

**Klauber  
Geraedts  
Friedrich  
Wasem**

**2018**

# Krankenhaus-Report

**Schwerpunkt:  
Bedarf und  
Bedarfsgerechtigkeit**

**mit Online-Zugang**

Jürgen Klauber  
Max Geraedts  
Jörg Friedrich  
Jürgen Wasem

# Krankenhaus- Report 2018

---

This page intentionally left blank

# Krankenhaus- Report 2018

---

## Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit

Herausgegeben von

Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich und Jürgen Wasem

### Editorial Board

Boris Augurzky  
Andreas Beivers  
Gerhard Brenner  
Reinhard Busse  
Saskia E. Drösler

Hans-Jürgen Firnkorn  
Christopher Hermann  
Hans-Helmut König  
Wulf-Dietrich Leber  
Markus Lungen

Günter Neubauer  
Julia Oswald  
Holger Pfaff  
Bernt-Peter Robra  
Eberhard Wille

### Mit Beiträgen von

Boris Augurzky  
Alexander Barth  
Andreas Beivers  
Elke Berger  
Ute Bölt  
Gregor Botero  
Dominik Brammen  
Dirk Bürger  
Reinhard Busse  
Gabriele Doblhammer  
Hendrik Dräther  
Saskia E. Drösler  
Claus Fahlenbrach  
Anne Fink  
Jörg Friedrich  
Thomas Fritze

Patrick Garre  
Alexander Geissler  
Max Geraedts  
Felix Greiner  
David Herr  
Bernd Hillebrandt  
Anja Hohmann  
Winfried Kluth  
Franz Krause  
Daniel Kreft  
Wulf-Dietrich Leber  
Gregor Leclerque  
Sherry Lee  
Kathleen Lehmann  
Jürgen Malzahn  
Carina Mostert

Michael Nerius  
Adam Pilny  
Johannes Pollmanns  
Wilm Quentin  
Sabine Richard  
Bernt-Peter Robra  
Torsten Schelhase  
David Scheller-Kreinsen  
Jonas Schreyögg  
Michael Slowik  
Jutta Spindler  
Anke Spura  
Yauheniya Varabyova  
Lilia Waehlert  
Christian Wehner  
Maria Weyermann

Mit 72 Abbildungen und 83 Tabellen

Zuschriften an:

**Susanne Sollmann**

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

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

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

**Besonderer Hinweis:**

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.

© 2018 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: [info@schattauer.de](mailto:info@schattauer.de)

Internet: [www.schattauer.de](http://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: Westermann Druck Zwickau GmbH, Crimmitschauer Straße 43, 08058 Zwickau

Auch als E-Book erhältlich:

ISBN 978-3-7945-9119-0

ISBN 978-3-7945-3287-2

# Vorwort

Das Sozialgesetzbuch verpflichtet die Krankenkassen und Leistungserbringer zu einer „bedarfsgerechten“ Versorgung der Versicherten. Eine nähere Definition erfolgt jedoch nicht. Vielmehr ist die Konkretisierung des Bedarfs angesichts des sich kontinuierlich wandelnden Umfeldes notwendigerweise das Ergebnis eines andauernden gesellschaftlichen Diskurses. Die Verständigung hierüber ist zentral, bildet sie doch den Ausgangspunkt für jede Ausgestaltung des Rahmens der gesundheitlichen Versorgung.

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) haben Themen der qualitätsorientierten Versorgungsgestaltung und des damit verbundenen Strukturwandels der Krankenhauslandschaft deutlich an Bedeutung gewonnen. Diese sollen vermehrt durch Rahmenvorgaben auf Bundesebene und in der Krankenhausplanung der Länder Berücksichtigung finden. Bedarfsorientierung wird damit deutlich weiter gefasst als die alleinige Bereitstellung ausreichender Kapazitäten.

Der diesjährige Krankenhaus-Report befasst sich daher in seinem Schwerpunkt mit der Gewährleistung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung in quantitativer und qualitativer Hinsicht. Er analysiert den Bedarfsbegriff als Destillat eines durch objektive Notwendigkeiten und subjektive Erwartungen seitens der Versicherten gleichermaßen bestimmten Prozesses. Dabei werden rechtliche Fragen der Bedarfsplanung, Gegebenheiten durch die demografische Entwicklung und Morbiditätsveränderungen, regionale Unterschiede des Leistungsgeschehens und die Präferenzen der Patienten in den Blick genommen.

Hierauf aufbauend gilt der Fokus weiterer Beiträge den Herausforderungen für die Krankenhausplanung wie auch den alternativen oder ergänzenden Möglichkeiten der Marktregulierung auf Bundesebene. Der Einsatz von Qualitätsinformationen ist dabei unabdingbar; in diesem Punkt sind einige Nachbarländer schon deutlich weiter als Deutschland. Darüber hinaus diskutiert der Krankenhaus-Report die Spielräume, die der im Rahmen des KHSG geschaffene Strukturfonds für die bedarfsgerechte und zukunftsorientierte Gestaltung des Krankenhaussystems bietet.

In der Rubrik „Zur Diskussion“ behandelt der Krankenhaus-Report die Versorgungsforschung in der Notfallmedizin ebenso wie die Einsatzmöglichkeiten der Digitalisierung am Beispiel der Herzerkrankungen und die Möglichkeiten der direkten Demokratie in der Standortplanung. Wie in jedem Jahr verfügt er über einen umfangreichen Statistikteil mit detaillierten Auswertungen auf Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO). Das Krankenhaus-Directory gibt eine Übersicht über zentrale Kennziffern für mehr als 1 300 Krankenhäuser bezogen auf Struktur, Leistungsspektrum, Wettbewerbssituation und Qualität.

Den Mitgliedern des Editorial Boards gilt wie immer unser besonderer Dank. Ihre Anregungen und ihr Engagement von der konzeptionellen Gestaltung bis zur praktischen Umsetzung haben den Krankenhaus-Report in seiner vorliegenden Form erst möglich gemacht. Ebenso sei dem Schattauer-Verlag gedankt, der das Projekt wie gewohnt professionell und routiniert verlegerisch betreut hat.

Schließlich gebührt auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des WIdO Dank für die vielfältige Unterstützung, insbesondere Susanne Sollmann und Gregor Leclerque für die redaktionelle Betreuung. Ein besonderer Dank gilt auch Ursula Mielke, die sich in gewohnter Professionalität um die Erstellung von Abbildungen und Grafiken sowie die Gestaltung des Internetportals gekümmert hat.

Berlin, Essen und Marburg, im März 2018

Jürgen Klauber  
Max Geraedts  
Jörg Friedrich  
Jürgen Wasem

# Inhalt

<b>Teil I</b>	<b>Schwerpunktthema</b>	
	<b>Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit</b>	
<b>1</b>	<b>Versorgungsbedarf im Gesundheitswesen – ein Konstrukt</b> . . .	<b>3</b>
	Bernt-Peter Robra und Anke Spura	
1.1	Einführung . . . . .	4
1.2	Die Mikroebene der unmittelbaren Versorgung . . . . .	5
1.3	Die Mesoebene der gemeinsamen Selbstverwaltung und der Wissenschaft. . . . .	8
1.3.1	Gemeinsame Selbstverwaltung . . . . .	8
1.3.2	Versorgungswissenschaft . . . . .	10
1.4	Die Makroebene der Versorgungspolitik . . . . .	15
1.5	Fazit . . . . .	17
<b>2</b>	<b>Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit in der stationären Versorgung</b> . . . . .	<b>23</b>
	David Herr, Anja Hohmann, Yauheniya Varabyova und Jonas Schreyögg	
2.1	Der Bedarfsbegriff im stationären Kontext . . . . .	23
2.2	Möglichkeiten der Umsetzung der stationären Bedarfsermittlung und der Krankenhausplanung in Deutschland . . . . .	24
2.3	Krankenhausplanung in anderen europäischen Staaten . . . . .	26
2.4	Entwicklung des stationären Versorgungsgeschehens . . . . .	28
2.4.1	Rückgang von Krankenhäusern mittlerer Größe . . . . .	29
2.4.2	Zunahme privater Krankenhäuser . . . . .	30
2.4.3	Steigende Fallzahlen, sinkende Verweildauern, weiterhin hohe Bettenzahlen. . . . .	31
2.4.4	Fälle nach Verweildauer . . . . .	32
2.4.5	Ausbau ambulanter Operationen stagniert . . . . .	32
2.5	Fazit . . . . .	33
2.5.1	Über-, Unter- und Fehlversorgung im stationären Sektor . . . . .	33
2.5.2	Von stationären Überkapazitäten zu mehr Ambulantisierung . . . . .	34
2.5.3	Reformbedarf in der Notfallversorgung . . . . .	35
2.5.4	Perspektiven für eine bedarfsgerechtere stationäre Planung . . . . .	35

<b>3</b>	<b>Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit aus rechtlicher Sicht</b> . . . . .	39
	Winfried Kluth	
3.1	Der Leistungsanspruch der Versicherten als maßgebliche Bestimmunggröße . . . . .	39
3.2	Die verfassungsrechtliche und gesetzliche Gewährleistungsverantwortung für die stationäre Gesundheitsversorgung . . . . .	40
3.2.1	Der sogenannte Sicherstellungsauftrag . . . . .	40
3.2.2	Die Verantwortlichkeit im Einzelnen . . . . .	41
3.2.3	Andere Konzepte . . . . .	42
3.3	Der verfassungsrechtliche Rahmen einer Neuausrichtung der Krankenhausplanung . . . . .	44
3.3.1	Struktur und Einordnung der Maßnahmen . . . . .	44
3.3.2	Verfassungsrechtlich geschützte Rechtspositionen der einzelnen Krankenhausträger . . . . .	45
3.3.3	Verfassungsrechtlich geschützte Gemeinwohlbelange . . . . .	48
3.3.4	Ergebnis und Handlungsoptionen . . . . .	51
<b>4</b>	<b>Der Einsatz von Qualitätsinformationen für Krankenhausplanung und Leistungseinkauf in Frankreich, Italien, Niederlande, Österreich und der Schweiz</b> . . . . .	53
	Alexander Geissler, Sherry Lee und Wilm Quentin	
4.1	Einleitung . . . . .	54
4.2	Methodik . . . . .	54
4.3	Überblick . . . . .	55
4.4	Strategien für qualitätsbezogene Planung und Leistungseinkauf . . . . .	59
4.5	Qualitätsbezogene Informationen für Planung und Leistungseinkauf . . . . .	62
4.6	Zusammenfassung . . . . .	65
<b>5</b>	<b>Strukturwandel und Entwicklung der Krankenhauslandschaft aus Patientensicht</b> . . . . .	69
	Max Geraedts	
5.1	Einführung . . . . .	70
5.2	Spektrum vorliegender Befragungsergebnisse . . . . .	71
5.3	Bewertung des Gesundheitssystems im Allgemeinen . . . . .	72
5.4	Krankenhauswahl . . . . .	73
5.5	Erfahrungen/Zufriedenheit mit der Krankenhausversorgung . . . . .	76
5.6	Vertrauen in Krankenhäuser . . . . .	79
5.7	Flächendeckung der Krankenhausversorgung . . . . .	80
5.8	Fazit . . . . .	83

<b>6</b>	<b>Erklärung regionaler Unterschiede in der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen am Beispiel lumbaler Bandscheibenoperationen</b> . . . . .	85
	Johannes Pollmanns, Maria Weyermann und Saskia Drösler	
6.1	Hintergrund . . . . .	85
6.2	Methoden . . . . .	87
6.3	Ergebnisse . . . . .	89
6.4	Diskussion . . . . .	96
<b>7</b>	<b>Von der Landesplanung zur algorithmischen Marktregulierung</b> . . . . .	101
	Wulf-Dietrich Leber und David Scheller-Kreinsen	
7.1	KHSG 1972 – das paternalistische Modell . . . . .	102
7.2	Das Ergebnis: Überkapazitäten . . . . .	103
7.3	Erosion der dualen Finanzierung . . . . .	104
7.4	Marktregulierung . . . . .	106
7.4.1	Regulierung autonomer Entscheidungsträger . . . . .	106
7.4.2	Der Gemeinsame Bundesausschuss als Regulierungsbehörde . . . . .	107
7.4.3	Marktregulierung in Abgrenzung zu anderen Steuerungsmodellen . . . . .	109
7.5	Qualitätsorientierte Marktregulierung . . . . .	111
7.5.1	Qualität als Regulierungsinstrument . . . . .	111
7.5.2	Mindestmengen . . . . .	112
7.5.3	Notfallstufen . . . . .	114
7.5.4	G-BA-Strukturrichtlinien . . . . .	116
7.5.5	Pflegepersonaluntergrenzen . . . . .	117
7.5.6	Planungsrelevante Qualitätsindikatoren . . . . .	119
7.6	Kapazitätsorientierte Marktregulierung . . . . .	120
7.6.1	Auf dem Weg zur bundesweiten Kapazitätssteuerung . . . . .	120
7.6.2	Sicherstellungszuschläge . . . . .	121
7.6.3	Zentren . . . . .	122
7.6.4	Strukturfonds . . . . .	124
7.7	Algorithmische Regulierung des Krankenhausmarktes . . . . .	125
<b>8</b>	<b>Der KHSG-Strukturfonds nach einem Jahr und Vorschlag zur Weiterentwicklung</b> . . . . .	131
	Boris Augurzky und Adam Pilyh	
8.1	Hintergrund . . . . .	132
8.2	Strukturfonds und die beantragten Maßnahmen . . . . .	133
8.3	Soll-Krankenhausstruktur . . . . .	138
8.4	Beurteilung und Perspektiven . . . . .	146
8.5	Fazit . . . . .	147

<b>9</b>	<b>Vom planerischen Bestandsschutz zum bedarfsorientierten Krankenhausangebot?</b> .....	149
	Reinhard Busse und Elke Berger	
9.1	Hintergrund .....	149
9.2	Methodik .....	151
9.3	Krankenhausfälle in Deutschland = „Brutto-Fallzahlen“ .....	152
9.4	Sind die stationären Fälle notwendig? Das Vermeidungspotenzial ..	154
9.5	Von Fällen zu Patienten .....	159
9.6	Szenarien der Krankenhausplanung .....	159
9.6.1	Zertifizierung und qualitätsorientierte Zentralisierung .....	160
9.6.2	Facharztstandard und technische Ausstattung .....	164
9.6.3	Einzugsgebiete und Erreichbarkeit .....	165
9.7	Zusammenfassung und Fazit .....	168
<b>10</b>	<b>Umsetzung der Qualitätsagenda des Krankenhausstrukturgesetzes – ein Vorschlag zur Vorgehensweise am Beispiel des Landes Nordrhein-Westfalen</b> .....	171
	Jürgen Malzahn, Patrick Garre und Carina Mostert	
10.1	Einleitung .....	172
10.2	Stand der Umsetzung der Qualitätsagenda des KHSG .....	173
10.3	Qualitätsreform des KHSG und Strukturwandel .....	175
10.4	Handlungsoptionen des G-BA .....	177
10.5	Handlungsoptionen für Bundesländer am Beispiel von Nordrhein-Westfalen (NRW) .....	178
10.5.1	Rahmenkonzept zur Umsetzung einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung .....	179
10.5.2	Beispiel Nordrhein-Westfalen .....	181
10.6	Fazit .....	188
<b>11</b>	<b>Aktueller Stand und Prognose des Krankenhausbedarfs von Personen mit und ohne Demenz in Deutschland</b> .....	193
	Daniel Kreft, Alexander Barth, Anne Fink, Michael Nerijs, Gabriele Doblhammer und Thomas Fritze	
11.1	Einführung .....	193
11.2	Entwicklung der Bevölkerung allgemein und der Zahl der Personen mit Demenz .....	194
11.3	Besonderheiten der Krankenhausinanspruchnahme von Personen mit Demenz .....	195
11.4	Daten und Methoden .....	198
11.5	Ergebnisse .....	200
11.6	Diskussion .....	201

<b>12</b>	<b>Sektorenübergreifende Angebotssteuerung für Vertragsärzte und Krankenhausambulanzen</b> . . . . .	<b>209</b>
	David Scheller-Kreinsen, Kathleen Lehmann, Gregor Botero, Franz Krause und Wilm Quentin	
12.1	Einleitung . . . . .	210
12.2	Die ambulante Angebotssteuerung . . . . .	212
12.2.1	Angebotssteuerung der vertragsärztlichen Versorgung . . . . .	212
12.2.2	Angebotssteuerung des ambulant-stationären Grenzbereichs . . . . .	214
12.3	Sektorenübergreifende Bedarfsplanung . . . . .	217
12.3.1	Nutzung von Versorgungssegmenten oder Leistungsgruppen als Planungseinheiten . . . . .	217
12.3.2	Vergabe zeitlich befristeter spezifischer Versorgungsaufträge . . . . .	220
12.3.3	Angebotssteuerung über finanzielle Anreize . . . . .	222
12.3.4	Übertragung von leistungsbezogenen Versorgungsaufträgen gegen Kompensation . . . . .	223
12.4	Anwendungsbeispiel ambulante Augenoperationen . . . . .	224
12.4.1	Ansatz, Datengrundlagen und Methoden . . . . .	224
12.4.2	Ergebnisse . . . . .	227
12.4.3	Limitationen . . . . .	229
12.5	Fazit . . . . .	229
<b>13</b>	<b>Sektorübergreifende Neuordnung der Notfallversorgung</b> . . . . .	<b>233</b>
	Michael Slowik, Christian Wehner, Hendrik Dräther, Claus Fahlenbrach und Sabine Richard	
13.1	Einleitung/Problemaufriss . . . . .	234
13.1.1	Problemaufriss . . . . .	234
13.1.2	Aktuelle politische Forderungen . . . . .	236
13.2	Strukturelle Hindernisse in der Organisation der Notfallversorgung . . . . .	238
13.2.1	Notfallversorgung aus Sicht der Versicherten . . . . .	238
13.2.2	Ambulante Notfallversorgung an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Vertragsärzten . . . . .	241
13.2.3	Fehlende einheitliche und verbindliche Planungsgrößen . . . . .	245
13.3	Neuordnung der Notfallversorgung . . . . .	246
13.3.1	Definition von Notfällen . . . . .	246
13.3.2	Notfallversorgung in Integrierten Notfalleinheiten (INE) organisieren . . . . .	248
13.3.3	Planungsverantwortung neu regeln und sicherstellen . . . . .	251
13.3.4	Integrierte Leitstellen einrichten . . . . .	251
13.3.5	Qualität der Versorgung durch Aufklärung der Versicherten verbessern . . . . .	252
13.3.6	Rettungsdienst weiterentwickeln . . . . .	252
13.4	Fazit . . . . .	253

**Teil II Zur Diskussion**

<b>14</b>	<b>Routinedatenbasierte Versorgungsforschung in der klinischen Notfallmedizin – Herausforderungen und Möglichkeiten</b> . . . . .	259
	Felix Greiner und Dominik Brammen	
14.1	Einführung . . . . .	259
14.2	Herausforderungen der routinedatenbasierten Forschung zur Versorgung durch Notaufnahmen. . . . .	261
14.3	Inhaltliche und technische Standardisierung der Dokumentation in der Notaufnahme . . . . .	264
14.4	Symptombasierte Auswertungen der Versorgungsrealität . . . . .	266
14.5	Einführung einer führenden Notaufnahmediagnose . . . . .	268
14.6	Diskussion und Ausblick . . . . .	269
<b>15</b>	<b>Digitalisierung im Krankenhaus – Versorgungsoptimierung bei Herzerkrankungen</b> . . . . .	273
	Bernd Hillebrandt	
15.1	Ausgangssituation . . . . .	274
15.2	Die demografischen Veränderungen bestimmen den Bedarf und die digitalen Lösungen . . . . .	276
15.2.1	Mehr Effizienz durch digitale Kommunikation . . . . .	278
15.2.2	Mehr Qualität durch sektorenübergreifende Vernetzung . . . . .	279
15.2.3	Ein Beispiel aus Mecklenburg-Vorpommern . . . . .	279
15.3	Ausblick . . . . .	283
<b>16</b>	<b>Kann direkte Demokratie helfen, Bedarfsgerechtigkeit im Krankenhausmarkt adäquat zu erfassen?</b> . . . . .	285
	Andreas Beivers und Lilia Waehlert	
16.1	Ausgangslage: Subjektive und objektive Bedarfsgerechtigkeit. . . . .	286
16.2	Veränderung der Krankenhausstruktur vor dem Hintergrund des KHSG. . . . .	287
16.3	Direkte Demokratie als Lösung für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung? . . . . .	288

**Teil III Krankenhauspolitische Chronik**

<b>17</b>	<b>Krankenhauspolitische Chronik</b> .....	299
	Dirk Bürger und Christian Wehner	

**Teil IV Daten und Analysen**

<b>18</b>	<b>Die Krankenhausbudgets 2015 und 2016 im Vergleich</b> .....	317
	Carina Mostert, Jörg Friedrich und Gregor Leclerque	

18.1	Einführung .....	317
18.2	Allgemeine Budgetentwicklung .....	318
18.3	Vereinbarte Preisentwicklung .....	320
18.4	Vereinbarte Leistungsentwicklung .....	323
18.4.1	Leistungsveränderung im DRG-Bereich .....	323
18.4.2	Leistungsentwicklung im Bereich der Zusatzentgelte .....	330
18.5	Zusammenfassung und Diskussion .....	334

<b>19</b>	<b>Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2015</b> .....	341
	Ute Bölt	

19.1	Vorbemerkung .....	341
19.2	Kennzahlen der Krankenhäuser .....	342
19.2.1	Allgemeine und sonstige Krankenhäuser im Vergleich .....	343
19.2.2	Krankenhäuser insgesamt .....	344
19.3	Die Ressourcen der Krankenhäuser .....	347
19.3.1	Sachliche Ausstattung .....	348
19.3.2	Angebot nach Fachabteilungen .....	357
19.3.3	Personal der Krankenhäuser .....	362
19.4	Die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen .....	367
19.4.1	Vollstationäre Behandlungen .....	367
19.4.2	Teil-, vor- und nachstationäre Behandlungen .....	368
19.4.3	Ambulante Operationen .....	369
19.5	Kosten der Krankenhäuser .....	369

<b>20</b>	<b>Statistische Krankenhausdaten: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2015</b> .....	377
	Torsten Schelhase	

20.1	Vorbemerkung .....	377
20.2	Kennzahlen der Krankenhauspatienten .....	378
20.3	Strukturdaten der Krankenhauspatienten .....	382

20.3.1	Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten . . . . .	382
20.3.2	Verweildauer der Patienten . . . . .	384
20.3.3	Regionale Verteilung der Patienten . . . . .	385
20.4	Struktur der Hauptdiagnosen der Krankenhauspatienten . . . . .	388
20.4.1	Diagnosen der Patienten . . . . .	388
20.4.2	Diagnosen nach Alter und Geschlecht . . . . .	392
20.4.3	Verweildauer bei ausgewählten Diagnosen . . . . .	397
20.4.4	Regionale Verteilung der Diagnosen . . . . .	399
20.5	Entwicklung ausgewählter Diagnosen 2010 bis 2015 . . . . .	403
20.6	Ausblick . . . . .	403

**21 Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik:  
Diagnosen und Prozeduren der Krankenhauspatienten  
auf Basis der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz . . . 407**  
Jutta Spindler

21.1	Vorbemerkung . . . . .	408
21.2	Erläuterungen zur Datenbasis . . . . .	409
21.3	Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten. . . . .	410
21.4	Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Nebendiagnosen der Behandelten . . . . .	414
21.5	Operationen und medizinische Prozeduren . . . . .	418
21.6	Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen . . . . .	426
21.7	Leistungsmengen und Leistungsstrukturen der Krankenhäuser . . . . .	433

**Teil V Krankenhaus-Directory**

<b>22</b>	<b>Krankenhaus-Directory 2016 . . . . .</b>	<b>443</b>
-----------	---	------------

	<b>Der Krankenhaus-Report 2018 im Internet . . . . .</b>	<b>531</b>
--	--	------------

	<b>Autorenverzeichnis . . . . .</b>	<b>535</b>
--	-------------------------------------	------------

	<b>Index . . . . .</b>	<b>553</b>
--	------------------------	------------

# Einführung

Oberste Maxime der Bereitstellung von medizinischen Leistungen sollte die Orientierung am Bedarf der Patienten sein. So nachvollziehbar dieses Prinzip scheinen mag, so schwierig ist seine Umsetzung. Dies beginnt bereits bei der Erfassung des Bedarfs, denn der subjektive und der objektive Bedarf können einerseits sehr unterschiedlich ausfallen. Eine Entscheidung hierüber ist jedoch andererseits die Basis für die Planung von Leistungen beziehungsweise für die Entscheidung darüber, welche Mechanismen für die Leistungsbereitstellung gelten sollen. Solche Entscheidungen sind angesichts begrenzter finanzieller Mittel und konkurrierender Verwendungszwecke unausweichlich. Und dabei gilt es nicht nur die vorgehaltenen Kapazitäten und den erforderlichen Leistungsmix zu berücksichtigen, sondern auch die für eine bedarfsgerechte Versorgung als ausreichend angesehene Qualität des Leistungsangebots sicherzustellen.

Die Arbeit an der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung vollzieht sich zugleich in einem komplexen und dynamischen Umfeld. Maßgeblich sind sowohl die Ausgangslage in der bestehenden Krankenhauslandschaft, die Entscheidungs- und Planungsprozesse auf Bundes- und Landesebene, die demografische Entwicklung sowie die Entwicklung des Erkrankungsspektrums als auch der medizinisch-technische Fortschritt und die Präferenzen der Bevölkerung.

Zuletzt hat die Frage nach der bedarfsgerechten Versorgung im skizzierten Umfeld deutliche Impulse mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) erfahren, dessen Regelungen nun Stück für Stück interpretiert, konkretisiert und umgesetzt werden. Viele der Regelungen – die explizite Qualitätsagenda, Notfallstufen, Sicherstellungszuschläge, der Strukturfonds etc. – schaffen einen neuen Rahmen für die Umgestaltung der Krankenhauslandschaft und damit die zukünftige Konstituierung der Versorgung.

Der vorliegende Krankenhaus-Report befasst sich vor diesem Hintergrund unter dem Schwerpunkt „Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit“ mit der Frage nach dem Bedarf an Krankenhausleistungen und wie dieser Bedarf sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht zukünftig gedeckt werden kann. Er befasst sich mit der Konkretisierung des Bedarfs im Gesundheitswesen allgemein und im Krankenhausbereich im Besonderen. Er beleuchtet die rechtliche Seite der Bedarfsermittlung und Umsetzung in der Krankenhausplanung und geht der Frage nach, welche Bedarfsveränderungen durch die sich abzeichnende demografische Entwicklung und durch die Zunahme chronischer Erkrankungen zu erwarten sind und inwieweit markante regionale Unterschiede in der Leistungserbringung Ausdruck eines unterschiedlichen Bedarfs sind. Auch die Erwartungen der Patienten werden in den Blick genommen.

Im Weiteren widmet sich der Krankenhaus-Report in mehreren konzeptionellen Beiträgen der Gestaltung einer tragfähigen und bedarfsgerechten Krankenhausstruktur mit einem bedarfsgerechten Leistungsmix und qualitätsorientierten Angebot durch Planung beziehungsweise Marktregulierung. Weitere Beiträge befassen sich mit der bedarfsorientierten Neuordnung der Notfallmedizin und der sektorenübergreifenden Angebotssteuerung am Beispiel der Krankenhausambulanzen. Spezifische Aspekte

werden in eigenen Beiträgen vertieft; konkret die internationalen Erfahrungen mit der Nutzung von Qualitätsinformationen in der Krankenhausplanung und die ersten Erfahrungen mit dem Strukturfonds als Steuerungsinstrument.

## **Schwerpunktthema: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit**

### **Versorgungsbedarf im Gesundheitswesen – ein Konstrukt**

Krankenkassen und Leistungserbringer sind mit § 70 SGB V zu einer „bedarfsgerechten ... Versorgung der Versicherten“ verpflichtet. Der Begriff der Bedarfsgerechtigkeit wird jedoch an keiner Stelle gesetzlich konkretisiert. Ihn mit Leben zu füllen, bleibt weitgehend den Selbstverwaltungspartnern vorbehalten.

Der vorliegende Beitrag beschreibt Versorgungsbedarf als dynamisches soziales Konstrukt, das sich in einem komplexen relationalen Prozess verschiedener Handlungsebenen konstituiert. Dies beginnt mit der Arzt-Patienten-Beziehung: Ob in einer konkreten Situation ein medizinischer Bedarf besteht, wird zunächst im Austausch zwischen dem Betroffenen (sprich dem potenziellen Patienten) und dem Leistungserbringer geklärt, wobei viele Faktoren und Rahmenbedingungen, Unsicherheiten auf beiden Seiten, finanzieller Rahmen usw. eine Rolle spielen. Indirekt fließt diese Art der Bedarfsdefinition dann auch auf der Mesoebene in die Planung durch die Selbstverwaltungspartner ein, die regelmäßig stark auf dem Status quo der Vorperiode aufsetzt. Den dritten Handlungsbereich stellt die Makroebene der Versorgungspolitik.

Ogleich formal seitens des Gesetzgebers eine Verpflichtung auf eine bedarfsgerechte, das heißt nach allgemein anerkanntem medizinischem Stand ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung besteht, wird der Versorgungsbedarf tatsächlich in einem kontinuierlichen gesellschaftlichen Prozess und durch die im konkreten Fall gelebte Behandlung definiert. Damit ergibt sich der Bedarf letztlich aus den im sozialen Diskurs formulierten gesellschaftlichen Erwartungen. (*Beitrag Robra/Spura*)

### **Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit in der stationären Versorgung**

In Deutschland findet in aller Regel im Rahmen der Krankenhausplanung keine systematische Ermittlung des Bedarfs statt. Stattdessen werden vorhandene Kapazitäten unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung fortgeschrieben, beispielsweise anhand der Hill-Burton-Formel. In der konkreten Umsetzung bestehen zwischen den Bundesländern einige Unterschiede. Angesichts des Umstandes, dass viele Leistungen sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können, wäre generell eine sektorenübergreifende Planung sinnvoll. Diese existiert de facto jedoch nicht.

Im internationalen Vergleich weist Deutschland deutliche Anzeichen für eine Überversorgung im stationären Bereich auf. Das vorhandene Potenzial für eine Ambulantisierung der Leistungserbringung ist noch längst nicht ausgeschöpft. Vor diesem Hintergrund ist eine Krankenhausplanung, die durch Fortschreibung vorhandener Kapazitäten von historisch gewachsenen Gegebenheiten dominiert wird, alles andere als optimal. Eine stärker prognoseorientierte, flexiblere und möglichst sektorenübergreifende Planung scheint hier das Gebot der Stunde zu sein. (*Beitrag Herr/Hohmann/Varabyova/Schreyögg*)

### **Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit aus rechtlicher Sicht**

Wenngleich sich der Auftrag zur Sicherstellung einer stationären und Notfallversorgung besonders an die Kommunen richtet, so stellt der auf Landesebene angesiedelte Krankenhausplan – bei allen rechtlichen Unterschieden zwischen den Bundesländern – die zentrale Festlegung für den prospektiven Bedarf an Leistungen dar. Im Rahmen der grundgesetzlich gebotenen Gewährleistungsverantwortung sichert der Staat hierüber in einem wesentlichen Bereich das Leben und die körperliche Unversehrtheit der Bürger. Gleichzeitig stellt der Krankenhausplan für die Träger die Teilhabe an der Krankenhausfinanzierung sicher, von der ihr wirtschaftliches Überleben abhängt. Hieraus resultiert für die Träger ein rechtlicher Schutz ihrer Ansprüche, der bei den privaten und freigemeinnützigen ausgeprägter ist als bei denjenigen der Kommunen, Sozialversicherungsträger und der Länder, einschließlich der Universitätsklinika. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass der Trägervielfalt – neben der Nachhaltigkeit der Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung – ein hoher Stellenwert zukommt. Diese Trägervielfalt steht nicht im Widerspruch zu der Möglichkeit, aus Gründen der Wirtschaftlichkeit die Anzahl der Standorte zu begrenzen. Und ebenso ist es geboten, unter bestimmten Voraussetzungen die Leistungserbringung im Sinne der Qualitätssicherung zu zentralisieren, etwa an Mindestfallzahlen zu knüpfen, wozu die Landesebene die Möglichkeit hat. (*Beitrag Kluth*)

### **Aktueller Stand und Prognose des Krankenhausbedarfs von Personen mit und ohne Demenz in Deutschland**

Demenzerkrankungen stellen nur sehr selten den primären Grund für einen Krankenhausaufenthalt dar. Aber das Vorliegen von Demenz führt im Rahmen der stationären (wie auch der ambulanten) Behandlung zu einer besonderen Herausforderung für Personal und Angehörige. Angesichts der demografischen Entwicklung wird die Zahl der demenzkranken Patienten in Zukunft zunehmen. Demente Patienten sind mit überdurchschnittlicher Wahrscheinlichkeit von Komorbidität betroffen, einschließlich des Vorhandenseins chronischer Erkrankungen. Patienten mit Demenz sind darüber hinaus zum Beispiel deutlich häufiger Verletzungen und Vergiftungen ausgesetzt. Die Krankenhäuser sind bislang noch nicht optimal auf den Umgang mit demenzerkrankten Patienten eingerichtet. Dies betrifft sowohl die ärztliche und pflegerische Ausbildung als auch bauliche Aspekte und die Organisation des Behandlungsablaufs.

Der Beitrag skizziert vor diesem Hintergrund den gegenüber 2015 veränderten Stand der stationären Versorgung im Jahr 2060 im Sinne eines Ceteris-Paribus-Szenario, differenziert nach Personen mit und ohne Demenz. Er macht deutlich, dass steigender Versorgungsbedarf vor allem die wachsende Gruppe der Patienten mit Demenz betrifft. (*Beitrag Kreft/Barth/Fink/Nerius/Doblhammer/Fritze*)

### **Erklärung regionaler Unterschiede in der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen am Beispiel lumbaler Bandscheibenoperationen**

Dass bei der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen regionale Unterschiede bestehen, die durch medizinische oder altersbedingte Differenzen nicht erklärt werden können, ist allgemein bekannt. Strittig sind jedoch die Ursachen dieser Unterschiede. Der vorliegende Beitrag bestätigt am Beispiel der lumbalen Bandscheiben-OPs zunächst auch für diese Behandlung deutliche regionale Unterschiede auf

Kreisebene und geht der Frage nach möglichen Ursachen auf der Basis von logistischen Regressionsmodellen nach.

So geht eine auf Kreisebene steigende Zahl von niedergelassenen Orthopäden signifikant mit einer sinkenden Operationshäufigkeit einher – möglicherweise, weil stärkere Anstrengungen hinsichtlich der konservativen Behandlung unternommen werden. Die Dichte an Krankenhausbetten, für die in der Literatur zum Teil eine angebotsinduzierende Wirkung belegt wurde, führt hier zu uneinheitlichen Ergebnissen. Nur bei den Männern zeigt sich ein signifikanter Effekt, was möglicherweise damit zusammenhängt, dass die Krankenhausbetten in der Analyse nicht der Fachrichtung zugeordnet werden konnten. Untersucht wurden im Weiteren auch sozioökonomische Faktoren. Während für das Haushaltseinkommen kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden konnte, wirkt sich ein höheres Bildungsniveau dämpfend auf die Operationshäufigkeit aus. Da lumbale Bandscheibenoperationen als ein Eingriff gelten, der stark von den Präferenzen der Patienten abhängig ist, lässt sich vermuten, dass Versicherte mit einem höheren Bildungsniveau besser in der Lage sind, ihre Präferenzen im Austausch mit den behandelnden Ärzten zu klären und zu vertreten. (*Beitrag Pollmanns/Weyermann/Drösler*)

### **Strukturwandel und Entwicklung der Krankenhauslandschaft aus Patientensicht**

Der Blick der deutschen Bevölkerung auf die Krankenhauslandschaft wurde bisher wenig erfragt. Für die Analyse kann daher nur auf Befragungen zum Gesundheitssystem als Ganzes und zu den Erfahrungen mit einzelnen Krankenhäusern zurückgegriffen werden; zudem können Sekundärdatenanalysen zur Inanspruchnahme des Krankensektors genutzt werden, um Aussagen zur Patientensicht abzuleiten.

Die Deutschen sind Befragungen zufolge mit ihrem Gesundheitssystem sehr zufrieden. Entsprechendes gilt für ihre Erfahrungen mit Krankenhäusern. Bei der Krankenhauswahl stehen die eigenen Erfahrungen und die von Angehörigen im Fokus. Besondere Bedeutung kommt den niedergelassenen Ärzten als Berater zu. Dabei spielt die subjektiv empfundene Qualität eine entscheidende Rolle. Für 80 % der Bevölkerung ist es eine Option, weiter entfernte Krankenhäuser nach Qualitätskriterien auszuwählen. Schon heute suchen bei fast allen Indikationen mehr als die Hälfte der Patienten nicht das nächstgelegene, sondern ein weiter entferntes Krankenhaus auf. Angesichts des dichten Netzes an Krankenhausstandorten in Deutschland ergeben sich hieraus im Regelfall keine Probleme hinsichtlich der Erreichbarkeit. (*Beitrag Geraedts*)

### **Vom planerischen Bestandsschutz zum bedarfsorientierten Krankenhausangebot?**

Der Beitrag skizziert ein Grobkonzept, wie mittelfristig eine Krankenhausplanung aussehen könnte, die gleichermaßen Bedarfs-, Angebots- und Qualitätsaspekte berücksichtigt.

Zunächst macht der internationale Vergleich deutlich, dass Deutschland über zu viele Krankenhäuser und zu viele Krankenhausbetten verfügt. Dabei verfügt Deutschland mit den niedergelassenen Fachärzten über ein zusätzliches medizinisches Angebot, das in anderen Ländern in dieser Form nicht existiert. Würde man sich in Deutschland dem europäischen Standard annähern, so wären rund fünf Millionen Krankenhausfälle pro Jahr vermeidbar.

In einer ersten Konzeptstufe gilt es unter Bezugnahme auf die internationale stationäre Leistungsanspruchnahme festzulegen, welche Behandlungskapazitäten spezifisch für das einzelne Krankheitsbild vorgehalten werden sollen. Erkenntnisse zu vermeidbaren Krankenhausfällen, etwa auf Basis der Untersuchungen zu ambulant sensitiven Diagnosen, gehen mit ein.

Auf dieser Basis gilt es dann, entsprechend der Qualitätsorientierung des KHSG die krankheitsbildspezifische Versorgung deutlich stärker zu zentralisieren. Bei der indikationsspezifischen Krankenhausplanung kann auf eine breite Evidenz zurückgegriffen werden. Zu nennen sind beispielsweise mögliche Mindestmengen auf Basis von Volume-Outcome-Studien, der Rückgriff auf Zertifizierungen mit entsprechender Evidenz, wie beispielsweise im Bereich der Deutschen Krebsgesellschaft, oder auch infrastrukturelle Voraussetzungen und der geforderte Facharztstandard.

Dies gilt nicht nur für elektive Eingriffe, sondern auch in der Notfallversorgung. So verfügen beispielsweise heute bei Weitem nicht alle Standorte, die an der Notfallversorgung des Herzinfarktes teilnehmen, über den zu fordernden Linksherzkatheter und der Facharztstandard kann mit Blick auf die Vielzahl der Standorte nicht gewährleistet werden. Dänemark zeigt, wie weitgehend das qualitätsorientierte Zielbild einer stärkeren Leistungskonzentration ausfallen kann. (*Beitrag Busse/Berger*)

### **Umsetzung der Qualitätsagenda des Krankenhausstrukturgesetzes – ein Vorschlag zur Vorgehensweise am Beispiel des Landes Nordrhein-Westfalen**

Aufsetzend auf einer Kritik der bisherigen Umsetzungsgeschwindigkeit und des bisher Erreichten auf Bundes- und Landesebene stellt der Beitrag zunächst den Reformbedarf heraus. Die für eine bessere Qualität der Versorgung von Patienten avisierte Zentralisierung der Leistungserbringung ist auch geboten, will man die personelle Ausstattung zukunftssicher und effizient aufstellen und die deutsche Krankenhauslandschaft im Sinne interdisziplinärer vernetzter Medizin zukunftssicher ausrichten.

Die Autoren sehen neben den Vorgaben auf Bundesebene die Länder in besonderer Verantwortung, der Verpflichtung zur Sicherung der Daseinsvorsorge nachzukommen. Vorgelegt wird ein zweistufiges Konzept, wie eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung auf Landesebene angegangen werden kann, dargestellt am Beispiel des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW). Danach werden die Krankenhäuser zunächst definierten Versorgungsstufen zugeordnet und in einem zweiten Schritt erfolgen indikationsspezifische Festlegungen von Qualitätsanforderungen (Mindestmengen, Anforderungen zur Struktur-, Prozess- und ggf. Ergebnisqualität). Der Beitrag thematisiert exemplarisch die Notfallversorgung des Herzinfarktes, Vorgaben für den Bereich der Endoprothetik, Vorgaben entlang der Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft und für Schilddrüsenoperationen. Er simuliert für NRW exemplarisch Umverteilungsszenarien und analysiert die damit verbundenen Auswirkungen auf die Erreichbarkeit. (*Beitrag Malzahn/Garre/Mostert*)

### **Von der Landesplanung zur algorithmischen Marktregulierung**

Dieser Beitrag bewertet die Perspektiven der Landeskrankenhausplanung deutlich skeptischer und postuliert, dass diese faktisch nicht mehr stattfindet. Krankenhausplanung in Deutschland ist in mehrfacher Hinsicht durch die Verletzung der „f ska-

lischen Äquivalenz“ geprägt, dahingehend, dass Ausgaben von Akteuren geplant werden, die ihrerseits nicht die Kosten für diese Entscheidungen tragen müssen. Augenfällig wird dies am Beispiel der Investitionsplanung, die zwar auf Landesebene erfolgt, deren Finanzierung jedoch aufgrund der Quersubventionierung aus Betriebsmitteln in erster Linie durch die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung aufgebracht werden muss. Die Folge sind Überkapazitäten.

In den vergangenen Jahren habe sich unter dem irreführenden Stichwort der Deregulierung ein Übergang von der landesbezogenen Krankenhausplanung zur Marktregulierung auf Bundesebene ergeben. Im Gesundheitsbereich allgemein und spätestens seit dem Krankenhausstrukturgesetz auch im Krankenhausbereich habe dabei der Gemeinsame Bundesausschuss eine zentrale Rolle als Regulierungsbehörde gewonnen. Dies gelte gleichermaßen für qualitäts- als auch kapazitätsorientierte Vorgaben.

Der G-BA ist beispielsweise maßgeblich an der Festlegung von Mindestmengen, Strukturrichtlinien, Notfallstufen, planungsrelevanten Qualitätsindikatoren oder Sicherstellungszuschlägen beteiligt. In solchen Regelungen, die Auswirkungen auf die Krankenhausstruktur haben, wird die Zukunft der Marktregulierung gesehen. Eine regelbasierte, algorithmische Marktregulierung, die auf Bundesebene die heutigen digitalen Möglichkeiten nutzt, ersetzt danach zunehmend die landesbezogene Krankenhausplanung alter Prägung. (Beitrag *Leber/Scheller-Kreinsen*)

### **Sektorenübergreifende Neuordnung der Notfallversorgung**

Strukturen und Organisation der Notfallversorgung standen vor der Bundestagswahl im Fokus fast aller Marktbeteiligten, seien es die Interessensvertretungen diverser Leistungserbringer und Kostenträger, Landesplanungsbehörden, medizinische Fachgesellschaften oder der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Die Akteure im Gesundheitswesen sind dabei weitgehend einhellig der Meinung, dass die Notfallversorgung neu organisiert werden muss. Die Vorstellungen darüber, welche Schritte notwendig sind, gehen jedoch auseinander.

Der vorliegende Beitrag skizziert die bestehenden strukturellen Hindernisse in der sektorenübergreifenden Organisation und Versorgung von Notfallpatienten. Auf Basis qualitativer Studien und Abrechnungsdaten wird die Versorgung von Notfallpatienten analysiert. So hat sich die ambulante Notfallversorgung in den letzten Jahren in Richtung der Krankenhäuser verschoben.

Letztlich werden Reformthesen im Sinne einer sektorenübergreifenden Neuordnung der Notfallversorgung präsentiert. Der Beitrag plädiert für die Einrichtung integrierter Notfalleinheiten (INE). Diese sollen gemeinsam durch niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser organisiert werden und als zentrale Anlaufstelle für Notfallpatienten fungieren. Grundlage wäre eine zu erlassende entsprechende Richtlinie des G-BA. Der konkrete Bedarf wird von einem neu zu gründenden Gremium auf Landesebene festgestellt, in dem unter Rechtsaufsicht der Länder die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenhäuser und die Krankenkassen paritätisch zusammenwirken. (Beitrag *Slowik/Wehner/Dräther/Fahlenbrach/Richard*)

### **Sektorenübergreifende Angebotssteuerung für Vertragsärzte und Krankenhausambulanzen**

In wachsendem Maße werden ambulante Leistungen sowohl durch vertragsärztliche als auch durch stationäre Leistungserbringer angeboten. Während für den vertragsärztlichen Bereich eine Kapazitätsplanung erfolgt, ist dies für die ambulante Leistungserbringung der Krankenhäuser nicht der Fall. Die Teilnahme an der ambulanten Versorgung wird für die Krankenhäuser an strukturelle Voraussetzungen geknüpft; eine Mengensteuerung findet nicht statt.

Der Beitrag entwirft ein Modell für eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung und Zulassung. Die vier Versorgungsstufen der ambulanten Bedarfsplanung des G-BA werden um eine fünfte Planungsstufe für die gemeinsamen, spezialisierten Leistungen von Krankenhausambulanzen und Vertragsärzten ergänzt. Neben der Einhaltung struktureller und personeller Voraussetzungen werden Versorgungsaufträge für diese Stufe dabei nach einem formalisierten Auktionsmodell befristet vergeben, um die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung sicherzustellen. Letztlich entwirft der Beitrag ein kollektivvertragliches Modell der Angebotssteuerung für Krankenhausambulanzen und Vertragsärzte unter G-BA-Vorgaben. Die mögliche Umsetzung wird am Beispiel der ambulanten Augenoperationen in den Ländern Berlin und Brandenburg illustriert. (*Beitrag Scheller-Kreinsen/Lehmann/Botero/Krause/Quentin*)

### **Der Einsatz von Qualitätsinformationen für Krankenhausplanung und Leistungseinkauf in Frankreich, Italien, Niederlande, Österreich und der Schweiz**

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurde auch in Deutschland die Berücksichtigung von Qualitätsaspekten in der Krankenhausplanung gesetzlich geregelt. In anderen Ländern wird bereits seit einigen Jahren die Qualität explizit in der Planung bedacht. Obgleich die Planung in den betrachteten Ländern auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt ist, gelten in der Regel verbindliche Qualitätsanforderungen. So werden Akkreditierungs- und Zertifizierungsverfahren angewendet, um Mindeststandards zu gewährleisten. Eine Besonderheit stellen die Niederlande dar, wo die Qualitätssicherung vornehmlich über Selektivverträge zwischen den Krankenhäusern und den Krankenversicherern erfolgt. Für hochspezialisierte Leistungen bestehen allerdings Sonderregelungen.

Bei den in der Krankenhausplanung sowie beim Leistungseinkauf genutzten Qualitätsinformationen handelt es sich vorwiegend um strukturelle und teilweise um Prozessindikatoren. Ergebnisindikatoren werden nur zu einem geringen Anteil eingesetzt. Dabei lässt sich insgesamt feststellen, dass die betrachteten Länder hinsichtlich der regelhaften Nutzung von Qualitätsinformationen schon einen Schritt weiter sind als Deutschland. (*Beitrag Geissler/Lee/Quentin*)

### **Der KHS-G-Strukturfonds: Bilanz nach einem Jahr und Vorschlag zur Weiterentwicklung**

Mit dem 2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetz (KHS-G) wurde ein Strukturfonds von einmalig einer Milliarde Euro eingerichtet, der auf die Finanzierung von Maßnahmen zum Abbau von Überkapazitäten, zur Konzentration von Leistungen und zur Umwandlung von Krankenhäusern in andere Versorgungseinrichtungen abzielt. Die Bestandsaufnahme zeigt, dass diese Mittel tatsächlich abge-

rufen werden und weitergehender Bedarf angemeldet wird. Die Mehrheit der beantragten Projekte, nämlich 64 % der Projekte und 87 % der beantragten Mittel, beziehen sich auf Maßnahmen zur Konzentration.

Unter Berücksichtigung von Fallzahlentwicklung, ambulantem Potenzial und Verweildauerentwicklung schätzen die Autoren einen um 13,1 % sinkenden Bettenbedarf bis 2015. Nimmt man ferner an, dass die hinsichtlich Ertragslage und Standortgröße besonders vorteilhafte Krankenhausstruktur des Bundeslandes Sachsen auf das Bundesgebiet ausgedehnt werden soll (Sollstruktur), so lassen sich die hiermit verbundenen Umstrukturierungskosten ermitteln. Unter Beachtung der durch diese strukturellen Verbesserungen erzielbaren Ertragssteigerungen ergibt sich ein Finanzierungsbedarf von 11,1 Mrd. Euro für den Übergang zur Sollstruktur. Dies würde bedeuten, dass zusätzlich zu der bereits im eingerichteten Strukturfonds enthaltenen einen Milliarde Euro, über acht weitere Jahre pro Jahr 1,26 Mrd. Euro aufgewendet werden müssten. Im Ergebnis würde die Umstrukturierung nach der vorgestellten Modellrechnung mit einer Schließung von 286 Standorten einhergehen. Aufgrund eines damit verbundenen geringeren Investitionsbedarfs und einer besseren Ertragslage wären Einsparpotenziale von schätzungsweise 920 Mio. Euro möglich, was einer volkswirtschaftlichen Rendite von 8,3 % entspräche.

Die Autoren plädieren für eine Fortführung des Strukturfonds mit Anpassungen. Die Mittel des Strukturfonds sollten danach aus Steuermitteln des Bundes mit Ko-Finanzierung der Länder kommen. Die Verteilung der Mittel sollte nach einem bundesweit einheitlichen Kriterienkatalog erfolgen. Er sollte einen Anreiz beinhalten, ein möglichst günstiges Verhältnis zwischen zu erreichender Strukturoptimierung und beantragten Mitteln zu erzielen. Auf dieser Basis sollte es möglich sein, den Krankenhäusern selbst und nicht nur – wie nach derzeitiger Lage – den Ländern zu ermöglichen, Projekte zu beantragen. (*Beitrag Augurzky/Pilny*)

## Zur Diskussion

### **Versorgungsforschung in der Notfallmedizin – Herausforderungen und Möglichkeiten**

Bei der Erstuntersuchung eines Patienten in der Notaufnahme wird zwar die Diagnose – in Form einer Verdachtsdiagnose – in standardisierter Form festgestellt, nicht jedoch der Vorstellungsgrund in der Notfallversorgung. Hinsichtlich der Diagnose besteht ein weiter Spielraum bei der Kodierung, die Dokumentation divergiert zwischen den Versorgungssektoren. Darüber hinaus wird die Datenerfassung nach wie vor oftmals papierbasiert und nicht elektronisch vorgenommen. All dies führt dazu, dass eine verlässliche einrichtungsübergreifende Abbildung des Versorgungsgeschehens in der Notfallbehandlung mit großen Schwierigkeiten behaftet ist. Die administrative Herangehensweise in diesem Bereich erlaubt es nicht, Notfallversorgung adäquat im Rahmen von Versorgungsforschung zu beleuchten. In der Praxis gilt als Notfallpatient, wer als Notfallpatient abgerechnet worden ist. Dies entspricht nicht unbedingt der medizinischen Sicht. Vor diesem Hintergrund plädiert der Beitrag für standardisierte elektronische Dokumentation im Bereich der Notfallversorgung unter Einführung einer führenden Notaufnahmediagnose. (*Beitrag Greiner/Brammen*)

### **Digitalisierung im Krankenhaus – Versorgungsoptimierung bei Herzerkrankungen**

Unter dem Schlagwort Digital Health hat sich eine Vielzahl von Anwendungen herausgebildet. Die technischen Möglichkeiten für eine bessere Information und Kommunikation und den Austausch von Informationen sind breit gegeben. Anwendungen finden sich in unterschiedlichen Nutzungskontexten. Verbunden hiermit haben sich die Erwartungen verändert, sowohl auf Seiten der Leistungserbringer, als auch auf Seiten einiger Patienten, die auf Grundlage internetbasierter Informations- und Beratungsangebote wesentlich selbstbewusster dem Arzt gegenüber auftreten als noch vor einigen Jahren. Gleichwohl steht Deutschland bei der digitalen Patientenversorgung immer noch am Anfang. Ein umfassendes, behandlungsbegleitendes Monitoring, das eine stringente sektorenübergreifende Begleitung des Patienten ermöglichen würde, ist noch nicht realisiert.

Am Beispiel der Versorgung von Patienten mit Herzerkrankungen wird aufgezeigt, welchen Nutzen digitalisierte sektorenübergreifende Vernetzung stiftet. Wie das im Aufbau befindliche Care-Center zur Versorgung chronischer Herzkrankheiten in Mecklenburg-Vorpommern zeigt, geht es beim Einsatz von Digital Health nicht nur um die Anwendung neuer Technologien, sondern ebenso um die Einrichtung eines abgestimmten Fallmanagements und die Ausarbeitung spezifischer Behandlungsleitlinien. *(Beitrag Hillebrandt)*

### **Kann direkte Demokratie helfen, Bedarfsgerechtigkeit im Krankenhausmarkt adäquat zu erfassen?**

In den vergangenen fünfzehn Jahren sind in Deutschland mehr als sechzig Bürgerbegehren zum Thema Krankenhaus durchgeführt worden. Überwiegend geht es dabei um die Frage der Privatisierung oder um die Reduktion vorgehaltener Kapazitäten bis hin zur Standortschließung. Die Ergebnisse sind zwiespältig. Einerseits zeigt sich regelmäßig eine Willensbekundung zum Erhalt von wohnortnahen Standorten und Angeboten. Andererseits wählen Patienten für die Behandlung oftmals nicht die nächste Klinik, sondern nehmen zugunsten der Qualität weitere Wege in Kauf. Der Beitrag macht eine Reihe von Vorschlägen, wie durch geeignete Mechanismen der Abstimmung die geäußerten Präferenzen und das tatsächliche Nachfrageverhalten in Einklang gebracht werden können. Insbesondere könnte durch eine in Aussicht gestellte Kostenbeteiligung der Abstimmungsteilnehmer, beispielsweise in Form einer Clark-Steuer, ein stärker den tatsächlichen Präferenzen entsprechendes Abstimmungsverhalten erreicht werden. *(Beitrag Beivers/Waehlert)*

### **Krankenhauspolitische Chronik, Daten und Analysen, Directory**

#### **Die Krankenhausbudgets 2015 und 2016 im Vergleich**

Der Beitrag untersucht die Entwicklung der Krankenhausbudgets auf Basis der amtlichen Aufstellung der Entgelte und Budgetberechnung (AEB). Die Krankenhausbudgets sind 2016 gegenüber dem Vorjahr um 2,9 Mrd. Euro gestiegen. Dies entspricht einem Wachstum von 5,0% und stellt damit den größten Budgetanstieg seit 2010 dar. Dies ist insofern besonders bemerkenswert, als in diesem Jahr keine Sondereffekte aufgetreten sind, wie sie in vorherigen Jahren beispielsweise mit dem PsychEntG oder dem Beitragsschuldengesetz zu konstatieren waren. Der Anstieg geht fast zu gleichen Teilen auf einen generellen Preisanstieg wie auf eine deutliche

Mengenausweitung zurück. Bei Letzterer spielen vermutlich Vorholeffekte mit Blick auf erwartete Mehrmengenregelungen im Krankenhausstrukturgesetz eine Rolle. (*Beitrag Mostert/Friedrich/Leclerque*)

Auch in der vorliegenden Ausgabe enthält der Krankenhaus-Report wieder die bewährte Krankenhauspolitische Chronik (*Beitrag Bürger/Wehner*). Sie umfasst alle wichtigen Ereignisse im Krankenhausbereich. Im Buch enthalten ist dabei der Zeitraum von der Jahresmitte 2016 bis zur Jahresmitte 2017. Die vollständige Chronik ab dem Jahr 2000 steht im Internetportal bereit.

Darüber hinaus enthält der Krankenhaus-Report 2018 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 mehr als 1300 Krankenhäuser auf Basis der hausbezogenen „Aufstellungen der Entgelte und Budgetermittlung“ (AEBs).

Teil I Schwerpunktthema

# Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit

---

(Kapitel 1–13)

This page intentionally left blank

# 1 Versorgungsbefar in Gesun- heitswesen – ein Konstrukt

Bernt-Peter Robra und Anke Spura

## Abstract

Der Beitrag geht der Konstruktion des Versorgungsbefarfs auf drei Ebenen nach: der Mikroebene der Arzt-Patient-Beziehung, der Mesoebene der Verbände und der Wissenschaft und der Makroebene der Versorgungspolitik. Auf jeder der drei Ebenen handeln unterschiedliche Akteure mit spezifischen Aufträgen, Normen, Zielen und Präferenzen. Sie informieren und beeinflussen einander, haben aber auch autonome Entscheidungsmöglichkeiten. Auf jeder Ebene, so die These, wird Bedarf unterschiedlich antizipiert, hergeleitet, versorgt (disponiert), bewertet und korrigiert. Die Bedarfskonstituierung der drei Ebenen stimmt im Ergebnis also nicht unbedingt überein. Bedarfsmanagement wird ein iterativer, offener Lern-, Entwicklungs- und Systemgestaltungsprozess, d. h. ein „diskursives“, auf höherer Ebene ein „politisches“ Geschehen.

Die Ausführungen sollen dazu beitragen, Versorgungsbefarf als relationales Konzept und dynamisches soziales Konstrukt zu verstehen. Statt zu versuchen, einen als „exogen“ verstandenen Bedarf punktgenau zu messen, daraus den benötigten Leistungsmix, sekundär auch die wirtschaftlichen Kapazitäten abzuleiten, geht es darum, evidenzbasierte, gesellschaftlichen Erwartungen standhaltende und nachhaltig finanzierbare Versorgungsziele zu begründen. Zudem geht es darum, Zweckmäßigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der vorgehaltenen Strukturen und erbrachten Leistungen an ihrem Beitrag zur Zielerreichung zu bewerten, ggf. korrigierend („planerisch“) einzugreifen und dabei Opportunitätskosten an anderer Stelle nicht unberücksichtigt zu lassen. Dafür bedarf es eines Perspektivwechsels in der „Bedarfsplanung“ und eines andauernden Diskurses einer über Stand und Entwicklung ihrer Versorgung wohlinformierten Öffentlichkeit.

The paper follows the construction of the need for care on three levels: the micro-level of the physician-patient relationship, the meso-level of the bodies of self-government and that of science, and the macro-level of care policy. On each of the three levels, different players deal with specific commissions, norms, goals and preferences. They inform and influence each other, but they are also able to make autonomous decisions. On each level, according to the hypothesis, demand is anticipated, derived, met (dispensed), evaluated and corrected in a different way. Therefore, the need constituted at the three levels does not necessarily match. Demand management is an iterative, open process of learning, development and system design, i. e. a “discursive” course of events and, on a higher level, a “political” one.

The following remarks propose to regard the need for care as a relational concept and a dynamic social construct. Instead of attempting to measure need that

is understood as “exogenous” and to derive the necessary mix of services and, secondarily, service capacities, the challenge is to derive evidence-based, financially sustainable health care targets that come up to the expectations of the public. Moreover, the appropriateness, effectiveness and efficiency of structures and services rendered should be assessed with regard to whether they contribute to the achievement of the objectives and corrected if necessary. And at the same time opportunity costs elsewhere should not be ignored. This requires a change of perspective in “health care planning” and an ongoing discourse of a well-informed public about the state and development of their health care.

## 1.1 Einführung

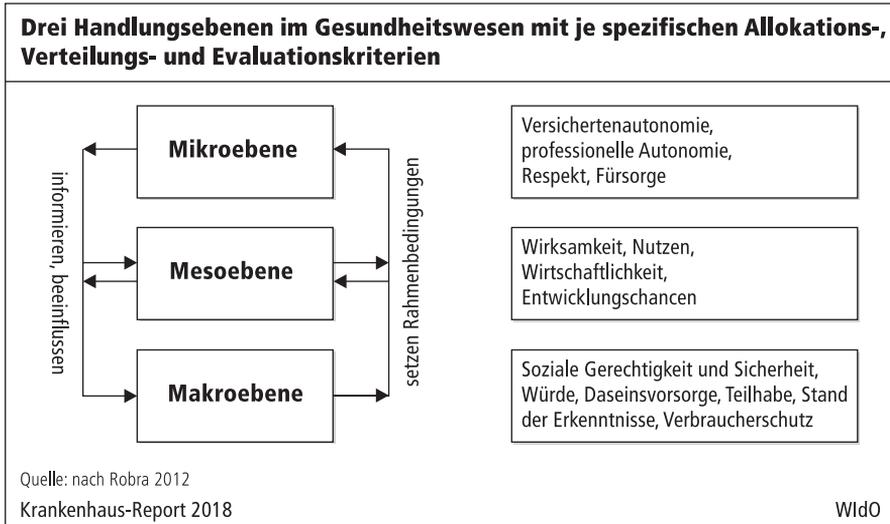
„Bedarfsgerecht“ ist eines der normativen Adjektive, mit denen der Gesetzgeber die in der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleistende Versorgung umschreibt. Es erscheint in 19 Paragraphen des SGB V. Sie richten sich an die „gemeinsame Selbstverwaltung“, darunter den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (§ 25 Absatz 5; § 101), die Zulassungsausschüsse (§ 73 Absatz 1a) oder die Landesausschüsse (§ 103 ff). Zentral ist der oft zitierte Paragraph 70 SGB V (Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit): „Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden [...]“.

Der Gesetzgeber bestimmt auf der Makroebene also zuerst die für die Gewährleistung der bedarfsgerechten Versorgung gemeinsam zuständigen Akteure der Mesoebene (Abbildung 1–1). Deren Auftrag umschreibt er dann mit einer Folge offener Rechtsbegriffe, „bedarfsgerecht“ ist der erste. Mit Ausnahme einiger Präventionsleistungen (§§ 20ff SGB V) definiert der Gesetzgeber keinen expliziten Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung und auch keine deterministischen Allokationsregeln („condition treatment pairs“). An einer Stelle gibt er weiter vor, wie der „allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad“ in der vertragsärztlichen Versorgung zu bestimmen ist, nämlich durch *Beschluss* des Gemeinsamen Bundesausschusses über einheitliche Verhältniszahlen (§ 101 Absatz 1 SGB V), ein Merkmal der Strukturqualität. Der G-BA hat diesen Auftrag in einer komplexen Bedarfsplanungs-Richtlinie umgesetzt (s. u.).

Eine weitere Verfahrensvorschrift findet sich versteckt in § 87a Abs. 3. Danach *vereinbaren* jede Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich „den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf“ als Punktzahlvolumen. Der so prospektiv vereinbarte Behandlungsbedarf gilt gleichzeitig als „notwendige medizinische Versorgung“ gemäß § 71 Abs. 1 Satz 1, d. h. er könnte auch eine Erhöhung des Beitragssatzes begründen.

Nach der rechtlichen Kompetenzzuordnung wird „bedarfsgerechte Versorgung“ in Deutschland also von den Körperschaften der gemeinsamen Selbstverwaltung im

Abbildung 1–1



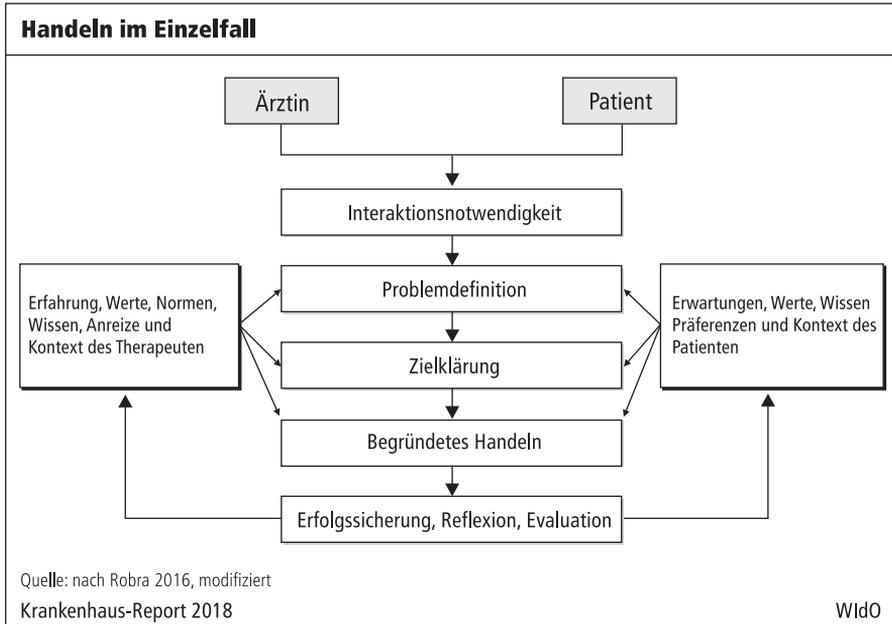
Gesundheitswesen festgelegt – de facto ausgehandelt – und damit konstruiert. Doch unterliegen Selbstverwaltungsentscheidungen aus den Erfahrungen individueller Patienten, z. B. bei Wartezeiten auf Termine, oder aus der Perspektive der empirischen und normativen Versorgungsforschung (Raspe 2015) der Kritik. Spätestens seit dem Gutachten des Sachverständigenrates 2000/2001 gehen wir auch in Deutschland davon aus, dass in vielen Versorgungsbereichen gleichzeitig Über- und Unterversorgung vorliegen können (SVR 2001, TZ 8).

## 1.2 Die Mikroebene der unmittelbaren Versorgung

Zwar entstehen viele Kontakte mit der medizinischen Versorgung im Rahmen periodischer Kontrolluntersuchungen und repetitiver Interventionen bei chronisch Kranken, doch wird Hilfebedarf auf der Mikroebene logisch zuerst vom Kranken selbst (und seinen Angehörigen) definiert und geltend gemacht. Der Hilfesuchende findet für sein „Präsentieranliegen“ eine mehr oder weniger responsive Ärztin. In vielen Fällen liegt auf der Hand, was zu tun ist. In anderen löst diese Nachfrage im Arbeitsbündnis der Arzt-Patienten-Dyade (Oevermann 1996, 2013) einen Kommunikationsprozess aus, in den biographische Erfahrungen, kulturelle und soziale Erwartungen, Präferenzen, Wissen, Ziele, Anreize und Opportunitätskosten beider Seiten eingehen (Abbildung 1–2). Diese Interaktion bestimmt, ob und was medizinisch versorgt wird, wie, wann und durch wen.

Die *Beziehung* von Ärztin und Patient wird auf der Mikroebene eine eigenständige Realität, ein „Drittes“ über Patient und Ärztin hinaus, weil die Beteiligten zu Beginn und im weiteren Verlauf komplexer Krankheits- und Versorgungsprozesse immer wieder Anliegen (Patient) und Indikation (Ärztin) interaktiv aushandeln

Abbildung 1–2



müssen. Damit wird auch Bedarf zwischen den Beteiligten durch angepasste Problemdefinitionen, Versorgungszieldefinitionen und Bewältigungsstrategien wiederholt neu bestimmt. Aus der Wechselwirkung der biographisch-krankheitsgeschichtlichen, alltagsweltlichen Realität des Patienten und der professionellen, berufsbio-graphisch vermittelten Realität der medizinischen Expertin entsteht eine relationale intersubjektive Realität (zum Indikationsbegriff siehe Gahl 2005, zu kommunikativ institutionalisierter Wirklichkeit Berger und Luckmann 2009, zur triadisch strukturierten Kommunikation bzw. zu Wechselwirkungen der Arzt-Patient-Beziehung Lindemann 2012; Spura 2014). Zusätzliche Anforderungen aus übergeordneten Ebenen des Gesundheitswesens, darunter auch paradoxe wie die Spannung zwischen Fürsorge und sozialer Kontrolle (Helsper et al. 2000), können dabei diskursiv nicht befriedet werden. Sie werden – idealtypisch – professionell reflektiert in das vertrauensbasierte und rechtlich geschützte, doch auch ökonomisch, organisatorisch, sozial und kulturell strukturierte Arbeitsbündnis zwischen Patient und Arzt integriert (Schütze 2000). Der medizinische Arbeitsbogen (Strauss et al. 1985; Seltrecht 2016) ist demnach ein nur begrenzt „wissenschaftlich steuerbares, noch bürokratisch lenkbares bzw. expertokratisch aus allgemeinen Regelsätzen ableitbares“ Geschehen (Helsper et al. 2000).

Es ist von Bedeutung, wie die Ärzte mit Unsicherheit und professionellen Paradoxien umgehen und auf welche Weise sie ihre Entscheidungen begründen, vermitteln und dokumentieren. Unabhängig davon ist wichtig, wie die Werte und Präferenzen des Patienten in diesem Prozess zur Geltung gebracht werden. Es gibt Gradienten und damit Grauzonen des (jetzt) Möglichen, Verfügbaren, Wirksamen, Akzeptablen, Zumutbaren, Präferierten oder zurechenbar Verantwortbaren. In dieser

grundsätzlich gewünschten Individualität der Versorgung liegt einer der Gründe für die auf der Mesoebene immer wieder festgestellte Heterogenität von Klassifikation, Dokumentation und Versorgungspfaden trotz anscheinend ähnlicher Ausgangslage der Morbidität (siehe auch Bloor 1976; Tomlin et al. 1999). Der Prozess der Zielklärung auf der Individualebene ist zu selten Gegenstand der überwiegend krankheitsbezogenen medizinischen Ausbildung.

Das Beiziehen objektivierender Labortests oder Bildgebungsverfahren ändert an der konstruktiven Aufgabe nichts. Denn die Auswahl der Zusatzinformationen bleibt disponibel und ihre Interpretation kann nicht nur, sondern muss kontextsensibel sein, z. B. die Vortest-Wahrscheinlichkeit einer Krankheit einbeziehen (Felder und Mayrhofer 2011). Weitere Randbedingungen auf der Mikroebene sind regulierende Einflüsse der beiden anderen Ebenen und die sich ständig entwickelnde Evidenzlage.

Mit ihren Dispositionen im Einzelfall entscheiden die Ärzte auch über den „Versicherungsfall“ der gesetzlichen Krankenversicherung. Dieser ist nicht gesetzlich normiert, vielmehr konkretisiert die Rechtsprechung den Krankheitsbegriff über die Bedingungen „ärztlicher Behandlungsbedarf“ oder „Arbeitsunfähigkeit“<sup>1</sup> (zur historischen Herleitung ausführlich Mazal 1992). Diese juristische Konstruktion kann Streit zwischen Versichertem und Versicherer durch Verweis auf einen kundigen Schiedsrichter vermeiden. Ärzte stehen damit aber in dem professionellen Konflikt, ihren Patienten anwaltlich zu unterstützen, gleichzeitig jedoch gutachterlich und in der praktischen Wirkung auch als erstinstanzlicher Richter über seine Versorgungsansprüche entscheiden zu müssen. Bei Entstehung dieser Konstruktion war noch nicht hinlänglich reflektiert, wie stark Urteile medizinischer Experten bei gleichen Fällen divergieren (klassisch Yerushalmy 1947, z. B. Starfield et al. 2002; aktuell Barth et al. 2017).

Im Gesetz heißt es auf Ebene der Versicherten: „Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“ (§ 27 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Diese Definition bindet den Versorgungsanspruch und damit den von der GKV abzudeckenden Bedarf an wirksame Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten und damit an einen zu erwartenden Nutzen der medizinischen Maßnahmen (engl. „ability to benefit“, Stevens und Gabbay 1991; Stevens und Gillam 1998; Raspe 2007). Versorgungsbedarf ist danach ausschöpfbares medizinisches Interventionspotenzial.

So klar die zweckgerichtete Anspruchsdefinition des Gesetzes zunächst erscheint, enthält sie dennoch problematische Prämissen. Schon der Versuch, eine „Krankheit zu erkennen“, ist mit potenziellen Fehlern und damit gesundheitlichen Nachteilen behaftet (Deyo 2002; Felder und Mayrhofer 2011). Er ist daher nur im Rahmen einer

1 So das Bundessozialgericht in einem Urteil, das dem weiter unten zitierten Viagra-Urteil des Bundesverfassungsgerichts vorausging (BSG, 10.05.2005, B 1 KR 25/03 R): „Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) ist unter Krankheit ein regelwidriger, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichender Körper- oder Geisteszustand zu verstehen, der ärztlicher Behandlung bedarf oder – zugleich oder ausschließlich – Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (vgl BSGE 85, 36, 38 = SozR 3-2500 § 27 Nr 11 S 38; BSGE 72, 96, 98 = SozR 3-2200 § 182 Nr 14 S 64 jeweils mwN).“

Güterabwägung möglich. Die Beurteilung der Notwendigkeit (auch der „Zweckmäßigkeit“, „Erforderlichkeit“ oder „Eignung“) einer Interventionsmaßnahme setzt im Einzelfall ein konkreteres Interventionsziel voraus als die in § 27 genannten Anspruchsbegründungen. Ohne Versorgungsziel sind das Interventionspotenzial und eine zweckmäßige Ziel-Mittel-Relation nicht zu bestimmen. Ein begründet erwarteter medizinischer „Nettonutzen“ für den Patienten ist nur die ethische Minimalvoraussetzung dafür, überhaupt zu handeln (Benefizienz). Das ursprüngliche Versorgungsziel kann sich im Verlauf der Versorgung konkretisieren oder ändern. Eine „Heilung“ ist bei der großen Zahl chronisch Kranker ohnehin nicht möglich. Das eventuell erreichbare Ziel, die „Verschlimmerung einer Krankheit zu verhüten“ oder zu verzögern, verlangt eine mit doppelter Unsicherheit verbundene doppelte Prognose der Verläufe ohne und mit Behandlung. Sie kann nicht bei jedem Problem auf Studien mit hohem Evidenzgrad gestützt werden; und wenn doch, ist deren Übertragung auf den eigenen Versorgungskontext und auf den individuellen Patienten kaum uneingeschränkt möglich (Rothwell 2007). Bleibt die „Linderung von Beschwerden“ – oft segensreiche Hilfe, manchmal bloß Suggestion.

Bedarf konstituiert sich auf der Mikroebene also erst im Vollzug der Arzt-Patient-Beziehung. Er wird erst im Rückblick „konkret“. Versorgungsbedarf im Sinne der GKV wird nicht durch die epidemiologische oder gesundheitsökonomische Dimension eines Gesundheitsproblems bestimmt („Krankheitslast“). Nur wenn bei drohender oder bestehender gesundheitlicher Einschränkung konkreter medizinischer (Netto-)Nutzen gestiftet werden kann, kann man auf Individualebene von Bedarf sprechen. Er ist daher nicht kausal (diagnosebezogen), sondern final (teleologisch) begründet. Das ist im Reha-Sektor besonders leicht erkennbar, weil im SGB IX Versorgungsziele deutlicher bestimmt sind als im SGB V (§§ 4, 26 SGB IX).

## 1.3 Die Mesoebene der gemeinsamen Selbstverwaltung und der Wissenschaft

Strukturen, Prozesse und Resultate (Donabedian 1966) der realisierten Versorgung sind oberhalb der Mikroebene zu analysieren und direkt oder über ihre Rahmenbedingungen gestaltend zu beeinflussen. Wesentliche Akteure sind Organisationen der Leistungserbringer und der Kostenträger („gemeinsame Selbstverwaltung“). Ähnlich wie im Tariffrecht wurde ein unvermeidbarer Konflikt als Zwei-Zügel-Steuerung institutionalisiert. Auch die Wissenschaft, nach eigenem Verständnis normsetzend und so auch im Sozialgesetzbuch angesprochen (u. a. § 2 Absatz 1 und § 70 Absatz 1 SGB V), wird zur Mesoebene gerechnet.

### 1.3.1 Gemeinsame Selbstverwaltung

Die gemeinsame Selbstverwaltung von Kostenträgern und Leistungserbringern hat im deutschen Gesundheitswesen historisch bedingt eine starke Stellung. Ihre Aufgaben, auf der Mesoebene Strukturen zu organisieren und Funktionen wie Wirksamkeit, Qualität und Finanzierbarkeit sicherzustellen („governance“), werden in

anderen Ländern oft über regionale Institutionen gelöst, sind aber überall unverzichtbar.

Krankenkassen versichern Individuen, die ihre Kasse frei wählen können. Sie müssen daher deren Erwartungen an Erreichbarkeit, Umfang und Qualität der Versorgung gerecht werden. Sie sind zudem Sachwalter der Interessen ihrer Versicherungsgemeinschaft, übernehmen Organisations- und Finanzierungsverantwortung.

Wegen des Grundrechts der Berufsfreiheit (Artikel 12 GG) gibt es keine wirksame „Planung“ des zukünftig nötigen Facharzt-Mixes (Hausärzte, Augenärzte, Orthopäden usw.), wohl aber Maßnahmen, ihre Weiterbildung und berufliche Tätigkeit spezifisch zu fördern. „Weiterbildungsplanung“ ist ein zunehmend wichtig werdendes Desiderat der Systemgestaltung. Die sog. „ärztliche Bedarfsplanung“ als Gemeinschaftsaufgabe von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen (§ 99ff SGB V) ist vor allem eine Verteilungsplanung (Ozegowski und Sundmacher 2012). Der Bezug des „Ärztebedarfs“ zu einem bevölkerungsbezogenen Versorgungsbedarf wird abstrakt über fachgebietsspezifische Einwohner-Arzt-Relationen in festgelegten regionalen „Planungsbereichen“ hergestellt. Initial spiegelten diese Verhältniszahlen die gewachsenen Versorgungskapazitäten der 1990er Jahre. Sie werden periodisch vom G-BA überarbeitet (Bedarfsplanungs-Richtlinie). Die Zulassungs- und Landesausschüsse haben begrenzte Möglichkeiten, kleinräumige Besonderheiten steuernd zu berücksichtigen.

Deutlich erkennbar wird eine Anknüpfung an den Status quo ante als „Planungsverfahren“ im expliziten Vorjahresbezug bei der Fortschreibung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (§ 87a SGB V). Regionalspezifisch sind dabei demografischer Wandel, die Entwicklung der dokumentierten Diagnosen als Morbiditätskorrelat, die Entwicklung von Versorgungsstruktur und Wirtschaftlichkeit, der medizinische Fortschritt sowie Fortschreibungen des Leistungskatalogs zu berücksichtigen. Besonders förderungswürdige Leistungen können vereinbart werden. Damit sind Anreize gegen Über- und Unterversorgung vorgesehen. Insgesamt geht es hier jedoch weniger um eine proaktive Gestaltung der Versorgung, sondern vor allem um ein auf Kriterien gestütztes Nachführen der Vergütung an Demografie- und Morbiditätsentwicklung. Die Anbindung der Vergütung an Demografie- und Morbiditätsentwicklung ist der Weg, auf dem die Krankenkassen – wenn auch verzögert – das Morbiditätsrisiko wieder übernehmen, nachdem sie die prospektiv zu vereinbarende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung gezahlt haben (§ 87a Abs. 3 SGB V).

Eine Vorjahresanbindung mag als Planungskriterium wenig gestaltungsmächtig erscheinen. Sie folgt aber einer inneren Logik. Mortalität und Morbidität sind stochastische Ereignisse, d. h. wir wissen zwar nicht, wer genau erkranken und wer sterben wird, aber wir wissen auf der Aggregatebene der Bevölkerung recht genau, wie viele in jedem Jahr. Alle Versorgungsleistungen der Vorjahre wurden auf der Mikroebene von Ärzten veranlasst, können deswegen aus normativer Sicht als „bedarfsgeprüft“ oder „notwendig“ unterstellt werden. Bei dieser normativen Setzung ist natürlich klar, dass auf der Ebene von Individuen oder Indikationsgebieten zu viele oder zu wenige Leistungen erbracht worden sein können, prüfte man das in jedem Einzelfall gutachterlich nach. Auf Aggregatebene werden aber auch die Fehler des Systems als vorläufig stabil angesehen. Das in der Vergangenheit erbrachte

Volumen medizinischer Leistungen erscheint damit als fortschreibungsfähig – wenn auch unsicher und korrekturbedürftig. Versorgungsbedarf auf der Mesoebene ist eben nicht die Summe des ärztlich attestierten Bedarfs der Individuen, sondern eine eigene („emergente“) Größe, deren Fortschreibung die genannten Determinanten auf Aggregatebene berücksichtigt und damit wiederum die Arbeit des Versorgungssystems beeinflusst.

Auch die Regulierungen zur Übernahme medizinischer Innovationen in die Routineversorgung, also die Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis, kann man als Instrument einer Bedarfskonstituierung auffassen. Denn den Versicherten steht eine Versorgung nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu (siehe oben). Versorgungsinnovationen unterliegen im ambulanten Sektor einem Erlaubnisvorbehalt des G-BA, das Verfahren ist damit in der Hand der Selbstverwaltung, nicht der Ärzte allein. Tendenziell wird der stationäre Sektor durch die komplementäre Marktzugangsregel „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“ bevorzugt, doch ist die konkrete Einführung neuer Positionen in den Leistungskatalog auch im stationären Sektor reguliert (Zuschläge, NUB). Mit der Übernahme einer Innovation in den Leistungskatalog der GKV ist allerdings nicht schon ihre qualitätsgesicherte Diffusion in die flächendeckende „übliche Versorgung“ umgesetzt. Innovationen versetzen deswegen das Gesundheitswesen übergangsweise in einen Zustand heterogener Unterversorgung.

Der Gesetzgeber hat das Verfahren zur Feststellung des Standes des Wissens konkretisiert: Nach § 139a Abs. 4 SGB V hat das IQWiG „zu gewährleisten, dass die Bewertung des medizinischen Nutzens nach den international anerkannten Standards der evidenzbasierten Medizin und die ökonomische Bewertung nach den hierfür maßgeblichen internationalen Standards, insbesondere der Gesundheitsökonomie erfolgt.“

Von der zunächst begrenzt geförderten Möglichkeit der Selektivverträge nach § 140a SGB V erwartete die Politik eine Zunahme des Vertragswettbewerbs in der GKV, sie stärkte damit die Such-, Effizienz und Evaluationsfunktion des Wettbewerbs in der GKV. Der größte Teil der Versorgung wird aber weiter einheitlich und gemeinsam vertraglich geregelt. Das sog. Präventionsgesetz (2015) hat sogar die Prävention, lange ein möglicher Bereich des Kassenwettbewerbs per Satzung, wieder kollektiviert und dabei alle Sozialleistungsträger einbezogen. Prävention ist Determinante des Versorgungsbedarfs, weil ein großer Teil aller Krankheiten und Todesursachen durch organisiertes soziales Handeln vermeidbar ist oder im Lebensverlauf aufgeschoben werden kann (Amler und Dull 1987; Coffield et al. 2001; Maciosek et al. 2010; Norheim et al. 2015; Barber et al. 2017).

### 1.3.2 Versorgungswissenschaft

Der Mesoebene wird auch die Erarbeitung der wissenschaftlichen Grundlagen der Versorgung zugeordnet. Bedarfsbestimmend gehören dazu vor allem Leitlinien. Sie werden gewöhnlich von den einzelnen wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften evidenzbasiert erarbeitet ([www.awmf.org](http://www.awmf.org)), die sogenannten Nationalen VersorgungsLeitlinien vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), einem Kompetenzzentrum der „verfassten Ärzteschaft“. Die medizinische Profession legt Wert darauf, dass Leitlinien im Interesse der Einzelfall-

orientierung der Versorgung und der Patientenbeteiligung nicht identisch sind mit (gerichtsverwertbaren) medizinischen Standards. Doch werden Leitlinien natürlich mit dem Anspruch erarbeitet, sie in der Versorgung umzusetzen. Soweit Leitlinien (neue) Nutzenpotenziale durch Evidenz belegen und dazu Handlungsempfehlungen geben (oder solche wegen insuffizienter Evidenz ablehnen), definieren sie Bedarf. Evidenzbasierte Medizin organisiert Wissen als Handlungs begründung für die Praxis (ausführlich Robra 2016), sie ist daher bedarfskonstituierende Medizin. Leitlinien sind Allokationsinstrumente. Lange war in der Ärzteschaft umstritten, ob Leitlinien unter expliziter Berücksichtigung wirtschaftlicher Kriterien oder verfügbarer Ressourcen erstellt werden sollten. Der aktuelle Methodenreport des ÄZQ formuliert als Aufgabe von Leitlinien u. a. „unter Abwägung von Nutzen und Schaden das derzeitige Vorgehen der Wahl zu definieren“ und „unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen gute klinische Praxis zu fördern und die Öffentlichkeit darüber zu informieren“ (Bundesärztekammer et al. 2010). Versorgungsleitlinien sind also ressourcensensibel und richten sich auch an die Öffentlichkeit.

Um die empirische Versorgung nachgehend zu evaluieren und Entscheidungsfindungen präzisierend zu unterstützen, wurde die Indikationsqualität medizinischer Verfahren unter dem Begriff der „Angemessenheit“ („appropriateness“) untersucht (Brook et al. 1986, „RAND/UCLA Appropriateness Method“). Als „angemessen“ wurde ein Verfahren angesehen, „dessen erwarteter gesundheitlicher Nutzen (wie z.B. gewonnene Lebenserwartung, Schmerzlinderung, Reduktion von Angst oder verbesserte Funktionsfähigkeit) die erwarteten negativen Konsequenzen (wie Mortalität, Morbidität, Angst, Schmerz und Verlust an Arbeitszeit) so ausreichend deutlich übertrifft, dass das Verfahren den Aufwand wert ist“ (Brook et al. 1986, ÜdV). Dieses schwache Benefizienz-Konzept, besser wohl mit dem abgeschwächten Begriff „Vertretbarkeit“ übersetzt, wurde in expertengestützten Konsensverfahren mit problem- oder technologiespezifischen Angemessenheitskriterien untersetzt. Dies erwies sich als schwierig (McClellan und Brook 1992; Casparie 1996), da sich die Experten bei Weitem nicht immer einig waren. In einer systematischen Übersichtsarbeit war nur für kardiale Revaskularisierungen die Übereinstimmung mit einer Angemessenheitsklassifikation auch mit besseren klinischen Resultaten verbunden (Lawson et al. 2012).

Es gibt kaum eine Fachgesellschaft, die nicht auf Unterversorgung in ihrem fachlichen Bereich verweist (SVR 2001, TZ 216). Andererseits ist in einer für das Individuum bis auf Grenzkosten von Null subventionierten Krankenversicherung mit einer Übernachtfrage und damit auch Überversorgung zu rechnen („moral hazard“, Nyman 2003). Schutz vor Überversorgung wird sogar als hausärztliche Aufgabe gesehen (Fischer 1996). Das Begriffspaar „Über- und Unterversorgung“ signalisiert Effektivitäts- und Rationalisierungspotenziale, aber auch ein Umsetzungs- und ein Gerechtigkeitsdefizit der Krankenversicherung. Die „bedarfsgerechte“ Mitte oder ihre Bandbreite sind damit aber noch nicht definiert. Um sie einzugrenzen, braucht es mindestens eines bewertenden Außenkriteriums im Sinne erwünschter oder unerwünschter Wirkungen der Versorgung.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) hat versucht, den „Referenzfall“ einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen

Versorgung zu beschreiben<sup>2</sup>. Er charakterisierte diesen Referenzfall allerdings mit offenen Begriffen, blieb also eine Operationalisierung schuldig. Mit „Referenzversorgung“ kann aber auch ein methodischer Vergleich verschiedener (regionaler, internationaler) Versorgungssysteme gemeint sein. Oder ein empirisch vorgefundenes Versorgungsniveau wird mit expliziten normativen Standards verglichen. Solche Standards finden sich z. B. als Grenzwerte oder Verfahrensvorgaben in evidenzbasierten Leitlinien, als operationalisierte Potenziale (z. B. potenziell vermeidbare Krankenhausaufenthalte: Burgdorf und Sundmacher 2014; Sundmacher et al. 2015; potenziell inadäquate Medikationen: Holt et al. 2010), als konsentrierte Versorgungsmaßnahmen (z. B. McGlynn et al. 2003) oder als vertraglich vereinbarte Versorgungsziele in strukturierten Behandlungsprogrammen (§ 137f SGB V, „DMP“). Damit werden bewertete SOLL-IST-Vergleiche und in deren Folge korrektive Maßnahmen begründbar. Auch die Instrumentarien der externen und internen Qualitätssicherung, der Patientensicherheit, der Patientenzufriedenheit und der Gesundheitsberichterstattung unterstützen die Bedarfsorientierung der Versorgung.

Der SVR macht – wie schon Bradshaw (1972; auch Scholten et al. 2016) – darauf aufmerksam, dass es konvergierender Bewertungen bedarf, bevor legitimer Versorgungsbedarf vorliegt:<sup>3</sup> Den vom Patienten selbst bestimmten Hilfebedarf, erkennbar nicht an seiner initialen Nachfrage, sondern an seiner aufgeklärten Zustimmung zur medizinischen Maßnahme; die Evidenzbasis; die leistungsrechtlichen Voraussetzungen (nicht jede gewünschte Leistung wird solidarisch finanziert); und das gutachterliche Urteil des individuell behandelnden Arztes. Erst die Schnittmenge bezeichnet den zur Versorgung akzeptierten Bedarf, den Geisler (2004) „konkordanten Bedarf“ nennt (ausführlicher Robra 2012).

Seit der grundlegenden Arbeit von Wennberg und Gittelsohn (1973) zur regionalen Versorgungsheterogenität haben zahlreiche regional vergleichende bevölkerungsbezogene Studien erhebliche Variationen bei diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen nachgewiesen. Das gilt für internationale Vergleiche (z. B. Corallo et al. 2014; OECD 2014), kleinräumig („small area studies“, Powietzka und Swart 2014) und natürlich auch für Deutschland (früh Ohmann 2000; Swart et al. 2000; aktuell z. B. die Faktenchecks der Bertelsmann-Stiftung <https://>

2 „Eine Versorgung, bei der Leistungen indiziert sind, einen positiven Netto-Nutzen haben und fachgerecht sowie mit akzeptabler Nutzen-Kosten-Relation erbracht werden, stellt den Referenzfall einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung dar“ (SVR 2001, TZ 40). Überversorgung definiert der SVR doppelt als „Versorgung über die Bedarfsdeckung hinaus“, „d. h. eine Versorgung mit nicht indizierten Leistungen oder mit Leistungen ohne hinreichend gesicherten Netto-Nutzen“ (medizinische Überversorgung); oder als Versorgung mit Leistungen mit nur geringem Nutzen, „der die Kosten nicht mehr rechtfertigt“, oder mit unwirtschaftlich erbrachten Leistungen (ökonomische Überversorgung; SVR 2001, TZ 51 Nr. 2). Unterversorgung ist „die teilweise oder gänzliche Verweigerung oder Nichtzugänglichkeit einer Versorgung trotz individuellen, professionell, wirtschaftlich und gesellschaftlich anerkannten Bedarfs, obwohl an sich Leistungen mit hinreichend gesichertem Netto-Nutzen [...] zur Verfügung stehen“ (SVR 2001, TZ 51 Nr. 1).

3 „Die Feststellung von Bedarf schließt also subjektive und gesellschaftliche, professionelle und wissenschaftliche Urteile über einen behandlungsbedürftigen Zustand, also Krankheit oder Behinderung, und auch professionelle bzw. wissenschaftliche Urteile über den möglichen bzw. hinreichend gesicherten gesundheitlichen Nutzen (benefit) von gegenwärtig verfügbaren Verfahren und Einrichtungen zur Behandlung dieses Zustandes ein.“ (SVR 2001, TZ 22)

faktencheck-gesundheit.de). Überall bestehen auch in Deutschland Unterschiede im Möglichkeitsraum der Versorgung mit unterschiedlichen professionellen Arbeitsteilungen (Graf von Stillfried und Czihal 2014; Sundmacher und Kopetsch 2015; Vogt et al. 2016) und daher mit kontextspezifischen Opportunitätskosten.

Die beobachtete Versorgungsheterogenität lässt sich durch Morbiditätsunterschiede oder unterschiedliche Versorgungspräferenzen der regionalen Bevölkerungen nicht plausibilisieren. Sie zeigt zudem zeitlich stabile regionale Muster. Unsicherheit der Ärzte über Nutzen und Risiken der Maßnahmen (Eddy 1984; Beresford 1991), Angebotsinduktion, Vergütungsanreize, zu wenig standardisierte Verfahrensweisen, Effizienzunterschiede und regionale Versorgungsstile tragen dazu bei (Bloor 1976; Wennberg 1985, 2010). Sozial benachteiligte Gruppen sind auch gesundheitlich und in ihrer Versorgung benachteiligt (Hart 1971). Sirovich et al. (2008) fassen die Ergebnisse einer Erhebung bei Primärmediziner in fünf unterschiedlich intensiv versorgten Regionen so zusammen: „Wenn Ärzte in verschiedenen Regionen ‚dieselben‘ Patienten sehen, treffen sie unterschiedliche Entscheidungen – Entscheidungen, die eng mit der örtlichen Praxisumgebung korreliert sind“ (ÜdV). Eine beispielhafte Studie von Fisher et al. (2003a, b) belegt, dass die patientenbezogenen Versorgungsergebnisse in versorgungintensiven Regionen nicht besser, sondern eher schlechter sind als in Regionen, in denen weniger Aufwand betrieben wird. Zwar ist die Frage, welche Intensität der Versorgung die Bedarfslage am besten trifft, auf Basis regionaler Querschnittserhebungen allein nicht zu entscheiden. Doch bei Hinzuziehen weiterer Kriterien wie Rehospitalisierungswahrscheinlichkeit, Leitlinienkonformität, Inzidenz, Progression und Letalität ist eine Eingrenzung möglich. Wenn Ärzte bei vielen Maßnahmen, besonders solchen ohne klare Leitlinien, erkennbar nicht über verbindliche Indikations- und Verfahrenskriterien verfügen, delegitimiert ein solches Muster die beanspruchte ärztliche Definitionsmacht, führt zu vermeidbaren gesundheitlichen Schäden durch zu viel oder zu wenig Versorgung und wirft ein Gerechtigkeitsproblem auf (Robra 2014a).

Die „Wege zum Arzt“ (Zola 1973; Siegrist und Hendel-Kramer 1979) aus dem Laiensystem ins professionelle Hilfesystem und die Interaktionen zwischen Arzt und Patient sind hoch relevante Gegenstände einer qualitativen Versorgungsforschung. Sie stehen allerdings hinter der Forschung mit quantitativen Daten aus der umgesetzten Versorgung zurück. Zu den qualitativen Ansätzen gehört auch, die Erfahrungsbasis der Praxis zu stärken (Schön 1986) und dafür geeignete Foren zu schaffen (Wenger 2007; gelungenes Beispiel Ulbricht et al. 2016).

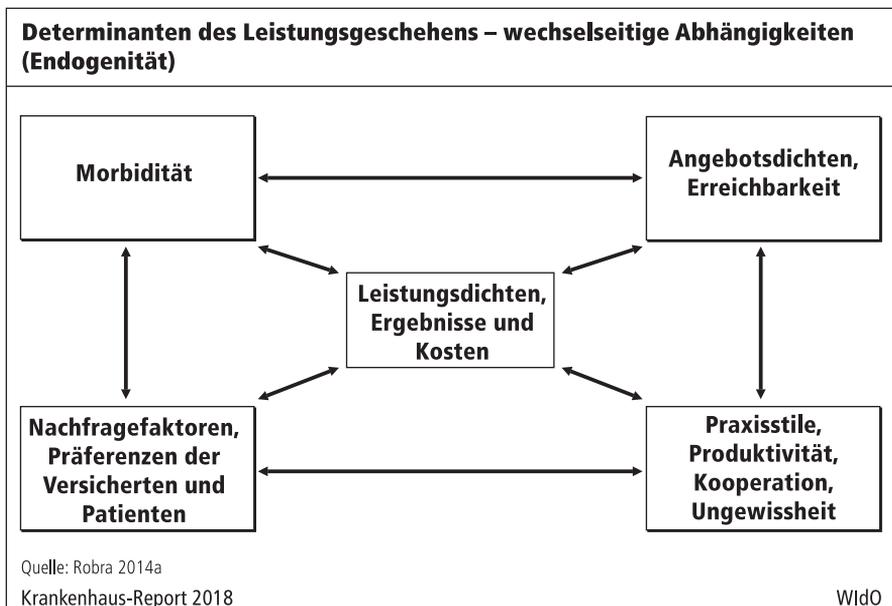
Wenige Studien haben versucht, die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen kontrolliert zu beeinflussen (Brook et al. 1983; Fries und McShane 1998; Übersicht Fries et al. 1998) oder „natürliche Experimente“ auszuwerten (Robra et al. 1999; Zok 2005; Sommers et al. 2014). Natürlich spricht nichts dagegen, Inanspruchnahme und die dahinter liegende Selbstdefinition von Hilfebedarf durch Förderung der Gesundheitskompetenz zu beeinflussen. Die Steuerungswirkung monetärer Anreize ist schwieriger zu bewerten. So haben wir eine fortgesetzte Zuzahlungspraxis bei Arzneimitteln, während die Praxisgebühr Ende 2012 ausgesetzt wurde. Zunehmend werden Versorgungsmodelle vergleichend evaluiert durch Ansätze wie cluster-randomisierte Kontrollgruppen oder Propensity-Score-Matching (Altiner et al. 2007; Kunz et al. 2007; Junius-Walker et al. 2012; Bäumlner et al. 2012; Haas et al. 2012; Gerlach und Szecsenyi 2013). Zu den mittelfristigen

Auswirkungen von Steuerungsversuchen auf gesundheitliche Outcomes ist mehr Versorgungsforschung nötig.

Rund 50 Jahre bevölkerungsbezogener Versorgungsforschung (Acheson 1978; Mägi und Allander 1981; White 2003; Wennberg 2010; Welch und Fisher 2017; Lancet-Serie: Brownlee et al. 2017; Glasziou et al. 2017; Saini et al. 2017; Elshaug et al. 2017) lassen dennoch Schlussfolgerung zu: 1) Mehr Versorgung ist nicht notwendig besser, besser koordinierte schon (z. B. Deyo 2002; Starfield et al. 2005; Welch et al. 2011; Glasziou et al. 2013; Wennberg 2014). 2) Wir sollten die Fiktion aufgeben, es gebe einen exogenen Bedarf, der bloß fachlich objektiviert und dann möglichst wirtschaftlich versorgt werden müsse.

Nach Art eines komplexen adaptiven Systems (Holland 1992; Axelrod und Cohen 1999) beeinflussen sich die in Abbildung 1–3 visualisierten Determinanten des Leistungsgeschehens gegenseitig. Der Möglichkeitsraum der Versorgung und damit der Bedarf entwickeln sich *innerhalb* des Versorgungssystems, das sich damit rekursiv selbst legitimiert. Auch ohne Markt ergibt sich dadurch eine stetige Systemevolution. Sie hat Auswirkungen auf die Bedarfskonstituierung, weil sich damit Entscheidungsschwellen in den zahlreichen o. a. Grauzonen verschieben. Plastizität und Rückbezüglichkeiten des Systems erschweren analytische und evaluative Versorgungsforschung. Eine Bedarfskonzeption, die Korrelate der realisierten Versorgung nutzt, um daraus normativ auf den Bedarf zurückzuschließen, ist trotz der unter dem Stichwort „Vorjahresanbindung“ (siehe oben) vorgesehenen pragmatischen Verwendung für Vergütungszwecke mit einem Beweisfehler belastet. Wenn z. B. in Regionalanalysen die diagnoseabhängigen Zuweisungen aus dem Morbidity-RSA als regionaler Bedarfsindikator („need“) unterstellt werden, gegen den die regional realisierten Leistungsausgaben gehalten werden (Ozegowski und Sundma-

Abbildung 1–3



cher 2014), werden relative regionale Abweichungen von einem Bundesdurchschnitt sichtbar, der die empirisch realisierte Versorgung nur in methodenbedingter Einblendung spiegelt. Das regionale Streuungsmuster kann Anlass für korrektive Überlegungen geben, dieser Bundesdurchschnitt ist aber keine Eichmarke für Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung.

## 1.4 Die Makroebene der Versorgungspolitik

Der Gesetzgeber regelt die Rahmenbedingungen der „gesetzlichen“ Krankenversicherung mit einem stetigen Strom von Gesetzen und Verordnungen. Der erste Eindruck einer Steuerung „top down“ wird dadurch relativiert, dass der Gesetzgeber oft die gemeinsame Selbstverwaltung der Mesoebene mit Präzisierung und Umsetzung beauftragt und damit die eingebundene Selbstbestimmung institutionalisierter Akteure im Gesundheitswesen fordert. Gleichzeitig greift er immer wieder Anliegen der „Verbände“ im Gesundheitswesen oder anderer Akteure (die Pharmaindustrie eingeschlossen) auf, die auf diese Weise außerhalb des Selbstverwaltungssystems Versorgungspolitik „ko-produzieren“ (Kickbusch und Gleicher 2011).

Insbesondere mit Regelungen zum Leistungsrecht und zur Innovationsbewertung trägt der Gesetzgeber direkt zur Bedarfskonstituierung bei (siehe oben), z. B. wenn er bei der Nutzenbewertung von Arzneimitteln explizit das sozialetische Kriterium „Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versichertengemeinschaft“ vorsieht (§ 35b SGB V). Gesetzliche Regelungen können auch indirekt auf den Versorgungsbedarf wirken. Wenn z. B. nach Einführung der Fallfinanzierung im Krankenhaus dort anreizkompatibel Mengenentwicklungen beobachtet werden, die über demografisch oder epidemiologisch begründete Trends hinausgehen, ist dies bei grundsätzlich intakter Ethik der Profession am ehesten durch reaktive Anpassung bisheriger Entscheidungsschwellen für medizinische Maßnahmen, alternativ als Fehlsteuerung durch das Vergütungssystem zu erklären. Wenn der Gesetzgeber die Stellung der Patienten im Gesundheitswesen stärkt (Patientenvertreter § 135 Absatz 5 und § 140f SGB V, Verbraucher- und Patientenberatung § 65b SGB V) oder die Versorgungsforschung mit Mitteln der Sozialversicherung fördert (§ 92a SGB V), erwartet er offensichtlich Auswirkungen auf den Diskursprozess zur Definition und Versorgung bestehender und neuer Bedarfe.

Nur begrenzt hat der Gesetzgeber eigene Versorgungsprioritäten gesetzt, z. B. bei Einführung der Früherkennungsleistungen in den Leistungskatalog ab 1969 oder 2015 durch explizite Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention (§ 20 Absatz 3 SGB V). Im letztgenannten Fall hat er flankierend einen breiten Diskurs vorgesehen (§§ 20d ff SGB V: Präventionskonferenz, Präventionsforum, Rahmenvereinbarungen, Modellvorhaben). Ähnlich wie zuvor im sog. Nationalen Krebsplan<sup>4</sup> werden hier in einem partizipatorischen Ansatz Erwartungen reflektiert, Leistungsbewertungen konsentiert, Ziel-Mittel-Diskurse gefördert und Umsetzungsvorschläge gemacht (siehe auch Robra 2014b). Sie werden (indirekt)

4 [www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan.html).

Auswirkungen auf Versorgungsansprüche und Versorgungsstandards haben (siehe auch Wright 2010 zu Methoden partizipativer Bedarfsbestimmung).

Weitere bedarfskonkretisierende Einflüsse kommen aus der Rechtsprechung, wenn sie über die Berechtigung von Leistungsforderungen befindet. Das Bundesverfassungsgericht hat wiederholt die Sicherung der Funktionalität und der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung als Gemeinwohlaufgabe von hoher Bedeutung definiert, der sich der Gesetzgeber nicht entziehen dürfe (z. B. 1 BvR 35/82 vom 31.10.1984, 1 BvR 2260/97 vom 12.07.2000, 1 BvR 866/07 vom 15.05.2007, 1 BvR 1778/05 vom 28.02.2008). Zur Sicherung einer nachhaltigen Krankenversorgung, eines Systemziels, sind daher Eingriffe und Kompromisse an anderer Stelle gerechtfertigt. Sie können z. B. die Regulierung der Berufsausübung, die Eingrenzung des Leistungskatalogs, die Begrenzung der maximalen Versorgungsintensität (unter Abwägung von Grenzkosten und Grenznutzen; Opportunitätskosten) sowie Qualitätsforderungen und Preiskontrollen betreffen, ohne dass solche abgewogenen und begründeten Kompromisse per se als Unter- oder Überversorgung aufgefasst werden können. Im sog. Viagra-Urteil (BVerfG, 28.02.2008, 1 BvR 1778/05 Rn. 4) heißt es zur Abgrenzung von Eigenverantwortung und Leistungskatalog der GKV: „Es steht mit dem Grundgesetz in Einklang, wenn der Gesetzgeber vorsieht, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu sein haben und nicht das Maß des Notwendigen überschreiten dürfen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Der Leistungskatalog darf auch von finanzwirtschaftlichen Erwägungen mitbestimmt sein. Gerade im Gesundheitswesen hat der Kostenaspekt für gesetzgeberische Entscheidungen erhebliches Gewicht (vgl. BVerfGE 103, 172 <184>). Die gesetzlichen Krankenkassen sind nicht von Verfassungen wegen gehalten, alles zu leisten, was an Mitteln zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar ist (vgl. BVerfGE 115, 25 <45 f.>).“ Das Recht auf Krankenversorgung ist also nach unten durch Eigenverantwortung, nach oben durch die Grenzen der Solidarität begrenzt.

Nach dem Recht des Sozialgesetzbuchs ist oberstes Ziel auch des Gesundheitswesens, zur *sozialen* Gerechtigkeit und Sicherheit beizutragen (§ 1 Absatz 1 SGB I). Wenn das Gesundheitswesen das Niveau und die Verteilung der Gesundheit und ihrer Determinanten in der Bevölkerung verbessert oder Schutz vor Verletzung durch Krankheit bietet, trägt es zu sozialen Teilhabe-, Gerechtigkeits- und Produktivitätszielen bei. Kliemt (2006) vertritt in diesem Zusammenhang die These, Auftrag sei nicht eine Maximierung der Gesundheitsversorgung, sondern „deren Minimierung bei gleichzeitiger, ein hohes Niveau erzwingender Rechtsstaatsicherung“. Das Vertrauen der Bürger in Medizin und Sozialstaat ist nicht trennbar.

Die Dominanz der Ärzteschaft nimmt mit der Systemebene ab. Auf der Mikroebene entscheiden Ärzte über das Vorliegen des Versicherungsfalles. Auf der Mesoebene sind sie Vertragspartner, auf der Makroebene Public-Health-Berater (Kohatsu et al. 2004). Medizinische Institutionen können die Gesellschaft nicht zwingen, ein bestimmtes medizinisches Versorgungsniveau vorzuhalten. Die Gesellschaft darf allerdings von der medizinischen Profession erwarten, sie bei stets konflikträchtigen versorgungswirksamen Allokationsentscheidungen zu beraten. Für die Medizin ist damit ein reziproker Rahmen sozialer Verantwortung gesetzt: einerseits verlangen ihre eigenen Aufgaben, dass sie gesellschaftliche Entwicklungen zu beeinflussen versucht (z. B. Wirkungsforschung, Beseitigung oder Vorbeugung von Ver-

sorgungsdefiziten, Verbesserung der Stellung des Patienten); andererseits ist sie Instrument eines politischen Programms, das wir (heute) „sozialstaatlich“ nennen.

## 1.5 Fazit

Wenn ein medizinisch zu versorgender Bedarf nicht „exogen“ vorgegeben ist, sondern im Gesundheitswesen selbst gestaltet wird, zudem auf den dargestellten Ebenen mit je unterschiedlichen Zielen und Mitteln, erscheint es vergeblich, „Versorgungsbedarf“ punktgenau messen zu wollen, um daraus den benötigten Leistungsmix und sekundär die für eine wirtschaftliche Leistungserbringung nötigen Kapazitäten herzuleiten. „Bedarfsplanung“, treffender wohl Bedarfsmanagement, wird vielmehr ein iterativer, offener Lern-, Entwicklungs- und Systemgestaltungsprozess. Das heißt nicht, auf evidenzbasierte, gesellschaftlichen Erwartungen standhaltende und nachhaltig finanzierbare, d. h. normative Versorgungsziele zu verzichten. Zweckmäßigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der vorgehaltenen Strukturen und erbrachten Leistungen sind dann durch evaluative Versorgungsforschung hinsichtlich ihres Beitrags zur Zielerreichung zu bewerten, ggf. ist korrigierend („planerisch“) einzugreifen.

## Literatur

- Acheson RM. The definition and identification of need for health care. *J Epidemiol Community Health* 1978; 32 (1): 10–5.
- Altiner A, Brockmann S, Sielk M, Wilm S, Wegscheider K, Abholz H. Reducing antibiotic prescriptions for acute cough by motivating GPs to change their attitudes to communication and empowering patients: a cluster-randomized intervention study. *J Antimicrob Chemother* 2007; 60: 638–44.
- Amler RW, Dull HB, editors. *Closing the gap: The burden of unnecessary illness*. New York, Oxford: Open University Press 1987.
- Axelrod R, Cohen MD. *Harnessing complexity: Organizational implications of a scientific frontier*. New York, London, Toronto, Sydney, Singapore: The Free Press 1999.
- Barber RM, Fullman N, Sorensen RJD, Bollyky T, McKee M, Nolte E et al. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: A novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet* 2017.
- Barth J, Boer WEL de, Busse JW, Hoving JL, Kedzia S, Couban R et al. Inter-rater agreement in evaluation of disability: Systematic review of reproducibility studies. *BMJ* 2017; 356: j14.
- Bäumler M, Stargardt T, Schreyögg J, Busse R. Cost effectiveness of drug-eluting stents in acute myocardial infarction patients in Germany: results from administrative data using a propensity score-matching approach. *Appl Health Econ Health Policy* 2012; 10 (4): 235–48.
- Beresford EB. Uncertainty and the shaping of medical decisions. *Hastings Cent Rep* 1991; 21 (4): 6–11.
- Berger PL, Luckmann T. *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit: Eine Theorie der Wissenssoziologie*. 22. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag 2009. (Fischer; vol 6623).
- Bloor M. Bishop Berkeley and the adenotonsillectomy enigma: an exploration of variation in the social construction of medical disposals. *Sociology* 1976; 10: 43–61.

- Bradshaw JR. The taxonomy of social need. In: McLachlan G, editor. Problems and progress in medical care: essays on current research. Oxford: Nuffield Provincial Hospital Trust 1972; 71–82 (7th Series).
- Brook RH, Chassin MR, Fink A, Solomon DH, Koseoff J, Park RE. A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1986; 2 (01): 53–63.
- Brook RH, Ware JE, JR, Rogers WH, Keeler EB, Davies AR, Donald CA et al. Does free care improve adults' health? Results from a randomized controlled trial. *The New England Journal of Medicine* 1983; 309 (23): 1426–34.
- Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *The Lancet* 2017.
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Programm für Nationale Versorgungsleitlinien. Methoden-Report, 4. Auflage, Version 1.0; 2010. URL: <http://www.versorgungsleitlinien.de/methodik/reports> (01 Juli 2017).
- Burgdorf F, Sundmacher L. Potenziell vermeidbare Krankenhausfälle in Deutschland: Analyse von Einflussfaktoren auf die Raten ambulant-sensitiver Krankenhauseinweisungen. *Deutsches Ärzteblatt* 2014; 111: 215–23.
- Casparie AF. The ambiguous relationship between practice variation and appropriateness of care: an agenda for further research. *Health Policy* 1996; 35: 247–65.
- Coffield AB, Maciosek MV, McGinnis JM, Harris JR, Caldwell MB, Teutsch SM et al. Priorities among recommended clinical preventive services. *Am J Prev Med* 2001; 21 (1): 1–18.
- Corallo AN, Croxford R, Goodman DC, Bryan EL, Srivastava D, Stukel TA. A systematic review of medical practice variation in OECD countries. *Health Policy* 2014; 114 (1): 5–14.
- Deyo RA. Cascade effects of medical technology. *Annu Rev Public Health* 2002; 23: 23–44.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966; 44: 166–206.
- Eddy DM. Variations in physician practice: the role of uncertainty. *Health Aff (Millwood)* 1984; 3 (2): 74–89.
- Elshaug AG, Rosenthal MB, Lavis JN, Brownlee S, Schmidt H, Nagpal S et al. Levers for addressing medical underuse and overuse: Achieving high-value health care. *The Lancet* 2017.
- Felder S, Mayrhofer T. Medical decision making: A health economic primer. Berlin: Springer 2011.
- Fischer GC. Schutz vor medizinischer Überversorgung – eine wichtige Präventionsaufgabe des Hausarztes. *Z Allg Med* 1996; 72 (17): 1012–5.
- Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: the content, quality, and accessibility of care. *Ann Intern Med* 2003; 138 (4): 273–87.
- Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care. *Ann Intern Med* 2003; 138(4): 288–98.
- Fries JF, Koop CE, Sokolov J, Beadle CE, Wright D. Beyond health promotion: reducing need and demand for medical care. *Health Aff (Millwood)* 1998; 17 (2): 70–84.
- Fries JF, McShane D. Reducing need and demand for medical services in high-risk persons. A health education approach. *West J Med* 1998; 169 (4): 201–7.
- Gahl K. Indikation – Zur Begründungsstruktur ärztlichen Handelns. *Dtsch Med Wochenschr* 2005; 130: 1155–8.
- Geisler LS. Bedarfsgerechtigkeit im Gesundheitssystem? „Konkordanter Bedarf“ als unverzichtbare Voraussetzung. Die Rolle des Arzt-Patient-Dialogs. Referat anlässlich der Veranstaltung: „Bedarfsgerechtigkeit im Gesundheitssystem? Zur Lage chronisch kranker und behinderter Menschen nach der Gesundheitsreform“ – Gemeinsame Tagung von „Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft“ (IMEW) und „Katholische Akademie“. Berlin, 7. September 2004. <http://www.linus-geisler.de/vortraege/0409bedarfsgerechtigkeit.html>
- Gerlach FM, Szecsenyi J. Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Wuerttemberg: Konzept und Ergebnisse der kontrollierten Begleitevaluation. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2013; 107 (6): 365–71.

- Glasziou P, Moynihan R, Richards T, Godlee F. Too much medicine; too little care. *BMJ* 2013; 347: f4247.
- Glasziou P, Straus S, Brownlee S, Trevena L, Dans L, Guyatt G et al. Evidence for underuse of effective medical services around the world. *The Lancet* 2017.
- Graf von Stillfried D, Czihal T. Welchen Beitrag liefern funktional definierte Populationen zur Erklärung regionaler Unterschiede in der medizinischen Versorgung? *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2014; 57: 197–206.
- Haas L, Stargardt T, Schreyögg J. Cost-effectiveness of open versus laparoscopic appendectomy: a multilevel approach with propensity score matching. *Eur J Health Econ* 2012; 13 (5): 549–60.
- Hart JT. The inverse care law. *The Lancet* 1971; 1 (7696): 405–12.
- Helsper W, Krüger H-H, Rabe-Kleberg U. Professionstheorie, Professions- und Biographieforschung – Einführung in den Themenschwerpunkt. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung (ZBBS)* 2000; (1): 5–19.
- Holland JH. Complex adaptive systems. *Daedalus* 1992; 121: 17–30.
- Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA. Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. *Dtsch Arztebl* 2010; 107: 543–51.
- Junius-Walker U, Wrede J, Voigt I, Hofmann W, Wiese B, Hummers-Pradier E et al. Impact of a priority-setting consultation on doctor-patient agreement after a geriatric assessment: cluster randomised controlled trial in German general practices. *Qual Prim Care* 2012; 20(5): 321–34.
- Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. Copenhagen: WHO 2012.
- Kliemt H. Ethische Konflikte im Gesundheitswesen. *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 2006; 7: 27–48.
- Kohatsu ND, Robinson JG, Torner JC. Evidence-based public health: An evolving concept. *Am J Prev Med* 2004; 27 (5): 417–21.
- Kunz R, Wegscheider K, Guyatt G, Zielinski W, Rakowskiy N, Donner-Banzhoff N et al. Impact of short evidence summaries in discharge letters on adherence of practitioners to discharge medication. A cluster-randomised controlled trial. *Qual Saf Health Care* 2007; 16: 456–61.
- Lawson EH, Gibbons MM, Ko CY, Shekelle PG. The appropriateness method has acceptable reliability and validity for assessing overuse and underuse of surgical procedures. *Journal of Clinical Epidemiology* 2012; 65 (11): 1133–43.
- Lindemann G. Die Kontingenz der Grenzen des Sozialen und die Notwendigkeit eines triadischen Kommunikationsbegriffs. *Berlin J Soziol* 2012; 22 (3): 317–40.
- Maciosek MV, Coffield AB, Flottesch TJ, Edwards NM, Solberg LI. Greater use of preventive services in U.S. health care could save lives at little or no cost. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29 (9): 1656–60.
- Mägi M, Allander E. Towards a theory of perceived and medically defined need. *Sociol Health & Illness* 1981; 3 (1): 49–71.
- Mazal W. Krankheitsbegriff und Risikobegrenzung: Eine Untersuchung zum Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung. Wien: Braumüller 1992.
- McClellan M, Brook RH. Appropriateness of care. A comparison of global and outcome methods to set standards. *Med Care* 1992; 30 (7): 565–86.
- McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 2003; 348 (26): 2635–45.
- Norheim OF, Jha P, Admasu K, Godal T, Hum RJ, Kruk ME et al. Avoiding 40% of the premature deaths in each country, 2010–30: review of national mortality trends to help quantify the UN Sustainable Development Goal for health. *Lancet* 2015; 385 (9964): 239–52.
- Nyman JA. The theory of demand for health insurance. Stanford, CA: Stanford Economics and Finance 2003.
- OECD. Geographic Variations in Health Care: What do we know and what can be done to improve health system performance? Paris: OECD Publishing 2014. (OECD Health Policy Studies).
- Oevermann U. Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe A, Helsper W, editors. *Pädagogische Professionalität: Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1996; 70–182 (suhrkamp taschenbuch wissenschaft; vol. 1230).

- Oevermann U. „Compliance“ und die Strukturlogik des Arbeitsbündnisses zwischen Arzt und Patient. In: Mittel D, Seltrecht A (Hrsg) *Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand?* Berlin, Heidelberg: Springer 2013; 501–21.
- Ohmann C, editor. *Operationshäufigkeiten in Deutschland*. Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft 2000. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; vol 129).
- Ozegowski S, Sundmacher L. Wie „bedarfsgerecht“ ist die Bedarfsplanung? Eine Analyse der regionalen Verteilung der vertragsärztlichen Versorgung. *Gesundheitswesen* 2012; 74 (10): 618–26.
- Ozegowski S, Sundmacher L. Understanding the gap between need and utilization in outpatient care – the effect of supply-side determinants on regional inequities. *Health Policy* 2014; 114 (1): 54–63.
- Powietzka J, Swart E. Routinedaten für kleinräumige Analysen. In: Swart E, Ihle P, Gothe H, Matysiewicz D, editors. *Routinedaten im Gesundheitswesen: Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber 2014; 435–45.
- Raspe H. Bedarf an rehabilitativen Leistungen: zur Theorie von Bedarfsermittlung („needs assessment“). *Rehabilitation* 2007; 46: 3–8.
- Raspe H. Sozialmedizin und (normative) Versorgungsforschung. *Gesundheitswesen* 2015; 77 (3): 133–6.
- Robra B-P. III-4 Gesundheitsökonomie. In: Gostomzyk JG, editor. *Angewandte Sozialmedizin*. Landsberg: Ecomed 2012; 1–39.
- Robra BP, John E, Wennberg, Pionier der regionalen Versorgungsforschung: Was kann eine deutsche Versorgungswissenschaft von ihm lernen? *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2014a; 57 (2): 164–8.
- Robra BP. (Prioritäre) Gesundheitsziele als Gesetzesinhalt. *Prävention* 2014b; 37 (4): 103–5.
- Robra BP. Evidenz. In: Dick M, Marotzki W, Mieg H, editors. *Handbuch Professionsentwicklung*. 1. Aufl. Bad Heilbrunn: UTB 2016; 193–202.
- Robra BP, Kraska D. In Richtung auf eine bedarfsgerechte Versorgung – wie leben wir professionell mit Über- und Unterversorgung? In: Weber A, editor. *Gesundheit – Arbeit – Rehabilitation – Festschrift für Wolfgang Slesina*. Regensburg: S. Roderer 2008; 19–28.
- Robra BP, Swart E, Schlichthaar H, Lehnert H. Reduktion der Krankenhaushäufigkeit des Diabetes mellitus nach Diabetes-Vereinbarung im ambulanten Sektor – kleinräumige Evaluation anhand regionaler Krankenhausdaten. *Diabetes und Stoffwechsel* 1999; (8): 107–12.
- Rothwell PM (Hrsg) *Treating individuals; from randomised trials to personalised medicine*. Edinburgh, London: Elsevier 2007. (Lancet handbook series).
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. *Gutachten 2000/2001 Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*. Band 3 – Über-, Unter- und Fehlversorgung. (Bundestags-Drucksache 14/6871). Bonn 2001.
- Saini V, Garcia-Armesto S, Klemperer D, Paris V, Elshaug AG, Brownlee S et al. Drivers of poor medical care. *The Lancet* 2017. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30947-3.
- Scholten N, Karbach U, Pfaff H. Bedarfsgerechte Versorgung – Ein Überblick gängiger Definitionen. *Public Health Forum* 2016; 24 (1): 6–8.
- Schön DA. *The reflective practitioner*. New York: Basic Books 1983
- Schütze F. Schwierigkeiten bei der Arbeit und Paradoxien des professionellen Handelns : ein grundlagentheoretischer Aufriß. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung* 2000; (1): 49–96.
- Seltrecht A. Arbeitsbogen – Reflexion professioneller Arbeit im Projekt- oder Verlaufskurvenkontext. In: Dick M, Marotzki W, Mieg H (Hrsg) *Handbuch Professionsentwicklung*. 1. Aufl. Bad Heilbrunn: UTB 2016; 62–74.
- Siegrist J, Hendel-Kramer A. *Wege zum Arzt*. München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzenberg 1979.
- Sirovich B, Gallagher PM, Wennberg DE, Fisher ES. Discretionary decision making by primary care physicians and the cost of U.S. Health care. *Health Aff (Millwood)* 2008; 27 (3): 813–23.
- Sommers BD, Long SK, Baicker K. Changes in mortality after Massachusetts health care reform: A quasi-experimental study. *Ann Intern Med* 2014; 160 (9): 585–93.

- Spura A. Biographie und Paarbeziehung: Zur Struktur triadischer Wechselwirkungen bei Doppelkarriere-Paaren. Opladen u a: Budrich 2014. (Studien zur qualitativen Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung – ZBBS-Buchreihe).
- Starfield B, Forrest CB, Nutting PA, Schrader S von. Variability in physician referral decisions. *J Am Board Fam Pract* 2002; 15: 473–80.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly* 2005; 83 (3): 457–502.
- Stevens A, Gabbay J. Needs assessment needs assessment... *Health Trends* 1991; 23 (1): 20–3.
- Stevens A, Gillam S. Health needs assessment. Needs assessment: from theory to practice. *BMJ* 1998; 316: 1448–52.
- Strauss A, Fagerhaugh S, Suczek B, Wiener C. Social organization of medical work. Chicago: The University of Chicago Press 1985.
- Sundmacher L, Fischbach D, Schuettig W, Naumann C, Augustin U, Faisst C. Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. *Health Policy* 2015; 119 (11): 1415–23.
- Sundmacher L, Kopetsch T. The impact of office-based care on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Health Econ* 2015; 16 (4): 365–75.
- Swart E, Wolff C, Klas P, Deh S, Robra BP. Häufigkeit und kleinräumige Variabilität von Operationen. *Chirurg* 2000; 71: 109–14.
- Tomlin Z, Humphrey C, Rogers S. General practitioners' perceptions of effective health care. *BMJ* 1999; 318: 1532–5.
- Ulbricht S, Dick M, Walther W, editors. Praxisforschung und Professionsentwicklung in der Zahnmedizin. 10 Jahre Master-Network Integrated Dentistry e. V. Lengerich: Pabst 2016.
- Vogt V, Koller D, Sundmacher L. Continuity of care in the ambulatory sector and hospital admissions among patients with heart failure in Germany. *European Journal of Public Health* 2016; 26 (4): 555–61.
- Welch HG, Fisher ES. Income and cancer overdiagnosis – When too much care is harmful. Welch HG, Fisher ES. Income and cancer overdiagnosis – When too much care is harmful. *N Engl J Med* 2017; 376 (23): 2208–9.
- Welch HG, Schwartz LM, Woloshin S. Overdiagnosed: Making people sick in the pursuit of health. Boston, MA: Beacon Press 2011.
- Wenger E. Communities of practice: Learning, meaning, and identity. 15. print. Cambridge: Cambridge University Press 2007.
- Wennberg J, Gittelsohn A. Small area variations in health care delivery: A population-based health information system can guide planning and regulatory decision-making. *Science* 1973; 182: 1102–8.
- Wennberg JE. On patient need, equity, supplier-induced demand, and the need to assess the outcome of common medical practices. *Med Care* 1985; 23 (5): 512–20.
- Wennberg JE. Tracking medicine: A researcher's quest to understand health care. New York: Oxford University Press 2010.
- Wennberg JE. Forty years of unwarranted variation – And still counting. *Health Policy* 2014; 114 (1): 1–2.
- White KL. Two cheers for ecology. *Ann Fam Med* 2003; 1 (2): 67–9.
- Wright MT, editor. Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber 2010. <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/bedarfsbestimmung.html>
- Yerushalmy J. Statistical problems in assessing methods of medical diagnosis, with special reference to X-ray techniques. *Public Health Rep* 1947; 62 (40): 1432–49.
- Zok K. Das Arzt-Inanspruchnahmeverhalten nach Einführung der Praxisgebühr Ergebnisse aus zwei Repräsentativumfragen unter 3.000 GKV-Versicherten. *WiDO Monitor* 2005; 2 (2): 1–7.
- Zola IK. Pathways to the doctor – from person to patient. *Soc Sci Med* 1973; 7: 677–89.

This page intentionally left blank

# 2 Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit in der stationären Versorgung

David Herr, Anja Hohmann, Yauheniya Varabyova und Jonas Schreyögg

## Abstract

Die Ermittlung von stationärem Behandlungsbedarf und die daraus folgenden politischen und administrativen Prozesse, insbesondere die Krankenhausplanung und -finanzierung, sind zentrale Aufgaben der Gesundheitspolitik. Wir erörtern in diesem Beitrag zunächst theoretisch denkbare und tatsächlich verwendete Konzepte der Ermittlung des stationären Bedarfs. Anschließend betrachten wir den Status quo der Umsetzung des Bedarfs in den Bundesländern und im europäischen Ausland. Wir analysieren die Entwicklung des stationären Versorgungsgeschehens und schließen mit Perspektiven einer bedarfsgerechteren Krankenhausversorgung.

Estimating the need for inpatient care and the subsequent political and administrative processes, particularly hospital planning and financing, are central health policy tasks. First, we discuss theoretical and applied concepts of measuring the need for hospital treatment. Next, we examine the current status of the implementation of hospital capacity planning in the German federal states and in selected European countries. We then analyze the utilization of services in the hospital sector and conclude by outlining our suggestions for a needs-based hospital care.

## 2.1 Der Bedarfsbegriff im stationären Kontext

Die Sicherstellung der stationären Versorgung ist in Deutschland Aufgabe des Staates, der mithilfe der Krankenhausplanung „eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit (...) Krankenhäusern“ (§ 6 KHG i. V. m. § 1 KHG) erreichen soll. Was genau unter Bedarf und bedarfsgerechter Versorgung zu verstehen ist, bleibt aus Sicht der Versorgungsforschung jedoch offen: Es gibt gegenwärtig weder eine einheitliche Definition des Bedarfs noch einen Konsens darüber, wie er gemessen werden kann (Scholten 2016). Bedarfsgerechtigkeit in der stationären Versorgung ist daher zunächst ein rein normatives Konzept. Es bedeutet, dass jeder Versicherte beziehungsweise Bürger in quantitativer und qualitativer Hinsicht die Versorgung erhält, die seinem Bedarf entspricht (SVR 2014).

Unterschieden wird hierbei zwischen dem subjektiven Bedarf auf Patientenseite und dem objektiven Bedarf. Objektive Bedarfsgerechtigkeit wird häufig ex negativo durch die Abwesenheit von Unter-, Über- oder Fehlversorgung charakterisiert. Im stationären Bereich steht hierbei die Vermeidung von Unterversorgung, die

durch eine flächendeckende wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten ist, in einem Spannungsfeld mit dem Anspruch, durch Leistungserbringung in möglichst hochspezialisierten Zentren qualitative Fehlversorgung zu verhindern. Um daher eine angemessene, qualitativ hochwertige Versorgung bei begrenzten wirtschaftlichen Ressourcen zu gewährleisten, werden in der Krankenhausplanung die Akutkrankenhäuser nach verschiedenen Versorgungsstufen differenziert.

## 2.2 Möglichkeiten der Umsetzung der stationären Bedarfsermittlung und der Krankenhausplanung in Deutschland

Die Krankenhausplanung ist in Deutschland auch deswegen von großer Bedeutung, weil hierzulande der Anteil ambulanter Leistungen an allen Gesundheitsleistungen gering ist und es insofern einen ausgeprägten stationären Sektor gibt (Leber und Wasem 2016). Die Verantwortung für die Krankenhausplanung liegt bei den Bundesländern. Sie stellen die Feststellungsbescheide aus, die die Voraussetzung für eine Abrechnung der Krankenhäuser mit den gesetzlichen Krankenkassen sind. In Landeskrankenhause Ausschüssen sind Vertreter der Selbstverwaltung und der kommunalen Verwaltung sowie teilweise auch weitere Akteure vertreten und wirken insoweit bei der Planung mit.

Für eine Schätzung des objektiven medizinischen Bedarfs an stationären Versorgungsleistungen können demografische und epidemiologische Daten, wie die Prävalenz gewisser Erkrankungen oder Veränderungen im Morbiditätsspektrum, sowie Prognosen zum Einfluss des medizintechnischen Fortschritts, etwa neuer Behandlungsmethoden, herangezogen werden. Eine Allokation stationärer Kapazitäten, im Extremfall „am Reißbrett“, kann dann anhand geografischer Modelle erfolgen (Delamater et al. 2013; Kuntz et al. 2007; Rechel et al. 2010). Demgegenüber steht eine Orientierung an bestehenden, häufig historisch gewachsenen Klinikstrukturen und -standorten. Auch im Rahmen bestehender Infrastruktur kann bei der Planung grundsätzlich der Fokus entweder auf Kapazitäten, typischerweise Betten, oder auf Leistungen und Volumina oder einer Kombination davon liegen. In jedwedem Fall kann noch unterschieden werden, inwieweit es sich um eine Fortschreibung oder eine prospektive Planung handelt.

In Deutschland wird in aller Regel keine eigenständige, systematische Erhebung des Bedarfs z. B. anhand von Morbiditätsdaten vorgenommen. Vielmehr handelt es sich traditionell um eine Fortschreibung der Bettenkapazitäten unter Berücksichtigung von Bevölkerungsentwicklungen. Allerdings können die Länder strategischen Einfluss auf die Krankenhausversorgung nehmen und tun dies in unterschiedlicher Tiefe. Die Verwendung einfacher Verhältniszahlen von Einwohnern zu Betten, wie im ambulanten Sektor gebräuchlich, ist schon aufgrund von Wanderungen und individuellen Einzugsgebieten kaum angemessen (Augurzky et al. 2016). Allerdings werden Einwohnerzahlen bei den gängigen Planungsmethoden mit herangezogen.

Generell wird bei der Planung von Krankenhäusern zwischen Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgern unterschieden, auch wenn sich diese Einteilung nach Versorgungsstufen nicht in der Krankenhausplanung aller Bundesländer

findet (DKG 2017). Während Grundversorger die flächendeckende Versorgung und damit auch die schnelle Erreichbarkeit im Notfall sicherstellen sollen, sorgen Krankenhäuser der Maximalversorgung für die zentrierte, hochspezialisierte Behandlung elektiver Fälle und haben eine überregionale Mitversorgerfunktion. Ähnlich der Basis einer Pyramide bilden die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung hierbei die große Mehrheit der Krankenhäuser der akutstationären Versorgung, während an der Spitze wenige hochspezialisierte Zentren stehen.

Im Hinblick auf nicht bedarfsgerechte Versorgung durch Über-, Unter- oder Fehlversorgung stellt der Gesetzgeber in Deutschland im Rahmen der Daseinsvorsorge jedoch vor allem die Vermeidung von Unterversorgung sicher. Abgeleitet aus Erreichbarkeitsstandards der Raumordnungsgesetze der Bundesländer ist die Distanz von 30 PKW-Fahrzeitminuten bis zum nächsten Grundversorger als bedarfsgerecht für eine flächendeckende Versorgung festgelegt. Grundversorger halten zur Versorgung von Notfällen mindestens eine Basisversorgung in den Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie vor. Krankenhäuser, die aufgrund ihrer Lage, zum Beispiel auf Inseln oder in Regionen mit einer geringen Einwohnerdichte (unter 100 pro km<sup>2</sup>), die notwendigen strukturellen und personellen Vorhaltungen nicht wirtschaftlich erbringen können, können hierfür Sicherstellungszuschläge erhalten. Der Anspruch darauf wurde zuletzt durch bundeseinheitliche Kriterien konkretisiert (G-BA 2016).<sup>1</sup>

Da bestimmte Leistungen Substitutionspotenzial aufweisen und ambulant sowie stationär erbracht werden können, erscheint eine sektorenübergreifende Planung relevant, die in Deutschland jedoch bisher de facto nicht existiert. Es wurden zwar für den Zweck der Kooperation und Planung besonders an den Sektorengrenzen die Landesgremien nach § 90a SGB V etabliert, in denen Landesregierung, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenhausgesellschaft und Krankenkassen vertreten sind. Die Empfehlungen dieses Gremiums sind jedoch nicht bindend.

Die Modalitäten der Krankenhausplanung in den einzelnen Bundesländern weisen viele Ähnlichkeiten auf und unterscheiden sich dennoch oft in wichtigen Details (DKG 2017). Dies betrifft beispielsweise die Ausrichtung als Kapazitäts- bzw. Leistungsplanung, die konkreten Methoden für die Fortschreibung der Kapazitäten und die Planungsintervalle. Außerdem unterscheiden sich die Krankenhauspläne in der Frage, ob vollstationäre Betten und teilstationäre Plätze gemeinsam geplant werden, und in der Planungstiefe hinsichtlich der Bettenvorgaben auf Fachabteilungs- oder Krankensektorebene. In einigen Bundesländern handelt es sich statt um eine Detailplanung um eine Rahmenplanung (z. B. in Mecklenburg-Vorpommern), die Krankenhäusern und Krankenkassen einen gewissen Gestaltungsspielraum lässt (DKG 2017).

Für die Bettenberechnung wird häufig die Hill-Burton-Formel verwendet, die im Wesentlichen eine Fortschreibung von Bettenkapazitäten entlang der Bevölkerungsentwicklung darstellt. Es fließen die Einwohnerzahl, die Verweildauer, die Krankenhaushäufigkeit und der Bettennutzungsgrad ein (DKG 2017). Teilweise wird die Formel in abgeänderter Form verwendet. Beispielsweise wird in Hessen

---

<sup>1</sup> Jedoch können bis 2017 auch die Krankenhäuser am anderen Ende des Versorgungsspektrums Zuschläge bekommen, nämlich für die Zentrenbildung.

mit (tatsächlichen) Fallzahlen statt mit den Einwohnerzahlen und der Krankenhaushäufigkeit gearbeitet. Ziel ist ein leistungsorientierter Ansatz mit Berücksichtigung von Wanderungsbewegungen. Es wird dort außerdem versucht, die Planung stärker prospektiv und flexibler auszurichten und sie zu regionalisieren. So wird eine recht komplexe Bedarfsprognose vorgenommen und auf eine bettenbezogene Kapazitätsplanung in den somatischen Fachabteilungen seitens des Landes vollständig verzichtet. Stattdessen erfolgt die detaillierte Planung durch regionale Gesundheitskonferenzen. In Hamburg wird für die Bedarfsprognose u. a. auch auf Krankheitsdaten zurückgegriffen und die Leistungsmengenentwicklung mit Expertenunterstützung geschätzt. Der Bettennutzungsrichtwert (Normauslastung) wird von den Bundesländern sehr ähnlich festgelegt. Dabei wird nach Fachgebiet abgestuft zwischen 70 % und maximal 95 %: Bei langen durchschnittlichen Liegezeiten wird von einer höheren Normauslastung ausgegangen, z. B. gelten in Bayern 90 % für die Psychiatrie gegenüber 70 % für die Kinderchirurgie.

### 2.3 Krankenhausplanung in anderen europäischen Staaten

Grundsätzlich kann zwischen der strategischen und der operativen Planung unterschieden werden (Ettelt et al. 2008). Die übergeordnete strategische Planung erfolgt auf unterschiedlicher Ebene, zum Beispiel zumindest teilweise zentral in England, Frankreich und Italien, vollständig regional wie in Deutschland oder regional bis lokal in Dänemark und Finnland (ebd.). Die operative Planung erfolgt oft noch regionaler bzw. lokaler als die strategische, aber sie ist manchmal rückzukoppeln mit der nationalen Ebene oder muss sich an nationalen Rahmenbedingungen ausrichten. Zusammengefasst erfolgt die primäre Krankenhausplanung auch in anderen Ländern häufig regional, deutliche Unterschiede bestehen aber im Grad der nationalen Ausnahme.

Ein Beispiel für eine solche Verflechtung der regionalen mit der nationalen Ebene ist Frankreich, das gemäß der Staatstradition zentralistisch strukturiert ist als das deutsche Gesundheitssystem. Die Planung von Krankenhäusern erfolgt dort durch 26 regionale Agenturen und es werden regionale Gesundheitspläne aufgestellt (Chevreul et al. 2015). Diese richten sich aber für bestimmte Bereiche an Vorgaben durch das nationale Ministerium aus (Klenk und Reiter 2013), im Rahmen derer auch übergeordnete politische Prioritäten realisiert werden können. In den Plänen werden, jeweils in Relation zur Bevölkerungszahl, die Krankenhausfachabteilungen in einer (Unter-)Region sowie Großgeräteinvestitionen geplant.

Ein deutlich weitergehender Fall von zentralstaatlichem Einfluss und strategischer überregionaler Krankenhausplanung lässt sich derzeit in Dänemark beobachten. Das dänische Gesundheitssystem war traditionell dezentral organisiert, mit einem großen politischen Stellenwert der Regionen – gerade in der Krankenhausplanung. Doch 2007 fand eine umfangreiche zentralisierende Gebietsreform statt, wobei die Zahl der Kreise und Kommunen deutlich reduziert und die Zuständigkeit für die Finanzierung der Gesundheitsversorgung überwiegend beim Staat angesiedelt wurde (Andersen und Jensen 2010). Im Rahmen der Reform wurde damit begonnen, die Krankenhausversorgung an wenigen – aus übergeordneter Perspektive

bestimmten – Standorten zu konzentrieren. Diese dann wenigen ausgewählten Krankenhäuser sollten in ihrer baulichen, medizintechnischen und IT-Infrastruktur auf dem modernsten Stand sein. Wesentliche Ziele der Reform waren ein Effizienzgewinn durch Strukturveränderungen und schlankere Prozesse sowie die Steigerung der Behandlungsqualität durch Konzentration und Spezialisierung.

In den Niederlanden hat die Entwicklung der Krankenhausplanung eine gegen- teilige Richtung genommen. Der Staat hat sich dort seit 2006 zunehmend aus der direkten Planung im Gesundheitswesen zugunsten einer Rolle als Marktregulierer zurückgezogen, was auch für die Krankenhausplanung gilt (Kroneman et al. 2016). Diese erfolgt regional. Auch vorher bestehende Genehmigungspflichten durch das nationale Ministerium wurden tendenziell reduziert (Maarse et al. 2016).

Bezüglich dessen, was konkret geplant wird, sind Betten die traditionelle Pla- nungseinheit. Allerdings haben sich manche Länder hiervon schon weiter entfernt als Deutschland und bemühen sich um eine Volumen- und Leistungsplanung. Hier- für ist wiederum Frankreich ein Beispiel: Es kommt dort teilweise in Ergänzung zur Bettenplanung auch eine Volumen- bzw. Leistungsplanung auf Basis von epidemio- logischen Daten zum Einsatz (Rechel et al. 2009).

Ein noch weitergehendes Beispiel ist die Schweiz. In diesem dezentralen Ge- sundheitssystem sind die Kantone die wichtigsten Akteure der Kapazitätsplanung (De Pietro et al. 2015). Im Kanton Zürich wurde die Krankenhausplanung 2012 von einer Betten- auf eine Leistungsorientierung verändert. Dabei wurden mit medizini- scher Expertise rund 140 diagnosebezogene Leistungsgruppen und leistungsbezo- gene Anforderungen definiert, die dann selektiv und abhängig von Strukturkriterien von Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen abgedeckt werden kön- nen (Kanton Zürich Gesundheitsdirektion 2011). Dabei gelten für die einzelnen Leistungsgruppen Mindestfallzahlen, die von den Einrichtungen für die Beibehal- tung des jeweiligen Versorgungsauftrags erreicht werden müssen (De Pietro et al. 2015). Bei der Bedarfsprognose werden über einen Prognosehorizont von zehn Jah- ren auch demografische, epidemiologische und ökonomische Einflussfaktoren so- wie medizintechnische Entwicklungen berücksichtigt. Es wurden Einzugsbereiche von Krankenhäusern sowie Wanderungsbewegungen von Patienten berücksichtigt. Außerdem wurde ein Verfahren zur Vergabe von bettenunabhängigen Leistungsauf- trägen an einzelne Häuser definiert (Kanton Zürich Gesundheitsdirektion 2011). Die Prognose hat sich in einer ersten Überprüfung als recht zielgenau heraus- gestellt, sodass andere Kantone dem Modell der Züricher Krankenhausplanung der- zeit folgen (Kanton Zürich Gesundheitsdirektion 2016).

Hinsichtlich der Breite der Planung ist erwähnenswert, dass in manchen Län- dern die Krankenhauspläne nur die öffentlichen Krankenhäuser betreffen und nicht die privaten, z. B. in Finnland und Neuseeland (Ettelt et al. 2008).<sup>2</sup> In England und Dänemark war dies auch der Fall, zunehmend werden aber auch private Kranken- häuser berücksichtigt (Ettelt et al. 2008; Geissler und Busse 2015).

Betrachtet man Planungsunterschiede zwischen den Sektoren, so betreiben andere Staaten ihre Krankenhausplanung genauer als die ambulante Kapazitäts-

---

2 In diesen Ländern haben private Krankenhäuser allerdings in der Regel auch keinen Versorgungsauf- trag. Anders als in Deutschland werden die Leistungen in privaten Krankenhäusern dann durch zu- sätzliche bzw. duplizierende private Krankenversicherungen finanziert (Schölkopf und Pressel 2017).

planung, die in Europa sehr unterschiedlich stark ausgeprägt ist. Eine überregional methodisch relativ einheitliche ambulante Planung wie die deutsche „Bedarfsplanung“ mit Verhältniszahlen ist eher selten. Eine stärker verzahnte Planung von ambulanten und stationären Kapazitäten gibt es in mehreren Ländern, etwa in England und in Dänemark, teilweise auch in Finnland.

Die Personalausstattung kann zum limitierenden Faktor der Realisierung einer Krankenhausplanung werden. Einige Länder wollen dem vorbeugen, indem sie eine engmaschigere Planung personeller Kapazitäten durchführen als in Deutschland. In Frankreich etwa wird sie jährlich angepasst, sogar mit Blick auf die regionale Ebene. Eine davon abhängige Anpassung der Anzahl zuzulassender Studierender gibt es dort nicht nur für Ärzte, sondern auch z. B. für Krankenpfleger und Physiotherapeuten (Chevreul et al. 2015).

Die Bedeutung der Personalplanung hängt auch davon ab, welche Rollen Krankenhäuser in der Gesundheitsversorgung ausfüllen. In den Niederlanden etwa werden am Krankenhaus – anders als in Deutschland – auch viele ambulante Behandlungen durchgeführt, wobei die dort ambulant tätigen Fachärzte (außer an Unikliniken) häufiger selbstständig als angestellt tätig sind (Kroneman et al. 2016). Durch diese zusätzliche Rolle von Krankenhäusern bei der ambulanten fachärztlichen Behandlung ist die Krankenhausplanung indirekt auch für das ambulante Leistungsspektrum von größerer Bedeutung als in Deutschland. Die Planung der Personalausstattung ist daher umso wichtiger. Die Niederlande lassen in ihr Prognosemodell des Fachkräftebedarfs (Höppner und Maarse 2003) eine Vielzahl angebots- und nachfrageseitiger Faktoren<sup>3</sup> einfließen, um im Rahmen von Studienplatz- bzw. Ausbildungszahlen möglichst zielgerichtet auf Veränderungen des Behandlungsbedarfs und des Arbeitskräfteangebots reagieren zu können (Kroneman et al. 2016).

Wie sich zeigt, gehen die europäischen Staaten unterschiedliche Wege bei der Krankenhausplanung. Angesichts der sich in vielen Aspekten unterscheidenden Gesundheitssysteme ist es dabei nicht möglich, die Planungsarten in ihrer Gesamtheit einer Bewertung zu unterziehen. Wohl aber können einzelne Aspekte als Inspiration für die Weiterentwicklung der deutschen Krankenhausplanung dienen.

## 2.4 Entwicklung des stationären Versorgungsgeschehens

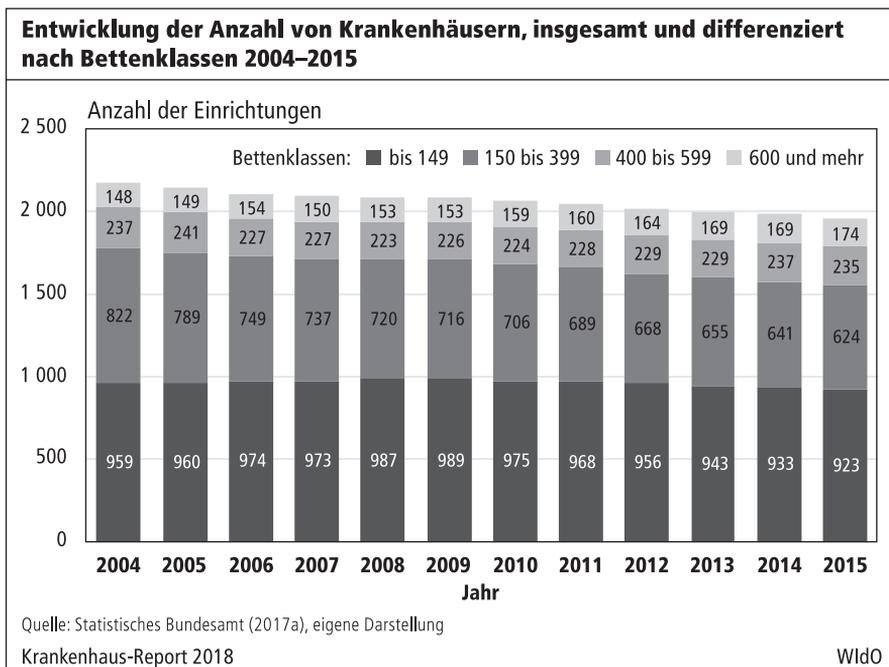
Im Folgenden stellen wir einige zentrale Parameter in ihrer Entwicklung seit Einführung der DRGs in etwas größerer Detailtiefe dar. Im Einzelnen wird auf die Krankenhauszahlen verschiedener Größenklasse, die Trägerschaft, die Entwicklung von Fallzahlen und Verweildauern und auf die Zahlen der ambulanten Operationen eingegangen.

<sup>3</sup> Angebotsseitig waren dies bereits im Jahr 2003 die demografische Verteilung der Ärzte, die Ausscheidquote, die Anzahl und Geschlechterverteilung der Ärzte in Weiterbildung, die Migration und die Arbeitsverkürzungen; nachfrageseitig ebenfalls demografische Veränderungen, die nicht gedeckte Versorgungsnachfrage, soziokulturelle Entwicklungen und Substitutionseffekte (Höppner und Maarse 2003).

### 2.4.1 Rückgang von Krankenhäusern mittlerer Größe

Nach der Einführung des DRG-Systems hat sich seit Anfang der 1990er Jahre der Rückgang der Anzahl von Krankenhäusern in Deutschland fortgesetzt. Existierten 2004 noch 2 166 Krankenhäuser, so reduzierte sich deren Anzahl bis 2015 auf 1 956 (−9,7%). Berücksichtigt man die rückläufige Entwicklung der Einwohnerzahl in diesem Zeitraum, so zeigt sich bei der Anzahl der Einrichtungen pro 100 000 Einwohner ein Rückgang um 7,7%. Dieser ist nicht allein auf Schließungen, sondern auch auf Krankenhausfusionen zurückzuführen, wobei die fusionierten Einrichtungen einer höheren Bettenklasse zugeordnet werden. Dieses Phänomen spiegelt sich in einem Anstieg der Zahl der Krankenhäuser mit mehr als 600 Betten von 148 im Jahr 2004 auf 174 im Jahr 2015 (+17,6%) wider (s. Abbildung 2–1). Unterdessen ist die Zahl der Krankenhäuser in der Bettenklasse zwischen 400 und 599 Betten in diesem Zeitraum fast konstant geblieben, während die Klinikzahl in den Bettenklassen zwischen 150 und 399 Betten und unter 150 Betten um 24,1% bzw. 3,8% gesunken ist. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Anzahl von Krankenhäusern in der Bettenklasse von 150 bis 399 Betten den stärksten Rückgang zu verzeichnen hatte. Allerdings blieb die Anzahl der Krankenhäuser mit weniger als 150 Betten auf einem hohen Niveau, was unter anderem zur Folge haben könnte, dass die vom G-BA vorgegebenen Mindestmengen bezüglich der Durchführung von bestimmten komplexen Eingriffen an vielen Krankenhäusern auch zukünftig nicht erbracht werden können (de Cruppe et al. 2014; Peschke et al. 2014).

Abbildung 2–1

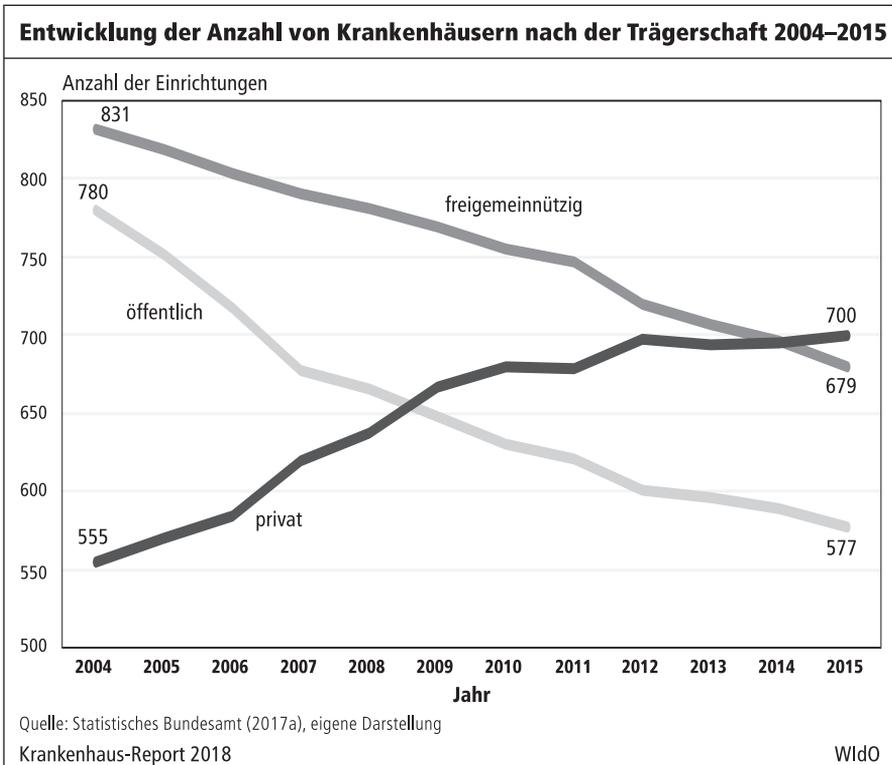


## 2.4.2 Zunahme privater Krankenhäuser

2

Während zwischen 2004 und 2015 die Anzahl der öffentlich und freigemeinnützig betriebenen Krankenhäuser um 26,0% bzw. 18,3% zurückging, erhöhte sich die Anzahl der privaten Krankenhäuser (Abbildung 2–2). Insbesondere im Zeitraum zwischen 2004 und 2012 ist deren Zahl um 25,6% erheblich angestiegen. Seit 2012 nahm allerdings der Privatisierungstrend wesentlich ab. In Bezug auf die Fallzahl hat sich der Marktanteil von privaten Krankenhäusern zwischen 2004 und 2015 von 10,7% auf 16,7% vergrößert (Statistisches Bundesamt 2017a). Der Marktanteil von freigemeinnützigen Krankenhäusern hat sich demgegenüber leicht von 35,4% auf 34,1% verringert. Schließlich ist der Marktanteil von öffentlichen Krankenhäusern von 53,9% auf 49,2% im Beobachtungszeitraum am stärksten geschrumpft. Die Verteilung der Marktanteile nach Trägerschaft offenbart, dass im Durchschnitt eher kleinere Krankenhäuser privatisiert wurden.

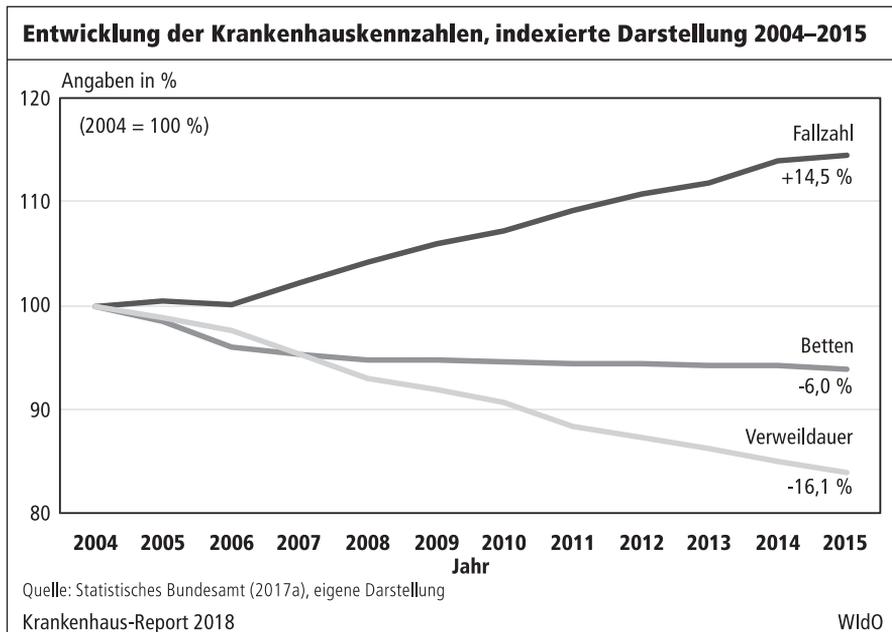
Abbildung 2–2



### 2.4.3 Steigende Fallzahlen, sinkende Verweildauern, weiterhin hohe Bettenzahlen

Abbildung 2–3 stellt die Entwicklung der wesentlichen Krankenhauskennzahlen im Zeitverlauf seit dem Jahr 2004 dar. Die Anzahl der aufgestellten Betten ist um 6,0% von 531 333 im Jahr 2004 auf 499 351 Betten im Jahr 2015 gesunken. Mit 611 Betten pro 100 000 Einwohner war Deutschland 2015 im internationalen Vergleich aber immer noch in der Spitzengruppe angesiedelt. Die EU-15-Staaten<sup>4</sup> (ohne das Vereinigte Königreich) hatten im Durchschnitt 366 Betten pro 100 000 Einwohner (OECD 2017). Verglichen mit den 33 OECD-Ländern hatten nur Japan und Korea noch mehr Betten pro Einwohner (OECD 2017). Die Fallzahlen sind um 14,5% auf 1,9 Millionen Fälle im Jahr 2015 gestiegen,<sup>5</sup> während die Fallzahlen in vielen Industrieländern aufgrund der fortschreitenden Ambulantisierung in den letzten Jahren sinken. Damit hatte Deutschland 2015 23 553 Fälle je 100 000 Einwohner und lag somit weit über dem EU-15-Durchschnitt von 15 184 Fällen je 100 000 Einwohner (OECD 2017). Die Verweildauer ist zwar im Beobachtungszeitraum um 16,1% auf 7,3 Tage gesunken, lag aber auch in diesem Fall über dem EU-15-Durchschnitt von 6,2 Tagen (OECD 2017). Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das deutsche Krankenhausssystem Indizien für stationäre Überkapazitäten aufweist, was die Kosten der Gesundheitsversorgung hierzulande möglicherweise unnötig erhöht.

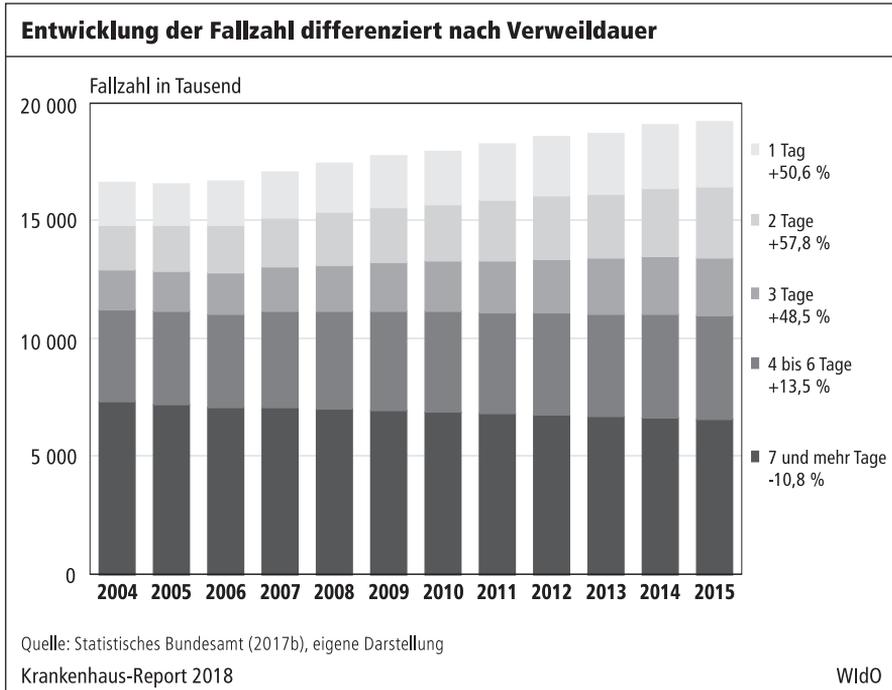
Abbildung 2–3



<sup>4</sup> Es handelt sich hierbei um die EU-Mitgliedsstaaten, die vor April 2004 beigetreten sind.

<sup>5</sup> Die nachfrageseitigen Faktoren (Morbidität, Überlebenschancen und Zeit bis zum Tod) sind dabei lediglich für ca. 20% des Anstiegs der Fallzahlen verantwortlich (Krämer und Schreyögg 2017).

Abbildung 2–4



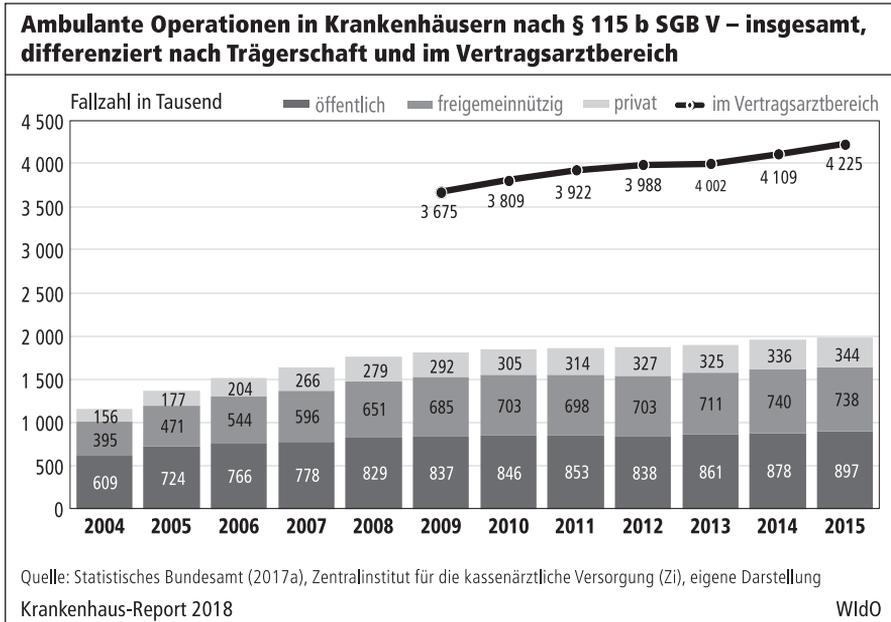
#### 2.4.4 Fälle nach Verweildauer

Die Betrachtung der Fallzahl nach Verweildauer zwischen 2004 und 2015 zeigt einen deutlichen Anstieg der stationären Fälle mit einer Verweildauer von einem, zwei und drei Tagen (Abbildung 2–4). Die Zahl der Fälle mit einer Verweildauer zwischen vier und sechs Tagen ist um 13,5% gestiegen. Die Entwicklung der Anzahl der Fälle mit einer Verweildauer von sieben und mehr Tagen weist dagegen einen rückläufigen Verlauf auf, die Anzahl dieser Fälle sank im gleichen Zeitraum um 10,8%. Insgesamt stellten die Fälle mit einer Verweildauer von sieben und mehr Tagen mit 33,2% im Jahr 2015 den größten Anteil der Fälle dar.

#### 2.4.5 Ausbau ambulanter Operationen stagniert

Bestimmte stationäre Prozeduren werden im internationalen Vergleich in Deutschland – auch alters- und geschlechtsadjustiert – häufig durchgeführt, z. B. Hüft- und Knieersatzoperationen (Kumar und Schoenstein 2013). Von den ambulanten Leistungen hingegen wird – gerade auch im internationalen Vergleich – nur ein geringer Teil am Krankenhaus durchgeführt (ebd.). Wie Abbildung 2–5 zu entnehmen ist, ist die Gesamtzahl der ambulanten Operationen nach § 115b SGB V zwar gestiegen. Der größte Anstieg zeigte sich allerdings zwischen 2004 und 2008 (um 51,5%), seit 2008 ist hingegen nur noch ein geringfügiger Anstieg zu verzeichnen. 2015 wurden 1 979 000 ambulante Operationen an insgesamt 1 180 Krankenhäusern erbracht

Abbildung 2–5



(Statistisches Bundesamt 2017a). Der Marktanteil in Bezug auf die Zahl der ambulanten Operationen war 2015 bei den öffentlichen Krankenhäusern mit 45,3 % am höchsten, gefolgt von gemeinnützigen Krankenhäusern mit 37,3 % und privaten Krankenhäusern mit 17,4 %. Dies entspricht in etwa den Marktanteilen nach Trägerschaft bei den vollstationären Fallzahlen. Im Vertragsarztbereich, für den die Daten vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung erst ab 2009 vorliegen, ist seit 2009 ein stetiger Wachstumstrend bei der Zahl der ambulanten Operationen zu beobachten (Abbildung 2–5).

## 2.5 Fazit

### 2.5.1 Über-, Unter- und Fehlversorgung im stationären Sektor

Zusammenfassend zeigen die Daten des Versorgungsgeschehens, dass in Deutschland die Anzahl der Krankenhäuser vor allem mittlerer Größe etwas zurückgegangen ist, die Gesamtbettenzahl aber weiterhin im internationalen Vergleich sehr hoch ist. Während die Fallzahlen stark gestiegen sind, ist die durchschnittliche Verweildauer deutlich rückläufig. Auch hat die Anzahl der Fälle mit Verweildauern über sieben Tagen abgenommen. Der Anteil privater Krankenhäuser ist merklich angestiegen. Der starke Anstieg der Zahl der ambulanten Operationen zwischen 2004 und 2008 fachte tendenziell in den Folgejahren etwas ab.

Zwar ist zu konstatieren, dass die Krankenhausversorgung in Deutschland sich durch hohe Qualitätsstandards, vergleichsweise kurze Wartezeiten und eine gute Erreichbarkeit auszeichnet. Dennoch könnte die Bedarfsgerechtigkeit der derzeitigen Versorgung hinsichtlich verschiedener Aspekte verbessert werden. Exemplarisch werden im Folgenden die Aufteilung in ambulante und stationäre Leistungserbringung, die Erbringung der Notfallversorgung und Perspektiven für die Krankenhausplanung in aller Kürze umrissen. Weitere Kapitel in diesem Band gehen in größerem Detail auf diese Bereiche ein.

## 2.5.2 Von stationären Überkapazitäten zu mehr Ambulantisierung

Wie gezeigt wurde, existieren in Deutschland sehr umfangreiche stationäre Kapazitäten, die oftmals auch als Überkapazitäten bezeichnet werden. Dies gilt, auch wenn sich die Bettendichte zwischenzeitlich und besonders in den 1990er Jahren vor Einführung des DRG-Systems verringert hat (Schreyögg et al. 2014). Dass eine Ambulantisierung zahlreicher Leistungen möglich und in vielen Fällen auch empfehlenswert ist, wurde bereits von vielen Akteuren angemerkt. Eine Entwicklung in diese Richtung lässt sich, vor allem punktuell, durchaus beobachten (vgl. Krankenhaus-Report 2016 mit dem Schwerpunkt Ambulantisierung). Allgemein scheint jedoch das Ambulantisierungspotenzial vor allem im internationalen Vergleich noch nicht ausgeschöpft. So werden in Deutschland etwa Operationen, die typischerweise ambulant durchgeführt werden können, noch häufiger stationär durchgeführt als in vielen vergleichbaren Ländern (Brökelmann und Toftgaard 2011), wenngleich die Quote der ambulanten Durchführung steigt (Möllmann 2011; für das Beispiel der Kataraktoperationen: Wenzel et al. 2014). Neben der reinen Substitution könnten Krankenhausfälle ohne Operationsbezug durch eine optimierte ambulante Versorgung reduziert werden (Sundmacher et al. 2015).

Hinsichtlich der umfangreichen stationären Kapazitäten und Fallzahlen in Deutschland spielen Fehlanreize durch unterschiedliche Vergütungsstrukturen, aber auch politische Einflüsse eine Rolle. Beispielsweise ist es kommunalpolitisch schwierig, eine Krankenhausschließung oder eine Krankenhausumwandlung in ambulante Kapazitäten durchzusetzen, selbst wenn sie unter Qualitäts- und Effizienzgesichtspunkten sinnvoll erscheinen mag (SVR 2014). Zu diesem Zweck wurde 2016 der Strukturfonds etabliert, der Abteilungs- oder Krankenhausschließungen oder ihre Umwidmungen anreizen und unterstützen soll. Die Auswirkungen dieser Maßnahme werden aber erst in drei bis fünf Jahren evaluiert werden können, denn vielfach dauern solche Transformationsprozesse mehrere Jahre an.

Doch auch von Seiten der Patienten ist die wohnortnahe Erreichbarkeit nicht das einzig wichtige Kriterium: Gegenwärtig erreichen 99 Prozent der Bevölkerung in Deutschland ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung innerhalb eines 30-Minuten-Radius (Scheller-Kreinsen und Krause 2015). Erfasst man den subjektiven Bedarf der Patienten durch Befragungen und Auswertungen, zeigt sich jedoch, dass für Patienten bei der Krankenhauswahl für elektive Behandlungen, teilweise auch in der Notfallversorgung, das Kriterium der Wohnortnähe sekundär gegenüber anderen Kriterien wie der Struktur- oder Behandlungsqualität ist (Augurzky et al. 2016). So werden selbst in dünn besiedelten ländlichen Kreisen weniger als die Hälfte der Patienten in ihrem wohnortnächsten Grundversorgungs-krankenhaus

behandelt, im Bundesdurchschnitt sogar noch weniger. Zudem liegt die ermittelte tatsächliche Fahrzeit zum Krankenhaus deutlich über der zum nächsten Grundversorger (Scheller-Kreinsen und Krause 2015; Friedrich und Beivers 2009). Dies legt nahe, dass neben dem Einweisungsverhalten der ambulanten Ärzte bzw. des Rettungsdienstes subjektive Präferenzen der Patienten eine wichtige Rolle für die Auswahl des Krankenhauses spielen, die über die Sicherstellung einer Mindesterreichbarkeit hinausgehen.

Seit 2004 ist die Anzahl der mittelgroßen Häuser (150 bis 399 Betten), auch durch Fusionen, deutlich zurückgegangen, während die Zahl der kleinen Häuser (bis 150 Betten) vergleichsweise konstant geblieben ist. Dies könnte auf eine zunehmende Polarisierung des Krankenhausmarktes hindeuten – eine Fusion und Zentrenbildung für elektive Versorgung auf der einen Seite sowie die Sicherstellung der wohnortnahen Basisnotfallversorgung durch Grundversorger auf der anderen. Perspektivisch erscheinen vor allem die weitere Reduktion von kleinen und gering spezialisierten Häusern und die Fokussierung auf die Qualität der erbrachten Krankenhausleistungen sinnvoll.

### 2.5.3 Reformbedarf in der Notfallversorgung

Es lässt sich ein weitgehender Konsens beobachten, dass in der Notfallversorgung ein Handlungsbedarf besteht. Kernpunkte der Fehlversorgung sind eine Überbeanspruchung der Notaufnahmen bei gleichzeitiger Unternutzung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Der Sachverständigenrat hat hierzu ein Reformkonzept vorgelegt (SVR 2017), zahlreiche andere Akteure wie die Kassenärztlichen Vereinigungen melden sich ebenfalls zu Wort und haben teilweise eigene Konzepte entwickelt.

Eine besondere Schwierigkeit bei der Planung von Notfallkapazitäten ist, dass es nur wenig Daten zur Inanspruchnahme gibt. Die Leistungsdaten der Notfallambulanzen werden nicht systematisch erhoben und auch die umgesetzten Finanzvolumina lassen sich oftmals nicht von anderen Positionen im Krankenhaus separieren.<sup>6</sup> Dies ist ein wichtiger Grund, warum sich derzeit die Gesamtausgaben für die Notfallversorgung in Deutschland nicht errechnen lassen. Ungeachtet dessen spricht vieles dafür, die Notfallversorgung stärker sektorenübergreifend zu organisieren und zu finanzieren, die Angebote zu zentralisieren und einheitliche Kommunikationswege zu schaffen.

### 2.5.4 Perspektiven für eine bedarfsgerechtere stationäre Planung

Die Planung stationärer Behandlungskapazitäten über die Fortschreibung der Bettenzahlen auf Basis historischer Daten erscheint unbefriedigend, zumal in den aktuell angewendeten Modellen häufig nicht zwischen angebots- und nachfrageseitigen Veränderungen unterschieden werden kann. Auf letzteres deutet auch der empirische Befund hin, dass es nicht nur bundesweit, sondern auch auf Ebene einzelner Krankenhäuser einen starken Zusammenhang zwischen der jährlichen Fallzahlver-

<sup>6</sup> Die Notfallversorgung wird neben den Ambulanzpauschalen u. a. über Tagespauschalen, teilweise über Hochschulambulanzpauschalen sowie über DRGs für Beobachtungsfälle finanziert.

änderung und der jährlichen Veränderung der Verweildauern gibt (Schreyögg 2014). Daher ändert sich an der Belegung eines Krankenhauses letztlich oft wenig, obwohl es womöglich einen geringeren oder höheren Bedarf gegeben hat. Der Bezug auf historische Daten bei der Planung begünstigt diesen kapazitätsfortschreibenden Verlauf. Eine stärker prognoseorientierte und flexiblere Planung mit einer Orientierung auf die zu erbringenden Leistungen erscheint hier wünschenswert. Dabei könnte eine Kombination aus Bevölkerungsdaten und ambulanten Routinedaten zur Morbidität angewendet werden. Bevölkerungsdaten des Statistischen Bundesamts geben Informationen zur Veränderung der Bevölkerungsstruktur inklusive Geburten- und Sterberaten sowie Zu- und Wegzügen. Ambulante Morbiditätsdaten erlauben eine Schätzung der Entwicklung des Bedarfs an stationären Leistungen, noch bevor dieser Bedarf eingetreten ist. Für bestimmte Leistungsbereiche, bei denen der stationäre Bedarf typischerweise unabhängig von der vorangehenden Morbidität eintritt (z. B. unfallchirurgische Traumata), könnte auch weiterhin – jedoch indikationsspezifisch – auf historische Krankenhausdaten zurückgegriffen werden. Prognosen zum medizinisch-technischen Fortschritt und zur Entwicklung der Präferenzen der Versicherten würden das skizzierte Modell zur Bedarfsermittlung abrunden.

Auf dem Weg zu einer solchen leistungsorientierten, morbiditätsabhängigen und prospektiven Krankenhausplanung könnten beispielsweise die Erfahrungen aus der Züricher Planung hilfreich sein. Die dort definierten Leistungsgruppen erfordern eine genaue Auswertung von stationären DRG-Daten (Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz 2005), die auch in Deutschland vorliegen, allerdings anders als in der Schweiz bisher nur eingeschränkt zugänglich sind. Die genaue Ausarbeitung der Leistungsgruppen, der zugehörigen Anforderungen an die Krankenhäuser und die Entwicklung eines Verfahrens zur Vergabe von Leistungsaufträgen sind von den Grundbedingungen her auch in Deutschland möglich. Damit von wissenschaftlicher Seite an entsprechenden Konzepten gearbeitet werden kann, sollte der Zugang zu anonymisierten DRG-Daten ohne Einschränkungen für wissenschaftliche Zwecke beantragt und auch genutzt werden können.

Für eine möglichst auch überregional koordinierte, bedarfsgerechte Krankenhausplanung sind die räumliche Planungsebene sowie die Verbindung zum ambulanten Sektor relevant. Der Blick auf das europäische Ausland zeigt, dass die regionale Ebene auch in anderen Ländern einen zentralen Stellenwert für die Krankenhausplanung hat, auch wenn die nationale Ebene nicht selten ebenfalls – in unterschiedlicher Weise – involviert ist. Die ambulante Planung ist nicht in allen Ländern so von der stationären Planung entkoppelt wie in Deutschland. In dieser Hinsicht ist es empfehlenswert, die Krankenhausplanung gemeinsam mit der ambulanten Bedarfsplanung in Richtung einer echten sektorenübergreifenden Planung weiterzuentwickeln. Die Notfallversorgung könnte dabei als Pilotierungsfeld für eine sektorenübergreifende Planung der Länder fungieren.

## Literatur

- Andersen PT, Jensen JJ. Healthcare reform in Denmark. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 2010; 38(3): 246–52.
- Augurzyk B, Beivers A, Straub N. Bedarfsgerechtigkeit zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung im Krankenhaussektor. In: *Krankenhaus-Report 2016*. Stuttgart: Schattauer 2016; 247–64.
- Brökelmann JD, Toftgaard C. Survey on incidence of surgical procedures and percentage of ambulatory surgery in 6 European countries. *Ambulatory Surgery* 2013; 19 (4): 116–20.
- Chevrel K, Berg Brigham K, Durand-Zaleski I, Hernández-Quevedo C. France: Health System Review. *Health Systems in Transition* 2015; 17 (3): 1–218.
- De Cruppé W, Malik M, Geraedts M. Achieving minimum caseload requirements: an analysis of hospital quality control reports from 2004–2010. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111 (33–34): 549.
- De Pietro C, Camenzind P, Sturmy I, Crivelli L, Edwards-Garavoglia S, Spranger A, Wittenbecher F, Quentin W. Switzerland: Health system review. *Health Systems in Transition* 2015; 17 (4): 1–288.
- Delamater PL, Shortridge AM, Messina JP: Regional health care planning: a methodology to cluster facilities using community utilization patterns. *BMC Health Services Research* 2013; 13: 333.
- DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.). Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern (Stand März 2017). [http://www.dkgev.de/media/file/47291.Anlage\\_Bestandsaufnahme\\_Maerz\\_2017.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/47291.Anlage_Bestandsaufnahme_Maerz_2017.pdf) (27. September 2017).
- Ettelt S, Nolte E, Thomson S, Mays N. Capacity planning in health care. WHO Policy Brief 2008.
- Friedrich J, Beivers A. Patientenwege ins Krankenhaus: Räumliche Mobilität bei Elektiv- und Notfallleistungen am Beispiel von Hüftendoprothesen. In: *Krankenhaus-Report 2008/2009*. Stuttgart: Schattauer 2009.
- Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK): Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung, Bericht des Arbeitsausschusses „Leistungsorientierte Spitalplanung“ zuhanden des Vorstandes der GDK. Bern 2005. <http://www.gdk-cds.ch/57.0.html> (19. Oktober 2017).
- Geissler A, Busse R. Stationäre Kapazitätssteuerung im internationalen Vergleich. In: *Krankenhaus-Report 2015*. Stuttgart: Schattauer 2015.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2782/2016-11-24\\_SiZu-R\\_Sicherstellungszuschlaege\\_Erstfassung\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2782/2016-11-24_SiZu-R_Sicherstellungszuschlaege_Erstfassung_BAnz.pdf) (27. September 2017).
- Höppner K, Maarse JAM. Planung und Sicherung der hausärztlichen Versorgung in den Niederlanden. *GGW* 2003; 3: 21–31.
- Kanton Zürich Gesundheitsdirektion. Zürcher Spitalplanung 2012. Strukturbericht. Zürich 2011.
- Kanton Zürich Gesundheitsdirektion. Gesundheitsversorgung 2016. Akutsomatik Rehabilitation Psychiatrie. Gesundheitsversorgungsbericht. Kanton Zürich 2016. [https://gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/unsere\\_direktion/veroeffentlichungen/gesundheitsversorgungsbericht/2016/bericht\\_gesundheitsversorgung\\_2016.pdf](https://gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/unsere_direktion/veroeffentlichungen/gesundheitsversorgungsbericht/2016/bericht_gesundheitsversorgung_2016.pdf). spooler.download.1484900053808.pdf/bericht\_gesundheitsversorgung\_2016.pdf (27. September 2017).
- Klenk T, Reiter R. Public services, privately provided? The case of hospital infrastructure in Germany and France“, 1st International Conference on Public Policy (ICPP) 2013 (Panel “The New Policies of Privatization”) in Grenoble/Frankreich. [http://www.icppublicpolicy.org/IMG/pdf/panel\\_39\\_s1\\_klenk\\_reiter.pdf](http://www.icppublicpolicy.org/IMG/pdf/panel_39_s1_klenk_reiter.pdf) (27. September 2017).
- Krämer J, Schreyögg J. Examining demand-side determinants of growing hospital admissions in Germany. Unveröffentlichtes Manuskript. 2017.
- Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E. The Netherlands: health system review. *Health Systems in Transition* 2016; 18 (2): 1–239.
- Kumar A, Schoenstein M. Managing Hospital Volumes: Germany and Experiences from OECD Countries. OECD Health Working Papers 2013, No. 64. Paris: OECD Publishing.

- Kuntz L, Scholtes S, Vera A. Incorporating efficiency in hospital-capacity planning in Germany. *Eur J Health Econ* 2007; 8 (3): 213–23.
- Leber WD, Wasem J. Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen. In: *Krankenhaus-Report 2016*. Stuttgart: Schattauer 2016.
- Maarse H, Jeurissen P, Ruwaard D. Results of the market-oriented reform in the Netherlands: a review. *Health Economics, Policy and Law* 2016; 11: 161–78.
- Möllmann M. Zukunftsorientierte Gestaltung des ambulanten Operierens. *Anaesthesist* 2011; 60: 986–94.
- Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD. Health statistics. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> (17. September 2017).
- Peschke D, Nimptsch U, Mansky T. Achieving Minimum Caseload Requirements—an Analysis of Hospital Discharge Data From 2005–2011. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111 (33–34): 556.
- Rechel B, Wright S, Edwards N, Dowdeswell B, McKee M. Investing in hospitals of the future. *Observatory Study No. 16*. Copenhagen: WHO 2009.
- Rechel B, Wright W, Barlow J, McKee M. Hospital capacity planning: from measuring stocks to modelling flows. *Bull World Health Organ* 2010; 88 (8): 632–36.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). *Gutachten 2014: Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Bern: Hogrefe 2014.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR): *Weiterentwicklung der Notfallversorgung in Deutschland*. 2017.
- Scheller-Kreinsen D, Krause F. Die Ausgangslage für eine Strukturbereinigung: Fahrzeiten, Krankenhauserreichbarkeit und -kapazitäten. In: *Krankenhaus-Report 2015*. Stuttgart: Schattauer 2015.
- Scholten N, Karbach U, Pfaff H. Bedarfsgerechte Versorgung – ein Überblick gängiger Definitionen. *Public Health Forum* 2016; 24 (1): 6–8.
- Schölkopf M, Pressel H. *Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2017.
- Schreyögg J, Bäuml M, Krämer J, Dette T, Busse R, Geissler A. *Endbericht zum Forschungsauftrag gem. § 17b Abs. 9 KHG*. Siegburg: InEK 2014.
- Statistisches Bundesamt. *Krankenhausstatistik – Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen*. Bonn 2017a.
- Statistisches Bundesamt. *Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik), Diagnosen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern*. Bonn 2017b.
- Sundmacher L, Schüttig W, Faisst C. *Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen in Deutschland (Endbericht)*. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) 2015.
- Wenzel M, Kohnen T, Scharrer A, Schayan K, Klasen J, Reinhard T. *Ambulante Okularchirurgie 2013. Ergebnisse der Umfrage von BDOC, BVA, DGII und DOG*. *Ophthalmol-Chirurgie* 2014; 26: 171–82.

# 3 Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit aus rechtlicher Sicht

Winfried Kluth

3

## Abstract

Wer in welchem Umfang im Bereich der stationären Krankenversorgung „passende“ Kapazitäten bereithalten muss, ist eine Frage, die rechtlich zwei Klärungen verlangt. Auf der Nachfrageseite wird der Umfang der zu erbringenden Leistungen durch die gesetzlichen Leistungsansprüche der gesetzlich Versicherten bestimmt. Der konkrete Umfang kann nur durch empirische Erhebungen bestimmt und prognostisch fortgeschrieben werden. Auf der Angebotsseite sind im Bereich der Krankenhausversorgung die Länder Träger der Sicherstellungsverantwortung. Das hat zur Folge, dass unterschiedliche landesrechtliche Lösungen zu beobachten sind. In allen Bereichen kommt aber den kommunalen Krankenhausträgern eine besondere Sicherstellungsfunktion zu. Der Beitrag zeigt, welche Steuerungsinstrumente eingesetzt werden und welche verfassungsrechtlichen Vorgaben die Landesgesetzgeber beachten müssen, wenn sie die Angebotsstruktur genauer steuern wollen, um eine flächendeckende und zugleich wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen.

The question of who has to provide “suitable” health care in Germany and to what extent requires two legal clarifications. On the demand side, the scope of services to be provided is determined by the benefit claims of the insureds of Statutory Health Insurance. The concrete extent of claims can only be determined and forecasted by empirical surveys. On the supply side, the German states are responsible for providing hospital care. As a result, there are different legal solutions at the state level. In all areas, however, the municipal hospital owners have a specific safeguarding function. The article shows which instruments are used to control the supply structure and which constitutional requirements the state legislators must observe in order to ensure comprehensive and at the same time cost-effective hospital care.

## 3.1 Der Leistungsanspruch der Versicherten als maßgebliche Bestimmungsgröße

In welchem Umfang im Bereich der ambulanten und der stationären (sowie der integrierten) ärztlichen Versorgung Leistungen bereitzustellen sind, richtet sich im Rahmen des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem tatsächlichen Umfang der durch die Versicherten nachgefragten Leistungen. Rechtlich ist der damit angesprochene Rahmen durch die Regelungen des SGB V zu den einzelnen Leistungsarten formal klar umschrieben. Tatsächlich ist es aber ein aufwändiger

prognostischer Vorgang, für die einzelnen Regionen des Landes den Bedarf und die zu erwartende tatsächliche Nachfrage zu konkretisieren. Mit dem Topos der Bedarfsgerechtigkeit wird die Vorgabe auf den knappen Nenner gebracht, dass sich Angebot und Nachfrage so gut wie möglich entsprechen sollten.

Für den Bereich der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung hat der Gemeinsame Bundesausschuss durch zwei Richtlinien einen Verfahrensrahmen für die Bedarfsplanung entwickelt.<sup>1</sup> Für den Bereich der stationären Versorgung ist es Aufgabe der Länder, eine entsprechende Planung und Steuerung zu realisieren. Der Beitrag gibt einen Überblick zur Begründung der entsprechenden Gewährleistungsverantwortung und zu den Rahmenbedingungen ihrer Umsetzung.

## 3.2 Die verfassungsrechtliche und gesetzliche Gewährleistungsverantwortung für die stationäre Gesundheitsversorgung

### 3.2.1 Der sogenannte Sicherstellungsauftrag

Verfassungsrechtlich ergibt sich die Pflicht zur Sicherstellung einer leistungsfähigen stationären Krankenversorgung aus dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit in Art. 2 II S. 1 GG i. V. m. dem Sozialstaatsprinzip.<sup>2</sup> Eine bedarfsgerechte und leistungsfähige Krankenhauspflege ist als unverzichtbarer Teil der Gesundheitsversorgung ein besonders wichtiges Gemeinschaftsgut.<sup>3</sup>

Dieses einfachgesetzlich in § 1 I KHG festgehaltene Ziel sollen die Länder gemäß § 6 I KHG durch Krankenhauspläne und Investitionsprogramme umsetzen. Die Länder haben den Kommunen zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung zudem einen Teil der Gewährleistungsverantwortung übertragen (zu Einzelheiten sogleich).

Bei der Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages sind die Erkenntnisse der Medizin zu berücksichtigen, die z. B. Anhaltspunkte dafür vermitteln, wie schnell eine stationäre Krankenversorgung sichergestellt werden muss, damit eine Behandlung erfolgreich und nachhaltig durchgeführt werden kann. In diesem Zusammenhang ist auch die Koordinierung mit den Rettungsdienststrukturen von großer Bedeutung.

Sachlich ist der Sicherstellungsauftrag in den Krankenhausgesetzen auf die stationäre und die Notfallversorgung begrenzt, die Sicherstellung der ambulanten

1 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Neufassung vom 20. Dezember 2012 sowie Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte) in der Fassung vom 14. August 2007.

2 OLG Stuttgart, Urteil v. 20.11.2014 – 2 U 11/14, Rn. 136; Quaas, in: Ders./Zuck (Hrsg.), Medizinrecht, 3. Aufl. 2014, § 25 Rn. 23; Schulze-Fielitz, in: Dreier (Hrsg.), GG, Art. 2 II Rn. 96; vgl. auch BVerfGE 57, 70 (99).

3 BVerfGE 82, 209 (230).

Gesundheitsversorgung obliegt gem. §§ 72 I, 75 I SGB V den Kassenärztlichen Vereinigungen und den niedergelassenen Ärzten.<sup>4</sup>

### 3.2.2 Die Verantwortlichkeit im Einzelnen

Bei der Übertragung des Sicherstellungsauftrags von den Ländern auf die Kommunen sind Unterschiede im Detail festzustellen.

3

#### a) Die subsidiäre Betriebspflicht der Landkreise/kreisfreien Städte

Die Krankenhausgesetze von Baden-Württemberg (§ 3 I LKHG), Brandenburg (§ 1 III BbgKHEG), Mecklenburg-Vorpommern (§ 1 II S. 4 MVLKHG), Niedersachsen (§ 1 S. 2 NdsKHG), Rheinland-Pfalz (§ 2 II S. 2 RPLKG), dem Saarland (§ 3 III SaarSKHG) und Sachsen (§ 1 III S. 2 SächsKHG) verpflichten die Landkreise und kreisfreien Städte, eigene Krankenhäuser zu betreiben bzw. zu unterhalten, wenn die Versorgung der Bevölkerung nicht durch Dritte (freigemeinnützige oder private Träger) erfolgt. In Bremen werden die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven entsprechend adressiert (§ 3 III S. 2 BremKrHG). Die Verpflichtung der bayrischen Landkreise in Art. 51 III S. 1 Nr. 1 BayLKrO zur Unterhaltung der „erforderlichen Krankenhäuser“ hat die gleiche Rechtsfolge.<sup>5</sup> In Nordrhein-Westfalen trifft die Betriebspflicht die Gemeinden und Gemeindeverbände, wobei finanzschwache kreisangehörige Gemeinden ausgenommen sind (§ 1 III S. 2 KHGG NRW).

Die benannten Kommunen sind also verpflichtet, Krankenhäuser in eigener Trägerschaft zu betreiben, wenn die Angebote von Krankenhäusern anderer Träger dem Sicherstellungsauftrag nicht genügen. Nach dem Konzept der gestuften Verantwortung<sup>6</sup> lässt sich von einer Auffangverantwortung sprechen, die ggf. in eine Erfüllungsverantwortung übergehen kann. Die damit einhergehende Einschränkung der kommunalen Selbstverwaltung aus Art. 28 II S. 2 GG ist nach Ansicht des BVerfG durch zwingende Gründe des Allgemeinwohls gerechtfertigt.<sup>7</sup> Auch für die Subsidiaritätsklausel ließen sich solche Gründe anführen: „Die Freisetzung und Einbeziehung der privaten Initiative liegt im öffentlichen Interesse; die Erfüllung öffentlicher Aufgaben durch gesellschaftliche Kräfte knüpft an die Tradition bürgergesellschaftlicher Teilhabe an der öffentlichen Daseinsvorsorge im örtlichen Raum an.“<sup>8</sup> Zudem folgt aus der subsidiären Betriebspflicht kein Verbot, ein kommunales Krankenhaus in Konkurrenz zu Dritten zu betreiben.<sup>9</sup>

Die genauen Voraussetzungen für die Betriebspflicht der Kommunen werden in den Krankenhausgesetzen nur teilweise benannt.

4 Vgl. Friedrich, in: Huster/Kaltenborn (Hrsg.), Krankenhausrecht, 1. Aufl. 2010, § 16 A Rn. 14; Clemens, in: Quaa/Zuck, Medizinrecht, § 19 Rn. 54 ff., 66, 86.

5 Bulla, KommJur 2015, 245 (248); Art. 9 I S. 2 BayGO erweitert den Adressatenkreis auf kreisfreie Gemeinden.

6 Vgl. Schoch, NVwZ 2008, 241.

7 BVerfGE 83, 363 (384).

8 BVerfGE 83, 363 (384 f.).

9 Für kreisangehörige Gemeinden BVerfGE 83, 363 (384); etwas anderes kann sich u. U. aus der Subsidiaritätsklausel des kommunalen Wirtschaftsrechts ergeben, wenn der Betrieb eines Krankenhauses nicht von vornherein ausgenommen wird, vgl. § 107 II S. 1 Nr. 2 GO NRW.

### b) Der Krankenhausplan

Die Vorschriften in Baden-Württemberg (§ 3 I LKHG), Bremen (§ 3 III S. 2 Brem-KrhG) und Niedersachsen (§ 1 S. 1 u. 2) nehmen ausdrücklich Bezug auf den Krankenhausplan des Landes. Den Landkreisen bzw. Stadtgemeinden wird das Entschließungsermessen bei der Frage, ob sich die Betriebspflicht konkretisiert hat, durch die Planung des Landes entzogen.<sup>10</sup> Wenn ein privater oder freigemeinnütziger Träger ein Plankrankenhaus aufgibt, müssen die Kommunen entsprechende Kapazitäten aufbauen.

§ 1 III S. 2 SächsKHG verpflichtet die Landkreise zum Betrieb von „als bedarfsgerecht ausgewiesenen Krankenhäusern“. Die Entscheidung, welche Krankenhäuser bedarfsgerecht sind, trifft das Land im Krankenhausplan, vgl. § 6 I i. V. m. § 1 I KHG u. § 4 I S. 1 SächsKHG. Damit ist die Entscheidung auch hier den Kommunen entzogen. Das gleiche gilt für die Kommunen in Bayern, die zur Unterhaltung der „erforderlichen Krankenhäuser“ verpflichtet sind (Art. 51 III S. 1 Nr. 1 BayLKrO), denn die „für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser“ werden im bayrischen Krankenhausplan dargestellt (Art. 4 BayKrG).

Das saarländische Krankenhausgesetz verlangt für die Betriebspflicht u. a. die Gefährdung der „bedarfsgerechten Krankenhausversorgung“ (§ 3 III S. 2 SaarSKHG). Ebendiese Versorgung ist Ziel des Krankenhausplans des Landes, vgl. § 6 I i. V. m. § 1 I KHG und § 3 II i. V. m. § 1 I S. 1 SaarSKHG. Deshalb ergibt sich hier aus dem Krankenhausplan zumindest eine Vermutungswirkung für bzw. gegen eine Betriebspflicht, die bei einer Abweichung zwischen Krankenhausplan und Realität (z. B. durch den Rückzug eines privaten Trägers) durchbrochen werden kann.

### c) Das Fehlen eines geeigneten Trägers

In Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz wird statt auf den Krankenhausplan auf das Fehlen eines „geeigneten Trägers“ verwiesen. Die Kommunen sind also nicht an den Krankenhausplan des Landes gebunden, sondern im – Rahmen der Mindestanforderungen des Sicherstellungsauftrags – frei darin, darüber zu entscheiden, ob eine Versorgungslücke vorliegt (überwacht durch die Rechtsaufsicht des Landes).

## 3.2.3 Andere Konzepte

Einige Bundesländer gehen in ihren Krankenhausgesetzen nicht, nicht explizit oder nicht ausschließlich von einer Betriebspflicht der Landkreise und kreisfreien Städte aus.

### a) Hessen

§ 3 II S. 1 HKHG ermöglicht ausdrücklich die Beauftragung Dritter durch Körperschaften des öffentlichen Rechts mit dem Betrieb von Krankenhäusern zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrags. Hier sieht also das Gesetz selbst die Möglichkeit einer funktionalen Privatisierung vor. Der Auftrag muss dabei dem Sicherstellungs-

<sup>10</sup> Für § 3 I LKHG BW: BGH, Urt. v. 24.3.16 – I ZR 263/14, Rn. 47-51; OLG Stuttgart, Urt. v. 20.11.14 – 2 U 11/14 = BeckRS 2014, 21675, Rn. 114 f.

auftrag der Kommune gerecht werden, was Auswirkungen auf die Vertragsgestaltung hat (z. B. die Vereinbarung von Heimfallrechten).<sup>11</sup>

### b) Sachsen-Anhalt

In Sachsen-Anhalt haben die Landkreise und kreisfreien Städte die Krankenhausversorgung „nach Maßgabe des Krankenhausplanes sicherzustellen“ (§ 1 I S. 1 KHG LSA). In der ersten Fassung des Krankenhausgesetzes<sup>12</sup> war in § 1 S. 2 noch eine subsidiäre Betriebspflicht enthalten. Diese entfiel mit einem Änderungsgesetz 2004.<sup>13</sup> Ausweislich des Gesetzentwurfs sollte durch den Verzicht auf die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags „eine Sicherstellung der Versorgung in anderer Weise“ ermöglicht werden.<sup>14</sup> Am Verweis auf den Krankenhausplan in S. 1 sollte dabei ausdrücklich festgehalten werden.<sup>15</sup> Hier können die Kommunen also, soweit es der Krankenhausplan vorsieht, ihren Sicherstellungsauftrag auf andere Weise erfüllen – sei es durch landkreisübergreifende Kooperationen, sei es durch eine Beauftragung Dritter.

### c) Schleswig-Holstein und Thüringen

Die Regelungen in Schleswig-Holstein und Thüringen erklären die Krankenhausversorgung zur öffentlichen Aufgabe von Land, Landkreisen und kreisfreien Städten, verzichten aber auf eine nähere gesetzliche Ausgestaltung (§ 1 I AG-KHG SH, § 2 ThürKHG). Krankenhäuser in eigener, öffentlich-rechtlicher Trägerschaft werden gerade nicht vorausgesetzt.<sup>16</sup> Außer dem Hinweis auf eine enge Zusammenarbeit zwischen den Körperschaften (§ 2 S. 2 ThürKHG) und der Verpflichtung zur Achtung der Trägerpluralität (§ 1 II ThürKHG, § 1 I S. 2 AG-KHG SH) sind keine gesetzlichen Vorgaben zur Umsetzung des Sicherstellungsauftrags vorhanden, so dass den Kommunen ein großer Spielraum bleibt.

11 Vgl. Lambrecht/Vollmöller, in: Huster/Kaltenborn (Hrsg.), Krankenhausrecht, 1. Aufl. 2010, § 14 Rn. 12.

12 Gesetz des Landes Sachsen-Anhalt zum Bundesgesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze v. 25.5.1992, GVBl. LSA Nr. 21/1992, S. 376.

13 Zweites Gesetz zur Änderung des Gesetzes des Landes Sachsen-Anhalt zum Bundesgesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze v. 13.8.2004, GVBl. LSA Nr. 46/2004, S. 522.

14 Drs. 4/1469 v. 25.3.2004, S. 9.

15 Ebd.

16 Gesetzentwurf zu § 1 AG-KHG SH, DrS. 10/1491 v. 21.4.86, S. 16.

### 3.3 Der verfassungsrechtliche Rahmen einer Neuausrichtung der Krankenhausplanung

#### 3.3.1 Struktur und Einordnung der Maßnahmen

Die Krankenhausplanung steht an der Schnittstelle mehrerer staatlicher Aufgaben, die zugleich grundrechtlich geschützte Interessen Privater berühren. Daraus folgt eine hohe rechtliche, organisatorische und wirtschaftliche Komplexität der Thematik.

Strukturiert man die verschiedenen Teilaspekte, so ergibt sich das folgende Bild: Aus einer auf die Staatsaufgabenebene bezogenen Betrachtung ist die Krankenhausplanung ein Element der staatlichen Gewährleistungsverantwortung für den Bereich der stationären<sup>17</sup> Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, die aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG (Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit) i. V. m. Art. 20 Abs. 1 GG (Sozialstaatsprinzip)<sup>18</sup> folgt. Die Gewährleistungsverantwortung verpflichtet den Staat, konkret: die Bundesländer, dafür zu sorgen, dass in ausreichendem Maße in der gesamten Fläche des Landes und in der ganzen Breite des benötigten Spektrums Krankenhäuser für die Versorgung der Bevölkerung vorgehalten werden. Im Unterschied zur Erfüllungsverantwortung bedeutet Gewährleistungsverantwortung in diesem Zusammenhang, dass die Leistungen nicht unbedingt durch den Staat selbst erbracht werden müssen, sondern dass er dies lediglich „organisieren“ und normativ sicherstellen muss.<sup>19</sup>

Auf einer zweiten Ebene, bei der es um die Erfüllung dieser Gewährleistungsverantwortung geht, dient die Krankenhausplanung der Kanalisierung der zu diesem Zweck staatlich bereitgestellten „Geldströme“: Erstens der Finanzierung von Investitionen in die Krankenhausinfrastrukturen und zweitens der Einbeziehung der Krankenhäuser in das System der Leistungserbringung nach dem SGB V. Während die Leistungen für die Investitionen originär durch das Krankenhausrecht normiert werden, wird die Verknüpfung der in die Krankenhausplanung aufgenommenen Häuser in das System der Leistungserbringung nach dem SGB V durch die dort in § 108 SGB V<sup>20</sup> getroffene Regelung bewirkt. Danach wird durch den Feststellungs-

17 Der Umstand, dass Krankenhäuser zunehmend auch ambulante Gesundheitsdienstleistungen anbieten, kann an dieser Stelle vernachlässigt werden, da er nicht primär Gegenstand der Krankenhausplanung ist.

18 Kaltenborn, in: Huster/ders. (Hrsg.) Handbuch des Krankenhausrechts, 1. Aufl. 2010, § 2, Rn. 5 m. w. N.; Thomae, Krankenhausplanungsrecht, 2006, S. 19 ff.

19 Zum Konzept der Gewährleistungsverantwortung näher *Schulze-Fielitz*, in: Hoffmann-Riem/Schmidt-Abmann/Voßkuhle (Hrsg.), Grundlagen des Verwaltungsrechts, Bd. I, 2. Aufl. 2012, § 12, Rn. 154 ff.

20 „§ 108 Zugelassene Krankenhäuser

*Die Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlung nur durch folgende Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen:*

1. Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulmedizin anerkannt sind,
2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser),
3. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.“

bescheid nach § 8 Abs. 1 S. 3 KHG *gleichzeitig* die Stellung als zugelassener Leistungserbringer nach dem SGB V begründet. Die grundlegende Bedeutung der Krankenhausplanung in dieser Hinsicht kann mit Depenheuer auf den prägnanten Nenner gebracht werden, dass die Krankenhausplanung wirtschaftliche Überlebenschancen verteilt.<sup>21</sup>

Auf einer dritten Ebene, die sich aus § 8 KHG i. V. m. § 1 KHG erschließt, wird durch die Krankenhausplanung garantiert, dass die zugelassenen Krankenhäuser ausreichend leistungsfähig und wirtschaftlich sind sowie den Anforderungen der verfassungsrechtlich – im Interesse der Patienten<sup>22</sup> – gebotenen Trägervielfalt im Gesundheitswesen entsprechen. Zudem wird dadurch eine Mindestqualität der Gesundheitsversorgung sichergestellt und auch insoweit den Interessen der Patienten Rechnung getragen.<sup>23</sup>

Die Krankenhausplanung dient somit der Verwirklichung bedeutsamer und verfassungsrechtlich verankerter Gemeinwohlbelange sowie grundrechtlich geschützter Interessen der Patienten und tangiert dabei zugleich in verschiedener Hinsicht rechtlich konstituierte und geschützte Interessen der Träger der verschiedenen Krankenhäuser. Diese Plurivalenz des Planungsvorgangs, in der ein Wesensmerkmal von Planung überhaupt zum Ausdruck kommt<sup>24</sup>, hat zur Folge, dass einerseits eine Vielzahl von ganz unterschiedlich konstituierten Rechtspositionen gleichzeitig berücksichtigt werden müssen, andererseits aber der zuständigen Behörde auch ein gerichtlich nur beschränkt kontrollierbares Planungsermessen verbleibt, in dem sich die Gestaltungsfunktion von Planung widerspiegelt.<sup>25</sup>

Wie ein Blick in die (vor allem verfassungsgerichtlichen) Rechtsprechung<sup>26</sup> der letzten fünfzehn Jahre zeigt, kommt den Rechten der Krankenhausträger eine entscheidende systemprägende und -verändernde Rolle zu, sodass zunächst dieser Aspekt einer genaueren Betrachtung bedarf, bevor auf die Ausgestaltung des Planungssystems näher eingegangen wird.

### 3.3.2 Verfassungsrechtlich geschützte Rechtspositionen der einzelnen Krankenhausträger<sup>27</sup>

Für die genaue Bestimmung des rechtlichen Rahmens, der bei der Krankenhausplanung zu beachten ist, kommt der differenzierten Betrachtung der Trägerinteressen eine herausgehobene Bedeutung zu.

21 Depenheuer, Staatliche Finanzierung und Planung im Krankenhauswesen, 1986, S. 41.

22 Die Trägervielfalt knüpft an die Grundrechte der (privaten und kirchlichen) Träger an, dient aber letztlich dem Ziel, dass die Patienten Zugang zu einer ihren Wertvorstellungen entsprechenden Krankenhausversorgung finden können.

23 Zu den Kriterien näher Szabados, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, 2011, § 8 KHG, Rn. 3 ff.; Stollmann, in: Huster/Kaltenborn (Hrsg.), Handbuch des Krankenhausrechts, 2010, § 4, Rn. 43 ff.

24 Zur besonderen rechtlichen Struktur von Planung und Planungsrecht siehe näher Hoppe, Planung, in: Isensee/Kirchhof (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts, Bd. IV, 3. Aufl. 2006, § 77, Rn. 69 ff.

25 Zu alledem näher in den folgenden Prüfungsschritten. Zur Struktur von Planungsentscheidungen siehe auch (am Beispiel der Fachplanung) Wolff/Bachof/Stober/Kluth, Verwaltungsrecht I, 13. Aufl. 2017, § 62, Rn. 3 ff.

26 Prägnante Zusammenfassung bei Burgi, NVwZ 2010, 601 (603 f.).

27 Zum Folgenden auch Thomae, Krankenhausplanungsrecht, 2006, S. 125 ff.

**a) Krankenhäuser in Landsträgerschaft**

Den *geringsten* Schutz gegenüber Maßnahmen des Landesgesetzgebers bzw. der Landesregierung als Planungsbehörde genießen die Krankenhäuser in der Trägerschaft des Landes, da es sich insoweit um eine Maßnahme im eigenen Rechtsbereich handelt. Relevante rechtliche Grenzen für die Krankenhausplanung lassen sich insoweit nicht ableiten.

**b) Insbesondere Universitätsklinik**

Das Gleiche gilt grundsätzlich auch für die Universitätsklinik, da auch diese in der mittelbaren Trägerschaft des Landes stehen.<sup>28</sup> Als Anstalten des öffentlichen Rechts verfügen sie indes über eine formale rechtliche Selbstständigkeit, die sich jedenfalls insoweit beschränkend auswirken kann, als willkürliche Maßnahmen unzulässig sind.<sup>29</sup>

**c) Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft<sup>30</sup>**

Deutlich schwieriger und bislang nicht Gegenstand vertiefter Untersuchungen ist der verfassungsrechtliche Schutz der Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft. Die Trägerkommunen können sich insoweit grundsätzlich auf den verfassungsrechtlichen Schutz der kommunalen Selbstverwaltung aus Art. 28 Abs. 2 GG und die entsprechenden Vorschriften der Landesverfassungen berufen, da es sich um eine Aufgaben des eigenen Wirkungskreises handelt, wenn Städte oder Landkreise Krankenhäuser errichten und betreiben. Allerdings schützt das Selbstverwaltungsrecht nicht einen bestimmten Umfang der Betätigung und auch nicht die finanzielle Förderung durch das Land in bestimmter Höhe. Schutzwirkungen lassen sich deshalb nur in formal-rechtlicher Hinsicht ableiten. Dies betrifft insbesondere die Ausgestaltung des Verfahrens und der Zeithorizonte für Veränderungen des Status quo und damit rechtsstaatliche Standards.

**d) Krankenhäuser in Trägerschaft von Berufsgenossenschaften**

Eine besondere Stellung nehmen die von den gewerblichen Berufsgenossenschaften<sup>31</sup> getragenen Krankenhäuser ein.<sup>32</sup> In statusrechtlicher Hinsicht ist ausschlaggebend, dass die Berufsgenossenschaften selbst als Sozialversicherungsträger als Selbstverwaltungskörperschaften des öffentlichen Rechts verfasst (§ 29 SGB IV) und damit dem Bereich der mittelbaren Staatsverwaltung bzw. funktionalen Selbstverwaltung zuzuordnen sind.<sup>33</sup> Sie sind damit keine Grundrechtsträger im Sinne des Art. 19 Abs. 3 GG<sup>34</sup> und können sich gegenüber staatlichen Planungsentscheidun-

28 Zu Einzelheiten Möller, in: Huster/Kaltenborn (Hrsg.), Handbuch des Krankenhausrechts, 1. Aufl. 2010, § 16 D.

29 Dazu näher Kluth, Funktionale Selbstverwaltung, 1997, S. 521 ff.

30 Zu Einzelheiten Friedrich, in: Huster/Kaltenborn (Hrsg.), Handbuch des Krankenhausrechts, 1. Aufl. 2010, § 16 A.

31 Zu ihrer Zuständigkeit siehe § 121 SGB VII.

32 Zu Einzelheiten Mehrrens/Gorn, in: Huster/Kaltenborn (Hrsg.), Handbuch des Krankenhausrechts, 2010, § 16 E.

33 Siehe Kluth, Funktionale Selbstverwaltung, 1997, S. 189 ff.

34 Brüning, in: Stern/Becker (Hrsg.), Grundrechte Kommentar, 2. Aufl. 2016, Art. 19, Rn. 65.

gen nur auf allgemeine rechtsstaatliche Grundsätze und einfachgesetzliche subjektive Rechte berufen.

### e) Krankenhäuser in privater und kirchlicher Trägerschaft

Die Krankenhäuser in privater<sup>35</sup> und kirchlicher bzw. freigemeinnütziger<sup>36</sup> Trägerschaft, unabhängig davon, wie sie konkret organisiert sind und ob sie mit Gewinnzielungsabsicht oder gemeinnützig arbeiten, können sich auf einen grundrechtlichen Schutz ihrer Tätigkeit und auch ihrer Beteiligungschance an der staatlichen Förderung infolge ihrer Aufnahme in den Krankenhausplan stützen. Dies hat die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts<sup>37</sup> und des Bundesverwaltungsgerichts<sup>38</sup> einschließlich der damit verbundenen Folgen für das Planungsverfahren und den Rechtsschutz vor allem in den frühen 2000er Jahren herausgearbeitet.

Die zentralen maßstäblichen Aussagen dieser Rechtsprechung für die Krankenhausplanung lassen sich in den folgenden Leitsätzen zusammenfassen, die aus den zitierten Entscheidungen abgeleitet sind:

1. Die Anforderungen an die Zulassungsvoraussetzungen (für die Aufnahme in einen Krankenhausplan) der Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Kostengünstigkeit dürfen nicht zu einer unverhältnismäßigen Beschränkung der Berufsfreiheit von Bewerbern führen. Das ist der Fall, wenn das Kriterium der Bedarfsgerechtigkeit auf die Frage eines derzeit ungedeckten Bettenbedarfs reduziert und die objektive Eignung des Bewerbers zur Bedarfsdeckung überhaupt nicht mehr geprüft wird. Bei den Merkmalen der Leistungsfähigkeit und Kostengünstigkeit darf einer Diskussion über die betriebswirtschaftlichen Gründe unterschiedlicher Kosten nicht mit dem Hinweis auf die Fallpauschalenregelung ausgewichen werden.
2. Bei der Entscheidung über die Aufnahme in einen Krankenhausplan muss auch dem Grundsatz der Trägervielfalt mit Rücksicht auf gewachsene Strukturen Rechnung getragen werden.<sup>39</sup>
3. Im Grundsatz gewährt Art. 12 Abs. 1 GG keinen Schutz vor Konkurrenz (vgl. BVerfGE 34, 252 [256]). Eine Wettbewerbsveränderung durch Einzelakte, die erhebliche Konkurrenz Nachteile zur Folge hat, kann aber das Grundrecht der Berufsfreiheit beeinträchtigen, wenn sie im Zusammenhang mit staatlicher Planung und der Verteilung staatlicher Mittel steht (vgl. BVerfGE 82, 209 [223 f.]; für die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan). Insbesondere bei einem regulierten Marktzugang können auch Einzelentscheidungen, die das erzielbare Entgelt beeinflussen, die Freiheit der Berufsausübung beeinträchtigen (vgl. BVerfG [2. Kammer des Ersten Senats], NJW 2005, 273 [274]). Wird zur Wahrung von Gemeinwohlbelangen der einzelne Leistungserbringer weitgehenden Einschränkungen unterworfen und kommt es in einem dergestalt durch-

35 Zu Einzelheiten Wernick, in: Huster/Kaltenborn (Hrsg.), Handbuch des Krankenhausrechts, 1. Aufl. 2010, § 16 C.

36 Zu Einzelheiten Heinig/Schlüter, in: Huster/Kaltenborn (Hrsg.), Handbuch des Krankenhausrechts, 1. Aufl. 2010, § 16 B.

37 Insbesondere BVerfG NVwZ 2004, 718 ff.; NJW 2004, 1648 ff.

38 Insbesondere BVerwG NVwZ 2009, 525 ff.

39 BVerfG NJW 2004, 1648.

strukturierten Markt durch hoheitliche Maßnahmen zu weitergehenden, an den Gemeinwohlbelangen nicht ausgerichteten Eingriffen in die Marktbedingungen, die zu einer Verwerfung der Konkurrenzverhältnisse führen, so besteht die Möglichkeit, dass die im System eingebundenen Leistungserbringer in ihrem Grundrecht aus Art. 12 Abs. 1 GG verletzt sind (vgl. BVerfG [2. Kammer des Ersten Senats], NJW 2005, 273 [274]). Eine Verwerfung der Konkurrenzverhältnisse ist dann zu besorgen, wenn den bereits zum Markt zugelassenen Leistungserbringern ein gesetzlicher Vorrang gegenüber auf den Markt drängenden Konkurrenten eingeräumt ist (vgl. BVerfG a. a. O.) Fehlt es hieran, so realisiert sich in dem Marktzutritt lediglich ein dem jeweiligen Markt bereits immanentes Wettbewerbsrisiko.<sup>40</sup>

Es sind demnach verfahrensrechtliche und materiell-rechtliche Maßstäbe, die in Bezug auf die privaten Krankenhausträger bei der Krankenhausplanung in besonderer Weise zu beachten sind. Die „Trägerlandschaft“ ist damit hinsichtlich der Statusrechte der vom Krankenhausplan erfassten Einrichtungen durch eine erhebliche Asymmetrie gekennzeichnet, bei der letztlich die stärkeren grundrechtlichen Rechtspositionen der privaten und kirchlichen Träger das Gesamtsystem entscheidend prägen.

In der Praxis der Krankenhausplanung ist deshalb den Auswirkungen der Planungsentscheidungen auf die privaten und kirchlichen Trägern durchweg eine besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Zugleich ist zu betonen, dass die stärkeren subjektiven Rechte der privaten und kirchlichen Träger auch nur einen relativen Schutz bewirken, da auch die betroffenen Grundrechte einen Gesetzesvorbehalt aufweisen und zugunsten von gewichtigen Gemeinwohlbelangen beschränkt werden können.<sup>41</sup> Das Planungssystem als solches wird demnach nicht in Frage gestellt. Vielmehr werden durch den Grundrechtsschutz die Anforderungen an das Verfahren und die Begründung angehoben, wie es auch sonst bei grundrechtsrelevanten Maßnahmen der Fall ist.

### 3.3.3 Verfassungsrechtlich geschützte Gemeinwohlbelange

Damit ist die Aufmerksamkeit auf die zweite Seite der Interessen gelenkt, die sich in einer groben ersten Einordnung als Gemeinwohlbelange qualifizieren lassen und ihrerseits auf einfachgesetzlicher Ebene in § 1 KHG zum Ausdruck kommen:

„§ 1 Grundsatz

- (1) Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.
- (2) Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhaus Träger zu beachten. Dabei ist nach Maßgabe des Landesrechts insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser

<sup>40</sup> BVerfG NVwZ 2004, 977 (978).

<sup>41</sup> Dazu auch Steiner, NVwZ 2009, 489 ff.

zu gewährleisten. Die Gewährung von Fördermitteln nach diesem Gesetz darf nicht mit Auflagen verbunden werden, durch die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit von Krankenhäusern über die Erfordernisse der Krankenhausplanung und der wirtschaftlichen Betriebsführung hinaus beeinträchtigt werden.“

Die verfassungsrechtliche Verankerung dieser Vorgaben kann in groben Umrissen für die Zwecke der weiteren Argumentation ausreichend differenziert durch folgende Überlegungen verdeutlicht werden:

### a) Die nachhaltige Sicherung der Versorgungsstrukturen

Auch wenn der Begriff Nachhaltigkeit in § 1 Abs. 1 KHG selbst nicht verwendet wird, zielt die dort getroffene Regelung in ihrer Kombination von Wirtschaftlichkeit (optimierter Einsatz knapper Ressourcen), Bedarfsgerechtigkeit (Orientierung des Angebots an der – erwarteten – Nachfrage), Leistungsfähigkeit (Sicherung der Effizienz der Akteure) und Sozialverträglichkeit auf ein Ziel ab, das dem Konzept der Nachhaltigkeit<sup>42</sup> jedenfalls dann entspricht, wenn man noch die Zeitkomponente hinzunimmt.

Nachhaltigkeit wird heute überwiegend als ein Verhalten oder eine Vorgehensweise charakterisiert, die auf den Erhalt eines Systems bzw. bestimmter Charakteristika eines Systems abzielt, sei es die Produktionskapazität des sozialen Systems oder des lebenserhaltenden ökologischen Systems.<sup>43</sup>

Für das Gesundheitssystem ist angesichts des demografischen Wandels, der unter anderem dadurch gekennzeichnet ist, dass die Relation zwischen den für die Finanzierung sozialer Sicherungssysteme besonders wichtigen Personen im Erwerbsleben und den leistungsbezugsberechtigten Personen außerhalb des Erwerbslebens deutlich zu Lasten der Personen im Erwerbsleben verändert, die Sicherung wirtschaftlicher und institutionell stabiler Strukturen und Träger von wachsender Bedeutung.<sup>44</sup> Vor diesem Hintergrund korrespondiert die Nachhaltigkeit als materielle Zielvorgabe der Krankenhausplanung eng mit der formal bestehenden Gewährleistungsverantwortung des Landes, die ihrerseits darauf ausgerichtet ist, die Gesundheitsversorgung in allen Teilen des Landes dauerhaft sicherzustellen.<sup>45</sup>

Damit gewichtige Belange von verfassungsrechtlichem Rang für die Volksgesundheit bzw. die Patientengrundrechte<sup>46</sup> Gegenstand der Zielvorgaben sind, können Maßnahmen zur Verfolgung bzw. Gewährleistung der Zielerreichung auch rechtfertigen, dass Grundrechte der Krankenhausträger beschränkt werden.

42 Zum Begriff und Konzept der facettenreichen Nachhaltigkeit siehe näher Kahl (Hrsg.), Nachhaltigkeit als Verbundbegriff, 2008.

43 Siehe näher Klauer, Was ist Nachhaltigkeit? 1999.

44 Dazu näher Kluth, Generationengerechtigkeit und demografischer Wandel, in: VVDStRL 68 (2009), S. 246 (270 ff.).

45 Zur Gewährleistungsverantwortung im Gesundheitsbereich siehe auch ausführlich Bauer-Schade, Die flächendeckende vertragsärztliche Versorgung, 2013, S. 68 ff.

46 Auch dazu näher Bauer-Schade, Die flächendeckende vertragsärztliche Versorgung, 2013, S. 70 ff.

### b) Die Sicherung der Qualität der Versorgung

Wie im gesamten übrigen Gesundheitsrecht kommt der Sicherung einer hohen Qualität der Versorgung auch in der Krankenhausplanung ein hoher Stellenwert zu.

In kaum einem anderen Rechtsbereich ist die Bedeutung von Qualität für die Sicherung grundrechtlich geschützter Interessen der „Verbraucher“ evidenter als im Bereich des Gesundheitswesens. Für die stationäre Versorgung gilt dies umso mehr, als diese in der Regel die besonders schweren Erkrankungen betrifft und Qualitätsmängel sich in diesem Bereich sehr häufig auch auf eine besonders große Zahl von Patienten nachteilig auswirken.

Im Zusammenhang mit der Krankenhausplanung wird das Merkmal der Qualität einerseits als Bestandteil des in § 1 Abs. 1 KHG explizit angeführten Merkmals der Leistungsfähigkeit verortet, denn leistungsfähig ist ein Krankenhaus, wenn es das von ihm erwartete Leistungsangebot dauerhaft erfüllt. Die Anforderungen müssen einerseits dem Stand der medizinischen Wissenschaft genügen und andererseits Qualitätsmerkmale aufweisen, die an ein Krankenhaus „dieser Art“ zu stellen sind.<sup>47</sup>

Allgemein ist die Qualitätssicherung für die vertragsärztliche Versorgung und für die zugelassenen Krankenhäuser in §§ 136 bis 136c SGB V geregelt, wonach es vor allem Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses ist, zu diesen Zweck Richtlinien und Beschlüsse zu erlassen.<sup>48</sup> In § 136b Abs. 2 S. 4 SGB V wird darüber hinaus aber geregelt, dass „ergänzende Qualitätsanforderungen im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder“ zulässig sind.<sup>49</sup> Dadurch wird eine besondere Kompetenz nicht nur der Landesgesetzgeber, sondern auch der für die Krankenhausplanung zuständigen Behörde begründet, ergänzende Anforderungen in die Krankenhausplanung einzubeziehen. Diese dürfen nicht in Widerspruch zu den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses stehen.

### c) Die Sicherung der Trägervielfalt

Die grundrechtlich gestützte Trägerschaft von Krankenhäusern ist nicht nur für deren rechtlichen Status von Bedeutung, sondern wirkt sich über die inhaltliche Ausrichtung der getragenen Einrichtungen durch die Grundrechtsträger, vor allem in Fällen kirchlicher und freigemeinnütziger Einrichtungen, auch auf die Leistungserbringung aus. Diese Dimension wird durch die gesetzliche Verpflichtung aus § 1 Abs. 2 KHG, „bei der Durchführung des Gesetzes ... die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten“, abgesichert und muss bei der Planung zwingend berücksichtigt werden.<sup>50</sup> Die Sicherung der Trägervielfalt stellt als planerische Direktive zwar nicht die übrigen, auf die Leistungsfähigkeit bezogenen Kriterien in Frage. Nach der Rechtsprechung kann es aber unter bestimmten Voraussetzungen geboten sein, einem weniger leistungsfähigen Träger den Vorzug gegenüber anderen Trägern zu geben, wenn nur so die Trägervielfalt gewährleistet werden kann.<sup>51</sup> Dadurch

47 BVerfGE 82, 209 (226); Szabados, in: Spickhoff (Hrsg.), *Medizinrecht*, 2011, § 8 KHG, Rn. 5.

48 Dazu näher Becker, in: Kingreen/Becker (Hrsg.), *SGB V*, 5. Aufl. 2017, § 137, Rn. 6 ff.

49 Davon haben die Länder nur z. T. Gebrauch gemacht (etwa § 7 KHG NRW). § 7 Abs. 3 KHG LSA sieht den Abschluss von Qualitätsvereinbarungen vor.

50 Zu Einzelheiten Szabados, in: Spickhoff (Hrsg.), *Medizinrecht*, 2011, § 1 KHG, Rn. 15 ff.; Möller, *VSSR* 2007, 263 (278 f.).

51 BVerwG GesR 2004, 296 (298).

kommt diesem Grundsatz eine besondere Rolle bei der Krankenplanung zu, die je nach den Rahmenbedingungen ein unterschiedliches rechtliches Gewicht erhält.

### 3.3.4 Ergebnis und Handlungsoptionen

Als Ergebnis kann damit festgehalten werden, dass der planerische Gestaltungsspielraum im Bereich der Krankenhausplanung durch die unterschiedlichen Statusrechte der verschiedenen Träger sowie die aus der verfassungsrechtlichen Gewährleistungsverantwortung des Staates abzuleitenden Zielvorgaben determiniert wird.

Eine systemprägende Rolle kommt dabei auf der Seite der Träger den grundrechtlich geschützten Interessen der privaten bzw. gemeinnützigen Träger zu, die sich auf die Grundrechte aus Art. 4 GG (Religionsfreiheit), Art. 12 (Berufsfreiheit) und Art. 14 GG (Eigentumsgarantie/Investitionsschutz) berufen können. Hinzu kommen die einfachgesetzlichen Vorgaben aus § 1 KHG, die neben der Bedarfsorientierung und der Leistungsfähigkeit mit den Vorgaben zur Beachtung der Trägervielfalt die grundrechtlich geschützten Interessen erneut aufgreifen. Die statusrechtlichen Positionen der Krankenhäuser in Trägerschaft des Landes, der Kommunen oder von Sozialversicherungsträgern sind deutlich schwächer verfassungsrechtlich gegenüber planerischen Maßnahmen abgesichert und können sich in der Regel nur auf rechtsstaatliche Standards und die einfachgesetzlichen Kriterien berufen, die auch zu ihren Gunsten subjektives öffentliches Recht begründen.

Die Landesgesetzgeber besitzen nach den Regelungen der Landeskrankenhausgesetze in allen Bereichen, in denen ein höheres Versorgungsangebot bereitsteht, als es für die Bedarfsdeckung erforderlich ist, einen Gestaltungsspielraum (Beurteilungsermessen), der gerichtlich nur beschränkt nachprüfbar ist.

Zweck des Gestaltungsspielraums ist es insbesondere, im Rahmen der Ausübung der staatlichen Gewährleistungsverantwortung im Bereich des Gesundheitswesens die maßgeblichen öffentlichen Interessen zur Geltung zu bringen. Diese sind insbesondere darauf ausgerichtet, eine wirtschaftliche, leistungsfähige und qualitätsvolle Infrastruktur im Gesundheitswesen nachhaltig zu sichern. So können – ähnlich wie bei den qualitätssichernden Vorgaben des GBA<sup>52</sup> – Mindestfallzahlen für einzelne Fachrichtungen vorgeschrieben werden, wobei aber zugleich Ausnahmen zugunsten einer flächendeckenden Versorgung zugelassen werden sollten. Zudem ist es auch zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit sinnvoll, bei weniger stark nachgefragten Leistungen die Zahl der Standorte zu begrenzen.

52 Sog. Mindestmengenregelungen in der 1. Neufassung vom 21. März 2006 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006 (S. 5389) in Kraft getreten am 21. März 2006 zuletzt geändert am 7. Dezember 2016 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 23.12.2016 B8) in Kraft getreten am 1. Januar 2017.

This page intentionally left blank

# 4 Der Einsatz von Qualitätsinformationen für Krankenhausplanung und Leistungseinkauf in Frankreich, Italien, Niederlande, Österreich und der Schweiz

Alexander Geissler, Sherry Lee und Wilm Quentin

## Abstract

In einigen europäischen Ländern werden Qualitätsinformationen im Rahmen der Krankenhausplanung genutzt, um stationäre Leistungen auf die dafür am besten geeigneten Standorte zu verteilen. Dafür gibt es oft eine nationale Rahmenplanung, die durch eine regionale Leistungsplanung und -vergabe konkretisiert wird. Aus dem internationalen Vergleich lassen sich vier Strategien ableiten. Erstens haben die untersuchten Länder über Gesetzesinitiativen verbindlich einen Qualitätsbezug in Planungs- und Vergabeverfahren auf nationaler Ebene implementiert. Zweitens zeigt sich in vielen Ländern die Bewertung der Qualität von Krankenhäusern als wichtiges Instrument, um das Leistungsangebot zu steuern. Drittens zeigen einige Beispiele, dass selektive Vertragsmodelle geeignet sind, um Anreize für Qualitätssteigerungen zu setzen und diese zu honorieren. Viertens erlaubt die Zentralisierung von hoch komplexen und spezialisierten Methoden eine Bündelung von Ressourcen für tendenziell seltene Fälle, die besondere Anforderungen hinsichtlich technischer und personeller Ausstattung aufweisen. Derartige Initiativen könnten auch in Deutschland Teil einer bundesweiten Rahmenplanung werden und damit die Krankenhauslandschaft zielorientiert für zukünftige Herausforderungen weiterentwickeln.

Some European countries use information on hospital quality within the planning process to allocate services to the most appropriate provider. Specific hospital planning is commonly driven by mandates and stewardship at the national level and is conducted at the regional level. In general, four sets of policy levers are used. First, countries use legal mandates to oblige quality-based considerations in planning or purchasing on national level. The second policy involves conducting qualifying quality assessments. The process identifies hospitals and departments that meet the quality criteria. Thirdly, some examples show that selective contracting or planning is possible. This enables purchasers to contract only those providers who are most likely to produce good quality care. And finally, centralisation of highly specialized medical procedures allows for the accumulation of experience for low volume and high technicality procedures. Similar initiatives should be considered to become part of a nationwide planning approach in Germany to further develop the hospital landscape for future challenges.

## 4.1 Einleitung

Spätestens seit Einführung des DRG-basierten Vergütungssystems werden in Deutschland auf unterschiedlichen Ebenen verstärkt Anstrengungen unternommen, die Qualität von Krankenhausbehandlungen zu sichern und zu verbessern. Diese reichen von durch den Gesetzgeber initiierten Maßnahmen wie der verpflichtenden Qualitätsberichterstattung über spezifische Mindestmengenregelungen sowie Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualitätsvorgaben für besonders schwierige Operationen (siehe § 135 ff. SGB V) bis hin zu zahlreichen freiwilligen Initiativen unterschiedlichster Akteure. Diese zielen einerseits darauf ab, mehr Transparenz zu schaffen (z. B. Weisse Liste.de, Qualitätssicherung mit Routinedaten – QSR) und andererseits besondere Behandlungen in spezialisierten Zentren mithilfe von Zertifizierungen zu konzentrieren (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Schlaganfall Gesellschaft), oder durch kollegialen medizinischen Austausch Behandlungsfehler zu vermeiden (Initiative Qualitätsmedizin – IQM) (Klauber et al. 2011; Braun et al. 2016).

Es ist jedoch fraglich, ob dieses Maßnahmenbündel zu einer qualitätsorientierten Veränderung der Krankenhauslandschaft geführt hat, da der wünschenswerte Effekt einer Leistungsverdichtung für spezialisierte Behandlungen an ausgewählten Standorten bisher nicht durchgehend beobachtet werden konnte. Im Gegenteil scheint es so, dass Krankenhäuser an einem breiten Leistungsangebot festhalten, obwohl oftmals die personelle und apparative Ausstattung dies nicht zulässt und die Anzahl an Behandlungen nicht ausreichend ist, um diese qualitativ hochwertig zu erbringen (Bauer 2017). Dies mündet unter anderem in deutlichen Unterschieden bei der stationären Ergebnisqualität, die in einigen aktuellen Studien belegt werden konnte (Nimptsch und Mansky 2017; Pross et al. 2017).

Der Gesetzgeber hat dies erkannt und mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) zwei wesentliche Instrumente eingeführt, um Strukturveränderungen weiter voranzubringen. So könnte Qualität als Kriterium des Leistungseinkaufs im Rahmen von Qualitätsverträgen (§ 110a SGB V) und/oder in der Krankenhausplanung mit Hilfe von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (§ 136c SGB V) zukünftig stärker einbezogen werden, um Strukturveränderungen zu begünstigen und Patienten gezielt zu den am besten geeigneten Krankenhäusern zu leiten.

In einigen europäischen Ländern werden Qualitätsaspekte in der Krankenhaus- bzw. Leistungsplanung bereits berücksichtigt. Daher kann ein internationaler Vergleich interessante Einblicke für die Weiterentwicklung in Deutschland aufzeigen. Der vorliegende Beitrag untersucht für ausgewählte Länder, zu welchem Zweck und in welchem Umfang Qualitätsinformationen genutzt werden, um die Krankenhauslandschaft aktiv zu entwickeln.

## 4.2 Methodik

Auf Grundlage einer gezielten Literatursuche in den einschlägigen Datenbanken und den standardisierten Gesundheitssystemberichten (Health Systems in Transition [HIT] series) des European Observatory on Health Systems and Policies sowie

grauer Literatur (Mossialos et al. 2017; OECD 2017) und Kurzinterviews mit internationalen Experten konnten Länder mit interessanten Modellen und Reformen identifiziert werden. Auf Grundlage dieser Informationen wurden fünf Länder für die weitere Untersuchung ausgewählt: Frankreich, Italien, Niederlande, Österreich und die Schweiz.

Informationen zur Ausgestaltung der qualitätsorientierten Krankenhausplanung sind in der verfügbaren Literatur sehr fragmentiert, wenig detailliert und oft nur in Landessprache verfügbar. Daher wurden mithilfe eines standardisierten Fragebogens Experten in den ausgewählten Ländern kontaktiert. Der Fragebogen wurde in drei Bereiche aufgeteilt: a) Krankenhausplanung (rechtliche Grundlagen, Planungsverantwortung, Einsatz von Qualitätsinformationen, Durchsetzungsfähigkeit der Planung), b) Leistungsvergabe und -Einkauf (beteiligte Akteure, Vertragsgestaltung, Qualitätsindikatoren) und c) Herausforderungen, Kontroversen und Reformen. Die gewonnenen Informationen wurden durch weitere Nachfragen ergänzt und wenn möglich durch entsprechende Literaturverweise verifiziert.

### 4.3 Überblick

In Frankreich, Italien, Österreich und der Schweiz sind die Verantwortlichkeiten für Krankenhausplanung zwischen zentralen und regionalen Regierungen bzw. lokalen Akteuren geteilt. In den Niederlanden hingegen ist eine Planung der Krankenhauskapazitäten nicht vorgesehen (Geissler und Busse 2015). Für den Leistungseinkauf existieren in den untersuchten Ländern verschiedene Prozesse. Diese reichen vom passiven Kontrahieren der Krankenversicherungen mit den Krankenhäusern in Österreich (vergleichbar mit Deutschland) bis hin zur aktiven Vertragsgestaltung zwischen Krankenhäusern und Krankenversicherern in den Niederlanden. Weiterhin gibt es deutliche Unterschiede in der Integration von Leistungserbringern und Zahlern. So sind in einigen italienischen Regionen beide Funktionen vollständig integriert, während z. B. in der Lombardei eine deutliche Trennung vorliegt. Der nachfolgende kurze Überblick zu den Charakteristika der nationalen Systeme verdeutlicht diese Unterschiede und Tabelle 4–1 fasst diese zusammen.

#### Frankreich

Die Gesundheitsversorgung wird in Frankreich von 17 regionalen Gesundheitsagenturen (Agences Régionales de Santé, ARS) auf Grundlage eines nationalen Rahmenplans in Absprache mit lokalen Akteuren geplant. Das Ministerium für Soziales und Gesundheit (Ministère des Solidarités et de la Santé) spielt dabei eine zentrale Rolle, da es Zielvorgaben auf Grundlage der gesundheitlichen Bevölkerungsentwicklung und nationaler Prioritäten verabschiedet (Chevreul et al. 2015). Die siebzehn vom Ministerium eingesetzten ARS sind verpflichtet, diese Vorgaben umzusetzen und unter Konsultation mit regionalen Akteuren alle fünf Jahre einen umfassenden regionalen Plan (schema régional d'organisation sanitaire, SROS) zu erstellen. Die darauf aufbauenden mehrjährigen Verträge zu Zielen und Ressourcen (Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, CPOMs) zwischen den ARS und Krankenhäusern sind das wichtigste Instrument, um das Leistungsangebot zu

Tabelle 4–1  
**Überblick über die Planungsgrundlagen in ausgewählten Ländern**

	Frankreich		Italien		Niederlande		Österreich		Schweiz	
	Planung	Einkauf	Planung	Einkauf	Planung	Einkauf	Planung	Einkauf	Planung	Einkauf
<b>Verantwortliche Einrichtungen</b>	Regionale Gesundheitsagenturen	Regionale Gesundheitsministerien; Regionale und lokale Gesundheitsbehörden	keine allgemeine Krankenhausplanung	Krankensicherungen (selektiv)	Gesundheitsministerium; Landesregierungen	Krankensicherungen (indirekt, nach Aufnahme ÖSG, RSG)	Kantonale Gesundheitsbehörden	Krankensicherungen (indirekt, nach Aufnahme auf Spitalliste)		
<b>Hochspezialisierte Leistungen</b>	Keine gesonderte Planung; Mindestmengen gelten für ausgewählte Leistungen	Ausgewiesene Standorte der Stufe 2 (je 600000 – 1.200.000 Einwohner); Mindestmengen gelten für ausgewählte Leistungen	Planung und Zulassung durch das Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt und Sport	Vergabe der Lizenzen auf Grund zuvor definierter Qualitätsvorgaben	Überregionale Versorgungsplanung	Ausweisung der Standorte innerhalb des ÖSG	Auf nationaler Ebene im Rahmen der interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)	Vergabe der Leistungen durch das interkantonale HSM-Beschlussorgan		
<b>Einbezug von Qualität</b>	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja		
<b>Rechtliche Grundlage</b>	Regionale Gesundheitsorganisationspläne (SROS); Krankenhaus-, Patienten-, Gesundheits- und Territorien-Gesetz (HPST); Gesetz über das öffentliche Gesundheitswesen Art. R6114 und R6122	Nationaler Gesundheitsplan 2014–2016; Ministerialdekret 70/2015	Gesetz über besondere medizinische Operationen (Wbmv)	Krankensicherungsgesetz (Zww); Gesetz zur Zulassung von Gesundheitseinrichtungen (WTZi)	Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG); Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG); Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG)	Bundesgesetz über die Krankenkversicherung (KVG)	Bundesgesetz über die Krankenkversicherung (KVG)	Bundesgesetz über die Krankenkversicherung (KVG)		
<b>Frequenz der Überarbeitung</b>	5 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	Jährlich	15 Jahre (mit wesentlichen Änderungen alle 5 Jahre)	Jährlich	Jährlich (kantonale Unterschiede)	2 Jahre		

Krankenhaus-Report 2018

Wido

steuern. Darin wird vereinbart, welche Leistungen in welchem Umfang (Fallzahlen) von den einzelnen Standorten erbracht werden dürfen. Diese Verträge werden meist für einen Zeitraum von fünf Jahren geschlossen und einem jährlichen Monitoring der tatsächlich genutzten Kapazitäten und erbrachten Leistungen unterzogen. Bei Vertragsbruch seitens der Krankenhäuser können theoretisch bis zu 5 % der Einnahmen zurückgefordert werden oder die Zulassung für bestimmte Leistungen entzogen werden.

### **Italien**

Der italienischen Verfassung folgend sind die Zuständigkeiten für das italienische Gesundheitssystem zwischen den Regionen und dem Staat geteilt. Diese Teilung setzt sich auch in der Planung fort. Ein nationaler Gesundheitsplan (Piano sanitario nazionale, PSN) wird alle drei Jahre innerhalb des Gesundheitsministeriums in Abstimmung mit den Akteuren des Gesundheitssystems erarbeitet. Ausgehend von diesem Rahmen und den dort festgelegten Prioritäten planen die regionalen Behörden detailliert, welche Standorte mit welchen Kapazitäten welche Leistungen erbringen dürfen (Ferre et al. 2014). Jede der 19 Regionen und zwei autonomen Provinzen verfügt über lokale Gesundheitsbehörden (Azienda sanitaria locale, ASL), die den Versorgungsbedarf ermitteln und den Leistungseinkauf in öffentlichen und privaten Krankenhäusern (ca. 80 % vs. 20 % der Betten) verantworten. Durch den hohen Grad an regionaler Autonomie sind jedoch dafür sehr unterschiedliche Ansätze verbreitet. So sind in manchen Regionen der Leistungseinkauf und die Leistungserbringung vollständig integriert, da Krankenhäuser im Besitz der Region sind, während in anderen Regionen auch private Krankenhäuser in die Planung einbezogen werden (Toniolo et al. 2012). Allen gemein ist jedoch, dass Verträge zur Leistungserbringung detailliert die vereinbarten Leistungen sowie deren Menge definieren.

### **Niederlande**

Seit dem Jahr 2008 hat sich die niederländische Regierung aus der aktiven Krankenhausplanung für einen Großteil der akutstationären Leistungen zurückgezogen. Mit der Einführung des Gesetzes zur Zulassung von Gesundheitseinrichtungen (Wet toelating zorginstellingen, WTZi) müssen Krankenhäuser nunmehr lediglich eine Zulassung zur Versorgung beantragen. Das WTZi beschränkt sich im Wesentlichen auf Grundsätze für den Zugang zur Akutversorgung, Transparenz der Kliniksteuerung und des Managements (good governance) sowie Vorgaben zur Finanzverwaltung. Somit sind die Entscheidungen für die Errichtung und das Angebotsspektrum von Krankenhäusern getrieben von Abwägungen der Träger und Investoren über den wirtschaftlichen Betrieb. Grundlegend sollte mithilfe von Marktmechanismen das Angebot von Krankenhausleistungen über den Leistungseinkauf (siehe unten) und die Nachfrage der Bevölkerung gesteuert werden (Kroneman et al. 2016). Abgesehen davon hat die Regierung jedoch die gesonderte Zulassung zur Durchführung und Vergabe von hochspezialisierten Leistungen beibehalten, um die Verfügbarkeit und den Zugang landesweit zu gewährleisten (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2014). Der Status der Standorte, die diese Leistungen anbieten, wird im Vier-Jahres-Zyklus evaluiert. Zu den hochspezialisierten Leistungen gehören beispielsweise Transplantationen, herz- und neurochirurgische Ein-

griffe, Partikeltherapien, humangenetische Beratungen, Versorgung von Blutkrankheiten, In-vitro-Fertilisationen oder auch die Neugeborenenintensivversorgung (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2017). Der Einkauf von Krankenhausleistungen wird von den Krankenversicherungen, die seit 2006 in einer Art reguliertem Wettbewerb (Managed Competition) agieren, unter Berücksichtigung eines angemessenen Versorgungszugangs getätigt. Dabei werden seit 2012 zwischen einzelnen Versicherungen und Krankenhäusern jährlich der Umfang, Preise, Mengen und auch die Qualität der Leistungserbringung bilateral vereinbart. Einige Einrichtungen von hoher Relevanz, vor allem für die Notfallversorgung, sind von den Verhandlungen ausgenommen und werden direkt von der Niederländischen Gesundheitsbehörde (Nederlandse Zorgautoriteit, NZa) beauftragt. Dazu zählen Notfallzentren (insb. in ländlichen Gegenden), Rettungshubschrauber sowie Trauma- und Brandverletzententren (Geissler und Quentin 2017).

### Österreich

Das zentrale Planungsinstrument Österreichs ist der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG). Dieses sektorenübergreifende und integrative Instrument fungiert als nationaler Rahmenplan, wird vom Bund, den Ländern und der Sozialversicherung gemeinsam vereinbart und enthält u. a. verbindliche Planungsvorgaben und Qualitätskriterien für ausgewählte Bereiche der stationären Versorgung (Hofmarcher und Quentin 2013). Ziel des ÖSG ist es, einerseits landesweit gleiche Versorgungsstandards mit vergleichbarer Qualität zu schaffen und andererseits spezialisierte Einrichtungen ausgewählter Fachbereiche an zentralen Standorten einzurichten. Im Jahr 2006 wurde der ÖSG erstmals erstellt und 2017 bereits zum fünften Mal revidiert. Unter Maßgabe des ÖSG werden zwischen den Ländern und Sozialversicherungsträgern detaillierte Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG) vereinbart (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2017). Ausgehend von einer Kapazitätsplanung wird auch eine Leistungsangebotsplanung durchgeführt. Dabei werden insbesondere strukturelle Qualitätskriterien (Personalzahlen und Ausstattung) und Mindestfallzahlen von Krankenhäusern berücksichtigt, um durch eine Bündelung von Ressourcen eine überregionale spezialisierte Versorgung an ausgewählten Standorten zu erreichen.

### Schweiz

Unter Maßgabe des 2007 revidierten Krankenversicherungsgesetzes (KVG) sind die 26 Kantonsregierungen verantwortlich für die Planung der stationären Versorgung (Pietro et al. 2015). Dabei haben die Kantone eine nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederte Spitalliste aufzustellen, welche die Qualität, Effizienz und Erreichbarkeit der Versorgung berücksichtigen soll und auch Spitäler außerhalb des eigenen Kantons beinhalten kann. Die Liste definiert, welche medizinischen Leistungen erbracht werden können und welche Pflichten und Anforderungen (insb. zur Personalverfügbarkeit, technischen Ausstattung und Mindestmengen) je nach Leistungsbereich eingehalten werden müssen (GDK/CDS 2017b). Um für einzelne Leistungsbereiche (in den meisten Kantonen ca. 140) in die Spitalliste aufgenommen zu werden, müssen sich die Krankenhäuser gemäß den vom Kanton aufgestellten Kriterien unabhängig von ihrer Trägerschaft (ca. 70% öffentlich; 30% privat) bewerben. Darüber hinaus werden für 39 hochspezialisierte Leistungen kan-

tonsübergreifende Planungen im Rahmen der interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) vorgenommen (GDK/CDS 2017a). Im Ergebnis weist die interkantonale Spitalliste der hochspezialisierten Medizin ausgewählte Standorte aus. So können beispielsweise Nierentransplantationen derzeit in sechs und die Versorgung schwerer Verbrennungen in zwei von insgesamt 189 schweizerischen Akutspitälern durchgeführt werden. Insgesamt dürfen Krankenhäuser in der Schweiz anders als in Deutschland nur Leistungen zu Lasten der Krankenversicherung erbringen, für die sie im Rahmen der Spitalliste explizit autorisiert sind. Die Krankenversicherungen verhandeln kollektiv im Ein- oder Zwei-Jahres-Zyklus mit den Krankenhäusern im Wesentlichen individuelle Basisfallwerte im Rahmen des Schweizer DRG-Systems. Ein selektiver Leistungseinkauf wird nur in Ausnahmefällen vorgenommen.

#### 4.4 Strategien für qualitätsbezogene Planung und Leistungseinkauf

Das Interesse an einer konstanten Qualitätsentwicklung spiegelt sich in den untersuchten Ländern in den Reformen zur Krankenhausplanung und dem Leistungseinkauf der vergangenen Jahre deutlich wider. Jedoch nutzen die Länder eine Mischung unterschiedlicher Strategien, um ihre gesetzten Ziele zu verfolgen. Diese reichen von gesetzgeberischen Maßnahmen auf nationaler Ebene über konkrete Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Leistungen bis hin zur selektiven Auswahl von Krankenhäusern mit definiertem Qualitätsniveau. Insbesondere für hochspezialisierte Leistungen existieren in manchen Ländern zudem nationale Pläne, um Ressourcen zu zentralisieren und seltene medizinische Prozeduren und Verfahren auf hohem Niveau anbieten zu können.

##### **Gesetzliche Maßnahmen**

Alle fünf Länder beschritten in der Vergangenheit unterschiedliche Wege, um Kompetenzen der Versorgungsplanung auf nationaler und regionaler Ebene gesetzlich zu verankern. Dabei haben die Regionen verschiedene Spielräume, um nationale Vorgaben umzusetzen. In Frankreich und Italien haben die Zentralregierungen regionale Gesundheitssysteme mit nachgelagerten Behörden geschaffen und ihnen weitreichende Kompetenzen gegeben. In Österreich und der Schweiz hingegen besitzen die Bundesländer und Kantone traditionell große Freiheitsgrade, von denen einige auf die nationale Ebene verlagert wurden.

Im Jahr 2009 wurden in Frankreich mit dem Krankenhaus-, Patienten-, Gesundheit- und Territorien-Gesetz (loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires, HPST) Gesundheitsregionen mit regionalen Agenturen (ARS) geschaffen und mit planerischen Befugnissen ausgestattet, um regionale Gegebenheiten besser in der Planung des Gesundheitssystems berücksichtigen zu können. Die ARS sind nunmehr rechtlich für regionale Versorgung verantwortlich und steuern diese über detaillierte Pläne (SROS) mit ausgewiesenen Qualitätsvorgaben. Außerdem wurden im Jahr 2016 die bestehenden über 850 Krankenhäuser in 135 regionalen Krankenhausnetzwerken zusammengefasst, mit dem Ziel einer besseren regionalen Versorgungssteuer-

rung. In Italien haben die Regionen seit der Verfassungsreform 2001 die Möglichkeit, eigene Qualitätsstandards zur Akkreditierung und Autorisierung von Krankenhäusern zu setzen. Spätestens seitdem sind die regionalen Gesundheitssysteme auch hinsichtlich der geforderten Qualitätsniveaus sehr unterschiedlich. Auch in Österreich wurde die Beziehung zwischen der nationalen und regionalen Ebene sowie den Krankenkassen insbesondere hinsichtlich einer integrierten Planung der Versorgung mit dem Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG) im Jahr 2013 neu geordnet. Dabei wurde die Verantwortung zur Erreichung national vereinbarter Qualitätsziele auf die Regionen übertragen. In der Schweiz wurden in jüngster Vergangenheit qualitätsfördernde Maßnahmen stärker auf nationaler Ebene mit einer Reform des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und der vom Bundesrat verabschiedeten Strategie Gesundheit2020 fixiert. Im Gegensatz zu den anderen Ländern verfolgt die niederländische WTZi-Reform von 2008 eher das Ziel, den Krankenversicherungen und Krankenhäusern mehr Freiheitsgrade zu geben. Jedoch sind die Krankenhäuser einerseits verpflichtet, die Versorgung sicherzustellen, und tragen andererseits das unternehmerische Risiko, die Leistungen anzubieten, die von den Krankenversicherungen im Rahmen selektiver Verträge nachgefragt werden.

### **Qualitätsvorgaben**

Die untersuchten Länder setzen verschiedene Instrumente ein, um Qualitätsstandards zu definieren, unter denen Krankenhäuser ermächtigt werden, Leistungen zu erbringen. Dazu zählen Lizenzierung, Autorisierung, Zertifizierung und Akkreditierung. Lizenzierung ist rechtlich verpflichtend, in allen Ländern verbreitet und definiert grundlegende infrastrukturelle Standards, um Krankenhäuser betreiben zu dürfen (vgl. § 30 GewO für private Kliniken in Deutschland). Die Autorisierung zur Leistungserbringung, d. h. die Ermächtigung, Leistungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherungsträger zu erbringen, bezieht in manchen Ländern neben operativen und technischen Voraussetzungen auch politische Entscheidungen mit ein (vgl. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser in Deutschland). So werden in Frankreich auch kleinere Krankenhäuser mit geringen Fallzahlen und ungeachtet problematischer Qualitätsniveaus aufgrund von politischen Erwägungen autorisiert. In allen untersuchten Ländern, abgesehen von den Niederlanden, werden im Zuge der Autorisierung detaillierte Pläne verknüpft mit Qualitätsanforderungen aufgestellt. Diese Pläne sind verbindlich und erlauben den autorisierten Krankenhäusern, nur die dort aufgeführten Leistungen zu erbringen.

Zertifizierungen oder Akkreditierungen werden meist freiwillig von Krankenhäusern erworben, um zu signalisieren, dass sie ein hohes Qualitätsniveau erreicht oder sich intensiv mit der erbrachten Versorgungsqualität auseinandergesetzt haben (vgl. KTQ oder ISO 9001 in Deutschland). Der Gebrauch beider Terme ist jedoch international nicht einheitlich. In Frankreich werden interessanterweise Zertifizierungen für öffentliche und private Krankenhäuser von der staatlichen Gesundheitsbehörde (Haute Autorité de Santé, HAS) unternommen. Diese haben einen verpflichtenden Charakter, da sie bei der Autorisierung zur Leistungserbringung berücksichtigt werden. In Italien ist ein Akkreditierungsprozess verpflichtend, jedoch regional mit unterschiedlichen Qualitätsanforderungen verbunden. In beiden Ländern werden Akkreditierungen und Zertifizierungen genutzt, um eine Art Minimal-

standard sicherzustellen und somit Qualitätsunterschiede national und regional zu minimieren.

### **Selektive Verträge**

Obwohl die selektive Vertragsgestaltung zur Auswahl bestimmter Leistungserbringer nach definierten Prioritäten ein mächtiges Instrument zur Steuerung der Versorgung darstellt, wird dieses Instrument nicht zuletzt auch wegen einiger Nachteile (z. B. hohe Transaktionskosten, mangelnde Transparenz, schwierige Sicherstellung der Versorgung) und mangelnder politischer Kontrolle nur selten eingesetzt. Nur in den Niederlanden und teilweise in der Schweiz werden derzeit selektive Verträge vereinbart. In den Niederlanden wird dies durch Marktanreize für die Versicherer aufgrund gesetzlicher Vorgaben zu bilateralen Verträgen unterstützt. Die im Wettbewerb stehenden Krankenversicherer können die besten Krankenhäuser, sei es wegen des Qualitäts- oder Preisniveaus, des Renommées, der Erreichbarkeit oder der Serviceorientierung, für ihre bestehenden und potenziell neuen Versicherten auswählen und sich somit im Markt von ihren Wettbewerbern abgrenzen. Um jedoch keine Versicherten zu verlieren und möglichst für neue Kunden interessant zu bleiben, bestehen de facto zwischen allen Krankenhäusern und Versicherern bilaterale Verträge, deren konkreter Inhalt jedoch nicht veröffentlicht wird. In der Schweiz gibt es einen quasi-selektiven Vertragsprozess. Hier können sich Krankenhäuser für die Aufnahme auf die Spitalliste für einzelne Leistungsgruppen bewerben. Nur Krankenhäuser, welche die personellen und technischen Kapazitäten haben und zudem die Leistungen anbieten wollen, beantragen die Aufnahme auf die Liste.

### **Hochspezialisierte Versorgung**

Die Autorisierung zur Erbringung hochspezialisierter Leistungen ist besonders in den Niederlanden, Österreich und der Schweiz auf nationaler Ebene organisiert. In der Schweiz haben die Kantone die Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) einem interkantonalen Beschlussorgan übertragen, welches die Bereiche der hochspezialisierten Medizin definiert sowie Planungs- und Zuteilungsentscheidungen für eine Zentralisierung von Leistungen über die interkantonale Spitalliste trifft. In den Niederlanden ist mit der Autorisierung spezialisierter Leistungen das für Gesundheit zuständige Ministerium betraut. Auf Grundlage des 1997 eingeführten Gesetzes für besondere medizinische Verfahren (*Wet bijzondere medische verrichtingen, Wbmv*) benennt das Ministerium die Standorte, deren Ausstattung und Qualitätsniveau es zulassen, spezialisierte Leistungen zu erbringen. So sind derzeit beispielsweise je drei Standorte für Herz-, Lungen- und Lebertransplantationen oder 30 für PTCA/PCI zugelassen. In beiden Ländern werden die Entscheidungen über die Zulassung von Standorten von einem interdisziplinären Gremium unter Einbezug aktueller internationaler Evidenz getroffen. Auch die Leistungen, die für die gesonderte Autorisierung in beiden Ländern identifiziert wurden, ähneln sich. Dabei handelt es sich zumeist um komplizierte, risikoreiche und kostenintensive Leistungen wie Transplantationen und neuro- oder herzchirurgische Eingriffe. Eine 2012 veröffentlichte Evaluation bestätigte u. a., dass die gezielte Steuerung der spezialisierten Leistungen effektiv anderen (ökonomischen) Anreizen entgegentritt und somit die Effizienz des Krankenhaussystems verbessert, die Qualität der Leistungserbringung durch Konzentration steigt und die medizinische Aus- und Weiterbildung gestärkt

wird (Bouman et al. 2012). In Österreich wird die Ressourcen- und Leistungsangebotsplanung ausgewählter hochspezialisierter komplexer Leistungen im Rahmen einer überregionalen Versorgungsplanung (ÜRVP) als Teil des ÖSG sichergestellt. In der ÜRVP werden die Leistungsstandorte mit deren Zuständigkeit für Versorgungsgebiete auf Ebene der Versorgungsregionen definiert. Unter anderem werden Schwerbrandverletzten-Zentren, Standorte für Stammzelltransplantation (allogen), Transplantations-, Neuro- und Herzchirurgie gesondert ausgewiesen.

## 4.5 Qualitätsbezogene Informationen für Planung und Leistungseinkauf

Qualitätsinformationen werden in den untersuchten Ländern sehr unterschiedlich genutzt, um Krankenhausstrukturen zu planen oder Leistungen gezielt zu vergeben bzw. einzukaufen. Tabelle 4–2 gibt einen Überblick und verdeutlicht, dass in erster Linie Struktur-, aber auch Prozess- und zu einem sehr geringen Anteil Ergebnisindikatoren eingesetzt werden. Patientenerfahrungen werden bisher nur in Italien regional verwendet, um Krankenhäuser für einzelne Leistungsbereiche zu autorisieren.

### Krankenhausplanung

Informationen zur Struktur- und Prozessqualität werden am häufigsten für die Planung in den untersuchten Ländern verwendet. Dabei werden die Abweichungen vom geforderten zum beobachteten Qualitätsniveau herangezogen und bewertet, ob die Krankenhäuser mit den ausgewiesenen Leistungsbereichen in die Planung einbezogen werden können oder ob Maßnahmen zur Qualitätssteigerungen auferlegt werden, sofern einzelne Standorte für die Sicherstellung der Versorgung relevant sind. Die Anforderungen werden meist weit im Vorfeld anhand von Gesetzen und Verordnungen festgelegt und über Indikatoren operationalisiert. Exemplarisch werden im Folgenden die Planungsansätze von Österreich und der Schweiz vorgestellt.

Tabelle 4–2

### Überblick über die eingesetzten Qualitätsindikatoren

	Frankreich	Italien	Niederlande	Österreich	Schweiz
<b>Strukturqualität</b>	A/P/L	A/P/L	P (spez. Leistungen) L	P	P
<b>Mindestmengen</b>	L	P (spez. Leistungen)	P (spez. Leistungen) L	P	P
<b>Prozessqualität</b>	A/P/L	A/P/L	P (spez. Leistungen) L	P	P
<b>Ergebnisqualität</b>	Zertifizierung (HAS)	A (regional)	–	–	–
<b>Patientenerfahrungen</b>	–	A (regional)	–	–	–

A= Autorisierung, Akkreditierung; P= Planung; L = Leistungsvergabe/-einkauf

In **Österreich** trägt die Planung maßgeblich zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern bei. Auf Grundlage von Artikel 15a der Verfassung und des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes (G-ZG) geben der ÖSG und die RSGs planungsrelevante Qualitätskriterien für Krankenhäuser vor. Auf Bundesebene werden strukturell Vorgaben zur technischen Ausstattung, Personalverfügbarkeit und -qualifikation sowie Erbringung essentieller Dienstleistungen und Mindestmengen zur Bewertung herangezogen. Prozesskriterien orientieren sich an der Implementierung von Qualitätssicherungskonzepten (z. B. Durchführung interdisziplinärer Tumorboards), Qualitätsmessungsaktivitäten und Einhaltung von Bundesqualitätsstandards (z. B. Aufnahme und Entlassung, Hygiene, patientenorientiertes Blut-Management). Zusätzlich zu den im ÖSG spezifizierten Kriterien können die Länder individuelle Qualitätsvorgaben machen. Daneben werden mehr als 200 Indikatoren in über 50 Leistungsbereichen im Rahmen der Austrian Inpatient Quality Indicators, kurz: A-IQI (vergleichbar mit IQM in Deutschland), bundesweit standardisiert analysiert und bei Auffälligkeiten im Rahmen eines kollegialen Peer-Review-Verfahrens von Einzelfällen aufgearbeitet. Jedoch werden die Indikatoren des A-IQI nicht routinemäßig für die Krankenhausplanung verwendet, sondern zielgruppenspezifisch als Expertenbericht und auf [KLINIKSUCHE.AT](http://KLINIKSUCHE.AT) veröffentlicht.

Dem Krankenversicherungsgesetz folgend sind in der **Schweiz** seit 2007 Qualitätskriterien für die kantonale Krankenhausplanung (Spitalliste) zu nutzen. Dabei sollen die Kantone Qualitätsstandards unter Berücksichtigung verfügbarer Datenquellen definieren. Die Nutzung struktureller Indikatoren überwiegt und beinhaltet organisatorische, technische und personelle Vorgaben. Der Kanton Zürich nahm dabei eine Vorreiterrolle ein und entwickelte für den Spitalplan 2012 ein Planungsmodell, das seither von vielen anderen Kantonen adaptiert wurde. Im Kern wurden dafür 140 Leistungsgruppen mit Hilfe des Schweizer Prozeduren Katalogs (CHOP) und der internationalen Diagnoseklassifikation (ICD) nebst leistungsgruppenspezifischen Anforderungen definiert. So wurden beispielsweise für die Urologie zehn Leistungsgruppen erstellt – von der Behandlung von Steinen bis zur Harnblasenentfernung (Zystektomie). Die Aufnahme in die Spitalliste erfolgt mehrstufig. Zunächst werden nach Beantragung der Krankenhäuser zur Aufnahme grundlegende Vorgaben geprüft: Qualität (z. B. QM-Programm vorhanden), Effizienz (z. B. Anteil administrativer Ausgaben) und geografische Verfügbarkeit. Im zweiten Schritt werden die leistungsgruppenspezifischen Anforderungen, insbesondere Notfall- und intensivmedizinische Vorgaben, Verfügbarkeit und Qualifikation von Fachärzten sowie Mindestfallzahlen von der Gesundheitsdirektion Zürich bewertet.

Für Krankenhäuser mit der Basis-Leistungsgruppe (alle medizinischen und chirurgischen Leistungen, die nicht zu den fachspezifischen Leistungsgruppen gehören) ist eine adäquate Notfallstation vorgeschrieben. In Abhängigkeit von der Dringlichkeit der Notfallbehandlungen pro Leistungsgruppe werden die Anforderungen an Notfallstationen in Level 1 bis 3 unterschieden. Für die Geburtshilfe sind im Level 4 zusätzlich spezifische Anforderungen vorgeschrieben. Die Level unterscheiden sich dabei im Wesentlichen in der Verfügbarkeit der Fachärzte und ihrer Wegezeit zur Notfallstation je nach Tages- und Nachtzeit und am Wochenende. Für Leistungsgruppen, die relativ oft eine Verlegung der Patienten auf die Intensivstation erfordern, wird das Führen einer Intensivstation vorgeschrieben. Dabei wird zwischen drei Levels von Intensivstationen unterschieden, die je nach Komplexität

der Intensivbehandlung pro Leistungsgruppe vorgeschrieben werden. Für die Level 2 und 3 sind die Richtlinien der schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) einzuhalten, nach denen Intensivstationen in der Schweiz zertifiziert werden. Für jede Leistungsgruppe wird zudem vorgeschrieben, welche Fachärzte nach Fachgebieten in welchem Umfang zur Verfügung stehen müssen. Je nach Komplexität wird unterschieden in: Facharzt unter 1 Std. erreichbar oder Patient unter 1 Std. verlegt, Facharzt jederzeit erreichbar und Intervention unter 1 Std., Facharzt jederzeit erreichbar und Intervention unter 30 min.; Facharzt Geburtshilfe unter 10 min. im Krankenhaus bzw. Facharzt Neonatologie oder Facharzt Pädiatrie mit Erfahrung in Neonatologie unter 15 min. vor Ort.

Die Spitalliste wird jährlich fortgeschrieben, um einerseits Änderungen im Leistungsangebot der Krankenhäuser zu berücksichtigen und andererseits Modifikationen der Leistungsgruppen abbilden zu können. Leistungsaufträge anhand der Spitalliste werden zumeist unbefristet, aber auch befristet für ein bis drei Jahre erteilt. Für das Jahr 2018 sind 27 Krankenhäuser in der Züricher Spitalliste aufgeführt, wobei eins außerhalb des Kantons in Schaffhausen liegt. Während die meisten Krankenhäuser mit ausgewählten Leistungsgruppen in der Spitalliste zu finden sind, besitzt das Universitätsspital Zürich die Genehmigung, fast alle Leistungen zu erbringen.

### **Leistungseinkauf**

Qualitätsinformationen werden im Rahmen des Leistungseinkaufs und der Leistungsvergabe genutzt, um Leistungserbringer zu autorisieren oder um geeignete Vertragspartner für selektive Verträge zu identifizieren. Weitergehend können während der kollektiven oder selektiven Vertragsgestaltung Qualitätsziele vereinbart werden. Vorbedingung ist in allen untersuchten Ländern eine gültige Zulassung zur Versorgung, die impliziert, dass grundlegende Qualitätsstandards eingehalten werden.

In Frankreich können autorisierte Krankenhäuser mehrjährige Verträge zu Zielen und Ressourcen (CPOM) mit den regionalen ARS schließen. Für die Autorisierung werden Qualitätsindikatoren, von denen viele auf Prozessebene sind, berücksichtigt. Beispielsweise gibt es für den Bereich der endovaskulären kardialen Interventionen in der Region Rhône-Alpes 43 Indikatoren, von denen 14 Prozessindikatoren sind (ARS Auvergne-Rhône-Alpes 2016). Ähnlich ist es in Italien. Dort wird die Qualität in zwei separaten Evaluationen bewertet. Zunächst werden Krankenhäuser autorisiert, wenn sie ein Minimum an strukturellen, technologischen und organisatorischen Standards vorweisen können. Zusätzlich müssen Krankenhäuser für die Leistungserbringung akkreditiert werden. Die Akkreditierung ist die Voraussetzung, um Leistungen zu erbringen (für Krankenhäuser, die in Besitz der lokalen Gesundheitsbehörden (ASL) sind) oder um Verträge mit den lokalen Gesundheitsbehörden zu schließen (für unabhängige öffentliche und private Krankenhäuser). Die Kriterien für die Autorisierung werden regional unterschiedlich determiniert, beinhalten aber meist stringente Vorgaben auf Struktur- (z. B. zum Personal und zur technischen Ausstattung) und Prozessebene (z. B. Führen einer Patientenakte) sowie für manche Regionen und Fachgebiete Ergebnisindikatoren und Patientenerfahrungen.

In den Niederlanden tragen die Krankenversicherungen maßgeblich zur Qualitätssicherung bei, da sie den Leistungseinkauf direkt über selektive Verträge

steuern. Manche Krankenversicherungen veröffentlichen jährlich ihre Vertragsgrundlagen für jede Art von Leistungserbringer. Spezifische Struktur- und Prozessindikatoren für die Vertragsgestaltung werden oftmals in den Anhängen zu diesen Dokumenten veröffentlicht und verwendet, um Leistungserbringer auszuwählen. Die Krankenversicherung Zilveren Kruis (Silbernes Kreuz) gibt beispielweise generelle Qualitätsvorgaben (z. B. zur Patientensicherheit oder Geburtenbetreuung) und Vertragsbedingungen vor. Letztere beziehen sich auf Qualitätsmanagement-Zertifizierungen, Angaben zur Leitlinienadhärenz und spezifische Protokolle zur Autorisierung von Leistungen. Einzelne Qualitätsindikatoren werden eingesetzt, um entweder zukünftige Qualitätsziele zu vereinbaren oder als Eingangskriterien für die Auswahl adäquater Krankenhäuser genutzt. Für einige Fachgebiete werden dabei die Indikatoren aus den Standards und Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften eingesetzt. Dies führt dazu, dass verschiedene Krankenversicherer oftmals die gleichen Qualitätskriterien für den Leistungseinkauf nutzen.

## 4.6 Zusammenfassung

Die Qualität der Leistungserbringung, insbesondere von Krankenhäusern, nimmt einen immer größeren Raum in der gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland ein. Dabei wird oftmals thematisiert, mit welchen Instrumenten die Versorgung so gesteuert werden kann, sodass einerseits der Zugang sichergestellt ist und andererseits die Leistungen nur an Standorten mit entsprechender Ausstattung und Erfahrung erbracht werden. Diese Diskussion ist umso dringender, da in Deutschland bisher wenige Leistungen gezielt gesteuert (zentralisiert) wurden und dies unter anderem zu nicht mehr hinnehmbaren Qualitätsunterschieden von Krankenhäusern geführt hat (Dormann et al. 2018).

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass diese Auseinandersetzung in anderen europäischen Ländern schon etwas weiter vorangeschritten ist, manche Länder in der jüngeren Vergangenheit entscheidende Reformen zur Leistungssteuerung durchgeführt haben und einige Ansätze durchaus im deutschen Kontext diskutiert werden können.

Der Aufbau der Gesundheitssysteme der untersuchten Länder ist zwar teils sehr unterschiedlich, jedoch lassen sich generelle Ähnlichkeiten in der Krankenhausplanung und Leistungsvergabe erkennen. So nutzen alle Länder Qualitätsinformationen, um die Leistungserbringung an den dafür geeigneten Standorten mithilfe von Planungsinstrumenten zu etablieren. Dafür gibt es oft eine nationale Rahmenplanung, die konkret durch eine regionale Leistungsplanung und -vergabe behördlich umgesetzt wird. Die Niederlande sind in diesem Zusammenhang ein interessantes und tendenziell mehr marktorientiertes Gegenbeispiel, da dort nur für hochspezialisierte Leistungen eine detaillierte Planung erfolgt. Die Steuerung der akutstationären Krankenhausversorgung für alle anderen Leistungen geschieht durch die Leistungsvergabe der Krankenversicherungen über selektive Verträge.

Vier Strategien lassen sich zusammenfassend ableiten. Erstens haben die untersuchten Länder über Gesetzesinitiativen verbindlich einen Qualitätsbezug in sämtlichen Planungs- und Vergabeverfahren auf nationaler Ebene implementiert. Mehr

noch, in vielen Ländern wurden nationale Gesundheitsstrategien entwickelt (z. B. Gesundheit2020 in der Schweiz, Strukturplan Gesundheit in Österreich, Piano sanitario nazionale in Italien), in denen die Qualität der Versorgung im Mittelpunkt steht und die Verknüpfung der Leistungserbringer gefördert wird (Nolte 2017). Dies hat auch zu einer Anhebung der minimalen Qualitätsstandards und der stetigen Evaluation der Krankenhäuser geführt. In Deutschland sind derartige Bestrebungen bislang nicht vorhanden. Vielmehr ist es so, dass bundeslandübergreifende Initiativen, etwa in der Krankenhausplanung, durch rechtliche Hürden behindert werden. In manchen deutschen Regionen sind sogar Abstimmungen zwischen angrenzenden Landkreisen hinsichtlich ihres stationären Leistungsangebots rar. Daher wäre eine bundesweite sektorenübergreifende Strategie mit einheitlichen Zielen und Vorgaben mehr als wünschenswert und Erfahrungen aus Ländern mit vergleichbarer föderaler Struktur (z. B. Österreich) zeigen, dass dies möglich und umsetzbar ist.

Zweitens zeigt sich in vielen Ländern, dass die Bewertung der Qualität von Krankenhäusern ein wichtiges Instrument für deren Einbezug in die Leistungserbringung ist. Zwar ist es auch in den beobachteten Ländern eher selten der Fall, dass ganze Standorte aufgrund mangelnder Qualität nicht mehr berücksichtigt werden, jedoch wurden in der Vergangenheit schon vielen Krankenhäusern vor allem komplexere Leistungen nicht mehr zugestanden, wenn sie nicht die erforderliche Ausstattung besitzen (Facharztstandard), zu wenig Erfahrung haben (Mindestmengen) oder lokal ein Überangebot in einem Leistungsbereich vorhanden ist. Von einem derartigen Verfahren ist Deutschland weit entfernt, da hier in den meisten Bundesländern nicht auf Leistungsebene geplant wird und die Mindestmengenregelung bisher auch aufgrund zu vieler Ausnahmeregelungen keine Steuerungswirkung entfalten konnte. Daher ist ein grundsätzlicher Paradigmenwechsel in der Krankenhausplanung nötig. Ausgehend von einer validen Bedarfsrechnung unter Einbezug des ambulanten Sektors und je Leistungsbereich (siehe auch Scheller-Kreinsen et al. in diesem Band) sowie unter Beachtung der wichtigsten Ressource in einem Krankenhaus – dem ärztlichen und pflegerischen Personal – könnte das abgeschätzte Fallaufkommen und -spektrum auf eine adäquate Anzahl von Standorten mit guter Erreichbarkeit im Bundesgebiet verteilt werden. Dieser Ansatz würde zu einer Reduzierung der in Deutschland vorhandenen Überkapazitäten führen, das knappe medizinische Personal besser einsetzen, die Qualität steigern und durch Effizienzsteigerungen potenziell Ausgaben reduzieren.

Drittens zeigen einige Beispiele in den Niederlanden oder der Schweiz, dass selektive Vertragsmodelle geeignet sind, um Anreize für Qualitätssteigerungen zu setzen und diese zu honorieren. Selektive Verträge sind auch in Deutschland möglich und wurden bei ihrer Einführung von vielen Seiten der Selbstverwaltung mit großen Erwartungen begrüßt. Heute zeigt sich, dass diese Erwartungen insbesondere für Krankenhausbehandlungen nicht erfüllt wurden. Die Gründe dafür sind vielschichtig und z. B. in der kostenintensiven Vertragsgestaltung (Transaktionskosten), dem potenziellen Ausschluss von Leistungserbringern (mangelnde Akzeptanz) und der temporären Einschränkung der freien Arztwahl für Versicherte zu suchen. Laufende Projekte des Innovationsfonds demonstrieren jedoch, wie selektive Verträge zukünftig vielleicht doch zu einer Qualitätssteigerung führen können. So könnten z. B. Leistungen, die über die Regelversorgung hinausgehen und sowohl in der medizinischen Praxis als auch in wissenschaftlichen Studien einen Qualitätszugewinn

gezeigt haben (z.B. weniger Komplikationen, kürzere Anschlussbehandlungen, weniger Medikamentenverbrauch), im Sinne einer selektiven Leistung zusätzlich vergütet werden und im Gegenzug zukünftige Ausgaben reduzieren. Dies wäre vergleichbar mit den seit 2010 in England eingesetzten best practice tariffs, die nunmehr die ersten positiven Evaluationen für einzelne Leistungsbereiche aufzeigen (OECD 2016).

Viertens erlaubt die Zentralisierung von hoch komplexen und spezialisierten Methoden eine Bündelung von Ressourcen für tendenziell seltene Fälle, die besondere Anforderungen hinsichtlich technischer und personeller Ausstattung aufweisen. Eine bundesweite Planung für derartige Fälle mit dem Ziel einer Zentralisierung existiert bisher nicht. Dabei würden davon nicht nur Patienten, sondern auch die in Weiterbildung befindlichen Assistenzärzte profitieren. Modelle aus anderen Ländern wie z.B. der Schweiz oder Frankreich zeigen, wie interdisziplinäre Kommissionen einerseits potenzielle Leistungsbereiche identifizieren und definieren, aber auch die Verteilung auf ausgewählte Standorte unter Berücksichtigung der Erreichbarkeit bestimmen können. Derartige Initiativen könnten Teil einer zukünftigen bundesweiten Rahmenplanung werden und die deutsche Krankenhauslandschaft zielorientiert weiterentwickeln.

## Literatur

- ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Dossier promoteur pour une demande d'autorisation relative aux «activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie». Lyon 2016. <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/autorisations-sanitaires-3> (12. Dezember 2017).
- Bauer H. Mindestmengen in der Chirurgie – sind wir weit genug? In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2017. Schwerpunkt: Zukunft gestalten. Stuttgart: Schattauer 2017; 107–31.
- Bouman G, Keizer R, Batterink M, Thijssen E. Evaluatie van de WBMV. Een onderzoek naar de effecten en doeltreffendheid van de WBMV. Barneveld 2012. [https://www.kcwj.nl/sites/default/files/research/evaluatie-van-de-wet-op-bijzondere-medische-verrichtingen-wbmv\\_2013.pdf](https://www.kcwj.nl/sites/default/files/research/evaluatie-van-de-wet-op-bijzondere-medische-verrichtingen-wbmv_2013.pdf) (12. Dezember 2017).
- Braun J, Robbers J, Lakomek HJ. Qualität in der Medizin in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. Zeitschrift für Rheumatologie 2016, 75 (1): 97–102. DOI: 10.1007/s00393-015-0021-y.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2017. Wien 2017. [https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem\\_Qualitaetssicherung/Planung\\_und\\_spezielle\\_Versorgungsbereiche/Der\\_Oesterreichische\\_Strukturplan\\_Gesundheit\\_ndash\\_OeSG\\_2017](https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Der_Oesterreichische_Strukturplan_Gesundheit_ndash_OeSG_2017) (12. Dezember 2017).
- Chevrel K, Berg Brigham K, Durand-Zaleski I, Hernandez-Quevedo C. France: Health System Review. Health Systems in Transition 2015; 17 (3): 1–218, xvii.
- Dormann F, Klauber J, Kuhlen R (Hrsg.). Qualitätsmonitor 2018. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2018.
- Ferre F, de Belvis AG, Valerio L, Longhi S, Lazzari A, Fattore G et al. Italy: health system review. Health Systems in Transition 2014; 16 (4): 1–168.
- GDK/CDS. Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Bern 2017a. <https://www.gdk-cds.ch/index.php?id=822> (12. Dezember 2017).

- GDK/CDS. Spitalplanungs – Leistungsgruppen (SPLG) Akutsomatik. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Bern 2017b. <https://www.gdk-cds.ch/index.php?id=623> (12 Dezember 2017).
- Geissler A, Busse R. Stationäre Kapazitätssteuerung im internationalen Vergleich. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2015. Schwerpunkt: Strukturwandel. Stuttgart: Schattauer 2015; 13–22.
- Geissler A, Quentin W. Umgestaltung der Notfallversorgung: Internationale Erfahrungen und Potenziale für Deutschland. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2017. Schwerpunkt: Zukunft gestalten. Stuttgart: Schattauer 2017; 41–59.
- Hofmarcher MM, Quentin W. Austria: health system review. *Health Systems in Transition* 2013; 15 (7): 1–292.
- Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2011: Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb. Stuttgart: Schattauer 2011.
- Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, Jong J de; van Ginneken E. Netherlands: Health System Review. *Health Systems in Transition* 2016; 18 (2): 1–240.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Regeling aanwijzing bijzondere medische verichtingen. Den Haag 2014. <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035311/2014-08-01> (12 Dezember 2017).
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2017): Overzicht vergunningen in het kader van de Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv). Den Haag 2014. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/vergunningen/2013/02/20/overzicht-vergunningen-in-het-kader-van-de-wet-bijzondere-medische-verrichtingen-wbmv> (12 Dezember 2017).
- Mossialos E, Djordjevic A, Osborn R, Sarnak D (Hrsg). *International Profiles of Health Care Systems: Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, Taiwan, and the United States*. New York: Commonwealth Fund 2017.
- Nimptsch U, Mansky T. Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: observational study using complete national data from 2009 to 2014. *BMJ open* 2017; 7 (9): e016184. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-016184.
- Nolte E. Kooperation und Integration im Ländervergleich. In: Brandhorst A, Hildebrandt H, Luthé EW (Hrsg). *Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems*. Wiesbaden: Springer Fachmedien 2017K; 553–69.
- OECD. *Better Ways to Pay for Health Care*: OECD Publishing 2016.
- OECD. *Health at a Glance*: OECD Publishing 2017.
- Pietro C de; Camenzind P, Sturny I, Crivelli L, Edwards-Garavoglia S, Spranger A et al. Switzerland: Health System Review. *Health Systems in Transition* 2015; 17 (4): 1–288, xix.
- Pross C, Busse R, Geissler A. Hospital quality variation matters – A time-trend and cross-section analysis of outcomes in German hospitals from 2006 to 2014. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)* 2017; 121 (8): 842–52. DOI: 10.1016/j.healthpol.2017.06.009.
- Toniolo F, Mantoan D, Maresso A. Veneto Region, Italy. Health system review. *Health Systems in Transition* 2012; 14 (1): i-xix, 1–138.

# 5 Strukturwandel und Entwicklung der Krankenhauslandschaft aus Patientensicht

Max Geraedts

## Abstract

Deutschlands Krankenhausstrukturen und Krankenhauslandschaft haben sich in den letzten 25 Jahren in vielerlei Hinsicht weiterentwickelt. Im Gegensatz zu Entwicklungen des Gesundheitssystems im Ganzen und den Entwicklungen im ambulanten Sektor ist die Bürger- und Patientensicht auf den Krankenhaussektor aber bisher kaum erfragt worden. Daher können Aussagen zur Patientensicht auch nur im Nebenschluss auf der Basis von Sekundärdatenanalysen zur Inanspruchnahme des Krankenhaussektors sowie von Befragungen zum Gesundheitssystem als Ganzes oder den Erfahrungen mit einzelnen Krankenhäusern getroffen werden. So äußern sich die Bürger in Deutschland in den letzten Jahren insgesamt immer zufriedener mit dem Gesundheitssystem – und somit wahrscheinlich auch mit den Krankenhäusern, vertrauen aber Hausärzten mehr als Pflegekräften, Krankenhausärzten und – am wenigsten – Krankenhäusern. Trotzdem machen die meisten Patienten in Deutschlands Krankenhäusern positive Erfahrungen – wenn es irgendwo hapert, dann berichten Patienten über Probleme im Bereich der Kommunikation. Weiterhin beruht die Krankenhauswahl insbesondere auf eigenen Erfahrungen und der von Angehörigen, wobei niedergelassene Ärzte als Berater eine wesentliche Rolle spielen. Für mehr als 80% der Bürger ist es vorstellbar – wie von der Gesundheitspolitik gewollt –, weiter entfernte Krankenhäuser nach Qualitätskriterien auszuwählen. Bei fast allen Indikationen für einen Krankenhausaufenthalt suchen auch bereits mehr als 50% der Patienten nicht das nächstgelegene, sondern ein weiter entferntes Krankenhaus auf. In Anbetracht der dichten, flächendeckenden Krankenhausversorgung in Deutschland sind damit aber empirisch für die meisten Einwohner keine relevanten bzw. unzumutbaren Fahrzeitverlängerungen verbunden.

Over the past 25 years, Germany's hospital structures and arrangements have advanced in several respects. In contrast to developments in the health system as a whole and developments in the outpatient sector, the public's and patients' perspectives on the inpatient sector have rarely been subject to surveys so far. Therefore, conclusions about patients' views can only be inferred indirectly by using hospital utilisation data and surveys concerning the health system as a whole and patients' experiences with individual hospitals. Based on these data, it seems that patient satisfaction with the German health care system – and probably also with hospitals – has increased during recent years; however, patients trust their primary care physicians more than nurses, hospital physicians and – least of all – hospitals. Nevertheless, most patients report positive experiences with German hospitals; if there are problems, then communication seems to be

the principal weak point they criticise. Patients' hospital choice still relies on patients' own experiences and those of relatives and friends, while off ce-based physicians play a major role as consultants. Anyhow, more than 80 % of Germany's citizens regard it as conceivable to choose a better, more distant hospital – the quality oriented choice model that is politically put forth. Looking at secondary data referring to all indications for hospitalizations, more than 50 % of patients already do not choose the nearest, but a more distant hospital. However, in view of the high hospital density in Germany, most residents do not have to travel unacceptable distances.

## 5.1 Einführung

Gesundheitspolitisch steht außer Frage, dass die derzeitige Struktur der Krankenhauslandschaft in Deutschland einer Weiterentwicklung bedarf. Von den zahlreichen Baustellen potenzieller Weiterentwicklung, die in den letzten Jahren unter anderem von den Autoren des Krankenhaus-Reports aufgezeigt wurden, sollen nur einige exemplarisch benannt werden: Überkapazitäten in verdichteten Räumen einerseits, drohende Erreichbarkeitsprobleme und Personalmangel vor allem in ländlichen Regionen andererseits. Insolvenzgefährdung bei einem Drittel der Krankenhäuser verbunden mit einem Investitionsstau bei unzureichender Investitionsfinanzierung durch die Länder und gleichzeitig Gewinne der privaten Krankenhausträger. Ambulantisierung der Medizin und Ausweitung der ambulanten Tätigkeiten der Krankenhäuser bei gleichzeitiger Steigerung der Inanspruchnahme stationärer Notfalleinrichtungen, die vielfach als unbegründet eingeschätzt werden. Zunehmender Missmut von Ärzten und Pflegekräften über die wahrgenommene Beeinflussung klinischer Entscheidungen durch wirtschaftliche Überlegungen – vielfach unter dem Stichwort „Ökonomisierung“ gefasst – und trotzdem Forderungen nach der Ausschöpfung weiterer Rationalisierungspotenziale. Messbare Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern, auf die der Gesetzgeber mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und qualitätsabhängigen Zu- und Abschlägen reagiert, die letztlich zu einer qualitätsorientierten Zentralisierung von Leistungen führen könnten und gleichzeitig vehemente Proteste gegen die Schließung von Fachabteilungen oder ganzen Krankenhäusern durch betroffene Bürger (siehe auch den Beitrag von Beivers und Waehlert in diesem Band).

Empirisch steht außer Frage, dass sich die Krankenhauslandschaft in den letzten 25 Jahren zwar nicht revolutionär, aber doch evolutionär verändert hat. Die Zahl der Allgemeinen Krankenhäuser sank insbesondere fusionsbedingt um rund 20 %, die Zahl der Krankenhausbetten um 25 %, die Zahl der Belegungstage um 30 % und die Verweildauer um fast 50 %. Im gleichen Zeitraum stieg die stationäre Fallzahl um 30 % an und die Zahl beschäftigter Ärzte wuchs um 60 %, während die Zahl beschäftigter Pflegekräfte zunächst zunahm, dann rasant abnahm und inzwischen wieder knapp den Stand von vor 25 Jahren erreicht hat. Weiterhin veränderte sich die Trägerschaft der Krankenhäuser in diesem Zeitraum: 1991 waren 46 % der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft, 39 % in freigemeinnütziger und 15 % in privater Trägerschaft; dagegen befanden sich 2015 nur noch 29 % in öffentlicher und

35% in freigemeinnütziger, aber 36% in privater Trägerschaft (Statistisches Bundesamt 2016).

Unklar bleibt bisher, inwieweit diese Veränderungen in der Krankenhauslandschaft auf der einen Seite und die genannten „Baustellen“ im Bereich der akutstationären Gesundheitsversorgung auf der anderen Seite von den Bürgern Deutschlands wahrgenommen und für positiv oder aber negativ erachtet werden. Erfüllt die derzeitige Struktur der Krankenhauslandschaft die von der Politik als vordringliches Ziel genannte Patientenorientierung oder sind die bereits erwähnten Proteste gegen Krankenhausschließungen nur die Spitze eines Eisbergs größter Unzufriedenheit mit der derzeitigen Struktur und den Entwicklungen im Krankenhausesektor?

Der vorliegende Beitrag nähert sich der Beantwortung dieser Fragestellung auf der Basis veröffentlichter repräsentativer Befragungs- und Studienergebnisse der letzten Jahre, die überblicksartig zusammengefasst werden; wo immer möglich werden auch zeitliche Trends berichtet.

## 5.2 Spektrum vorliegender Befragungsergebnisse

Die Suche nach Bürgermeinungen zur Struktur der Krankenhauslandschaft und zu Entwicklungen im Bereich des Krankenhausesektors in Deutschland ergibt bei der ersten Betrachtung einen interessanten Nebenbefund: So richtig scheinen sich die verschiedenen Akteure für die Meinung der Bürger in diesem Bereich nicht zu interessieren. Die Partner der Selbstverwaltung, die Pharma- und Medizinprodukteindustrie sowie Stiftungen und Gewerkschaften legen bei ihren durchaus vorhandenen Befragungen zum Gesundheitssystem einen Schwerpunkt auf Entwicklungen im Gesundheitssystem im Allgemeinen und den niedergelassenen Bereich im Besonderen. Beispielhaft zu nennen sind hier der leider eingestellte Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung, die KBV-Versichertenbefragungen oder die von der Firma Janssen beauftragten Befragungen<sup>1</sup>.

Beim Krankenhausesektor gibt es nur wenige verwertbare Befragungsergebnisse zur Funktionalität des gesamten Sektors. Diese beziehen sich vor allem auf die Krankenhauswahl. Ansonsten gibt es die repräsentativen Befragungen zu den Erfahrungen von Patienten mit einzelnen Krankenhäusern, die als Surrogat für Meinungen zur Entwicklung des gesamten Sektors genutzt werden können; hier sind vor allem die Befragungen des Picker-Instituts, der Techniker Krankenkasse sowie der AOKen und BARMER GEK im Rahmen der Weissen Liste der Bertelsmann Stiftung zu nennen.

Sekundärdatenanalysen der theoretisch und praktisch zurückgelegten Fahrzeiten zu von Patienten in Anspruch genommenen Krankenhäusern sind zwar keine Befragungsergebnisse, jedoch spiegeln auch diese Analysen das Patientenverhalten in Bezug auf den Krankenhausesektor wider, sodass sie ebenfalls als Surrogat für die Einschätzung der Funktionalität dieses Sektors herangezogen werden können.

<sup>1</sup> [www.gesundheitsmonitor.de](http://www.gesundheitsmonitor.de); [www.kbv.de/html/versichertenbefragung.php](http://www.kbv.de/html/versichertenbefragung.php); forsa 2016.

Die genannten Quellen bilden die Basis der folgenden Ausführungen; diese werden durch einzelne zusätzliche Studienergebnisse ergänzt.

### 5.3 Bewertung des Gesundheitssystems im Allgemeinen

## 5

Im Einklang mit anderen Untersuchungen zur gleichen Fragestellung berichten auch die im Rahmen des Gesundheitsmonitors 2016 durchgeführten Analysen über eine erfreulich hohe Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem deutschen Gesundheitssystem (Marstedt und Reiners 2016). Für diese Studie wurden gleichlautende Befragungen aus den Jahren 2001 bis 2015 als Zeitreihe ausgewertet, sodass Trends erkennbar werden. Auf die Frage, wie zufrieden die für die 18- bis 79-jährige Wohnbevölkerung repräsentativen Befragten insgesamt mit der Gesundheitsversorgung in Deutschland sind, antworteten im Jahr 2001 87%, dass sie (sehr) zufrieden seien. Dieser Wert verschlechterte sich im Zeitraum 2004 bis 2007 auf 81–83% und stieg seitdem bis zum Jahr 2015 auf nun 93% an. Insgesamt also hohe und leicht steigende Zufriedenheitswerte, die durch die Vielzahl zwischenzeitlicher Gesundheitsreformen kaum tangiert wurden. Trotzdem und eventuell gerade wegen der Vielzahl der immer wieder diskutierten Reformen sehen die Befragten für das deutsche Gesundheitssystem insgesamt einen hohen Reformbedarf, wobei auch dieser Wert in den letzten Jahren abgenommen hat. Während im Jahr 2001 noch 28% der Befragten nur kleinere Verbesserungen für notwendig erachteten, 60% einschneidende Maßnahmen zur Verbesserung für nötig hielten und 12% urteilten, dass von Grund auf verändert werden müsse, lagen diese Anteile im Jahr 2014 bei 43%, 52% und nur 5%. Sowohl beim Reformbedarf als auch bei der Zufriedenheit zeigen sich verschiedene Einflussfaktoren auf die Beurteilungen: Dabei sind Jüngere, Angehörige niedrigerer Sozialschichten, Personen mit einem schlechteren Gesundheitszustand und Befragte mit geringerem Wissen über das Gesundheitssystem eher unzufriedener und ängstlicher in Bezug auf erwartete, für ihre Situation in Zukunft eher abträgliche Reformen als Ältere, chronisch Kranke, Befragte mit größerem Systemwissen und solche mit einem guten Gesundheitszustand.

Beinahe gleichlautend stellen sich die Ergebnisse der ebenfalls bereits über einen längeren Zeitraum laufenden Befragungen im Rahmen des „TK-Meinungspuls Gesundheit“ dar. Demnach hat sich die Zufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitssystem seit 2003 zunächst bis 2006 verschlechtert, um seitdem kontinuierlich zuzunehmen. In dieser beinahe jährlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von rund 2000 Bürgern Deutschlands waren beispielsweise im Jahr 2006 54% der Befragten entweder weniger zufrieden oder unzufrieden, während 44% zufrieden oder vollkommen/sehr zufrieden waren; im Jahr 2017 äußerten sich nur noch 16% als weniger zufrieden oder unzufrieden, während 84% jetzt zufrieden oder vollkommen/sehr zufrieden waren (TK-Meinungspuls 2017). Im Unterschied zur Befragung im Rahmen des Gesundheitsmonitors äußerten sich hier jüngere Personen zufriedener als ältere, wobei insbesondere die Altersgruppe der 40- bis 50-Jährigen besonders unzufrieden scheint. Vergleichbar zum Gesundheitsmonitor sind diejenigen mit schlechterem Gesundheitszustand oder aber geringerem Einkommen weniger zufrieden mit dem Gesundheitssystem. Wie beim Gesundheits-

monitor sehen auch die Befragten beim TK-Meinungspuls trotz der hohen Zufriedenheit mit dem System einen weiteren Reformbedarf: Nur 10% äußern, dass das System so bleiben soll wie es ist, 77% sehen Reformbedarf an einigen Stellen, während 13% einen grundlegenden und umfassenden Änderungsbedarf konstatieren (TK-Meinungspuls 2014).

## 5.4 Krankenhauswahl

Als wichtiger Einflussfaktor auf die Zufriedenheit mit Gesundheitssystemen wird international die Zugänglichkeit zu Versorgungseinrichtungen beschrieben. Dem deutschen Gesundheitssystem wird oftmals eine vergleichsweise hohe Zugänglichkeit attestiert. Gleichzeitig wird aber auf große Unterschiede in der Qualität der stationären Versorgung hingewiesen und gesundheitspolitisch durch verschiedene Maßnahmen wie die Einführung von Qualitätsberichten, Mindestmengen sowie einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung und -vergütung versucht, Patienten zu einer stärker qualitätsorientierten Auswahl von Krankenhäusern zu lenken. Ob Bürger bereit sind, ein Krankenhaus nach qualitätsorientierten Kriterien auszuwählen, wie die Krankenhauswahl bisher vonstattengeht und mit welchen potenziellen Effekten auf die Erreichbarkeit von Krankenhäusern gerechnet werden muss, ist seit Langem Thema repräsentativer Befragungen.

Eine bedeutsame Unterscheidung ist dabei dahingehend zu treffen, ob Bürger nach ihrem potenziellen Vorgehen befragt werden oder aber stationäre Patienten ihr tatsächliches Vorgehen berichten.

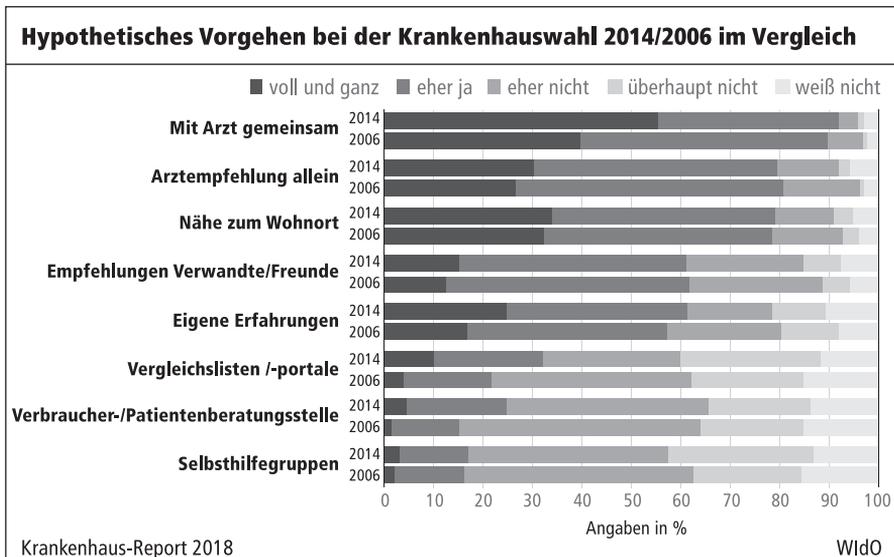
Eine frühe Befragung im Rahmen des Gesundheitsmonitors 2006, also kurz nach den ersten Veröffentlichungen der gesetzlichen Qualitätsberichte, erbrachte zunächst, dass nur wenige Bürger die Berichte kannten und auch sonst Vergleichslisten in Zeitschriften oder im Internet für die Auswahl von Krankenhäusern nur sporadisch (von 0,5–2,6% der Befragten) genutzt wurden (Geraedts 2006). Fragte man jedoch nach dem hypothetischen Vorgehen und gibt mehrere potenzielle Vorgehensweisen vor, die alle angekreuzt werden können, dann sprachen sich 22% der Bevölkerung dafür aus, Vergleichslisten nutzen zu wollen. Solche Listen spielten jedoch im Vergleich mit anderen theoretisch bevorzugten Vorgehensweisen eine nur geringe Rolle. Hauptsächlich wurde genannt, dass die Krankenhauswahl gemeinsam mit dem Arzt entschieden (92%) oder aber dem Arzt überlassen würde (81%); ebenfalls wichtig erschien die Nähe zum Wohnort (79%, mit stärkerer Ausprägung bei gesetzlich Versicherten im Vergleich zu Privatversicherten), Empfehlungen von Freunden/Verwandten (62%) und die eigenen Erfahrungen (57%).

Werden Bürger nach den konkreten Auswahlkriterien befragt, die sie zur Krankenhauswahl anlegen wollen, muss unterschieden werden, ob hier freie Antworten oder aber die Beantwortung einer vorgelegten Auswahlliste analysiert werden. In der genannten Studie wurde den Befragten eine Liste mit 33 konkreten Kriterien aus den Bereichen medizinisches Leistungsspektrum, Qualifikation des Personals, Behandlungsverfahren und deren Erfolge, allgemeine Serviceleistungen der Klinik und sonstige Ausstattung und Leistungsmerkmale vorgelegt. Die Top Ten der am häufigsten genannten Kriterien sahen wie folgt aus (Geraedts 2006):

1. Qualifikation der Ärzte
2. Sauberkeit der Klinik und Patientenzimmer
3. Qualifikation des Pflegepersonals
4. Behandlung nach den neuesten und derzeit besten medizinischen Verfahren
5. Freundlichkeit des Personals
6. Einbeziehung der Patienten bei der Behandlung
7. Spezialkompetenzen der Klinik
8. Zufriedenheit der Patienten mit dieser Einrichtung
9. Behandlungserfolge und Komplikationsraten der Klinik
10. Empfehlung der Klinik durch Spezialisten

Sechs und acht Jahre später (2012 und 2014) nahm der Gesundheitsmonitor das Thema Krankenhauswahl wieder in seine Befragungen auf. Dabei wurde im Jahr 2014 die Frage nach dem hypothetischen Vorgehen bei der Krankenhauswahl fast gleichlautend wie im Jahr 2006 gestellt, sodass ein Vergleich zwischen diesen beiden Jahrgängen möglich ist. Abbildung 5–1 belegt, dass die Reihenfolge der Bedeutung der einzelnen bei der Befragung vorgegebenen potenziellen Vorgehensweisen und die Ergebnisse für die beiden positiven Einschätzungen („stimme voll und ganz zu“, „stimme eher zu“) beinahe stabil blieben. Unter der Bedingung, mehrere Antworten ankreuzen zu können, benannten rund vier Fünftel der Befragten die gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Arzt oder das Vertrauen auf dessen Empfehlung und die Nähe zum Wohnort als Vorgehensweisen. Rund 60% würden auch Empfehlungen von Verwandten oder Freunden sowie die eigenen Erfahrungen bei der Auswahl heranziehen. Die geringste Bedeutung kam weiterhin den Vergleichsportalen, Patienten-/Verbraucherberatungsstellen oder Selbsthilfegruppen zu. Trotzdem kann konstatiert werden, dass deren Bedeutung den höchsten

Abbildung 5–1



Zuwachs erfahren hatte, indem die beiden erstgenannten Informationsquellen 2014 um 10% häufiger als 2006 in Betracht gezogen wurden. Zuletzt muss eine weitere Entwicklung explizit benannt werden, die in den acht Jahren zwischen den beiden Befragungszeiträumen eine Veränderung erfahren hat: Der Anteil der Befragten, der einer gemeinsamen Entscheidungsfindung mit dem Arzt „voll und ganz“ zustimmte, nahm um 16% zu – die gesellschaftliche Akzeptanz der gemeinsamen Entscheidungsfindung im Bereich der Gesundheitsversorgung scheint sich also tatsächlich erhöht zu haben.

Ebenfalls auf der Grundlage der Befragungen des Gesundheitsmonitors kann die hypothetische Bedeutung einzelner Kriterien bei der Krankenhauswahl im Zeitverlauf verglichen werden. Im Unterschied zur Befragung 2006 wurden aber in der Befragung 2012 nur neun Kriterien aus den Rubriken „medizinische Qualität“, „Renommee“ und „Komfortmerkmale“ zur Auswahl gestellt, von denen jeweils nur höchstens zwei angekreuzt werden sollten (Mansky 2012). Zudem wurde nach der Kriterienwahl im Falle eines leichteren Anlasses und aufgrund einer schweren Erkrankung gefragt. Auf diese Weise gefragt, präferierten die Befragungsteilnehmer am meisten „überdurchschnittlich gute medizinische Behandlungsergebnisse des Krankenhauses“ (28% bei leichtem, 35% bei schwerem Anlass), dann den Ruf des Krankenhauses (19% bzw. 17%) oder die Empfehlung durch behandelnde Ärzte (19% bzw. 18%). Die übrigen zur Auswahl gestellten Kriterien wurden seltener angekreuzt, indem bei leichterem Anlass die Erreichbarkeit des Krankenhauses (9%), Sauberkeit und Komfort (8%), Freundlichkeit des Pflegepersonals und der Ärzte (8%), die Sterblichkeit und Komplikationen (7%) und zuletzt das Essen (2%) eine unbedeutendere Rolle spielten. Bei schwererem Anlass wurden die Sterblichkeit und Komplikationen mit 12% als wichtiger bewertet, während alle übrigen genannten Kriterien eine noch etwas geringere Rolle spielten. Obwohl sich diese Befragung methodisch stark von der im Jahr 2006 unterscheidet, lässt sich feststellen, dass weiterhin die medizinische Versorgung, der Ruf bzw. Empfehlungen, aber auch die Erreichbarkeit eine größere Rolle als typische Komfortmerkmale einnehmen. Zudem bleibt der Fakt, dass Bürger der Sterblichkeit bzw. Komplikationsrate, die oftmals als die herausragenden Kriterien für Krankenhausvergleiche propagiert werden, nicht die größte Bedeutung beimessen. Inwieweit die Befragten hierbei diese Aspekte verdrängen und solche negativen Ergebnisse am liebsten für sich ausschließen, kann auf der Basis dieser Befragungen nicht analysiert werden.

Vergleicht man nun diese Ergebnisse zur hypothetischen Krankenhauswahl mit den Befragungsergebnissen einer Studie, bei der insgesamt 1925 aktuell stationäre Patienten unter anderem auf die Frage geantwortet haben, warum sie in genau diesem aktuell aufgesuchten Krankenhaus behandelt werden, dann ergeben sich Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede (Universität Witten/Herdecke 2014). Bei dieser Befragung konnten die Patienten von 18 Auswahlkriterien mehrere benennen. Neben einer Teilgruppe von 21%, die keine Auswahlgründe angegeben hatten, weil sie nicht selbst bzw. nicht mit über das behandelnde Krankenhaus entschieden hatten, standen an erster Stelle der Entscheidungskriterien mit 48% die eigenen Erfahrungen der Patienten mit dem Krankenhaus bei Voraufenthalten. Eine Empfehlung vom eigenen behandelnden Haus- oder Facharzt befand sich mit 25% an zweiter Stelle, gefolgt mit 22% vom guten Ruf des Krankenhauses. Danach folgte das praktische Kriterium der Wohnortnähe (19%) und die Empfehlung durch Ange-

hörige (16%). Dass sich die Krankenhausärzte genug Zeit für die Patienten nehmen, gaben 11 % als wichtiges Entscheidungskriterium an. Alle weiteren Gründe wurden von jeweils unter 10% angegeben. Darunter befanden sich auch die oben genannten Behandlungserfolge (3,1%), die Behandlungshäufigkeit (2,1%), allgemeine Komplikationen oder Entzündungen (2,4%), die Zufriedenheit anderer Patienten mit dem Krankenhaus (1,6%) und die Sterblichkeit (0,5%).

Die zuletzt aufgeführten, in der aktuellen Diskussion oft als wesentlich genannten Kriterien spielen demnach für die reale Auswahl-situation keine prominente Rolle. Die tatsächliche, nicht hypothetische Krankenhauswahl muss dabei vor dem Hintergrund folgender Fakten betrachtet werden: Laut der genannten Studie verfügen die meisten Patienten auf der einen Seite über immense Vorerfahrungen und auf der anderen Seite über zu wenig Zeit, um eine informierte, vergleichende Krankenhauswahl selbst treffen zu können. 42% der Studienteilnehmer hatten ein bis fünf und 52% sogar mehr als fünf Krankenhausaufenthalte vor der aktuellen Aufnahme. 65% waren bereits im aktuellen Krankenhaus behandelt worden, von denen 93% angaben, mit dem Voraufenthalt zufrieden gewesen zu sein. Hinzu kommt, dass nur 21% der Patienten mehr als sieben Tage Zeit zwischen der Indikationsstellung zum Krankenhausaufenthalt und der aktuellen Aufnahme hatten. Damit werden viele der bei den hypothetischen Befragungen aufgeführten Kriterien der Krankenhauswahl hinfällig. Umso bedeutsamer sind die (eigenen) Erfahrungen mit den Krankenhäusern, wozu in den letzten Jahren vielfach Befragungen durchgeführt worden sind.

## 5.5 Erfahrungen/Zufriedenheit mit der Krankenhausversorgung

Die bedeutendsten laufenden Befragungen finden durch die derzeit größten Krankenkassen statt, die ihre Versicherten nach einem Krankenhausaufenthalt anschreiben und um die Beteiligung an einer „Zufriedenheitsbefragung“ bitten. Die AOKs und die BARMER GEK nutzen das Instrument „Patient Experience Questionnaire“ (PEQ) mit einem Rücklauf von rund 40%, die Techniker Krankenkassen ein eigenes validiertes Instrument, das inzwischen nur noch online angewendet wird, mit einem Rücklauf von rund 20%. Weiterhin ist das von vielen Krankenhäusern genutzte Befragungsinstrument des Picker-Instituts zu nennen, das eine Quote von etwa 55% berichtet. Während der Fokus beim Picker-Instrument vollständig auf Fragen zu den im Krankenhaus gemachten Erfahrungen liegt, setzen die beiden anderen Instrumente sowohl Erfahrungsfragen als auch Einschätzungsfragen ein.

Betrachtet man zunächst einmal die typischerweise genutzten Qualitätsdimensionen, dann zeigt Tabelle 5–1 die Ergebnisse von rund 100 000 TK-Versicherten aus Befragungen des Jahres 2016. Die Zufriedenheit der Patienten mit ihrem Krankenhausaufenthalt liegt im Durchschnitt bei 80%, wobei eindrucksvoll erkennbar ist, dass die Zufriedenheit in allen Dimensionen mit der Krankenhausgröße beinahe schon in Form einer Dosis-Wirkungs-Beziehung assoziiert ist. Im Großen und Ganzen kann man sagen, dass Patienten in kleineren Krankenhäusern wesentlich zufriedener sind als in großen Krankenhäusern. Die besten Werte werden für die

Tabelle 5–1

**Ergebnisse der TK-Zufriedenheitsbefragungen 2016\***

Beurteilung der Qualitätsdimensionen (Bettengrößenklasse)	Zufriedenheit				
	(50–149)	(150–299)	(300–499)	(500–799)	(>799)
Allgemeine Zufriedenheit mit dem Krankenhaus	86,8%	82,1%	80,8%	79,2%	78,8%
Behandlungsergebnis	82,5%	80,6%	79,9%	79,0%	78,2%
Medizinisch-pflegerische Versorgung	84,5%	80,0%	78,3%	76,4%	75,5%
Information und Kommunikation	85,8%	81,8%	80,4%	78,8%	78,1%
Organisation und Unterbringung	83,3%	78,8%	76,9%	74,6%	71,6%
Patientensicherheitskultur	84,8%	80,0%	77,9%	75,9%	74,8%

\* nur Krankenhäuser mit &gt;29 TK-versicherten Teilnehmern

Krankenhaus-Report 2018

WlD0

allgemeine Zufriedenheit, die schlechtesten für die Zufriedenheit mit Organisation und Unterbringung erzielt.

Zu einem vergleichbaren Ergebnis kommen auch die Befragungen mit dem PEQ, in die über mehrere Jahre inzwischen mehr als 1 Million Rückmeldungen eingeflossen sind. Hierbei liegen die aktuellen Werte für die verschiedenen Dimensionen wie folgt: Weiterempfehlung (82%), Zufriedenheit mit ärztlicher Versorgung (83%), Zufriedenheit mit pflegerischer Betreuung (82%) und Zufriedenheit mit Organisation und Service (78%) (Bertelsmann Stiftung 2017).

Die relativ schlechteren Ergebnisse bei „Organisation und Unterbringung“ spiegeln sich auch in der Beantwortung einer Frage wider, die im Rahmen des Gesundheitsmonitors leider nur zwischen 2001 und 2008 gestellt wurde. Hierbei ging es um die Zustimmung zur Frage, ob die Qualität der Krankenhaus-Gebäude/-Einrichtungen erhöht werden müsste. Im Jahr 2001 stimmten dieser Aussage 50% der Befragten zu; dieser Wert sank bis auf 42% im Jahr 2004 und stieg dann wieder an auf 53% im Jahr 2008 (Bertelsmann Stiftung 2017).

Analysen mit den PEQ-Daten der Befragungen aus dem Jahr 2013, bezogen nur auf diejenigen 999 Krankenhäuser, von denen mehr als 75 Fragebögen vorlagen (insgesamt 300 200 Fragebögen), erbrachten folgende Erkenntnisse im Hinblick auf potenzielle Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit der Patienten (Kraska et al. 2017): Die allgemeine Zufriedenheit bzw. Weiterempfehlung war auch in dieser multivariaten linearen Regressionsstudie signifikant mit der Krankenhausgröße assoziiert (je größer, desto schlechter), zudem mit der Region (Osten besser als Süden und wesentlich besser als Nordwesten Deutschlands), der Personalausstattung (je mehr Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten, desto besser), der Krankenhausträgerschaft (freigemeinnützig besser als öffentlich; am schlechtesten schnitten privat getragene Krankenhäuser ab) und der Qualität der Versorgung – gemessen anhand der Daten der externen stationären Qualitätssicherung (insbesondere höhere Zufriedenheit bei höherer Prozessqualität).

Im Gegensatz zu diesen Befragungsergebnissen, aus denen kaum konkrete Verbesserungsoptionen abzuleiten sind, stellt das Picker-Institut den teilnehmenden Kliniken ein als Problemhäufigkeit bezeichnetes Ergebnismaß zur Verfügung,

wobei der prozentuale Anteil der Patienten berichtet wird, der beim jeweiligen Themenbereich Verbesserungspotenzial sieht. Der Picker-Bericht 2013 auf der Grundlage von etwa 112 000 Befragungen aus 197 Krankenhäusern aus den Jahren 2009 bis 2012 benennt vor allem die Vorbereitung auf die Entlassung (47% der Patienten sehen Probleme), die Einbeziehung der Familie (30% sehen Probleme) und die Arzt-Patienten-Interaktion (22% Probleme) als Hauptproblembereiche (Picker-Institut 2013). Im Picker-Bericht 2014, der 138 044 Rückmeldungen aus 157 Krankenhäusern aus den Jahren 2010 bis 2013 zusammenfasst, werden ebenfalls die Probleme bei der Kommunikation rund um die Entlassung besonders betont (Picker-Institut 2014). Insbesondere die Information der Angehörigen über mögliche Unterstützungsmaßnahmen bei der Genesung (63% der Patienten berichten Probleme), genauso wie unzureichende Informationen über Nebenwirkungen der häuslichen Medikation (63% Probleme) und unzureichende Informationen über die Wiederaufnahme von Alltagsaktivitäten (51%) werden von der Mehrzahl der Patienten bemängelt. Jeweils rund 20% der Patienten beklagen sich über unverständliche oder widersprüchliche Antworten von Ärzten und Pflegekräften, unverständliche Erklärungen der Operationsergebnisse oder von Narkoserisiken und nicht vorhandene, aber notwendige medizinische Unterlagen.

Eine kleinere Stichprobe lag dem Picker-Bericht 2016 zugrunde; hier waren 38 000 Erwachsene aus 83 Krankenhäusern beteiligt, die 2014 oder 2015 befragt worden waren (Picker-Institut 2016). Kommunikationsprobleme spielten auch hier wieder die Hauptrolle: 29% der Befragten monierten unverständliche Erklärungen von Untersuchungsergebnissen, dass Ärzte nicht für Ängste, Befürchtungen und Sorgen verfügbar seien (36%), dass die häusliche Medikation nicht verständlich erklärt wurde (34%) oder dass über zu beachtende Gefahrensymptome nach der Entlassung (43%) und die Wiederaufnahme von Alltagsaktivitäten (50%) unzureichend informiert wurde. Dabei ist zu beachten, dass sich die hier berichteten Anteile jeweils auf diejenigen Befragungsteilnehmer beziehen, für die die Frage relevant war. Die jeweiligen Grundgesamtheiten werden in den Picker-Berichten nicht erwähnt.

Zu Problemen bei der Entlassung waren auch im Rahmen des Gesundheitsmonitors 2011 sehr ähnliche Fragen gestellt worden (Bertelsmann Stiftung 2017). Die Befragungsteilnehmer, die einen Krankenhausaufenthalt hinter sich hatten, beklagten zu 10%, dass sie nicht über die verordnete Entlassmedikation aufgeklärt worden waren, nichts über zu beachtende Symptome nach der Entlassung mitgeteilt bekommen hatten (12%), trotz weiterer Behandlungsbedürftigkeit nichts über die weitere Behandlung erfahren hatten (13%), Kontakte und Termine zur Nachsorge mit anderen Leistungserbringern nicht geknüpft worden waren (10%) und der Hausarzt verzögert Informationen erhalten hatte (10%). Im Gegensatz zu den Picker-Berichten beziehen sich diese Anteile auf die Grundgesamtheit der Befragten, sodass die Problemhäufigkeit geringer ist, die Themen jedoch weitestgehend übereinstimmen.

Die Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, bei der regelmäßig rund 6 000 Erwachsene größtenteils zu Fragestellungen rund um die ambulante Versorgung befragt werden, ergänzt die genannten Befragungen um den Aspekt des Übergangs zwischen der stationären und ambulanten Versorgung. In diesen Befragungen zeigt sich, dass nur wenige Patienten von solchen Problemen betroffen waren. Im Jahr 2010 berichteten von den 24% der Befragten, die im letz-

ten Jahr im Krankenhaus behandelt worden waren, nur 4% über Probleme beim Übergang vom Krankenhaus zum Haus- oder Facharzt (KBV 2010). Im Jahr 2016 berichteten 5% der insgesamt 25% mit einem Krankenhausaufenthalt von solchen Problemen (KBV 2016). Als häufigstes Problem wurde im Jahr 2010 noch ein fehlender Arztbrief benannt (23%); im Jahr 2016 war dieses Problem nur noch mit einer Häufigkeit von 12% vorhanden. Andere, häufig genannte Probleme im Jahr 2010 waren Kommunikationsprobleme (19%), eine als unzureichend empfundene Behandlung im Krankenhaus (16%) oder eine Umstellung der Medikation (9%). 2016 wurden insbesondere nicht durchgeführte Abschlussgespräche mit einem Arzt (19%) oder nicht mitgegebene Medikamente zur Überbrückung der ersten poststationären Tage beklagt (49%).

Fasst man die Ergebnisse der verschiedenen Befragungen zu den Erfahrungen von Krankenhauspatienten zusammen, dann scheinen Patienten größtenteils positive Erfahrungen mit den Krankenhäusern in Deutschland zu machen. Verbesserungspotenzial liegt vor allem in der Kommunikation und der Organisation innerhalb der Krankenhäuser und zwischen den Versorgungssektoren.

## 5.6 Vertrauen in Krankenhäuser

In Anbetracht dieser Ergebnisse zu den Erfahrungen mit Krankenhäusern lassen sich die wenigen Befragungsdaten zum Vertrauen in Krankenhäuser interpretieren. Im Rahmen der Gesundheitsmonitorbefragungen wurde zunächst 2002 und 2003 und später nochmals im Jahr 2010 nach dem Vertrauen in Krankenhäuser gefragt (Bertelsmann Stiftung 2017). Im Vergleich zum Vertrauen in Hausärzte (83% im Jahr 2003, Kategorien viel/sehr viel) und Krankenpflegekräfte (57%) lag das Vertrauen in Krankenhäuser 2002 und 2003 jeweils nur bei 47%, im Jahr 2010 vertrauten aber 65% den Krankenhäusern.

Im Jahr 2012 wurde nochmals nach dem Vertrauen in Krankenpflegekräfte und zudem nach dem Vertrauen in Krankenhausärzte gefragt. Während das Vertrauen in Krankenpflegekräfte mit 91% viel höher als im Jahr 2003 lag, war das Vertrauen in Krankenhausärzte mit 80% zwar niedriger als bei Pflegekräften, jedoch weitaus höher als in die „Organisation Krankenhaus“ (Bertelsmann Stiftung 2017). Auch im Picker-Bericht 2016 wird der Anteil Befragter mit keinem/wenig Vertrauen in Krankenhausärzte mit 17% angegeben (Picker-Institut 2016). Während das Vertrauen in das Personal also durchaus zufriedenstellend ist, scheint das Vertrauen in die Einrichtungen als Ganzes doch eher angeschlagen zu sein. Auch hierbei ist jedoch wieder zu bedenken, dass diese Befragungen eine repräsentative Stichprobe von Bürgern befragt haben und nicht nur solche Personen, die selber mit Krankenhäusern Erfahrungen gemacht haben. Betrachtet man die oben genannten Ergebnisse zur Krankenhauswahl aktueller Krankenhauspatienten, dann scheint das Vertrauen darin, dass das Krankenhaus, in dem man vormals behandelt wurde (und überlebt hat), auch für den aktuellen Anlass geeignet ist, sehr groß zu sein – so könnte die hohe Bedeutung der eigenen Vorerfahrungen und nicht anderer „objektiver“ Kriterien bei der Krankenhauswahl erklärt werden.

## 5.7 Flächendeckung der Krankenhausversorgung

Ob ein „objektiv“ besser geeignetes Krankenhaus in der Realität ausgewählt wird, hängt – wie oben dargelegt – auch davon ab, ob das Krankenhaus erreichbar ist oder welche zusätzlichen Wege bei der Inanspruchnahme des „besseren“ Krankenhauses in Kauf genommen werden müssten. Zu dieser Fragestellung liegen sowohl Befragungsdaten vor als auch einige empirische Analysen der tatsächlich zurückgelegten Entfernungen und der potenziellen Entfernungen bei Auswahl eines anderen Krankenhauses. Diese Daten geben Aufschluss über die aktuelle Inanspruchnahme und akzeptierte Veränderungen bei der Erreichbarkeit von Krankenhäusern.

Das hypothetische Verhalten in Bezug auf das Kriterium Nähe zum Behandlungsort bzw. Akzeptanz weiterer Anfahrtswege lässt sich näherungsweise aus den Befragungen der Techniker Krankenkasse ableiten. Im Rahmen des TK-Meinungspuls wurden repräsentative Stichproben Erwachsener danach gefragt, ob sie bereit wären, für eine bessere Behandlungsqualität längere Anfahrtswege in Kauf zu nehmen. Diese Bereitschaft lag 2014 bei 84 % und stieg im Jahr 2017 auf 91 % an (TK-Meinungspuls 2014, 2017)

Das reale Verhalten spiegelt sich zum einen in der bereits erwähnten Befragung aktuell stationärer Krankenhauspatienten aus dem Jahr 2013 wider, zum anderen in der Analyse tatsächlich in Anspruch genommener Krankenhäuser in Abhängigkeit vom Wohnort, die mithilfe von Sekundärdaten vorgenommen werden kann.

Die bereits erwähnte Befragung aktueller Krankenhauspatienten ergab zunächst, dass 78 % der Patienten mit dem PKW zum Krankenhaus gekommen waren und dazu im Mittel 21,4 Minuten (Standardabweichung 16,7 Minuten) benötigt hatten. 35 % der Patienten gaben an, dass es ein Krankenhaus gäbe, das sie mit ihren jetzigen Beschwerden auch behandeln könnte und das sie von zu Hause aus genauso schnell oder schneller oder mit weniger Aufwand erreichen könnten, 56 % verneinten dies und 9 % gaben an, dies nicht zu wissen (Universität Witten/Herdecke 2014). Aktiv ein – den Befragten bekanntes – alternatives, zum Teil weiter entferntes Krankenhaus gewählt hatten also tatsächlich nur rund ein Drittel der Patienten und nicht mehr als vier Fünftel, wie hypothetisch angenommen. Zu bedenken hierbei ist jedoch, dass nicht sicher ist, ob die Patienten die Entfernungen zu allen geeigneten Krankenhäusern in ihrer Umgebung richtig einschätzten.

Empirische Analysen der tatsächlich zurückgelegten Entfernungen bzw. Fahrzeiten auf der Basis von Sekundärdaten sind im Krankenhaus-Report verschiedentlich veröffentlicht worden. Das methodische Problem, dass aufgrund der vorliegenden Sekundärdaten zumeist keine exakte Bestimmung der Entfernung zwischen dem Wohnort von Patienten und dem in Anspruch genommenen Krankenhaus möglich ist, wird dabei zumeist durch Näherungsverfahren überwunden. Die meisten nachfolgend zitierten Analysen nutzten entweder den Mittelpunkt des fünfstelligen Postleitzahlbezirks, in dem ein Patient wohnt, und die genaue Adresse des in Anspruch genommenen Krankenhauses – wobei bei Verbänden zum Teil ein nicht zutreffender Standort in Kauf genommen wird – und berechneten hiervon ausgehend die wahrscheinliche Entfernung zum behandelnden Krankenhaus. Das IQWiG hatte 2006 ein genaueres Verfahren vorgeschlagen, wobei die Patientenwohnorte zufällig in der jeweils analysierten Postleitzahlbezirks-Fläche verteilt werden (IQWiG

2006). Dieser Vorschlag wurde zum Teil in modifizierter Form umgesetzt (zum Beispiel bei Friedrichs und Beivers 2009, s. u.).

Scheller-Kreinsen und Krause (2015) analysierten beispielsweise auf der Basis der DRG-Daten des Jahres 2012 einerseits die potenziellen und andererseits die tatsächlichen Fahrzeiten zu von ihnen definierten grundversorgenden Krankenhäusern, die u. a. eine bestimmte Fallzahl bei den häufigsten Prozeduren der Inneren Medizin und Chirurgie leisten (insgesamt 1 043 von 1 793 Krankenhausstandorten mit somatischer Versorgung). Bei den theoretischen Berechnungen wurden Bevölkerungsanteile und Mittelpunkte von hochauflösenden PLZ-8-Gebieten genutzt. Wesentliche Erkenntnisse dieser Analysen lagen darin, dass 11,4% der Bevölkerung Deutschlands weniger als 5 Minuten und 98,8% weniger als 30 Minuten PKW-Fahrzeit bis zu einem Grundversorger benötigen, im Bundesdurchschnitt liegt die potenzielle Fahrzeit bei 11,9 Minuten. Die tatsächlichen Fahrzeiten (von PLZ-5-Mittelpunkten ausgehend) betragen im Durchschnitt 20,7 Minuten – ein Wert, der fast genau den Patientenangaben in der oben genannten Befragungsstudie entspricht. Sogar unabhängig vom Wohnort-Siedlungstyp (Großstadt bis ländlich) nahmen die Patienten tatsächlich in etwa die doppelte Fahrzeit in Kauf. Die wohnortnächste Versorgung nahmen im Durchschnitt 37% der Patienten in Anspruch, wobei hier zwischen Großstadt (29%) und dünn besiedelten Räumen (46%) jedoch größere Unterschiede bestanden.

Bei den meisten übrigen Analysen standen einzelne Indikationen im Fokus. Friedrichs und Beivers (2009) stellten auf der Basis der AOK-Abrechnungsdaten des Jahres 2006 (§ 301 SGB V) zum einen diejenigen je zehn DRGs dar, für die durchschnittlich die weitesten oder kürzesten Entfernungen zurückgelegt wurden (DRG U01/Geschlechtsumwandelnde Operation, Mittelwert der Distanz 183 km; DRG G09/beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter >55 Jahre; 9,3 km). Zum anderen errechneten sie für Implantationen einer Endoprothese am Hüftgelenk (OPS 5-820; 72 146 Operationen von AOK-Patienten 2006) die zurückgelegten Entfernungen bei Notfallindikationen (definiert über die Diagnose „Fraktur“) oder elektiven Indikationen (definiert über die Diagnose „Arthrose“). Elektive Patienten legten im Mittel 20 km, Notfallpatienten 12 km zurück. 34% der elektiven Patienten und 57% der Notfallpatienten hatten das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht (jeweils rund 6 km entfernt). Die zusätzliche Distanz, die diejenigen zurückgelegt hatten, die nicht im nächstgelegenen Krankenhaus versorgt worden waren, betrug 20 km für elektive und 14 km für Notfallpatienten. Dabei waren die aufgesuchten Krankenhäuser von der Gesamtfallzahl her eher kleiner als die nächstgelegenen, aber bei Hüftoperationen lag deren Fallzahl höher. Im Fazit folgerten die Autoren, dass bereits 2006 eine Bereitschaft zur Wanderung in spezialisiertere Krankenhäuser festzustellen war.

Bei unseren eigenen Analysen zum Thema wurden Eingriffe ausgewählt, die ein breites Spektrum umfassen sollten, nämlich effektive und dringliche Eingriffe, Eingriffe, die eher jüngere bzw. ältere Bevölkerungsgruppen betreffen, und Eingriffe mit bereits breit propagiertem im Vergleich zu Eingriffen mit wenig qualitätsorientiertem Wahlverhalten (Geraedts und de Cruppé 2015). Letztlich wurden die Fahrzeiten von mehr als 700 000 AOK Patienten des Jahres 2013 analysiert, die aufgrund einer der folgenden Indikationen im Krankenhaus waren: Karotisendarteriek-

tomie, Pneumonie, Geburt/geburtshilflicher Eingriff, Knieendoprothese, Pankreas-eingriff, Myokardinfarkt, Brustkrebs.

In Abhängigkeit vom Behandlungsanlass hatten unterschiedliche Anteile der Patienten das jeweils am schnellsten erreichbare bzw. ein mit höchstens 10 % längerer Fahrzeit erreichbares Krankenhaus in Anspruch genommen. Dieser Anteil lag am weitesten auseinander für Geburten/geburtshilfliche Eingriffe bei 60 % und für Knieendoprothesen bei 38 %. Der Anteil an Patienten, die das nächste Krankenhaus aufsuchten, schwankte für die übrigen Indikationen um 50 % (Pneumonie 57 %, Karotisendarterektomie 51 %, Pankreaseingriff 48 %, Myokardinfarkt 47 %, Brustkrebs 44 %). Genauso unterschied sich auch der Anteil der Patienten, die eine Verdopplung der Fahrzeit im Vergleich zum nächsten Krankenhaus in Kauf genommen hatten, in Abhängigkeit vom Behandlungsanlass. Auch hier lag die Spannweite bei 14 % für die Geburtshilfe und 34 % für Knieendoprothesen. Dazwischen lagen die übrigen Indikationen wieder in ähnlicher Reihung (Pneumonie 17 %, Karotisendarterektomie 15 %, Pankreaseingriff 25 %, Myokardinfarkt 26 %, Brustkrebs 26 %). Auch diese Analysen belegen also die schon heute stattfindende Auswahl weiter entfernter Behandlungsorte, wobei hier deutlich wird, dass real eine auch theoretisch anzunehmende Abhängigkeit zum Behandlungsanlass besteht.

Zuletzt sollen noch Beispiele für Analysen benannt werden, die die theoretischen Auswirkungen von Zentralisierungen auf die potenziellen Fahrzeiten berechnet haben. Lungen und Büscher (2012) analysierten beispielsweise für Knochenmarktransplantationen und wirbelsäulenchirurgische Eingriffe auf der Basis von Fallzahlen, welche Auswirkung eine Zentralisierung auf die theoretisch in Deutschland zurückzulegenden Fahrzeiten hat. Bei Knochenmarktransplantationen, die 2009 von 95 Kliniken durchgeführt wurden, betrug die mittlere Fahrzeit 34 Minuten und die maximale Fahrzeit 2 Stunden und 44 Minuten zum Erreichen des nächsten Zentrums von irgendeinem Wohnort in Deutschland. Würde man eine Mindestfallzahl von 25 Fällen einführen, dann würden noch 46 Zentren diese Leistung in Deutschland durchführen können, wobei die mittlere Fahrzeit 42 Minuten und die maximale Fahrzeit 3 Stunden und 26 Minuten betragen würde. Bei den Eingriffen an der Wirbelsäule, die 2009 von 895 Kliniken durchgeführt wurden, betrug die mittlere Fahrzeit 16 Minuten und die maximale Fahrzeit 2 Stunden und 10 Minuten. Würde man diese Eingriffe nur noch von Zentren mit mindestens 200 Eingriffen durchführen lassen, wären nur noch 122 Kliniken beteiligt, zu denen im Mittel 32 Minuten benötigt würden und maximal 2 Stunden und 35 Minuten. Letztlich sind also bei einer Zentralisierung in Deutschland kaum größere oder unzumutbare Veränderungen bei der Erreichbarkeit bzw. Flächendeckung der Versorgung zu erwarten. Diesen Befund bestätigten auch Analysen von Wesselmann et al. (2015), die auf der Grundlage der AOK-Versorgungszahlen für Darm- und Brustkrebs zeigen konnten, dass eine Behandlung in zumeist zertifizierten Zentren mit hoher Fallzahl nur für wenige Patienten eine Verlängerung der Fahrzeit bedeuten würde.

## 5.8 Fazit

Die Krankenhausstrukturen und die Krankenhauslandschaft haben in den letzten Jahren vielerlei Veränderungen erfahren. Als größter Ausgabenblock der gesetzlichen Krankenversicherungen unterliegen die Krankenhäuser weiterhin ständigen Reformbemühungen. Umso verwunderlicher ist es, dass die Sicht der Bürger oder Patienten auf die Entwicklungen im Krankenhausesektor bisher kaum Gegenstand repräsentativer Bevölkerungsumfragen gewesen ist. Daher kann die Meinung der Bürger über den Krankenhausesektor nur indirekt erfasst werden. So äußerten sich die Bürger in Deutschland in den letzten Jahren insgesamt immer zufriedener mit dem Gesundheitssystem – und somit wahrscheinlich auch mit den Krankenhäusern, sehen aber trotzdem weiteren Reformbedarf für das System. In Krankenhäuser als Institutionen sowie in dessen Personal wird jedoch weniger Vertrauen gelegt als zum Beispiel in Hausärzte; trotzdem berichten die meisten Krankenhauspatienten von positiven Erfahrungen mit der Versorgung im stationären Sektor. Ansatzpunkte für Verbesserungen der stationären Versorgung zeigen sich insbesondere im Bereich der Kommunikation mit den Patienten, der Krankenhausorganisation sowie dem Übergang in den ambulanten Sektor und der Zusammenarbeit mit ihm. Schaut man sich das Krankenhauswahlverhalten an, dann beruht die Krankenhauswahl weiterhin insbesondere auf eigenen, zumeist positiven Erfahrungen und der von Angehörigen/Freunden, wobei niedergelassene Ärzte als Berater eine wesentliche Rolle spielen. Die gesundheitspolitisch gewollte, qualitätsorientierte Auswahl weiter entfernter Krankenhäuser ist für mehr als 80% der Bürger vorstellbar. Bei fast allen Indikationen für einen Krankenhausaufenthalt suchen auch bereits mehr als 50% der Patienten nicht das nächstgelegene, sondern ein weiter entferntes Krankenhaus auf. In Anbetracht der dichten Flächendeckung der Krankenhausversorgung in Deutschland sind damit aber für die meisten Bewohner keine relevanten bzw. unzumutbaren Fahrzeitverlängerungen verbunden.

### Danksagung

Der Bertelsmann Stiftung sowie dem Picker-Institut sei gedankt für die Überlassung nicht öffentlich verfügbarer Daten. Herrn Moritz Darbinjan gilt Dank für die Unterstützung bei der Quellensuche und Datenextraktion.

### Literatur

- Bertelsmann Stiftung. Weisse Liste Krankenhaussuche. [www.weisse-liste.de/de/krankenhaus/krankenhaussuche/](http://www.weisse-liste.de/de/krankenhaus/krankenhaussuche/) (17 Aug 2017).
- Bertelsmann Stiftung. Gesundheitsmonitor 2001–2009 – Erhebungswellen 1–16. Nicht öffentlich verfügbare Datensätze – von der Bertelsmann Stiftung zur Verfügung gestellt. Gütersloh 2017.
- Bertelsmann Stiftung. Gesundheitsmonitor 2011 & 2012 – Erhebungswelle 19 & 20 – public use files. [www.gesundheitsmonitor.de/ueber-uns/unsere-daten/](http://www.gesundheitsmonitor.de/ueber-uns/unsere-daten/) (17 Aug 2017).
- Forsa. Das Arzt-Patienten-Verhältnis und dessen Rolle für den Therapieerfolg. Berlin: forsa 2016.
- Friedrich J, Beivers A. Patientenwege ins Krankenhaus: Räumliche Mobilität bei Elektiv- und Notfallleistungen am Beispiel von Hüftendoprothesen In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich F, Wasem J

- (Hrsg). Krankenhaus-Report 2008/2009 – Schwerpunkt: Versorgungszentren. Stuttgart: Schattauer 2009; 155–81.
- Geraedts M. Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Versicherungssicht. In: Böcken J, Braun B, Amhof R, Schnee M (Hrsg). Gesundheitsmonitor 2006 – Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2006.
- IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Entwicklung und Erstellung eines Prognosemodells zur Ermittlung der Auswirkungen von Schwellenwerten auf die Versorgung. Abschlussbericht Version 1.0. IQWiG-Berichte Nr. 13; 2006.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH 2010. [www.kbv.de/media/sp/V.befragung\\_2010\\_Ergebnisbericht.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/V.befragung_2010_Ergebnisbericht.pdf) (17 Aug 2017).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH, 2016. [www.kbv.de/media/sp/2016\\_Berichtband.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2016_Berichtband.pdf) (17 Aug 2017).
- Kraska RA, Weigand N, Geraedts M. Associations between hospital characteristics and patient satisfaction in Germany. *Health Expect* 2017; 20: 593–600.
- Lüngen M, Büscher G. Auswirkungen einer Zentralisierung von Leistungen auf die Flächendeckung der Versorgung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich F, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2012 – Schwerpunkt: Regionalität. Stuttgart: Schattauer 2012; 111–22.
- Mansky T. Was erwarten die potenziellen Patienten vom Krankenhaus? In: Böcken J, Braun B, Repschläger U (Hrsg). Gesundheitsmonitor 2012 – Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2013.
- Marstedt G, Reiners H. Das deutsche Gesundheitswesen 2001 bis 2015 aus der Versichertenperspektive. In: Böcken J, Braun B, Meierjürgen R (Hrsg). Gesundheitsmonitor 2016 – Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2016.
- Picker-Institut Deutschland gGmbH. Stahl K, Nadj-Kittler M. Zentrale Faktoren der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit. Hamburg: Picker-Institut 2013.
- Picker-Institut Deutschland gGmbH. Stahl K, Nadj-Kittler M. Picker-Report 2014. Neue Perspektiven – Wie die Erfahrungen von Patienten und Mitarbeitern Qualität und Sicherheit im Krankenhaus verbessern. Hamburg: Picker-Institut 2014.
- Picker-Institut Deutschland gGmbH. Stahl K, Nadj-Kittler M. Picker-Report 2016. Vertrauen braucht gute Verständigung. Erfolgreiche Kommunikation mit Kindern, Eltern und erwachsenen Patienten. Hamburg: Picker-Institut 2016.
- Scheller-Kreinsen D, Krause F. Die Ausgangslage für eine Strukturereinigung: Fahrzeiten, Krankenhausreichbarkeit und -kapazitäten. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich F, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2015 – Schwerpunkt: Strukturwandel. Stuttgart: Schattauer 2015; 23–39.
- Statistisches Bundesamt. Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2016.
- Techniker Krankenkasse. TK-Klinikführer. [www.tk.de/tk/klinikfuehrer/114928](http://www.tk.de/tk/klinikfuehrer/114928) (17 Aug 2017).
- TK-Meinungspuls Gesundheit 2014 – So sieht Deutschland sein Gesundheitssystem. Hamburg: Techniker Krankenkasse 2014.
- TK-Meinungspuls Gesundheit 2017 – So sieht Deutschland sein Gesundheitssystem. Hamburg: Techniker Krankenkasse 2017.
- Universität Witten/Herdecke. Abschlussbericht „Krankenhauswahlverhalten chronisch Kranker“, 2014. [http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht\\_geraedts\\_krankenhauswahlverhalten-bmbf-01gx1047.pdf](http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht_geraedts_krankenhauswahlverhalten-bmbf-01gx1047.pdf) (17 Aug 2017).
- Wesselmann S, Mostert C, Bruns J, Malzahn J. Onkologische Behandlung – qualitätsorientierte Versorgungsreform zügig umsetzen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich F, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2015 – Schwerpunkt: Strukturwandel. Stuttgart: Schattauer 2015; 139–58.

# 6 Erklärung regionaler Unterschiede in der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen am Beispiel lumbaler Bandscheibenoperationen

Johannes Pollmanns, Maria Weyermann und Saskia Drösler

6

## Abstract

Bei stationären Krankenhausbehandlungen zahlreicher Erkrankungen zeigen sich nicht-zufallsbedingte geografische Unterschiede. Dieser Beitrag untersucht mögliche Ursachen unterschiedlicher Raten lumbaler Bandscheibenoperationen auf Kreisebene in Deutschland im Jahr 2014. Datenbasis ist die fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik. Mittels Funnel Plots wurden Kreise identifiziert, in denen auffällige Raten nicht durch zufällige Streuung erklärbar sind. Logistische Regressionsmodelle zeigen, dass bei einer hohen Dichte niedergelassener Orthopäden sowie einer höheren Rate an Beschäftigten mit akademischem Abschluss weniger auffällig hohe Eingriffsraten auftreten. Dies verdeutlicht, dass lumbale Bandscheibenoperationen wahrscheinlich von Präferenzen der Betroffenen und Leistungserbringer abhängig sind. Diskussionen über die regionalen Unterschiede sollten daher Faktoren berücksichtigen, die die Indikationsstellung beeinflussen.

Systematic regional variation applies to many hospitalizations. Using 2014 DRG data of inpatient lumbar discectomies in Germany, the paper analyses potential reasons for the geographical differences in inpatient rates on a small area scale. Using funnel plots, counties having outlier operation rates could be identified. Logistic regression analysis identifies a high regional density of orthopedic surgeons and a high level of education as a predictor of lower operation rates. These findings support that surgical treatment of intervertebral disk diseases relies on patients' and providers' therapeutical preferences. Hence, discussions about regional variation should consider contextual factors of the surgical indication.

## 6.1 Hintergrund

Kleinräumige Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung sind seit den wegbereitenden Analysen von Wennberg und Gittelsohn Gegenstand des wissenschaftlichen und öffentlichen Diskurses (Wennberg und Gittelsohn 1973).

Wennberg benennt diese Unterschiede in Versorgungs- und Outcomeparametern, die nicht durch differierende Erkrankungsprävalenzen oder Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin erklärt werden können, als *unwarranted variations* (Wennberg 2002). Als Erklärungsansätze werden verschiedene Faktoren wie beispielsweise die demografische und sozioökonomische Zusammensetzung von Populationen, Einstellungen von Leistungserbringern und Patienten zu Behandlungsverfahren oder systembedingte Faktoren wie die Zahl der verfügbaren Ärzte und Krankenhausbetten gesehen. Die meisten dieser Einflussfaktoren können den Dimensionen Angebot und Bedarf zugeordnet werden (Appleby et al. 2011).

Auch in Deutschland zeigen sich bei zahlreichen stationären Leistungen zum Teil nicht-erklärbare regionale Unterschiede (Drösler 2015; Storz-Pfennig 2014). Viele Beiträge zu regionalen Unterschieden auf kleinräumiger Ebene verzichten allerdings auf eine Analyse der Ursachen und beschränken sich auf die Deskription. Hierbei werden die Ergebnisse oftmals in Form von Flächenkartogrammen gezeigt, in denen Raumeinheiten entsprechend eingefärbt werden, üblicherweise anhand vorab gewählter Quantile der untersuchten Parameter. Nachteilig an dieser Vorgehensweise ist, dass die sogenannten natürlichen Unterschiede anhand der Karten nicht beurteilt werden können. Als natürliche Unterschiede werden Ausprägungen bezeichnet, die alleine durch den Zufall zustande gekommen sind. Zufällige Streuung ist allen Prozessen, also auch Versorgungsprozessen, inhärent. Bei der reinen Betrachtung der absoluten Ergebnisse der Raumeinheiten könnten diese leicht in eine Rangfolge gebracht werden, was beispielsweise bei der Beschreibung von Outcomeparametern über verschiedene Leistungserbringer auch häufig geschieht. Der Vergleich von Rängen ist ohne Berücksichtigung der zufälligen Streuung streng genommen allerdings nicht zulässig, da hieraus Rückschlüsse auf systematische Unterschiede gezogen werden, die möglicherweise nicht vorhanden sind (Mohammed et al. 2001). Im Rahmen regionaler Analysen ist dies insbesondere im Hinblick auf die Entwicklung von Area-Indikatoren, d.h. populationsbezogenen Versorgungsindikatoren, relevant.

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, regionale Unterschiede bei der Inanspruchnahme von stationären Krankenhausleistungen am Beispiel lumbaler Bandscheibenoperationen unter Berücksichtigung zufälliger Streuung mittels Funnel Plots darzustellen. Zusätzlich sollen in einer logistischen Regression Determinanten identifiziert werden, die zur Erklärung außergewöhnlich hoher Inanspruchnahme beitragen. Der Fokus der Untersuchung liegt hierbei auf dem Einfluss der ambulanten und stationären Versorgungsstruktur.

Eingriffe bei degenerativen Bandscheibenschäden gehören zur präferenzsensitiven Versorgung, deren Merkmal das Vorhandensein von verschiedenen alternativen Behandlungsoptionen ist, von denen nach wissenschaftlicher Evidenz keine der anderen deutlich überlegen ist (Wennberg 2002). Die Wahl der Therapie sollte demnach nach den Präferenzen des Patienten erfolgen. Bei der präferenzsensitiven Versorgung werden üblicherweise große Unterschiede auf geographischer Ebene deutlich. Diese zeigen sich bei Wirbelsäuleneingriffen beispielsweise in den USA, wo größere Unterschiede erkennbar sind als bei vielen anderen Prozeduren, aber auch in Gesundheitssystemen mit Vollkostendeckung wie Kanada (Bederman et al. 2011; Weinstein et al. 2004). Eine Analyse von Wirbelsäulenoperationen bei AOK-Versicherten in Deutschland zeigt in den Jahren 2005 bis 2010 unterschiedliche Raten

auf Kreisebene – von 124 Eingriffen pro 100 000 Versicherte bis 737 Eingriffen pro 100 000 Versicherte –, was einer Schwankung um den Faktor 5,9 entspricht (Schäfer et al. 2013). Die vorliegende Analyse ergänzt diese Untersuchung neben den genannten Erklärungsansätzen um das Datenjahr 2014 und schließt zudem alle Versicherten in Deutschland ein.

## 6.2 Methoden

### Operationsraten

Datengrundlage der Operationsraten ist die fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) des Jahres 2014. Die Abfrage der geschlechtsspezifischen Operationszahlen nach Landkreisen erfolgte über das Referat H101 des Statistischen Bundesamtes. Die bevölkerungsbezogenen Raten lumbaler Bandscheibenoperationen auf Kreisebene wurden folgendermaßen ermittelt: Im Zähler steht die Summe aller Krankenhausfälle von Patienten ab einschließlich 15 Jahren, bei denen eine Prozedur für die Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) kodiert wurde. Da diese OPS-Kodes nicht eindeutig die operierte Höhe der Wirbelsäule identifizieren, wurden nur Fälle in den Zähler mit aufgenommen, bei denen zudem ein Kode für den Zugang zur Lendenwirbelsäule dokumentiert wurde. Die eingeschlossenen Codes sind in Tabelle 6–1 dargestellt. Der Regionalbezug der Fälle ergibt sich aus dem Wohnort des Patienten. Im Nenner der Raten steht die zugehörige Kreisbevölkerung ab 15 Jahren. Datenquelle der Bevölkerungszahlen ist die Genesis-Datenbank des Statistischen Bundesamtes. Alle Raten wurden nach Altersgruppen und Geschlecht differenziert.

### Funnel Plots

In der Analyse räumlicher Unterschiede gilt es zwei verschiedene Bestandteile zu berücksichtigen: Zufällige Unterschiede, sogenannte *common cause variation*, sowie systematische Unterschiede aufgrund von *special cause variation*, die auf den systematischen Einfluss bekannter und unbekannter Faktoren zurückzuführen sind (Mohammed et al. 2001). Funnel Plots basieren auf der Methode der statistischen Prozesssteuerung und visualisieren die Ergebnisse eines Indikators in Form einer Punktwolke. Mittels einer a priori festgelegten Wahrscheinlichkeitsverteilung sowie ausgehend von einer Zielgröße des Indikators lassen sich so genannte „Kontrollgrenzen“ ermitteln, bei deren Überschreiten nicht mehr von einem zufälligen

Tabelle 6–1

#### OPS-Kodes zur Identifikation von lumbalen Bandscheibenoperationen

5-831.0, 5-831.2, 5-831.3, 5-831.4, 5-831.5, 5-831.6, 5-831.7, 5-831.8, 5-831.9, 5-831.a, 5-831.x, 5-831.y	5-032.00, 5-032.01, 5-032.02, 5-032.10, 5-032.11, 5-032.12, 5-032.20, 5-032.21, 5-032.22, 5-032.30, 5-032.31, 5-032.32, 5-032.40, 5-032.41, 5-032.42, 5-032.5, 5-032.6, 5-032.7, 5-032.8, 5-032.9, 5-032.a, 5-032.b, 5-032.c, 5-032.x, 5-032.y
--	--

Unterschied für die betroffene Raumeinheit ausgegangen werden kann (Spiegelhalter 2005). Die Funnel Plots sind demnach als ein statistischer Test für jeden einzelnen Kreis zu interpretieren, bei dem die Kontrollgrenzen Konfidenzintervallen entsprechen. Ein Überschreiten der Kontrollgrenzen führt zur Ablehnung der Nullhypothese, dass das Ergebnis in dieser Raumeinheit allein durch den Zufall zustande gekommen ist. Kreise, deren Operationsraten über den Kontrollgrenzen liegen, weisen auf signifikant höhere Raten als erwartet hin, während ein Unterschreiten der Kontrollgrenzen auf geringere Raten als erwartet schließen lässt. Im Vergleich zu Rangfolgen wird bei Funnel Plots die Bevölkerung eines Kreises als sogenanntes Präzisionsmaß des Indikators verwendet, womit bei Kreisen mit niedrigen Bevölkerungen eine höhere zufällige Streuung toleriert wird.

Zur Konstruktion der Kontrollgrenzen wurde die inverse Binomial-Verteilung unter Verwendung einer doppelten Standardabweichung genutzt, was approximativ 95%-Konfidenzintervallen entspricht (Spiegelhalter 2005). Aufgrund der Problematik des multiplen Testens wurden zusätzliche Kontrollgrenzen basierend auf einem 95%-Konfidenzintervall mit Bonferroni-Korrektur konstruiert (Abdi 2007). Dadurch wird sichergestellt, dass es nicht fälschlicherweise durch eine Kumulation des Alpha-Fehlers zur Beobachtung statistisch signifikanter Ergebnisse kommt, die nicht vorliegen. Die Kalkulation der Funnel Plots erfolgte im Programm SAS 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA). Die Flächenkartogramme zur Visualisierung der Kreise außerhalb der Kontrollgrenzen wurden mit dem Programm Regiograph Planung Version 2015 erstellt.

### **Statistische Analyse der *special cause variation***

Zur weiterführenden statistischen Analyse der Kreise oberhalb der Kontrollgrenzen wurde für jedes Geschlecht eine binär-logistische Regression angewandt, bei der die abhängige Variable für alle Kreise oberhalb der Kontrollgrenzen mit eins kodiert ist, während alle Kreise innerhalb und unterhalb der Kontrollgrenzen mit null kodiert sind (insgesamt  $n = 402$  je Geschlecht). Mittels der Regression lassen sich demnach Faktoren identifizieren, die mit überzufällig hohen Raten assoziiert sind. Eine Betrachtung besonders niedriger Raten erfolgt hierbei nicht. Primäres Ziel ist die Analyse von Indikatoren der ambulanten und stationären Versorgung als potenzielle Einflussfaktoren auf die Rate an lumbalen Bandscheibenoperationen auf Kreisebene. Hierzu wurden in einem ersten Schritt die Variablen „Orthopäden je 100 000 Einwohner“ und „Krankenhausbetten je 10 000 Einwohner“ in univariablen binär-logistischen Regressionsmodellen als unabhängige Variablen eingesetzt. Zur Identifikation von nicht-linearen Effekten wurden Dummy-Variablen kodiert, die sich aus den Quartilen der Variablen ergeben. Da nicht nur Orthopäden die ambulante Versorgung degenerativer Bandscheibenerkrankungen durchführen, wurden die Analysen mit der Variable „Ärzte je 100 000 Einwohner“ wiederholt. In multivariablen Modellen wurden im Anschluss beide Versorgungsvariablen, Orthopäden und Krankenhausbetten, eingeschlossen und zudem für die Sozioökonomie und das Durchschnittsalter in den Kreisen kontrolliert. Hierzu wurden die Variablen „Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit akademischem Abschluss“ (in %), „Haushaltseinkommen“ (in € je Einwohner), und „Durchschnittsalter der Bevölkerung“ (in Jahren) verwendet.

Da nur eine geringe Zahl von Kreisen oberhalb der Kontrollgrenzen mit Bonferroni-Korrektur liegen, kann dies im Rahmen der multivariablen Regression zu Problemen führen, beispielsweise in Bezug auf die statistische Power (Vittinghoff und McCulloch 2007). Aus diesem Grund wurden in den Analysen alle Kreise oberhalb der einfachen (nicht-korrigierten) Kontrollgrenzen als Kreise mit auffällig hohen Operationsraten definiert. Die Ergebnisse von Modellen mit Kreisen oberhalb der korrigierten Kontrollgrenzen wurden ergänzend durchgeführt und die Unterschiede beschrieben. Datenquelle der unabhängigen Variablen sind die Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung (INKAR) des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung des Jahres 2014 auf Kreisebene (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2017). Die statistische Analyse erfolgte im Programm SPSS 23.

## 6.3 Ergebnisse

### Deskription der Operationsraten

Insgesamt wurden im Jahr 2014 in deutschen Krankenhäusern 99 713 lumbale Bandscheiben-Operationen an Patienten ab 15 Jahren durchgeführt (Männer: 52 462; Frauen: 47 251). Bei einer Bevölkerung >15 Jahre von 70 548 562 (Männer: 34 368 759; Frauen: 36 179 803) ergibt sich somit eine rohe Rate von 141,3 Fällen pro 100 000 Einwohner (Männer: 152,6; Frauen: 130,6).

Tabelle 6–2 zeigt deskriptive Maßzahlen der rohen (nicht-altersadjustierten) Operationsraten auf Kreisebene. Der Median bei den Männern liegt bei 158,6 lumbalen Bandscheiben-Operationen je 100 000 Personen (Spannweite: 304,7), während der Median bei den Frauen mit 137,2 Operationen je 100 000 Personen (Spann-

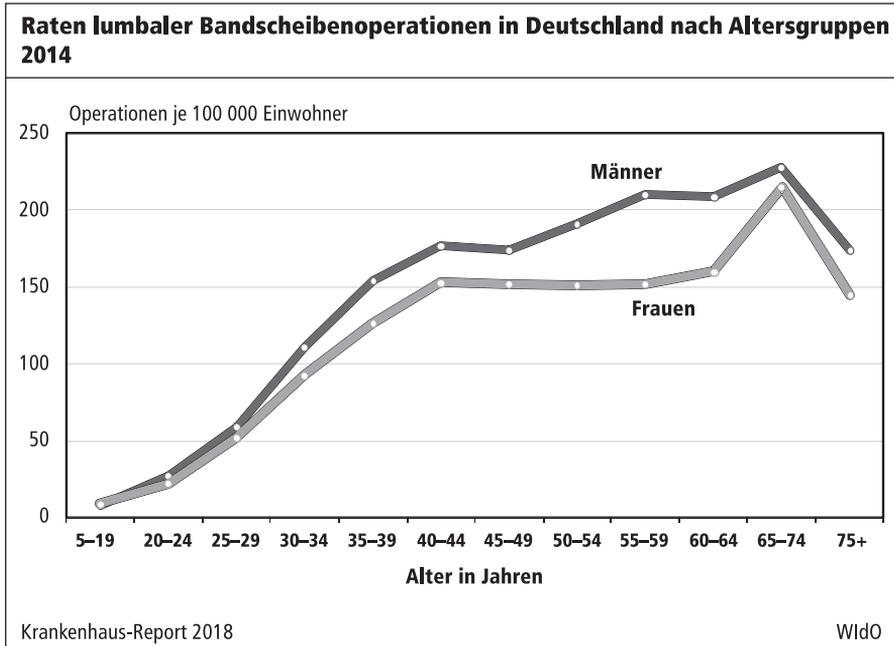
Tabelle 6–2

### Operationsraten auf Kreisebene, deskriptive Statistik

	Männer	Frauen
Anzahl der Stadt- und Landkreise (n)	402	402
Anzahl der Operationen insgesamt (n)	52 462	47 251
Rohe Rate* auf Kreisebene (Operationen je 100 000 Personen ab 15 Jahre)		
Minimum	51,6	46,6
Maximum	356,3	301,0
Median	158,6	137,2
Maximum / Minimum-Quotient	6,9	6,5
Anzahl Kreise oberhalb der Kontrollgrenzen [n (%)]	131 (32,6 %)	119 (29,6 %)
Anzahl Kreise unterhalb der Kontrollgrenzen [n (%)]	82 (20,4 %)	82 (20,4 %)
Anzahl Kreise oberhalb der Bonferroni-korrigierten Kontrollgrenzen [n (%)]	51 (12,7 %)	47 (11,7 %)
Anzahl Kreise unterhalb der Bonferroni-korrigierten Kontrollgrenzen [n (%)]	39 (9,7 %)	33 (8,2 %)

\* Eine Altersadjustierung wurde nicht durchgeführt

Abbildung 6–1



weite: 254,4) um etwa 13% niedriger liegt. Die Streuung über alle Kreise zeigt deskriptiv nur geringe Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Während bei Männern der Unterschied zwischen der niedrigsten und der höchsten Rate auf Kreisebene beim Faktor 6,9 liegt, beträgt dieser bei den Frauen knapp 6,5. Die OP-Raten zwischen Männern und Frauen auf Kreisebene sind konkordant: Wenn in einem Kreis viele Männer operiert werden, ist die Operationsrate der Frauen dort üblicherweise ebenfalls hoch (Pearson's Korrelationskoeffizient = 0,83).

Die geschlechtsspezifische Verteilung der Operationsraten nach Altersgruppen auf Bundesebene wird in Abbildung 6–1 dargestellt. Ein steiler Anstieg der Operationsraten ist bei Männern und Frauen zwischen den Altersgruppen 20 bis 24 Jahre und 40 bis 44 Jahre zu beobachten. Bei beiden Geschlechtern wird die höchste Operationsrate jeweils im Alter von 65 bis 74 Jahren verzeichnet, bevor die Raten im höheren Alter wieder abfallen. Es wird deutlich, dass Männer in fast allen Altersgruppen eine höhere Rate an Operationen aufweisen. Eine Ausnahme hiervon sind die 15- bis 19-Jährigen, bei denen die Frauen eine leicht höhere Rate zeigen (Frauen: 8,8 Operationen je 100 000 Einwohner, Männer: 7,6 Operationen je 100 000 Einwohner).

### **Streuung auf Kreisebene**

Die Abbildungen 6–2 und 6–3 zeigen die Streuung der Kreise in Form von Funnel Plots, jeweils ohne die Stadt Berlin (aufgrund der hohen Bevölkerungszahl nicht dargestellt). In Berlin liegt die Operationsrate für beide Geschlechter unterhalb der korrigierten Kontrollgrenzen. Insgesamt liegen bei den Männern 131 Kreise ober-

Abbildung 6–2

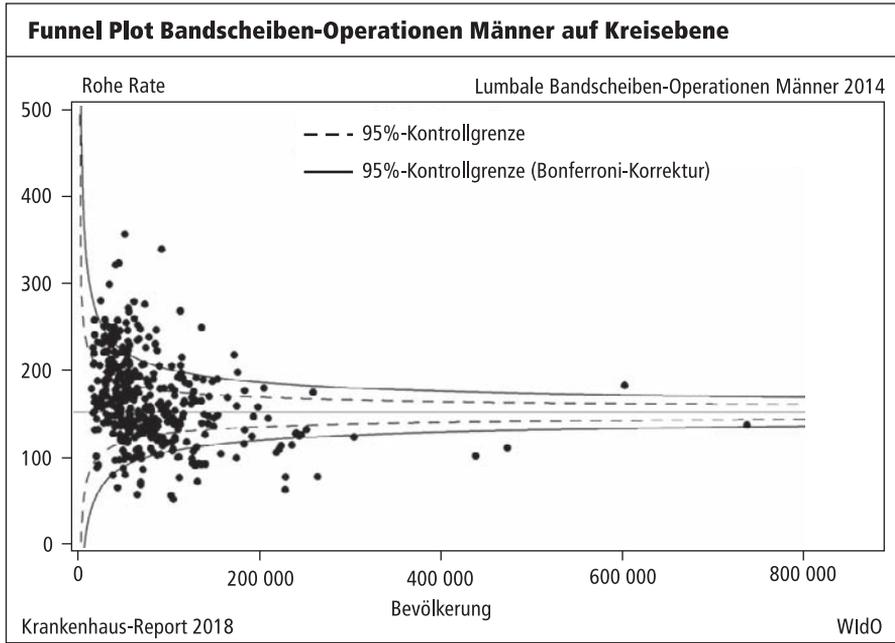


Abbildung 6–3

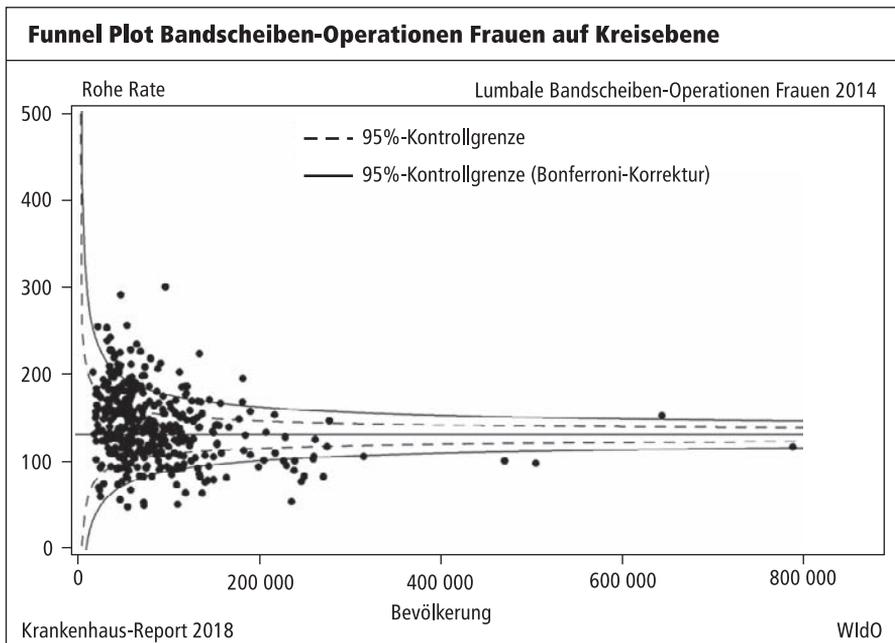
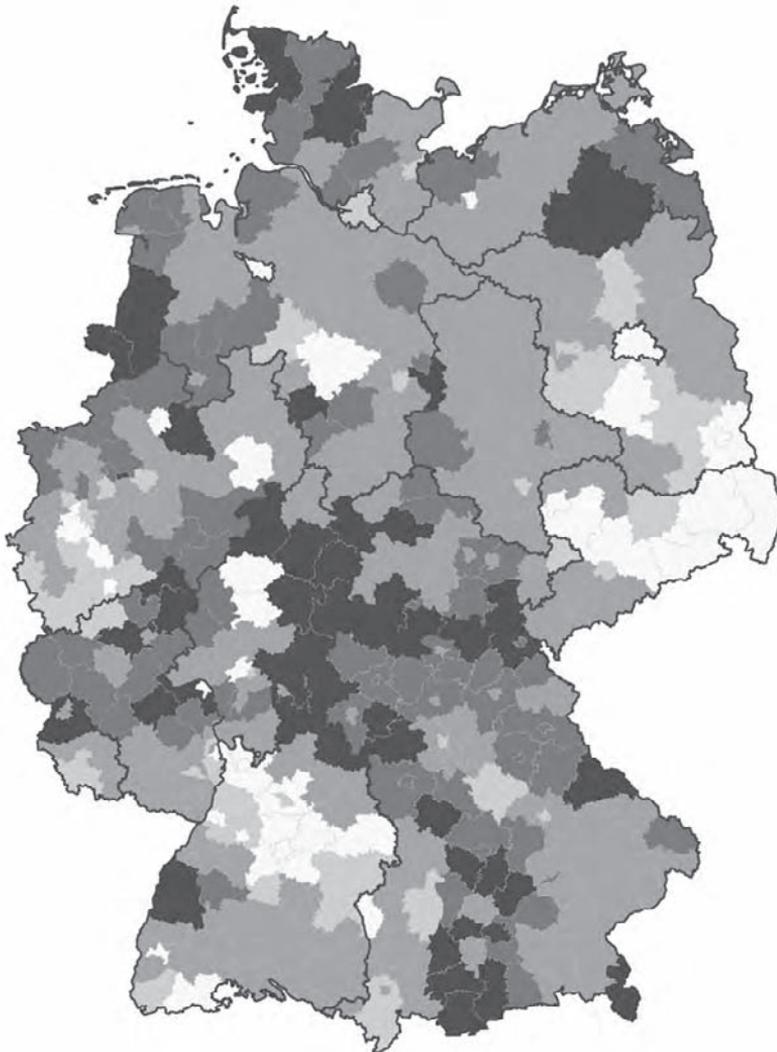


Abbildung 6-4

**Kreise mit special cause variation bei Bandscheibenoperationen (Männer)**



- Unterhalb 95%-Kontrollgrenzen (Bonferroni-Korrektur)
- Unterhalb 95%-Kontrollgrenzen
- Innerhalb 95%-Kontrollgrenzen
- Oberhalb 95%-Kontrollgrenzen
- Oberhalb 95%-Kontrollgrenzen (Bonferroni-Korrektur)

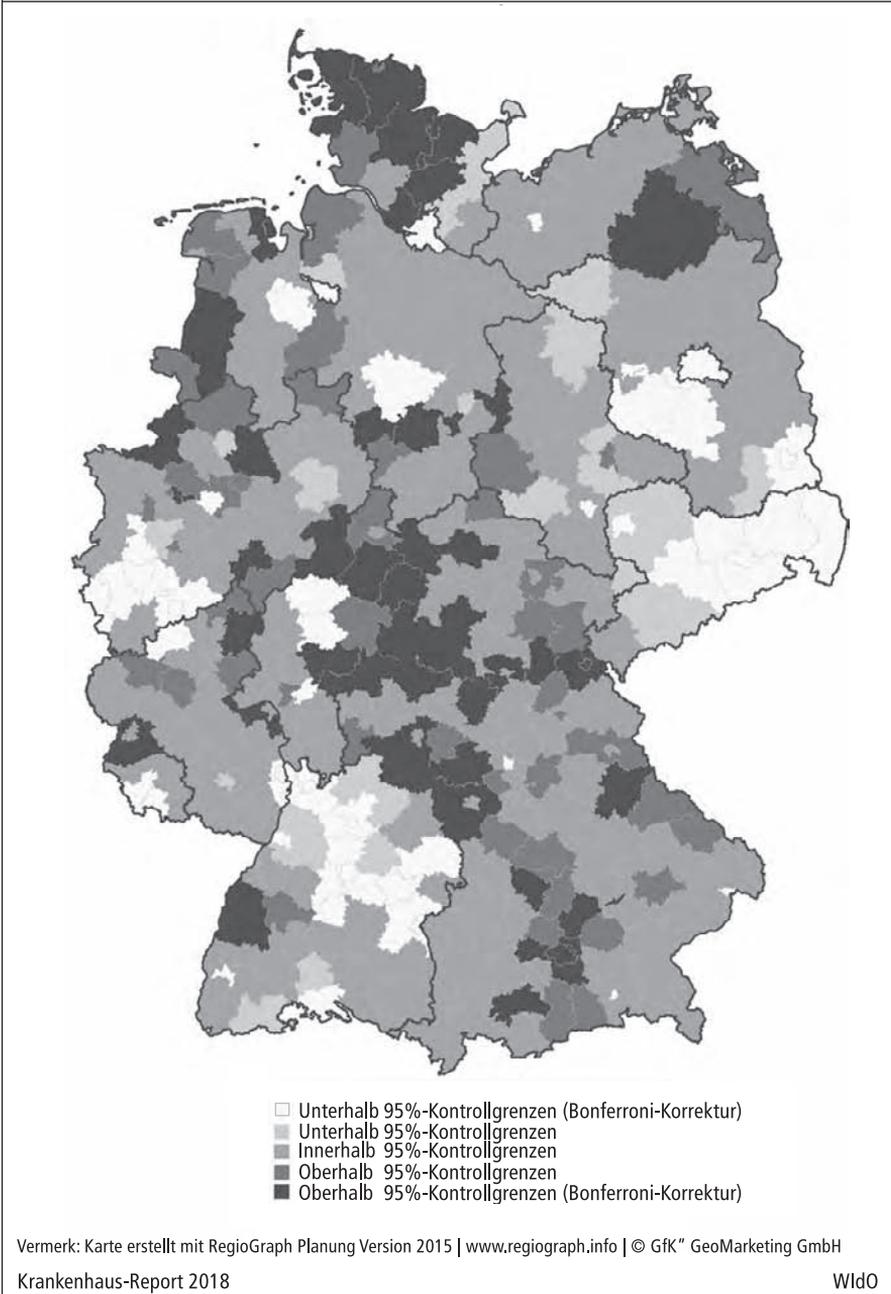
Vermerk: Karte erstellt mit RegioGraph Planung Version 2015 | [www.regiograph.info](http://www.regiograph.info) | © GfK GeoMarketing GmbH

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Abbildung 6–5

**Kreise mit special cause variation bei Bandscheibenoperationen (Frauen)**



halb der einfachen Kontrollgrenzen (mit Bonferroni-Korrektur: 51 Kreise), während bei den Frauen 119 Kreise darüber liegen (mit Bonferroni-Korrektur: 47 Kreise). Unterhalb der einfachen 95 %-Kontrollgrenzen liegen bei Männern und Frauen jeweils 82 Kreise (mit Bonferroni-Korrektur: 39 (Männer) bzw. 33 (Frauen) Kreise) (siehe auch Tabelle 6–2).

In den Abbildungen 6–4 und 6–5 wird die geographische Verteilung der Ergebnisse dargestellt. Bei beiden Geschlechtern zeigen sich auffällige Cluster von Kreisen mit Raten oberhalb der Kontrollgrenzen in Mitteldeutschland sowie im Norden Bayerns. Viele Kreise mit überzufällig hohen Raten sind auch in Schleswig-Holstein zu erkennen, wo insbesondere bei den Frauen eine Mehrheit der Kreise über dem Bonferroni-korrigierten Intervall liegt. Cluster mit Kreisen von auffällig niedrigen Raten sind bei beiden Geschlechtern in Baden-Württemberg und Sachsen sowie bei Frauen im südlichen Nordrhein-Westfalen zu erkennen.

## 6

### Binär-logistische Regressionsanalysen

Tabelle 6–3 zeigt die Ergebnisse von vier univariablen Regressionsmodellen, bei denen für jedes Geschlecht jeweils der Einfluss der Prädiktoren Orthopäden und Krankenhausbetten auf die Wahrscheinlichkeit für Operationsraten oberhalb der einfachen Kontrollgrenzen analysiert wurde. Die Prädiktoren wurden hierbei mittels Dummy-Variablen in ihre vier Quartile kodiert. Das erste Quartil dient jeweils als Referenzgröße. Mit zunehmender Anzahl Orthopäden pro 100 000 Einwohner sinkt die Wahrscheinlichkeit dafür, dass die Operationsraten in einem Kreis auffällig werden. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen ist dieser Zusammenhang statistisch signifikant ( $p$ -Wert für Trend-Test  $<0,001$  bei Männern bzw.  $<0,01$  bei Frauen). Insbesondere Kreise mit einer Orthopädedichte im obersten Quartil (mindestens 8,4 Orthopäden pro 100 000 Einwohner) weisen ein sehr geringes Risiko für auffällig hohe Operationsraten auf (Männer: Odds Ratio = 0,24 [95 %-KI: 0,13–0,47]; Frauen: Odds Ratio = 0,29 [0,14–0,58]). Modelle, die anstatt der Orthopäden alle Ärzte in einem Kreis einschließen, führen zu vergleichbaren Ergebnissen im jeweils vierten Quartil (Männer: Odds Ratio = 0,29 [0,15–0,58]; Frauen: Odds Ratio = 0,44 [0,22–0,88]). Die rohen Analysen zur Variable Krankenhausbetten zeigen ebenfalls das geringste Risiko für auffällig hohe Operationsraten bei Kreisen im obersten Quartil der Bettendichte ( $\geq 84,4$  Betten pro 10 000 Einwohner), allerdings sind diese Zusammenhänge nicht statistisch signifikant (Männer: Odds Ratio = 0,74 [0,41–1,34]; Frauen: Odds Ratio = 0,66 [0,36–1,21]).

Tabelle 6–4 zeigt die Ergebnisse der multivariablen Regressionsmodelle, in denen der Zusammenhang der Variablen zur ambulanten bzw. stationären Versorgung mit den Operationsraten für die jeweils andere Versorgungsvariable sowie zusätzlich für soziodemografische Kovariablen adjustiert wurde. Die Anzahl der Orthopäden hat auch hier bei beiden Geschlechtern im vierten Quartil einen negativen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit für auffällig hohe Operationsraten (Männer: Odds-Ratio = 0,32 [0,13–0,78]; Frauen: Odds-Ratio = 0,38 [0,15–0,93]). Die Variable Krankenhausbetten zeigt im obersten Quartil bei Männern einen signifikant positiven Einfluss (Odds-Ratio = 2,71 [1,20–6,12]), ist in der weiblichen Population aber nicht statistisch signifikant. Bei den soziodemografischen Kovariablen fällt auf, dass die Variable zur Bildung einen signifikanten Einfluss zeigt: In Landkreisen mit mehr Beschäftigten, die einen akademischem Abschluss aufweisen,

Tabelle 6–3

**Prädiktoren für Operationsraten oberhalb der Kontrollgrenzen, univariable logistische Regression**

Prädiktor	Kreise mit Operationsraten oberhalb der Kontrollgrenze			
	n (%)	OR [95%-KI]	p-Wert*	c-Wert
<b>Männer</b> Orthopäden je 100 000 Einwohner				
1. Quartil [ $< 4,8$ ]	49 (45,4)	Referenz	$< 0,001$	0,63
2. Quartil [4,8–5,8]	35 (35,0)	0,65 [0,37–1,13]		
3. Quartil [5,9–8,3]	31 (31,6)	0,56 [0,32–0,99]		
4. Quartil [ $> 8,4$ ]	16 (16,7)	0,24 [0,13–0,47]		
KH-Betten je 10 000 Einwohner				
1. Quartil [ $< 37,1$ ]	36 (35,6)	Referenz	0,33	0,53
2. Quartil [37,1–55,7]	33 (33,0)	0,89 [0,50–1,59]		
3. Quartil [55,8–84,3]	33 (32,7)	0,88 [0,49–1,57]		
4. Quartil [ $> 84,4$ ]	29 (29,0)	0,74 [0,41–1,34]		
<b>Frauen</b> Orthopäden je 100 000 Einwohner				
1. Quartil [ $< 4,8$ ]	38 (35,2)	Referenz	$< 0,01$	0,61
2. Quartil [4,8–5,8]	31 (31,0)	0,83 [0,46–1,48]		
3. Quartil [5,9–8,3]	37 (37,8)	1,12 [0,63–1,97]		
4. Quartil [ $> 8,4$ ]	13 (13,5)	0,29 [0,14–0,58]		
KH-Betten je 10 000 Einwohner				
1. Quartil [ $< 37,1$ ]	34 (33,7)	Referenz	0,2	0,54
2. Quartil [37,1–55,7]	30 (30,0)	0,84 [0,47–1,53]		
3. Quartil [55,8–84,3]	30 (29,7)	0,83 [0,46–1,51]		
4. Quartil [ $> 84,4$ ]	25 (25,0)	0,66 [0,36–1,21]		

\*p-Wert für Trend-Test

Krankenhaus-Report 2018

WIDO

finden sich niedrigere Wahrscheinlichkeiten für systematisch höhere Operationsraten. Ein Austausch der Variable Orthopäden gegen alle Ärzte führt dazu, dass die Zahl der Ärzte hinsichtlich der Frauen in keinem Quartil einen signifikanten Einfluss aufweist.

Bei Betrachtung von Modellen unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur zeigen sich vergleichbare Muster, allerdings mit veränderten Signifikanzen (Daten nicht gezeigt). Bei den Männern haben die Rate der Orthopäden sowie der Krankenhausbetten in den multivariablen Analysen keinen signifikanten Einfluss mehr auf die Operationshäufigkeiten. Bei den Frauen ist der Einfluss der Orthopäden-Dichte ebenfalls nicht mehr signifikant, allerdings ist in diesen Modellen ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Zahl der Krankenhausbetten im vierten Quartil und der Wahrscheinlichkeit, oberhalb der Bonferroni-korrigierten Kontrollgrenzen zu liegen, feststellbar. Der Einfluss des Anteils der Beschäftigten mit akademischem Abschluss bleibt auch in den Modellen mit korrigierten Kontrollgrenzen signifikant.

Tabelle 6–4

**Multivariable Modelle für Operationsraten oberhalb der Kontrollgrenzen, logistische Regression**

	Prädiktor	Odds Ratio	95%-KI	p-Wert
<b>Männer<sup>1</sup></b>	Orthopäden je 100 000 Einwohner			
	1. Quartil [ $< 4,8$ ]	Referenz		
	2. Quartil [4,8–5,8]	0,73	0,40–1,33	0,01*
	3. Quartil [5,9–8,3]	0,61	0,32–1,19	
	4. Quartil [ $> 8,4$ ]	0,32	0,13–0,78	
	KH-Betten je 10 000 Einwohner			
	1. Quartil [ $< 37,1$ ]	Referenz		
	2. Quartil [37,1–55,7]	1,09	0,58–2,06	0,02*
	3. Quartil [55,8–84,3]	1,53	0,78–3,00	
	4. Quartil [ $> 84,4$ ]	2,71	1,20–6,12	
	Durchschnittsalter in Jahren			
		0,88	0,76–1,02	0,08
	Beschäftigte mit akademischem Abschluss in %			
	0,72	0,64–0,82	$< 0,001$	
Haushaltseinkommen in €/Einwohner				
	1,00	1,00–1,00	0,10	
<b>Frauen<sup>2</sup></b>	Orthopäden je 100 000 Einwohner			
	1. Quartil [ $< 4,8$ ]	Referenz		
	2. Quartil [4,8–5,8]	0,94	0,51–1,72	0,30*
	3. Quartil [5,9–8,3]	1,31	0,70–2,47	
	4. Quartil [ $> 8,4$ ]	0,38	0,15–0,93	
	KH-Betten je 10 000 Einwohner			
	1. Quartil [ $< 37,1$ ]	Referenz		
	2. Quartil [37,1–55,7]	0,89	0,48–1,68	0,23*
	3. Quartil [55,8–84,3]	1,16	0,60–2,25	
	4. Quartil [ $> 84,4$ ]	1,60	0,73–3,50	
	Durchschnittsalter in Jahren			
		0,90	0,78–1,04	0,14
	Beschäftigte mit akademischem Abschluss in %			
	0,83	0,74–0,93	0,001	
Haushaltseinkommen in €/Einwohner				
	1,00	1,00–1,00	0,19	

<sup>1</sup> c-Wert: 0,74 / <sup>1</sup> c-Wert: 0,69<sup>2</sup> p-Wert für Trend-Test

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

## 6.4 Diskussion

Diese Untersuchung auf Basis der vollständigen DRG-Statistik des Jahres 2014 zeigt, dass es in Deutschland zahlreiche Kreise gibt, in denen die auffällig hohen oder niedrigen Raten an lumbalen Bandscheibenoperationen nicht durch den Zufall erklärbar sind. Diese Beobachtung ist in vielen Kreisen unabhängig vom Geschlecht zu konstatieren. Neben der ambulanten Versorgung wurde vor allem das Bildungsniveau als signifikanter Einflussfaktor identifiziert.

Die Verteilung der auffälligen Raten auf Kreisebene ähnelt verschiedenen Analysen zur gleichen Thematik: In einer Untersuchung von Schäfer et al. bei AOK-Versicherten für Wirbelsäulenoperationen in den Kreisen für die Jahre 2005 bis 2010 wurde gezeigt, dass Kreise mit Raten im höchsten Quintil ebenfalls in Mitteldeutschland, Bayern, und Schleswig-Holstein zu finden sind (Schäfer et al. 2013). Die Autoren vermuten auf Basis von Untersuchungen zur Hüft- und Kniegelenkendoprothetik, dass bei einer höheren Dichte an niedergelassenen Orthopäden aufgrund einer gehäuften konservativen ambulanten Behandlung eine Operationsindikation erst spät gestellt wird, was zu niedrigeren Eingriffsraten führt. Die vorliegende Analyse bestätigt diese These und zeigt, dass die Wahrscheinlichkeit für überzufällig hohe Operationsraten bei einer Orthopädedichte im vierten Quartil (ab 8,4 Orthopäden je 100 000 Einwohner) signifikant verringert ist. Eine durch das IGES-Institut durchgeführte Studie auf der gleichen Datenbasis – allerdings mit gepoolten Operationsdaten aus den Jahren 2014 und 2015 und ohne Beschränkung auf rein lumbale Bandscheiben-Eingriffe – liefert vergleichbare Maximum/Minimum-Quotienten bei erheblich höheren bevölkerungsbezogenen Raten. Mit einem Koeffizienten von 0,89 sind die 402 online verfügbaren Datenpunkte mit den OP-Raten der hier vorliegenden Analyse eng korreliert (Zich und Tisch 2017). Eine Querschnittsstudie in Kanada mit 10 318 eingeschlossenen Fällen untersuchte ebenfalls den Einfluss von Arztdichte und weiteren Faktoren auf Operationsraten bei degenerativen Erkrankungen der lumbalen Wirbelsäule. Ein signifikanter Einfluss der Arztdichte wurde hierbei nicht gefunden (Bederman et al. 2011). Eine Unterscheidung zwischen zufälliger und systematischer Streuung fand in dieser Studie allerdings nicht statt, zudem schränken strukturelle Unterschiede zum deutschen Gesundheitssystem die Vergleichbarkeit ein.

Häufig wird eine angebotsinduzierte Versorgung durch ein hohes Angebot an Krankenhausbetten diskutiert. Fürstenberg, Zich und Haustein (2012) beschreiben im Bereich der Wirbelsäulen Chirurgie einen leicht positiven Zusammenhang zwischen der Bettenkapazität im Bereich der Neurochirurgie bzw. Orthopädie und der Rate an Cage-Implantationen auf deutscher Kreisebene. Bei der Rate an Implantationen von Bandscheibenendoprothesen konnte allerdings kein signifikanter Zusammenhang gezeigt werden. In der vorliegenden Analyse zeigte sich bei Männern eine signifikante Zunahme der Wahrscheinlichkeit für hohe Operationsraten mit zunehmender Bettendichte (p-Wert für Trend-Test 0,02) und vor allem für Kreise im obersten Quartil (ab 84,4 Krankenhausbetten je 10 000 Einwohner, OR = 2,71 [1,20–6,12]). Bei Frauen zeigte die Rate an Krankenhausbetten keinen eindeutigen Zusammenhang zur Operationsrate.

Während eine internationale Meta-Analyse zu dem Schluss kommt, dass ein niedrigeres Einkommen mit höheren Raten an Eingriffen der lumbalen Wirbelsäule assoziiert ist (Bederman et al. 2012), konnte in den hier gezeigten Analysen kein signifikanter Einfluss der Variable Haushaltseinkommen gefunden werden. Die Variable Anteil Beschäftigter mit akademischem Abschluss ist hier jedoch signifikant negativ assoziiert. Das Bildungsniveau und das Haushaltseinkommen sind hierbei nur schwach miteinander korreliert (Pearson's CC = 0,27). Der Einfluss der Bildung lässt sich über die Zugehörigkeit lumbaler Bandscheibenoperationen zur präferenzsensitiven Versorgung erklären. Dieses Phänomen tritt vor allem dann auf, wenn unter den Leistungserbringern keine Einigkeit darüber besteht, was die beste

Behandlung ist, und diese auch nicht durch Evidenz aufgezeigt werden kann. So existiert beispielsweise zur Behandlung von Bandscheibenvorfällen mit radikulärer Symptomatik eine S2k-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, allerdings bezieht sich diese im Kern auf die konservative und rehabilitative Behandlung. Eine Auflistung von Operationsverfahren ist zwar vorhanden, Hinweise zur Indikationsstellung eines operativen Vorgehens fehlen hingegen und sind auch nicht Ziel der Leitlinie.

Operationsraten im Allgemeinen, aber vor allem Eingriffsraten bei präferenzabhängiger Versorgung, sind dabei in starkem Maße von den Wünschen der Patienten, aber auch von den Einstellungen und Überzeugungen der behandelnden Ärzte abhängig (Bederman et al. 2011; Birkmeyer et al. 2013). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass in der Praxis die Entscheidung über die angemessene Therapie an den Arzt delegiert werden kann, womit die ärztliche Präferenz die Therapieentscheidung durchaus dominieren kann (Wennberg 2002). Ein negativer Zusammenhang zwischen Bildung und Eingriffshäufigkeit kann dadurch erklärt werden, dass Patienten mit einem höheren Bildungsgrad ihre Präferenzen besser kennen, sie adäquater äußern und vertreten können und im Allgemeinen besser über mögliche Behandlungsalternativen informiert sind. Eine Stärkung der in der internationalen Diskussion als „Health Literacy“ bezeichneten Kompetenz, mit Gesundheitsinformationen und Fragestellungen der Krankheitsbewältigung umzugehen (Sørensen et al. 2012), könnte demnach möglicherweise zur Verringerung der Variation von präferenzsensitiven Operationsraten beitragen, vor allem über den stärkeren Einbezug des Patienten in Rahmen des shared decision-making (Birkmeyer et al. 2013).

Aufgrund dieser Abhängigkeit von der Präferenz der Patienten und Leistungserbringer bleibt es auch zukünftig schwierig zu beurteilen, welche Rate an Operationen „angemessen“ ist. Fragen der Bedarfsdeckung, Über- und Unterversorgung sollten daher nur mit Vorsicht anhand präferenzsensitiver Versorgung bewertet werden. Die angemessene Rate für eine Region ergibt sich nicht nur aus der verfügbaren Evidenz, sondern zusätzlich auch aus den Präferenzen der dort behandelten Patienten und Leistungserbringern und ist demnach unbekannt. Letztendlich können auch die in dieser Arbeit verwendeten Funnel Plots daher nur erste Hinweise geben. Gerade die hier nicht thematisierten Kreise unterhalb der Kontrollgrenzen müssen nicht unterversorgt sein, sondern könnten auch von einer in diesen Kreisen besonders erfolgreichen konservativen Behandlung profitieren. Unterversorgung sollte daher hauptsächlich bei sogenannter *effective care* analysiert werden, bei der eine eindeutige Evidenz für eine überlegene Behandlungsoption vorliegt (Wennberg 2002). Eine Bewertung der hier gezeigten Unterschiede ist damit primär im Kontext der Indikationsstellung sinnvoll.

### Limitationen

Diese Untersuchung basiert auf Routinedaten, die nach ökologischem Studiendesign analysiert wurden. Ein Rückschluss auf Faktoren auf individueller Ebene ist daher nicht möglich. Die genutzten administrativen Daten der DRG-Statistik basieren auf Krankenhaus-Abrechnungen und sind nicht originär für Fragen der Epidemiologie und Versorgungsforschung vorgesehen. Zwar sind Dokumentationseffekte nicht auszuschließen, aufgrund von Abrechnungsregeln und Kodierrichtlinien ist allerdings von einer hohen Validität der Beschreibung des Versorgungsgeschehens

auszugehen. Hinzu kommt, dass die vorliegende Analyse auf erfassten Operationsschlüsseln beruht, deren Zuverlässigkeit aufgrund ihrer Abrechnungsrelevanz höher eingeschätzt werden kann als die von Diagnosen.

In den Analysen, bei denen Krankenhausbetten berücksichtigt wurden, ist die Fachrichtung, der die Betten zugeordnet sind, unbekannt. Dies beeinträchtigt die Interpretation der festgestellten Zusammenhänge zwischen den Operationsraten und der Rate der Krankenhausbetten.

Da nur eine geringe Zahl von Kreisen oberhalb der nach der Bonferroni-Methode korrigierten Kontrollgrenzen liegt, wurden in die Regressionsanalysen alle Kreise oberhalb der einfachen Grenzen ohne Bonferroni-Korrektur eingeschlossen. Die Ergebnisse der Modelle mit Bonferroni-korrigierten Kontrollgrenzen sind vergleichbar, bei allerdings abweichenden Signifikanzen. Zur besseren Beurteilung der Signifikanzen wird zukünftig eine gepoolte Analyse mit Einschluss mehrerer Datenjahre notwendig.

Bei degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule ist von einer steigenden Krankheitshäufigkeit mit zunehmendem Alter auszugehen, weshalb das Durchschnittsalter auf Kreisebene als Kontrollgröße in die Regressionsanalysen eingeschlossen wurde. Eine Berücksichtigung der eigentlichen Erkrankungsprävalenz fand in dieser Untersuchung allerdings nicht statt. Eine Schätzung der Prävalenz über die Zahl der Krankenhausbehandlungen bei Bandscheibenvorfällen würde zwar auch im stationären Sektor durchgeführte konservative Behandlungen miteinschließen, allerdings blieben alle rein ambulant behandelten Fällen unberücksichtigt. Eine derartige Prävalenzschätzung wäre daher selbst durch die Präferenzen von Patienten und ambulant tätigen Orthopäden beeinflusst. Die besondere Bedeutung der regional unterschiedlichen Erkrankungsprävalenz beim Vergleich von Krankenhausbehandlungshäufigkeiten auf Ebene der deutschen Stadt- und Landkreise ist für verschiedene chronische Erkrankungen nachgewiesen, weshalb zukünftige Analysen einen Prävalenzschätzer berücksichtigen sollten (Pollmanns et al. 2017).

### Danksagung

Die Autoren danken dem Statistischen Bundesamt, Gruppe H1, für die Bereitstellung der Daten.

### Literatur

- Abdi H. Bonferroni and Sidak Corrections for Multiple Comparisons. In: Salkind NJ. Encyclopedia of Measurement and Statistics. Thousand Oaks, CA: SAGE 2007; 103–7.
- Appleby J, Raleigh V, Frosini F, Bevan G, Gao H, Lyscom T. Variations in Health Care – The good, the bad and the inexplicable. [https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/Variations-in-health-care-good-bad-inexplicable-report-The-Kings-Fund-April-2011.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/Variations-in-health-care-good-bad-inexplicable-report-The-Kings-Fund-April-2011.pdf) (21 Juni 2017).
- Bederman SS, Coyte PC, Kreder HJ, Mahomed NN, McIsaac WJ, Wright JG. Who's in the driver's seat? The influence of patient and physician enthusiasm on regional variation in degenerative lumbar spinal surgery: a population-based study. *Spine* 2011; 36 (6): 481–9.
- Bedermann SS, Rosen CD, Bhatia NN, Kiester PD, Gupta R. Drivers of surgery for the degenerative hip, knee, and spine: a systematic review. *Clin Orthop Relat Res* 2012; 470 (4): 1090–105.

- Birkmeyer JD, Reames BN, McCulloch P, Carr AJ, Campbell WB, Wennberg JE. Understanding of regional variation in the use of surgery. *Lancet* 2013; 382 (9898): 1121–9.
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. INKAR online – Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung. [http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/InteraktiveAnwendungen/INKAR/inkar\\_online\\_node.html](http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/InteraktiveAnwendungen/INKAR/inkar_online_node.html) (21 Juni 2017).
- Drösler SE. Regionale Unterschiede in der Operationshäufigkeit – Bewertung der Daten und Handlungsbedarf. [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Versorgungsforschung/2015-05-29\\_GutachtenRegVariationen.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Versorgungsforschung/2015-05-29_GutachtenRegVariationen.pdf) (21 Juni 2017).
- Fürstenberg T, Zich K, Hausteiner R. Regionale Unterschiede und deren Determinanten im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2012: Regionalität. Stuttgart: Schattauer 2012; 77–110.
- Mohammed MA, Cheng KK, Rouse A, Marshall T. Bristol, Shipman, and clinical governance: Shewhart's forgotten lessons. *Lancet* 2001; 357 (9254): 463–7.
- Pollmanns J, Romano PS, Weyermann M, Geraedts M, Drösler SE. Impact of Disease Prevalence Adjustment on Hospitalization Rates for Chronic Ambulatory Care-Sensitive Conditions in Germany. *Health Serv Res* (im Druck).
- Schäfer T, Pritzkeleit R, Hannemann F, Günther KP, Malzahn J, Niethard F, Krauspe R. Trends und regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Wirbelsäulenoperationen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2013: Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen? Stuttgart: Schattauer 2013; 111–34.
- Sørensen K, van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12: 80.
- Spiegelhalter DJ. Funnel plots for comparing institutional performance. *Stat Med* 2005; 24 (8): 1185–202.
- Storz-Pfennig P. Deutschland: Geographische Variationen in der Gesundheitsversorgung. <https://www.oecd.org/berlin/publikationen/Deutschland-Geografische-Variationen-in-der-Gesundheitsversorgung.pdf> (21 Juni 2017).
- Vittinghoff E, McCulloch CE. Relaxing the rule of ten events per variable in logistic and Cox regression. *Am J Epidemiol* 2007; 165 (6): 710–8.
- Weinstein JN, Bronner KK, Morgan TS, Wennberg JE. Trends and geographic variations in major surgery for degenerative diseases of the hip, knee, and spine. *Health Aff (Millwood)* 2004; Suppl Variation: VAR81-9.
- Wennberg JE, Gittelsohn. Small area variations in health care delivery. *Science* 1973; 182 (4117): 1102–8.
- Wennberg JE. Unwarranted variations in healthcare delivery: implications for academic medical centres. *BMJ* 2002; 325 (7370): 961–4.
- Zich K, Tisch T. Faktencheck Rücken – Rückenschmerzbedingte Krankenhausaufenthalte und operative Eingriffe. [https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV\\_FC\\_RueckenoRueckenoRu\\_Studie\\_dt\\_final.pdf](https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_FC_RueckenoRueckenoRu_Studie_dt_final.pdf) (21 Juni 2017).

# 7 Von der Landesplanung zur algorithmischen Marktregulierung

Wulf-Dietrich Leber und David Scheller-Kreinsen

## Abstract

Deutschland erlebt einen fundamentalen Wandel in der Steuerung und Strukturierung der stationären Versorgung: Es entsteht neben der klassischen Planung eine bundesweite Marktregulierung, die die klassische Kompetenz der Krankenhausplanung durch die Landesbehörden substituiert oder zumindest in Frage stellt. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist auch im Krankenhausbereich zu einer Regulierungsbehörde in gemeinsamer Selbstverwaltung geworden. Über die Trägervielfalt entscheidet das Bundeskartellamt, der Gemeinsame Bundesausschuss ist zusammen mit dem neuen Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen die dominierende Instanz für Fragen der Qualitätssicherung. Durch Strukturvorgaben zur Sicherstellung werden mittlerweile wesentliche Kriterien zur Krankenhausplanung beschlossen, die traditionell in die Länderkompetenz fallen. Diese Strukturvorgaben sind zum Teil qualitätsorientiert, zum anderen berühren sie auch Kapazitätsfragen. Die bundesweiten Vorschriften haben den Charakter „algorithmischer“ Planung: Sie formulieren versichertenorientierte Regeln für die auf dem Markt stationär tätigen Krankenhausträger. Es gilt, dieses Regelwerk weiterzuentwickeln. Noch fehlen wesentliche Algorithmen zum Marktzugang und -abgang. Ferner erlauben die digitalen Systeme inzwischen weitestgehend die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten. Es dürfte deshalb an der Zeit sein, verfassungsrechtlich nachzujustieren, damit vermeintliche Eingriffe in die Planungshoheit der Länder künftig nicht mehr unbefriedigende Opt-out-Regelungen nach sich ziehen.

Germany is experiencing a fundamental change in the management and structuring of inpatient care: In addition to classical planning, a nationwide market regulation is emerging which substitutes or at any rate questions, the traditional competence of hospital planning by the state authorities. The Joint Federal Committee has also become a regulatory authority in the hospital sector under common self-government. The Federal Cartel Office decides on the diversity of hospital owners, and the Joint Federal Committee, together with the new Institute for Quality Assurance and Transparency in Healthcare, is the dominant authority for questions of quality assurance. Meanwhile, structural specifications have led to the adoption of essential criteria for hospital planning which traditionally fall within the competence of the federal states. These structural specifications are partly quality-oriented, but they also refer to capacity issues. The nationwide regulations could be characterised as “algorithmic” planning: They include insurance-oriented rules for hospital owners. This set of rules must be further developed; essential

algorithms for entering and leaving the market are still missing. Furthermore, modern digital systems largely allow that regional specific cities are taken into account. It is therefore about time to make constitutional adjustments in order to ensure that supposed interventions in the planning sovereignty of the federal states will no longer lead to unsatisfactory opt-out regulations in the future.

## 7.1 KHSG 1972 – das paternalistische Modell

Das tradierte Krankenhausfinanzierungsrecht von 1972 ist weitestgehend paternalistisch geprägt: Ein gütiger Landesvater baut Krankenhäuser, wo auch immer die Landeskinder stationäre Hilfe benötigen. Er achtet dabei auf Trägervielfalt, sodass konfessionell gebundene Patienten ein Haus ihres Vertrauens finden und Patienten ohne konfessionelle Bindung ebenfalls. Die laufenden Kosten des Krankenhauses übernimmt die Krankenkasse. Kommt es zu qualitativen Mängeln, z. B. im Hygienebereich, dann schreitet der Landesvater ein.

An diesem Bild stimmt vieles nicht mehr. Vom Bau und von der Erhaltung der Krankenhäuser durch die Länder kann kaum noch die Rede sein. Wir beobachten eine ungebremsste Erosion der dualen Finanzierung. Zudem hat die tradierte Krankenhausstandortplanung zu erheblichen Überkapazitäten, insbesondere in Ballungszentren, geführt (Abschnitte 7.2 und 7.3).

Neben der traditionellen Landesplanung entsteht inzwischen eine bundesweite Marktregulierung für die stationäre Versorgung (Abschnitt 7.4): Über die Trägervielfalt entscheidet das Bundeskartellamt, der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist zusammen mit dem neuen Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) die dominierende Instanz für Fragen der Qualitätssicherung. Durch Strukturvorgaben zur Sicherstellung werden mittlerweile wesentliche Vorgaben zur Krankenhausplanung beschlossen, die traditionell in die Länderkompetenz fallen. Diese Strukturvorgaben sind zum Teil qualitätsorientiert (Abschnitt 7.5), zum anderen berühren sie auch Kapazitätsfragen (Abschnitt 7.6). Insgesamt entsteht neben der klassischen Planung ein Regelwerk, das die klassische Kompetenz der Krankenhausplanung durch Landesbehörden substituiert oder zumindest in Frage stellt. Der G-BA ist zu einer Regulierungsbehörde in gemeinsamer Selbstverwaltung geworden – eine Rolle, die er bereits bei der ambulanten Bedarfsplanung und im Arzneimittelmarkt innehat. Die bundesweiten Vorgaben haben den Charakter „algorithmischer“ Planung: Sie formulieren versichertenorientierte Regeln für die auf dem Markt stationär tätigen Krankenhausträger. Es gilt, dieses Regelwerk weiterzuentwickeln (Abschnitt 7.7).

Die Gründe für die Ablösung der klassischen paternalistischen Krankenhausplanung sind vielfach in der gesundheitsökonomischen Literatur beschrieben. So fallen im Krankenhausbereich Entscheidungen zur Planung und Finanzierung von Leistungen auf mehreren Ebenen problematisch auseinander. Die Bundesländer entscheiden im Rahmen der Krankenhausplanung über wichtige Parameter der stationären Versorgung, müssen aber nur geringe Teile der entstehenden Kosten verantworten. In der Finanzwissenschaft wird diese Konstellation als Verletzung der „fiskalischen Äquivalenz“ bezeichnet, da der Kreis der Entscheidungsträger, der Nutz-

nießer sowie der Steuer- bzw. Beitragszahler nicht zusammenfällt und somit eine wichtige Voraussetzung für eine nutzenstiftende Leistungserbringung von Gütern in korporatistischen oder öffentlichen Sektoren nicht gegeben ist (Olson 1969).

Abweichend vom Prinzip der fiskalischen Äquivalenz wird die Krankenhauspolitik von den Ländern zunehmend im verantwortungsfreien Raum ohne finanzielle Erwägung und Haftung gestaltet. Noch dramatischer ist jedoch die permanente Verletzung der sogenannten „regionalen Äquivalenz“ auf Landesebene: Hier entscheiden die Landesregierungen im Rahmen der Krankenhausplanung über Standorte und Schwerpunkte der stationären Versorgung. Die Kosten werden jedoch überwiegend bundesweit auf die GKV-Gemeinschaft umgelegt, da die Betriebsmittel der Kassen zur Finanzierung der laufenden Kosten und größtenteils auch der Investitionskosten herangezogen werden. Dies bedeutet grob vereinfacht: Die Landesregierungen können landesspezifischen, gesundheitspolitischen und arbeitsmarktpolitischen Nutzen stiften, ohne die Kosten zu beachten, da diese größtenteils von bundesweit agierenden Krankenkassen „vergemeinschaftet“ werden. Die desaströsen Folgen einer solchen dauerhaften Verletzung des Prinzips der regionalen Äquivalenz sind Überkapazitäten.

## 7.2 Das Ergebnis: Überkapazitäten

Das deutsche Gesundheitswesen zeichnet sich im internationalen Vergleich durch eine außerordentlich hohe Krankenhausedichte aus. Anschaulich wird dies u. a. durch den Vergleich von den Niederlanden und 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 je 100 000 Einwohner: Hier liegt Deutschland 58 Prozent über dem EU-Durchschnitt (Busse et al. 2016). Erstaunlich ist vor diesem Hintergrund auch, dass die mittlere Verweildauer trotz breit ausgebauter, spezialisierter vertragsärztlicher Versorgung deutlich über dem EU-Durchschnitt liegt (WHO 2015). Auch die Analyse von stationären Leistungsmengen kommt zu ähnlichen Ergebnissen: Im internationalen Vergleich weist nur Österreich eine höhere Fallzahl pro 100 Einwohner auf (hche 2014). Nachdenklich stimmt auch die Ausstattung der stationären Versorger: Immerhin 26 Prozent der Plankrankenhäuser verfügen laut Eigenauskunft nicht über einen Computertomographen, ca. 20 Prozent versorgen stationäre Patienten, ohne ein einziges Intensivbett vorzuhalten (Statistisches Bundesamt 2016). Besorgniserregend ist, dass die stationäre Versorgung im internationalen Ranking trotz des immensen Ressourceneinsatzes bei wichtigen, notfallnahen gesundheitlichen Outcomes (z. B. bei der Herzinfarktversorgung) international nur mittelmäßige Ergebnisse erzielt (OECD 2013, 2015).

Insgesamt ist der Glaube daran, dass alle Krankenhäuser im Krankenhausplan bedarfsnotwendig sind bzw. deren Vorhaltung zielführend ist, erschüttert. Im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)<sup>1</sup> wurden folgerichtig erstmals durch einen Struktur-

<sup>1</sup> Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vom 10.12.2015 (BGBl. I S. 2229).

fonds Maßnahmen ergriffen, um eine Konzentration und Bereinigung des Krankenhausmarktes zu erreichen – allerdings mit mäßigem Erfolg.

### 7.3 Erosion der dualen Finanzierung

Die Legimitation des klassischen Modells geht vor allem durch die mangelnde Investitionstätigkeit der Länder verloren. Die fehlende Äquivalenz von Verantwortung, Finanzierung und Folgen von Entscheidungen wurde mit den klammen Kassen der Länder zum Problem. Krankenhausinvestitionen werden nur noch in einem geringen Umfang durch die Länder abgedeckt (Leber und Wolff 2012). So ist der Finanzierungsanteil der Krankenhausausgaben durch die Bundesländer seit der Einführung im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)<sup>2</sup> von über 20 Prozent im Jahr 1972 auf ca. vier Prozent im Jahr 2015 geschrumpft. Setzt sich der Rückgang des Finanzierungsanteils der Bundesländer linear fort, wird die duale Finanzierung Mitte des nächsten Jahrzehnts die Nulllinie erreichen (Abbildung 7–1).

Aus der 1972 eingeführten dualen Krankenhausfinanzierung wird daher schleichend eine monistische Krankenhausfinanzierung zulasten der Krankenkassen. Dieser Wandel vollzieht sich erstaunlicherweise ohne jede gesetzliche Änderung: Die Länder zahlen einfach weniger. Ein verstärkter Einfluss der Krankenkassen auf Standort- und Investitionsentscheidungen ist mit der Übernahme der Finanzlast bislang nicht verbunden.

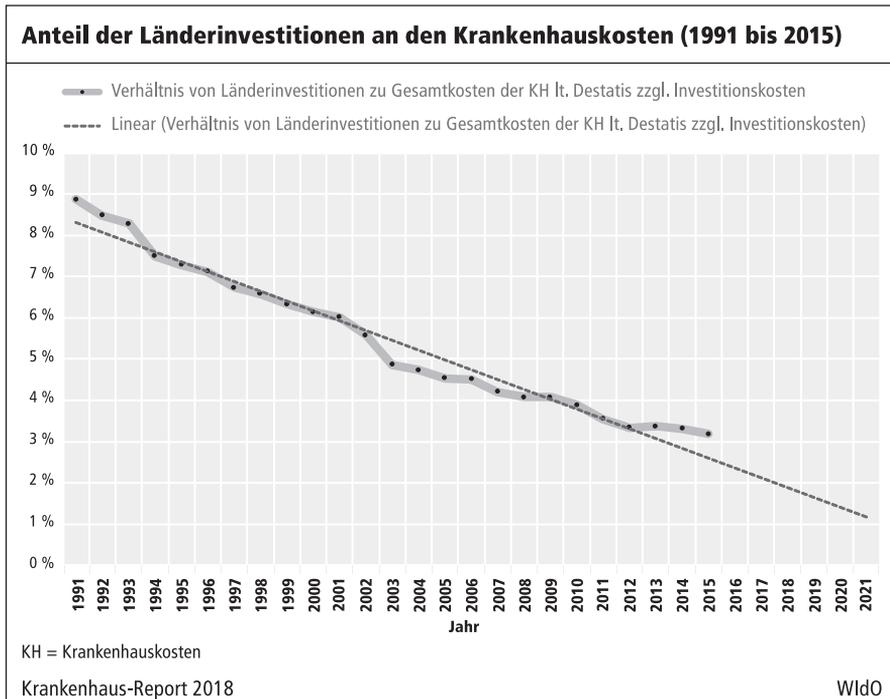
Die mangelnde Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer geht einher mit Debatten über einen Investitionsstau in Krankenhäusern. Die durchaus beachtliche Investitionstätigkeit der Krankenhäuser ist nur dadurch erklärbar, dass die mangelnde Länderförderung aus anderen Quellen kompensiert wird, vornehmlich aus Erlösen der Krankenbehandlung, den Betriebsmitteln. Eine offizielle Statistik gibt es nicht. Aber wenn man einmal annimmt, dass die wahre Investitionsquote zehn Prozent der Krankenhauskosten beträgt, dann wird derzeit schon mehr als die Hälfte der Investitionen via DRGs finanziert. Diese Verwendung von Betriebsmitteln ist laut KHG eine gesetzwidrige Zweckentfremdung, bei der die Krankenkassenaufsicht eigentlich erlöskürzend einschreiten müsste.

Derzeit können die Bundesländer zwei unterschiedliche Mechanismen zur Verteilung der Investitionsmittel nutzen: 1. die krankenhausspezifische Einzelförderung (z. B. der Bau eines OP-Trakts) und 2. die Pauschalförderung. Das bei Landes- und Lokalpolitikern beliebtere Instrument ist die Einzelförderung, da diese medienwirksam zur Begünstigung von sichtbaren Projekten, wie z. B. der Erweiterung einer pädiatrischen Einrichtung, eingesetzt werden kann. Gerade dies macht die Einzelförderung verteilungspolitisch problematisch.

Öffentlich stärker debattiert wird jedoch über die Verteilung von pauschalen Fördermitteln. Dies mündete 2009 mit dem Krankenhausfinanzierungsreform-

<sup>2</sup> Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) vom 29.06.1972, neugefasst durch Bekanntmachung vom 10.04.1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 13 Absatz 1 Gesetz vom 12.04.2012 (BGBl. I S. 579).

Abbildung 7–1



gesetz (KHRG)<sup>3</sup> in den Auftrag zur Entwicklung von Investitionsbewertungsrelationen. Zukünftig sollen pauschale Fördermittel nicht mehr vorrangig nach Betten, sondern leistungsorientiert über Investitionsbewertungsrelationen verteilt werden. Angelehnt an die Verfahren im DRG-System hat die Selbstverwaltung 2017 zum vierten Mal einen bundesweit einheitlichen Katalog vereinbart (§ 10 Abs. 2 KHG). Es haben sich bislang jedoch nur zwei Bundesländer (Berlin, Hessen) gefunden, die diesen Verteilungsschlüssel anwenden.

Generell ist jedoch fraglich, ob diese mit viel Aufwand betriebene und auf hohem technischem Niveau angelegte Reform zu einer Verbesserung der Krankenhausfinanzierung beitragen wird. Auf Kassenseite besteht der Verdacht, dass die Kalkulation nur dazu dient, die Investitionskostenfinanzierung von den Länderhaushalten an die Krankenkassen „geordnet“ zu übergeben.

Dauerhaft kann dieses Vakuum, das durch den Abgang des paternalistischen Landesvaters und die mangelnde Investitionskostenfinanzierung entstanden ist, nicht unbesetzt bleiben. Alles deutet daher darauf hin, dass der Gesetzgeber in einem mehrjährigen Prozess auch im Krankenhausbereich eine Art Marktregulierung autonomer Leistungserbringer etabliert, wie wir sie aus anderen Branchen kennen.

3 Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) vom 17.03.2009 (BGBl. I S. 534).

## 7.4 Marktregulierung

### 7.4.1 Regulierung autonomer Entscheidungsträger

Das Problem bei der gesetzlichen Ausgestaltung der Krankenhausregulierung besteht darin, dass sich die Mehrzahl der Bürger die Krankenhausplanung wie die Schulplanung vorstellt, also wie einen Ordnungsbereich, bei dem das Land autonom entscheidet, an welcher Stelle Schulen gebaut oder auch geschlossen werden. Die staatlichen Behörden sind im Schulbereich quasi vollständig Herr des Verfahrens. Im Krankenhausbereich ist das mitnichten so. Hier entscheiden – weitgehend autonom – die Krankenhausträger über das Versorgungsgeschehen. Ihre Aktivität ist eigentumsrechtlich und wirtschaftsrechtlich geschützt. Die Zahl der gescheiterten Versuche, seitens der Landesplanung ein Krankenhaus zu schließen, ist Legion – nicht nur wegen des (kommunal)politischen Widerstands, sondern wegen der einklagbaren Rechte des Krankenhauses vor den Verwaltungsgerichten. Die Tatsache, dass die Betten in den Krankenhäusern belegt waren, galt den Verwaltungsgerichten als Beleg dafür, dass sie zu Recht im Krankenhausplan stehen.

Letztlich sind der Landesplanung bei autonom entscheidenden Krankenhausträgern enge Grenzen gesetzt. Die Fusion eines freigemeinnützigen Krankenhauses mit einem privaten Krankenhaus beispielsweise ist kaum durchsetzbar. Dies gilt umso mehr, als die Krankenhausträger ihre Investitionen inzwischen aus DRG-Erlösen finanzieren und nicht mehr „am goldenen Zügel“ zu landesplanerisch konformen Strukturentscheidungen gedrängt werden können. Nimmt man die staatliche Autonomie einer Schulplanung als Maßstab, gibt es eigentlich gar keine Krankenhausplanung. Der Krankenhausplan ist – von wenigen Ausnahmen abgesehen – eigentlich nur eine historische Fortschreibung von Abrechnungslizenzen gegenüber den Krankenkassen. Diese Abrechnungslizenz ist den Krankenhausträgern faktisch nicht zu nehmen.

Man muss die Krankenhausversorgung in Deutschland als einen durch Lizenzen mäßig begrenzten Markt sehen, auf dem weitestgehend autonom entscheidende Marktteilnehmer (die Krankenhausträger) agieren. Ihre Tätigkeit wird inzwischen durch eine Vielzahl von „Regulierungsinstanzen“ geordnet:

- Eine Reihe von Vorgaben ergibt sich direkt aus den Vorgaben des Bundesgesetzgebers. Dies gilt insbesondere für die Budgetbemessung und die Vergütungsregelungen, die im KHG und Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)<sup>4</sup> vorgegeben sind – ohne Zustimmung durch die Landesplanungsbehörden.
- Die Vergütungssystematik im Einzelnen wird von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene vorgegeben, insbesondere das DRG-Fallpauschalensystem, das aufbauend auf den Vorarbeiten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem GKV-Spitzenverband mit verbindlicher Wirkung für alle Krankenhäuser vereinbart wird.

<sup>4</sup> Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) vom 23.04.2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Artikel 8c Gesetz vom 17.07.2017 (BGBl. I S. 2615).

- Für Fragen der abrechenbaren medizinischen Methoden und die externe Qualitätssicherung zeichnet der G-BA verantwortlich. Inzwischen trifft der G-BA auch maßgebliche Entscheidungen zur Strukturqualität und zur Sicherstellung.
- Fragen des Wettbewerbs zwischen den Krankenhäusern entscheidet das Bundeskartellamt. Erinnert sei an die zahlreichen Aufgaben zur Vermeidung einer wettbewerbsbeherrschenden Stellung bei der Fusion der Rhön- mit den Helios-Kliniken.
- Eine Reihe weiterer Vorgaben werden – jenseits des G-BA – von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene beschlossen. Prominentes Beispiel sind derzeit die Vorgaben für Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen.

Die Änderungen bei der Steuerung der stationären Versorgung durch die Entstehung eines vielschichtigen Regelungswerks werden insbesondere bei den völlig gewandelten Krankenhausverhandlungen vor Ort deutlich. Das traditionelle Steuerungsmodell in Zeiten der Selbstkostendeckung war ein Gespräch unter Männern: Der AOK-Chef vor Ort und der Krankenhausdirektor entschieden über die Höhe des Pfegesatzes – keine Auseinandersetzung über Qualität, bisweilen eine Diskussion über die Krankenhausstrukturen.

Inzwischen ist diese Vor-Ort-Verhandlung durch eine komplexe Mehrebenensteuerung abgelöst worden. Die entscheidende Preissteuerung erfolgt als Landesbasisfallwertverhandlung auf Landesebene, die Relativgewichte werden durch das InEK kalkuliert, Qualitätsindikatoren werden auf Bundesebene durch ein Qualitätsinstitut vorbereitet und durch den G-BA beschlossen, Methodenfragen werden durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bearbeitet und ebenfalls durch den G-BA umgesetzt. Wir erleben eine extreme Professionalisierung mit erheblichem personellem Einsatz. Das traditionelle Selbstverwaltungssystem, bei dem Leistungserbringer und Krankenkassen zusammen das Geschehen im Gesundheitswesen steuern, hat sich zu einem System gewandelt, bei dem „intermediäre Instanzen“ die wesentliche Steuerung übernehmen – irgendwie noch Selbstverwaltung, aber doch zunehmend öffentlich-rechtlich. Beeindruckend sind die Hundertschaften von hochspezialisierten Experten in diesen Institutionen, die es allesamt vor zwei Jahrzehnten noch nicht gab.

Die dominierende Institution unter diesen intermediären Instanzen ist der G-BA, der sich trotz aller Zweifel an seiner verfassungsrechtlichen Legitimation einer kontinuierlich wachsenden Zuweisung gesetzlicher Aufgaben erfreut.

#### 7.4.2 Der Gemeinsame Bundesausschuss als Regulierungsbehörde

Wie näher in Abschnitt 7.5 ausgeführt, hat der G-BA eine umfassende Steuerungskompetenz im Bereich der Qualitätssicherung. Mindestmengen und Strukturrichtlinien sind die prominentesten Beispiele. Seit dem KHSG geht die Kompetenz darüber hinaus: Eine fast „revolutionäre“ Passage im KHSG ist der Absatz 3 des neu geschaffenen § 136c SGB V: „Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt erstmals bis zum 31. Dezember 2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen [...] Der Gemeinsame Bundesausschuss hat insbesondere Vorgaben zu beschließen

1. zur Erreichbarkeit (Minutenwerte) für die Prüfung, ob die Leistungen durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das die Leistungsart erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden können,
2. zur Frage, wann ein geringer Versorgungsbedarf besteht, und
3. zur Frage, für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist.“

Hier wird ein Paradigmenwechsel deutlich: Die bislang landesplanerische Entscheidung über die Notwendigkeit eines Krankenhauses wird durch ein bundesweit gültiges Regelwerk ersetzt. Zur Umsetzung im G-BA sei auf Abschnitt 7.6.2 verwiesen.

Der G-BA ist eine Regulierungsbehörde in gemeinsamer Selbstverwaltung. Er (bzw. dessen Vorläufer) regelt bereits seit Anbeginn via Bedarfsplanungs-Richtlinie<sup>5</sup> die Zulassungsmöglichkeiten für niederlassungswillige Ärzte. Im Arzneimittelmarkt trifft er weitgehende Entscheidungen zum Zusatznutzen neuer Arzneimittel (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG)<sup>6</sup> sowie zur Preisbildung im Bestandsmarkt durch Bildung von Festbetragsgruppen. Im stationären Bereich wird durch das KHSG letztlich nur nachvollzogen, was in anderen Bereichen des Gesundheitswesens längst gelebte Praxis ist. Damit dies nicht mit der Landeskompetenz in Konflikt gerät, wird den Ländern in allen diesbezüglichen Paragrafen eine Ausstiegsoption angeboten. Auf diese Weise war es rechtstechnisch möglich, das KHSG-Gesetzgebungsverfahren zustimmungsfrei durchzuführen.

Die Zuständigkeit des G-BA ist nicht ohne Kritik geblieben und hat immer wieder verfassungsrechtliche Bedenken evoziert – bislang ohne nachhaltige Einschränkung seiner Tätigkeit. Der Wandel von Einzelentscheidungen zur Marktregulierung durch bundesweit tätige Behörden ist allerdings ein eher allgemeiner Trend. Auch in anderen Bereichen vollzog sich in den letzten Jahrzehnten ein Wandel von staatlicher Planung zu regulierten Märkten. Er firmierte unter dem irreführenden Begriff „Deregulierung“. De facto handelte es sich um eine komplizierte Marktregulierung. Die zentrale Behörde hierfür ist die Bundesnetzagentur, die für Elektrizität und Gas, Telekommunikation, Post und Eisenbahn zuständig ist.<sup>7</sup> In all diesen Bereichen sind Marktzugang und Marktaustritt geregelt, zum Teil werden Preissetzungen überwacht. Die hochkomplexen Ausschreibungsvorgänge geben einen Eindruck vom Ausmaß der Regularien, die allesamt das Ziel haben, den Verbraucher vom Wettbewerb profitieren zu lassen und ihn zugleich vor dessen Auswüchsen zu schützen. Die Definition von Sicherstellungszuschlägen durch den G-BA ist wahrscheinlich erst der Einstieg in eine umfassendere Marktregulierung in den nächsten Jahren.

5 Vgl. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie), <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/4/> (28. November 2017).

6 Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG) vom 22.12.2010 (BGBl. I S. 2262).

7 Vgl. [www.bundesnetzagentur.de](http://www.bundesnetzagentur.de).

### 7.4.3 Marktregulierung in Abgrenzung zu anderen Steuerungsmodellen

Die Steuerung der Krankenhausversorgung ist ein Klassiker in der ordnungspolitischen Debatte des Gesundheitswesens und füllt meterweise Bibliotheksregale. Auffällig ist, dass es in der westlichen Welt trotz einer generellen Zustimmung zur Marktwirtschaft keine einheitliche Antwort auf die Frage gibt, ob für die Krankenhäuser eher staatliche Planungsmodelle oder aber marktwirtschaftliche Prinzipien greifen sollten. So folgen ansonsten durchaus marktliberale Länder, wie Großbritannien, Dänemark, Spanien oder die Niederlande, im Krankenhausbereich einem quasi planwirtschaftlichen Ansatz, während in anderen Ländern, wie in Deutschland, den Vereinigten Staaten oder der Schweiz, eher Kombinationen aus staatlicher Planung und wettbewerblicher Ordnung dominieren. Wie eingangs dargestellt, kombiniert Deutschland eine funktionsuntüchtige staatliche Planung mit autonom agierenden Krankenhausträgern. Da das Ergebnis als nicht überzeugend empfunden wird, gibt es seit Langem Reformvorschläge.

#### 1. Verstärkte Beteiligung der Krankenkassen bei der Krankenhausplanung

Da im paternalistischen Modell Landesbehörden auf Kosten von Krankenkassen planen, gibt es seit dem KHG 1972 den Ruf nach stärkerer Beteiligung der Krankenkassen an den Planungsprozessen. Diese beschränkt sich bislang auf eine unbedeutende Mitwirkung in den Landesplanungsausschüssen. Die Fehlsteuerung mit Tendenz zur Überversorgung wird verstärkt durch die föderalistische Ordnung: Länder haben alle versorgungs- und arbeitsmarktpolitischen Vorteile regionaler Überversorgung, können aber die Folgekosten aufgrund der Mischkalkulation in überregionalen Kassen und aufgrund des bundesweiten Risikostrukturausgleichs deutschlandweit umlegen. Es wäre also ordnungspolitisch konsequent, die Kostenträger an den Planungsprozessen maßgeblich zu beteiligen.

Gleichwohl muss man konstatieren: Der Ruf nach verstärkter Kassenmitsprache ist in den letzten 40 Jahren ohne jeden Erfolg geblieben. Es gibt keinen einzigen gesetzgeberischen Vorgang, der maßgeblich dem Einfluss der Kostenträger mehr Gewicht verschafft hätte. Das Modell „Verstärkte Mitsprache der Kassen“ muss als gescheitert erklärt werden. Ein Grund dafür, dass auch für die nähere Zukunft keine Änderung zu erwarten ist, mag darin liegen, dass die Kassen durch die seit 1996 eingeführte allgemeine Wahlfreiheit der Versicherten zunehmend als konkurrierende Unternehmen agieren und somit nicht mehr als zuverlässige Vertreter des „Allgemeinwohls“ gelten. Man unterstellt zunehmend unternehmenspolitische Eigeninteressen, sodass der Ruf nach vermehrter Kassenmitsprache ungehört verhallen dürfte.

#### 2. Rahmenplanung

Ein zweites Reformkonzept f rmiert unter dem Begriff „Rahmenplanung“. Es geht davon aus, dass die Landesplanung lediglich einen Rahmen vorgibt, der von den Verhandlungspartnern vor Ort (Krankenkassen und Krankenhausträgern) ausgefüllt wird.<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Vgl. Endbericht der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ gemäß Beschluss des Deutschen Bundestages vom 04.07.1987 und vom 27.10.1988, BT Drs. 11/6380 vom 12.02.1990.

Das Konzept ist de facto weitgehend unbestimmt geblieben, weil nicht klar geregelt wurde, was denn nun die Zuständigkeit der staatlichen Planungsbehörden ist (Standorte? Abteilungen?) und was in die Regelungskompetenz der Verhandlungspartner vor Ort fällt (Leistungsspektrum? Leistungsmengen?). Letztlich handelt es sich auch um ein Modell, bei dem der Einfluss der Kassen gestärkt wird – nicht auf der Ebene landesplanerischer Entscheidungen, sondern auf der Ebene krankenhausspezifischer Verhandlungen. Auch dieses Modell muss als gesundheitspolitisch gescheitert bezeichnet werden – wahrscheinlich aufgrund der gleichen Argumente wie das eben beschriebene Modell verstärkter Mitsprache bei der Landesplanung.

### 3. Kommunale Steuerung

Das „romantische“ Gegenmodell zu allen überörtlichen Steuerungsmodellen ist das Reformkonzept einer stärker kommunalen Steuerung. Dieses Modell hat wegen seiner basisdemokratischen, partizipativen Komponente eine starke Anziehungskraft und in der Tat gibt es aufgrund der zahlreichen regionalen Verflechtungen und Interdependenzen (z. B. zwischen Kliniken und Pflegeheimen) Anlass genug, vor Ort miteinander zu reden. Die Idee, die Krankenhausplanung in der Kommune zu verorten, dürfte jedoch aus mindestens drei Gründen wenig zukunftsweisend sein. Erstens würden – noch stärker als bei der derzeitigen Landesplanung – kommunale Entscheidungsträger auf Kosten bundesweiter Finanzierungsinstitutionen Überkapazitäten planen oder perpetuieren. Zweitens ignoriert das Modell der kommunalen Steuerung die in vielen medizinischen Bereichen sinnvolle Konzentration auf überregionale Zentren. Es hat ja seinen Grund, dass die Planungssysteme in anderen Staaten fast alle gesamtstaatlich geregelt sind. Zudem sollten viele Versorgungsbereiche, wie z. B. die Transplantationsmedizin, bundesweit organisiert werden. Drittens wird die Rückverweisung auf die untere Ebene der zunehmenden Komplexität moderner Medizin und deren Vergütung kaum gerecht. Es ist einfach unvorstellbar, dass beispielsweise die Frage der Berücksichtigung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im DRG-System auf adäquatem Niveau in Hunderten von Ortsräten diskutiert werden könnte.

Kurzum: Eine Art Gegenbewegung aus Angst vor einem datengetriebenen Überwachungsstaat mit seinen vermeintlich blutleeren Algorithmen ist verständlich, scheint doch die Entscheidungsfindung vor Ort „am Menschen“ orientiert zu sein und Wärme auszustrahlen. Eine Zukunftsperspektive ist das gleichwohl nicht. Genauso wenig wie man komplizierte Vorgänge (z. B. die Arzneimittelzulassung) auf kommunaler Ebene verorten sollte, genauso verbietet es sich, die komplexe Steuerung der stationären Versorgung auf eine Ebene zu delegieren, die sie nicht wird steuern können.

### 4. Selektivvertragliche Steuerung

Ein Reformvorschlag, staatliche Planung einzugrenzen und partiell durch selektive Vertragshoheit von Kassen und Krankenhausträgern zu ersetzen, existiert seit zehn Jahren unter dem Titel „Elektiv wird selektiv“ (Leber et al. 2007). Das Modell sieht vor, elektive Leistungen (also alles jenseits der Notfallversorgung) in die Hand von bilateralen Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhausträgern zu geben. Da dem Modell offensichtlich die gleichen Vorbehalte gegen die verstärkte „Kassenmacht“ begegnen, ist es bislang ohne gesundheitspolitischen Nachhall ge-

blieben. Lediglich die Qualitätsverträge des KHSG können als eine Art Umsetzung interpretiert werden. Den Krankenkassen ist es künftig erlaubt, in vier Leistungsbereichen mit einzelnen Krankenhäusern Verträge zu Leistungen mit besonderer Qualität abzuschließen (§ 110a SGB V sowie § 136b Abs. 1 und 8 SGB V). Da es sich allerdings um eine Gesetzesvorschrift handelt, die eher Zusatzleistungen ermöglicht, wird sie zur Restrukturierung der Krankenhauslandschaft – geschweige denn zum Abbau von Überkapazitäten – kaum einen Beitrag leisten.

Gleichwohl steht die hier propagierte algorithmische Planung nicht im Gegensatz zu verstärkten selektivvertraglichen Elementen in der Krankenhausversorgung. Der algorithmische Ansatz würde allerdings versuchen, Regeln zur selektivvertraglichen Öffnung zu formulieren, so z. B. die Beschränkung auf elektive Leistungen und Vorgaben für eine begleitende Qualitätssicherung.

## 5. Algorithmen zur Regulierung des Krankenhausmarktes

Das Modell einer algorithmischen (also regelbasierten) Marktregulierung ist ein Gegenmodell zur landesplanerischen Entscheidung, deren Funktionsmängel evident sind. Das Modell geht auch nicht davon aus, dass das traditionelle Planungsmodell signifikant durch eine stärkere Mitbestimmung der Krankenkassen vor Ort „gerettet“ werden kann – so folgerichtig eine institutionelle Berücksichtigung der „Folgekostenträger“ im Planungsprozess auch sein mag. Es baut darauf, dass die bundesweite Regulierung autonomer Leistungserbringer an die Stelle landesplanerischer Entscheidungen tritt. Die Definition von Sicherstellungszuschlägen durch den G-BA ist der offensichtlichste Schritt in Richtung einer umfassenderen Marktregulierung. Die folgenden Kapitel zeigen darüber hinaus, dass nunmehr schon zahlreiche weitere Schritte in Richtung einer solchen algorithmischen Marktregulierung gegangen wurden, ohne dass dies in der gesundheitsökonomischen Literatur ausreichend gewürdigt wurde. Es fehlen jedoch noch Regeln zum Marktzugang und zur Kapazitätsbegrenzung. Wenn sich hierfür ein überzeugendes Regelungswerk herausgebildet hat, dann dürfte es auch keine Schwierigkeit sein, den Übergang von landesplanerischer Kompetenz auf bundesweite Regulierungsbehörden verfassungsrechtlich nachzujustieren.

## 7.5 Qualitätsorientierte Marktregulierung

### 7.5.1 Qualität als Regulierungsinstrument

„Qualitätsorientierte Krankenhausplanung“ war eines der Versprechen im Koalitionsvertrag der letzten Legislaturperiode: In den ersten 44 Zeilen zum stationären Sektor enthält der Vertrag immerhin 19-mal den Begriff „Qualität“. Umgesetzt wurde diese Qualitätsorientierung im Wesentlichen im KHSG. 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 G-BA messen in der Regel Prozessqualität. Die Entwicklung neuer Indikatoren ist mit einem Zeitraum von 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 gerichts-feste Grenze zwischen akzeptabler und nicht mehr tolerierbarer Qualität zu finden.
3. Bei kleinen Fallzahlen ist das Problem gravierender statistischer Unsicherheit unvermeidlich. 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 Ausschluss-tradition. Die Rechtsprechung in diesem Bereich stellt noch immer die Berufsfreiheit über 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. Daran ändern vermutlich auch die sogenannten „planungsrelevanten Qualitätsindikatoren“ nichts. Denn nach wie vor werden die Länder kein Motiv haben, die Krankenhausversorgung durch Qualitätsanforderungen neu zu strukturieren. Strukturanforderungen haben zumeist neben einer qualitätserhöhenden auch eine marktberreinigende Wirkung. Daran aber werden die Länder genauso wenig Interesse haben wie am Abbau von Überkapazitäten durch „Zusammenstreichen“ des Krankenhausplanes. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass im KHSG versucht wurde, eine kaum noch existierende Krankenhausplanung durch das Wort „Qualität“ politrhetorisch aufzuwerten.

Gleichwohl könnten die G-BA-Regelungen – trotz aller Länderoptionen zur Aussetzung dieser Vorgaben – strukturierenden und damit marktregulierenden Einfluss haben. Realistisch ist dies vor allem bei den Bestimmungen zur Strukturqualität, so z. B. durch Kriterien zur Zusammensetzung von Behandlungsteams, Vorhaltung intensivmedizinischer Betreuung und ähnliches. Zu solchen Strukturanforderungen für die Krankenhausplanung gehören auch insbesondere Mindestmengen für planbare Leistungen.

### 7.5.2 Mindestmengen

„Übung macht den Meister“ ist ein Universalgesetz. In der deutschen stationären Versorgung wird jedoch in unverantwortlicher Weise gegen dieses Gesetz verstoßen: Es werden medizinische Eingriffe vielfach in extrem kleinen Fallzahlen erbracht. Es gibt inzwischen genug wissenschaftliche Belege, dass dies zu verminderter Qualität führt. Im Qualitätsmonitor 2018 des WiDO finden sich eindrucksvolle Belege hierfür (Dormann et al. 2018; Nimptsch und Mansky 2018).

Es gibt seit Langem gesetzliche Mindestmengenregelungen<sup>9</sup>, die diesen Missstand beheben sollen, die aber aus zwei Gründen weitestgehend wirkungslos geblieben sind. Zum Ersten waren die Hürden zur Einführung von Mindestmengen durch den G-BA extrem hoch, weil ein „besonderer Zusammenhang“ zwischen Menge und Qualität nachgewiesen werden musste. So ist es denn dem G-BA aufgrund massiver Widerstände der DKG lediglich gelungen, sieben Mindestmengen zu vereinbaren:

- Lebertransplantation (20)
- Nierentransplantation (25)
- Ösophagus (10)
- Pankreas (10)
- Stammzelltransplantation (25)
- Kniegelenk-Totalendoprothese (50)
- Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1250 Gramm (14)

Zum Zweiten wurden diese Mindestmengen schlichtweg nicht eingehalten, sodass zahlreiche Krankenhäuser Leistungsmengen erbrachten, die unterhalb der Mindestmenge lagen und eigentlich nicht hätten bezahlt werden dürfen. Diese Eingriffe wurden auch dann durchgeführt, wenn durch die Einhaltung der Mindestmengen quasi keinerlei Veränderungen in der Erreichbarkeit resultieren würden (Leber und Scheller-Kreinsen 2015).

Mit dem KHSG wurden beide Probleme aufgegriffen. Der G-BA legt gemäß § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V einen Katalog planbarer Leistungen fest, für die vom Krankenhaus eine Mindestmenge erbracht werden muss, damit das Krankenhaus diese Leistung mit den Krankenkassen vereinbaren und bewirken darf. Mit dieser Regelung soll ein Mindestmaß an Expertise und Durchführungspraxis garantiert werden, um das Risiko schwerer Komplikation zu senken. Die Neuregelung verlangt nunmehr keinen „besonderen Zusammenhang“. Dies zieht eine veränderte Verfahrensordnung des G-BA nach sich, die allerdings erst knapp zwei Jahre nach Verabschiedung des KHSG vom G-BA am 17.11.2017 beschlossen wurde.

Entscheidender noch als die geänderte Verfahrensordnung ist die konkrete Umsetzung der Mindestmengen vor Ort. Fatal war die Tatsache, dass die Unterschreitung der Mindestmengen oft erst ex post festgestellt wurde, dann aber eine Zahlungsverweigerung nicht mehr griff. Die KHSG-Regelung sieht nunmehr vor, dass ex ante ermittelt wird, ob die Mindestmenge erreicht wird: „Wenn die [...] erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen entsprechende Leistungen nicht bewirkt werden. Einem Krankenhaus, das die Leistungen dennoch bewirkt, steht kein Vergütungsanspruch zu.“<sup>10</sup>

Die neuen Mindestmengenregelungen sehen vor, dass die Mengen des vorvergangenen Jahres als Basis für die Prognose der künftigen Mengen verwendet werden, dass aber die Menge im 1. Halbjahr des darauf folgenden Vorjahres (also ein

<sup>9</sup> Vgl. Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenregelungen, Mm-R), <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/5/> (28. November 2017).

<sup>10</sup> Vgl. § 136b Abs. 4 S. 1 und 2 SGB V.

um sechs Monate versetzter Zwölf-Monats-Zeitraum) zur Validierung herangezogen wird. Aktuelle Mengenentwicklungen werden also berücksichtigt. Die Zulässigkeit der Leistungserbringung muss das Krankenhaus gegenüber den Krankenkassen jährlich darlegen. Die Regelungen sind standortbezogen. Als wichtige Konsequenz bewirkt das ab 2020 greifende Verfahren eine Entkoppelung der Mindestmengenfeststellung von den Budgetverhandlungen, die oft mit erheblicher Verspätung abgeschlossen werden und für ein prospektives Verfahren ungeeignet sind. Es bleibt zu hoffen, dass die derzeit übliche patientengefährdende Gelegenheitsversorgung durch die neue G-BA-Richtlinie wirksam eingegrenzt wird.

Die aktuelle Diskussion über die Notfallversorgung macht im Übrigen deutlich, dass die Eingrenzung der Mindestmengenregelungen auf „planbare Fälle“ zu kurz greift. Auch bei Notfalleingriffen gibt es einen Zusammenhang zwischen Menge und Qualität. So hat z. B. Österreich eine Regelung, die dazu führt, dass in Wien Herzinfarkte lediglich in sechs (am Wochenende in zwei) Krankenhäuser eingewiesen werden. In Berlin kann man in 39 Krankenhäuser eingewiesen werden mit der Folge, dass die Wahrscheinlichkeit, von einem geübten, professionellen Team versorgt zu werden, ausgesprochen gering ist (Busse et al. 2016). Es bleibt zu hoffen, dass diese Problematik im Zusammenhang mit einer Neuordnung der Notfallversorgung in der laufenden Legislaturperiode aufgegriffen wird.

### 7.5.3 Notfallstufen

Die stationären (Not-)Fälle werden in Deutschland derzeit nahezu ausschließlich über DRGs finanziert. Krankenhäuser mit vielen (Not-)Fällen Erlöse viel. Krankenhäuser, die trotz vorgehaltener Strukturen beispielsweise in Nebenzeiten wenige Patientenkontakte haben, generieren keine ausreichenden Erlöse zur Finanzierung der Strukturen. Krankenhäuser ohne Notfallvorhaltungen hingegen haben einen ungerechtfertigten Vorteil. Aktuell unterscheidet die Vergütungssystematik lediglich zwischen einer Teilnahme und einer Nichtteilnahme an der Notfallversorgung: Mit Krankenhäusern, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, ist ein Abschlag in Höhe von 50 Euro je vollstationären Fall zu vereinbaren. Die Umsetzung dieser Regelung wird in den Ländern jedoch sehr unterschiedlich gelebt. Während in Hessen eine sehr konsequente Umsetzung erfolgt, wird in anderen Ländern kein einziger Abschlag vereinbart. Im Jahr 2014 hatten deutschlandweit 143 Krankenhausstandorte einen Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung vereinbart – ein Wert, der die Zahl der nichtteilnehmenden Häuser wahrscheinlich weit unterschätzt.

Dramatisch variieren allerdings Art und Umfang der angebotenen Notfallleistungen bei den „vermeintlichen“ Teilnehmern. Teilweise reicht die Bereitstellung von Notfallversorgung an einzelnen Wochentagen oder in minimalem Umfang bereits aus, um abschlagsfrei zu verbleiben. Der G-BA hat deshalb mit dem KHSG den Auftrag erhalten, ein gestuftes System der Notfallstrukturen in Krankenhäusern zu beschließen. Mit der Einführung eines gestuften Systems werden erstmals Mindeststandards festgelegt für Art und Anzahl der vorzuhaltenden Fachabteilungen, Anzahl und Qualifikation des Fachpersonals, Kapazitäten zur Versorgung von Intensivpatienten, medizinisch-technische Ausstattung sowie Strukturen und Prozesse der Notaufnahme. Auf dieser Basis werden die Selbstverwaltungspartner Zu- und

Abschläge für die Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an der Notfallversorgung vereinbaren. De facto handelt es sich um eine künftig differenzierte Vorhaltefinanzierung, nicht um eine Zulassungsregelung. Als solche wird sie allerdings diskutiert.

Eine Beschlussfassung des G-BA war ursprünglich für Dezember 2016 geplant. Im Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)<sup>11</sup> wurde dann – wohl angesichts der näher rückenden Bundestagswahlen – geregelt, dass der G-BA zunächst eine wissenschaftliche Folgeabschätzung des geplanten Notfallstufenkonzeptes beauftragen und durchführen lassen soll. Die Frist für den G-BA-Beschluss wurde entsprechend bis Ende 2017 verlängert. Daneben sind die Vertragsparteien auf Bundesebene verpflichtet, bis zum 30.06.2018 die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge mit Hilfe des InEK zu ermitteln.

Ursächlich für die Verschiebung waren möglicherweise erste Schätzungen zur Auswirkung eines Konzeptes des GKV-Spitzenverbandes und der medizinischen Fachgesellschaften. Das Konzept sieht vor, dass die Notfallpatienten zukünftig in einer zentralen Notaufnahme (ZNA) aufgenommen werden, damit sich jeder Patient darauf verlassen kann, dass innerhalb von zehn Minuten nach Eintreffen in der ZNA die Dringlichkeit seiner Behandlung eingestuft wird (Triage). Spätestens nach 30 Minuten soll auch ein qualifizierter Facharzt am Patienten verfügbar sein.

Dem Konzept zufolge soll es künftig drei zuschlagsfähige Notfallstufen, eine Stufe ohne Zu- und Abschläge und eine Stufe der Nichtteilnahme geben, die verbindlich Abschläge vorsieht. Je mehr notfallrelevante Fachabteilungen ein Krankenhaus am Standort rund um die Uhr vorhält, umso höher ist auch der finanzielle Aufwand der Vorhaltung, der durch die Einsortierung in die Notfallstufen abgebildet wird. Während ein Basisnotfallversorger die Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie vorhält, zeichnen sich die Notfallversorger der erweiterten und der umfassenden Stufe dadurch aus, dass sie darüber hinaus weitere, nach Notfallrelevanz abgestufte Fachabteilungen vorhalten.

Die erste Sichtung der Folgeabschätzung und auch ergänzende Untersuchungen des GKV-Spitzenverbandes zeigen medizinisch ausgesprochen problematische Zustände. So haben zahlreiche Häuser, die gegenwärtig an der Notfallversorgung teilnehmen (oder zumindest keinen Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung bekommen), keine Intensivstation. Patientensicherheit sieht anders aus.

Der Gesetzgeber hat den Auftrag an den G-BA allein auf stationäre Notfallstufen beschränkt. Möglicherweise ist dies jedoch nur der Ausgangspunkt für die Neustrukturierung der gesamten – stationären und ambulanten – Notfallversorgung (Bockhorst et al. 2017) und möglicherweise ist dies Anlass für eine noch breitere Regulierung des Krankenhausmarktes. Aufgrund der bestehenden Regelungskompetenz des G-BA im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanung) drängt sich in diesem intersektoralen Gebiet eine Regulierung durch den G-BA auf.

---

<sup>11</sup> Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19.12.2016 (BGBl. I S. 2986).

### 7.5.4 G-BA-Strukturrichtlinien

Neben den Regelungen zu den Mindestmengen hat der G-BA eine Reihe weiterer Strukturrichtlinien beschlossen, die qualitätssichernde, aber auch mittelbar kapazitätssteuernde Funktion haben. Im Bereich Qualität sind bislang sieben Richtlinien beschlossen worden:

- Qualitätssicherung minimalinvasive Herzklappeninterventionen
- Qualitätssicherung Bauchaortenaneurysma
- Qualitätssicherung Kinderonkologie
- Qualitätssicherung Positronenemissionstomographie beim NSCLC<sup>12</sup>
- Qualitätssicherung Protonentherapie beim Rektumkarzinom
- Qualitätssicherung Früh- und Reifgeborenenversorgung
- Qualitätssicherung herzchirurgische Versorgung bei Kindern und Jugendlichen

Darüber hinaus gibt es rund zehn Qualitätssicherungs-Richtlinien, die aus den Beratungen zur Methodenbewertung resultieren. Dann, wenn die Studienlage keine eindeutige Entscheidung zur Methodenbewertung erlaubt, werden in der Regel qualitätssichernde Maßnahmen für die Leistungserbringung beschlossen. Für den hier diskutierten Übergang landesplanerischer Entscheidungen auf den G-BA ist das weniger relevant. Erläutert seien aber drei der sieben Beispiele aus dem Bereich Qualitätssicherung.

Zentraler Regelungsbestand in der Richtlinie zur minimalinvasiven Herzklappeninterventionen sind die kathetergestützten Aortenklappenimplantationen (TAVI). Es handelt sich um ein kardiologisches Verfahren, das vor allem für Patienten von Bedeutung ist, die nicht mehr operiert werden können. Problematisch ist die Krisenintervention, die u. a. eine chirurgische Weiterbehandlung erforderlich machen kann. Der G-BA hat deshalb am 16.04.2016 eine Strukturrichtlinie beschlossen, die sicherstellt, dass TAVI-Eingriffe nur in jenen Krankenhäusern durchgeführt werden, in denen eine chirurgische Krisenintervention möglich ist. Die von Krankenhauseite aufs Heftigste bekämpfte Richtlinie ist typisch für eine qualitätsorientierte Maßnahme, die zugleich kapazitätssteuernde Wirkung hat.

Die Richtlinie zur Qualitätssicherung in der Kinderonkologie gehört zu den frühen Strukturrichtlinien des G-BA (17.05.2017). Es ist eine Art Zentrumsanforderung, die umfangreiche Vorgaben an Ausstattung, Dienstleitungen bzw. Konsiliar-dienste enthält. So wird beispielsweise die Verfügbarkeit von Intensivbehandlung und dienstbereiter Labore verlangt. Wie auch bei den anderen Zentrumsregelungen (Abschnitt 7.6.3) fehlt die klare Zuweisungsregelung, die garantieren würde, dass kinderonkologische Fälle nur in diesen Zentren versorgt werden.

Die Richtlinie, die derzeit die meisten gesundheitspolitischen Diskussionen auslöst, ist die Richtlinie zur Qualitätssicherung zur Früh- und Reifgeborenenversorgung (NICU<sup>13</sup>), die am 15.06.2017 beschlossen wurde. Bedeutsam ist vor allem die Vorgabe einer 1:1-Betreuung bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1 500 Gramm bei Intensivpflege in Perinatalzentren. Die Richtlinie enthält genaue

<sup>12</sup> Nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom.

<sup>13</sup> Neonatal intensive care unit.

Angaben zum Nachweis und zu den Ausnahmen von der Regelung. Nachgelagert ist eine Mehrkostenfinanzierung, die zwischen DKG und GKV vereinbart worden ist. Derzeit ist noch unklar, in welchem Ausmaß den Krankenhäusern die Einhaltung dieser Vorgabe gelingt. Von Krankenhausesseite wird reklamiert, dass derzeit gar nicht genug Fachkräfte zur Verfügung stehen. Die Debatte, die auch um eine vermeintliche Gefährdung der flächendeckenden Versorgung geführt wurde, zeigt schlaglichtartig den Zusammenhang zwischen den Qualitätsvorgaben und der Strukturierung der Krankenhauslandschaft.

### 7.5.5 Pflegepersonaluntergrenzen

Im Pflegebereich deutscher Krankenhäuser steht derzeit nicht alles zum Besten – so zumindest die Einschätzung der Pflegenden, die Wahrnehmung vieler Patienten und auch die Überzeugung der politischen Entscheidungsträger. Über das Ausmaß von Qualitätsmängeln in der Krankenhauspflege gibt es allerdings beschämend wenig empirisches Material. Die einzigen offiziellen pfegerischen Qualitätsindikatoren im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung existieren zur Dekubitusprophylaxe. Im bisherigen Erfassungszeitraum seit 2007 zeigten sich keine Verschlechterungen in diesem Bereich.

Zweideutig sind die Belastungsziffern. Betrachtet man die Zahl von „Fälle je Pflegekräfte“, dann zeigt sich im Zeitraum 2002 bis 2014 ein Anstieg von 12 Prozent. Die Belastungsziffer „Belegte Betten je Vollzeitpflegekraft“ hingegen weist im gleichen Zeitraum eine Entlastung um 12 Prozent aus. Ob nun die reale Belastung eher mit der Zahl der Fälle oder der Zahl der zu pflegenden Patienten korreliert, ist nicht ganz einfach zu beantworten. Einen eindeutigen empirischen Beweis für die These von der zunehmenden Belastung gibt es zumindest nicht (Augurzyk et al. 2016).

Fakt ist, dass zunehmend „an anderer Stelle“ gepflegt wird. So ist seit Anfang des Jahrhunderts die Zahl der belegten Krankenhausbetten leicht gesunken (von 450 000 auf unter 390 000)<sup>14</sup>, während die Zahl der Betten in Einrichtungen der stationären Pflege einen kontinuierlichen Wachstumsprozess aufweist (von 600 000 auf 800 000)<sup>15</sup>. Die sinkende Zahl belegter Betten sollte übrigens Anlass sein, die üblichen demografischen Denkmuster zu revidieren, denn der historische Trend lautet derzeit: Je älter die Bevölkerung wird, desto weniger liegt sie im Krankenhaus.

Wie auch immer die Datenlage ist: Die große Koalition der 18. Legislaturperiode hat Handlungsbedarf gesehen und mit dem KHSG abermals Maßnahmen zur Stärkung der Pflege im Krankenhaus auf den Weg gebracht. Wie einst beim GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz<sup>16</sup> unter Gesundheitsministerin Ulla Schmidt wurde ein zweistufiges Verfahren gewählt. Der erste Schritt war der Aufbau zusätzlicher Pflegestellen in einem dreijährigen Förderzeitraum. Währenddessen wurde eine Exper-

14 Vgl. Grunddaten der Krankenhäuser 2016 (Statistisches Bundesamt 2017).

15 Vgl. Pflegestatistik 2015 (Statistisches Bundesamt 2017).

16 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26.03.2007 (BGBl. I S. 378), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 28.07.2011 (BGBl. I S. 1622).

tenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“<sup>17</sup> eingesetzt, um eine dauerhafte Lösung vorzubereiten. Eine Folge war damals die Einführung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS), mit dessen Hilfe seither die hochaufwendige Pflege für bestimmte Gruppen, wie z. B. querschnittsgelähmte Patienten, abgebildet und refinanziert wird.

Dieses gesetzgeberische Muster wurde nun quasi unverändert ein zweites Mal angewendet – und das, obwohl die Mängel des ersten Pflegestellen-Förderprogramms offenkundig waren. Belohnt werden jene, die in den Vorjahren den Pflegedienst ausgedünnt hatten und mit Beginn der Förderung wieder aufbauten. Jene Krankenhäuser, die fortwährend gute Pflegequalität sicherstellten, gingen leer aus. Auch die Nachhaltigkeit muss angezweifelt werden. Sobald die Fördergelder eingestrichen wurden, konnte der Pflegedienst wieder abgebaut werden. Einzelheiten sind den diesbezüglichen Jahresberichten des GKV-Spitzenverbandes<sup>18</sup> zu entnehmen.

Die Pflege-Expertenkommission, die nun eine dauerhafte Lösung für die Pflegequalität finden sollte, beschäftigte sich auftragsgemäß zunächst mit der Frage, ob der Aufwand zur Pflege von Behinderten, Pflegebedürftigen und Dementen adäquat im DRG-System abgebildet wird. Es stellt sich allerdings die Frage, ob die Pflege-Expertenkommission damit schon beim Kern des Problems angekommen war. Veränderte Relativgewichte im DRG-System mögen die Verteilung der Finanzmittel zwischen den Krankenhäusern „gerechter“ machen, aber sie ändern an der Verwendung der Mittel im einzelnen Krankenhaus nichts. Seitens der Gewerkschaften wurde deshalb gefragt, wie denn garantiert würde, dass das Geld auch bei der Pflege ankommt. Die Fragestellung der GKV ist noch weitgehender: Wie kann garantiert werden, dass die Pflege bei den Patienten ankommt? Eine Adjustierung der Relativgewichte von pflegeintensiven DRGs garantiert nicht unbedingt, dass auch mehr gepflegt wird.

Zur Identifikation von qualitätskritischen Bereichen wurde schließlich das Forschungsinstitut hche (Schreyögg und Milstein 2016) beauftragt. Das hche ermittelte, inwieweit das Auftreten unerwünschter, auf Pflegemängel zurückzuführender Ereignisse (Dekubitus, Harnwegsinfektionen etc.) mit der Pflegekräfteausstattung korreliert. Solche Bereiche wurden als „pflegesensitiv“ bezeichnet. Die Identifikation der Bereiche wurde von vielen Seiten kritisiert, was vor allem auf die schlechte Datenlage zurückzuführen sein dürfte: Die Diagnosen waren stark vom DRG-Abrechnungssystem verzerrt, die Daten der Qualitätsberichte zur Personalausstattung sind wenig verlässliche Daten zur jahresdurchschnittlichen Abteilungsbesetzung.

Die Arbeit der Pflege-Expertenkommission fand im Frühjahr 2017 ein überraschendes Ende. Rechtzeitig vor der Bundestagswahl beschloss die große Koalition, im Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten<sup>19</sup> Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche zu definie-

17 Vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2017/1-quartal/pflegepersonal-im-krankenhaus.html> (28. November 2017).

18 Vgl. <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/pflegesonderprogramm/pflegesonderprogramm.jsp> (28. November 2017).

19 Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten vom 17.07.2017 (BGBl. I 2017 S. 2615).

ren. Die Selbstverwaltungspartner DKG und GKV-Spitzenverband haben (unter Beteiligung zahlreicher anderer Organisationen) bis zum 30.06.2018 für pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus Pflegepersonaluntergrenzen festzulegen, die ab 01.01.2019 anzuwenden sind (§ 137i SGB V).

Die methodischen Herausforderungen sind erheblich, weil die Anwendung von Patienten-Personal-Relationen einer Reihe zusätzlicher Festlegungen bedarf: Diese benötigen eine Form von Schweregradadjustierung, da beispielsweise frisch Operierte, Demente oder Patienten mit hohem Pflegegrad einen wesentlichen höheren Pflegebedarf haben. Bei den Pflegekräften muss der Qualitätsmix berücksichtigt werden. Strittig ist zudem, ob die Patienten-Personal-Relation durchschnittlich oder in jeder Schicht erfüllt sein muss. Da die Vorgabe eines Jahresdurchschnitts erlauben würde, dass einen Monat lang überhaupt kein Pflegepersonal auf Station ist, ist die schichtgenaue Betrachtung aus Patientenschutzgründen zwingend.

Hat man pflegesensitive Bereiche identifiziert, so bleibt das Problem der Grenzziehung. Für Deutschland gibt es bislang keine verlässlichen Studien, aus denen sinnvolle Grenzwerte für spezielle pflegesensitive Bereiche entnommen werden können. Zwar liegen internationale Arbeiten zu den Erfahrungen mit Mindestpersonalstandards vor, die Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem ist allerdings begrenzt. Wie im hche-Gutachten vorgezeichnet ist am ehesten ein Perzentilansatz umsetzbar: In den pflegesensitiven Bereichen mit den höchsten Personalbelastungszahlen muss das Verhältnis von Pflegenden zu Patienten und deren Pflegebedarf bis zur Grenze eines noch zu bestimmenden Perzentils verbessert werden.

Pflegepersonaluntergrenzen sind ein neues Instrument zur Regulierung des Krankenhausmarktes, dessen Wirkung stark von einer konsequenten Ausgestaltung abhängen wird. Die Gesundheitspolitik hofft auf erhöhte Patientensicherheit. Inwieweit auch Marktberreinigungseffekte eintreten, ist schwer zu prognostizieren. Hohe Grenzwerte könnten dazu führen, dass Krankenhäuser bestimmte Versorgungsleistungen nicht mehr anbieten, was in Ballungsgebieten eine erwünschte Form der Spezialisierung und Zentrenbildung bewirken würde, in den (wenigen!) dünn besiedelten Gebieten jedoch Fragen der Sicherstellung aufwerfen kann.

### 7.5.6 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Die Formulierung „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ klingt verheißungsvoll, suggeriert sie doch, dass künftig die Krankenhausplanung anhand von Indikatoren qualitätsorientiert erfolgt. Man stellt sich vor, dass nunmehr Abteilungen zusammengelegt werden, um die Qualität zu erhöhen, ja sogar Standorte aufgegeben werden, um durch Konzentration eine bessere Qualität der Versorgung zu erreichen. Nichts von dem findet sich jedoch in den gesetzlichen Regelungen nach § 136c Abs. 1 und 2 SGB V. Es handelt sich eher um eine Regelung, bei der die Landesbehörden in die Lage versetzt werden, bei extrem schlechten Werten der bestehenden Qualitätsindikatoren einzugreifen. Es ist eine Reaktion des Bundesgesetzgebers auf den Missstand, dass in der Landesplanung keinerlei Qualitätsmessung stattfindet und es den Landesbehörden folglich auch nicht gelungen ist, wirkungsvoll bei offensichtlichen Mängeln, z.B. Hygieneskandalen, Krankenhäuser vom Markt zu nehmen. De facto wird den Landesbehörden ein Instrument an die Hand gegeben, um in besonders kritischen Situationen gegen einzelne Leistungserbringer vorzu-

gehen, ohne allerdings die Länder an diese Regelungen zu binden. Die Länder können entscheiden, ob sie die bundesweiten Regularien anwenden.

Der G-BA war aufgefordert, in einem ersten Schritt bis zum 31.12.2016 Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aus den vorhandenen Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung als „planungsrelevant“ auszuwählen. Am 15.12.2016 wurden elf Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung als planungsrelevante Indikatoren durch den G-BA fristgerecht beschlossen. Festgelegt wurden Qualitätsindikatoren in den Bereichen Gynäkologie (3), Mammachirurgie (3) und Geburtshilfe (5). Bei der Auswahl wurden Indikatoren berücksichtigt, für die eine akute Gefährdung der Patientensicherheit besteht, weil nur in diesen Fällen davon ausgegangen werden kann, dass der staatliche Eingriff in die Berufsfreiheit gerechtfertigt ist.

Ebenfalls beschlossen wurde das Verfahren zu den planungsrelevanten Indikatoren. Neben dem Datenfluss oder dem zentralen Element der Prüfung der Dokumentationsqualität beinhalten die Regelungen z. B. auch die Übermittlung der Ergebnisse an die Krankenkassen. Darüber hinaus ist vorgesehen, dass die Ergebnisse im Qualitätsbericht und in einem G-BA-Bericht veröffentlicht werden.

Unterm Strich wurde hier eine Chance vertan. Statt die Länder auf eine versichertenorientierte Regulierungsvorschrift festzulegen, wurde nur deren Instrumentenkoffer gefüllt, den diese dann theoretisch für diskretionäre Interventionen nutzen können. Das Handeln der Landesplaner wird jedoch weiterhin primär von infrastrukturellen und weniger von versorgungspolitischen Erwägungen geprägt sein. Indikatoren ohne bindenden regulatorischen Algorithmus werden daher absehbar ins Leere laufen.

## 7.6 Kapazitätsorientierte Marktregulierung

### 7.6.1 Auf dem Weg zur bundesweiten Kapazitätssteuerung

Branchenübergreifend mutet der Fokus der bundesweiten Regulierung im Krankenhausbereich auf die Qualitätssicherung und den Patientenschutz exotisch an. Klassiker des ordnungspolitischen Eingriffs eines Staates in Märkte sind die Regulierungsparameter Marktzugang und -austritt, Kapazität und Preisbildung. Diesbezüglich dominierten in der stationären Versorgung Deutschlands bislang unterschiedliche Regulierungsansätze: Während Marktzugang und -austritt sowie Kapazität zumindest formal durch direkte staatliche Aktivität der Bundesländer reguliert wurden, orientiert sich die Preisbildung eher an dem angelsächsischen Modell einer „Public Agency“, die mit Regulierungsaufgaben (hier Preisbildung) betraut wird und zumindest im operativen Geschäft, eingebettet in eine korporatistische Grundstruktur, weitestgehend weisungsfrei die Entwicklung des DRG-Systems betreibt. Spätestens mit dem KHSG tritt an die Stelle einer formalen Kapazitätsregulierung durch die Bundesländer ein differenziertes kapazitätsorientiertes Mehrebenensystem auf Bundesebene, das nach und nach auch formal die Krankenhausplanung der Bundesländer ablösen wird. Das Muster ist dabei ähnlich wie im Bildungsbereich: Zusätzliche Bundes- bzw. GKV-Mittel werden an einen bundeseinheitlichen Vertei-

lungsalgorithmus gekoppelt. Oftmals werden dabei weitestgehend weisungsfreie Institutionen bzw. Behörden auf Bundesebene, wie der G-BA oder das Bundesversicherungsamt (BVA), zu zentralen Akteuren. Künftig ist davon auszugehen, dass nicht nur die Preisbildung, sondern das gesamte kapazitätsorientierte Regelungs-  
werk (inkl. Marktzugang und -austritt sowie Kapazitäten) auf Bundesebene bestimmt wird. Im derzeitigen Übergangsstadium scheint jedoch die komplizierte föderale Gesetzgebungssystematik zwischen Bundestag und Bundesrat immer wieder durch. Dies hat zur Folge, dass die Bundesländer oftmals als Ebene zwischen bundesweiter Regulierung und autonomen Leistungserbringern installiert werden. Die im Folgenden erörterten Beispiele Sicherstellungszuschläge, Zentren und Strukturfonds legen die Vermutung nahe: je größer die regulativen Einflussmöglichkeiten der Bundesländer im bundeseinheitlichen Regelungsrahmen, desto weniger zukunftsorientiert die Regelungen bzw. Ergebnisse.

### 7.6.2 Sicherstellungszuschläge

Keine Regierung kann es sich auf Dauer leisten, den Eindruck zu erwecken, dass man sich nicht um die Sicherstellung des Zugangs der Bevölkerung zur medizinischen Grundversorgung im ländlichen Raum kümmere. Dessen ungeachtet sind die Entscheidungen mit Blick auf die Sicherstellung der stationären Versorgung auf dem Lande fachlich schwierig und nicht leicht vor dem Wählerpublikum zu begründen, denn es müssen kontroverse Fragen beantwortet werden: Welche Krankenhäuser müssen unabhängig von wirtschaftlichen Problemen in der Versorgung gehalten werden? Wie lange dürfen die Einwohner maximal bis zur nächsten Klinik fahren? Welche Leistungen müssen als Teil der Grundversorgung vorgehalten werden bzw. welche nicht? Wer diese Fragen beantwortet, setzt sich immer massiver Kritik aus, unabhängig davon, wie großzügig oder restriktiv die Antwort ausfällt – denn jede auch noch so „großzügige“ Antwort impliziert doch zumindest irgendeine, wenn auch noch so ferne Grenze, deren Sichtbarmachung bestraft werden dürfte. Gleichzeitig besteht Handlungsdruck: In vielen Flächenbundesländern sehen sich die Landesregierungen mit der Frage des Zugangs zur Krankenhausversorgung im ländlichen Raum konfrontiert, scheuen sich aber, Farbe zu bekennen.

So ist es auch zu erklären, dass man sich in der KHSG-vorbereitenden Bundesländer-Arbeitsgruppe ausgerechnet bei diesem Thema auf den Einstieg in eine bundeseinheitliche kapazitätssteuernde Marktregulierung einigen konnte (Abschnitt 7.4.3). Die Bundesländer waren schlicht froh, dass an anderer Stelle, d. h. im G-BA, die fachlich und politisch schwierige Frage beantwortet wird, welche Krankenhausstandorte eine Sicherstellungsfunktion haben. Es folgte demnach mit dem KHSG der Auftrag des Gesetzgebers an den G-BA, die Voraussetzungen für den Sicherstellungszuschlag, insbesondere mit Blick auf

1. eine anzuwendende Erreichbarkeitsnorm,
2. einen geringen Versorgungsbedarf sowie
3. die notwendigen Vorhaltungen

zu konkretisieren und damit anhand eines Regelwerks die Krankenhausstandorte identifizierbar zu machen, die eine Sicherstellungsfunktion haben. Ferner wurde die Finanzierungssystematik verändert: Sicherstellungszuschläge werden nicht mehr

durch eine Umverteilung zwischen den Krankenhäusern finanziert, sondern es sollen zusätzliche Mittel der Krankenkassen fließen (laut Finanztableau des KHSG in Höhe von ca. 90 Mio. Euro jährlich).

Der G-BA ist dem gesetzlichen Auftrag nachgekommen und hat mit Beschluss vom 24.11.2016 die Kriterien des Sicherstellungszuschlags für die stationäre Grundversorgung (Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie) konkretisiert. Grob gesagt wurde ein Algorithmus verabschiedet, der Standorte identifiziert, durch deren Schließung mehr als 5 000 Einwohner mehr als 30 Pkw-Fahrzeitminuten bis zum nächsten geeigneten Krankenhaus der Grundversorgung benötigen würden. Ferner muss ein geringer Versorgungsbedarf vorliegen, damit ein Krankenhaus zum „Sicherstellungskandidaten“ wird. Dieser wird angenommen, wenn in einer Region die Bevölkerungsdichte unter 100 Einwohnern je Quadratkilometer liegt. Das heißt, im Versorgungsgebiet des Krankenhauses ist das Patientenaufkommen so gering, dass das Krankenhaus die notwendigen Vorhaltungen, wie z. B. das erforderliche ärztliche Personal, nicht aus den regulären Einnahmen finanzieren kann.

Derzeit greift der entsprechende Algorithmus bundesweit ca. 100 Standorte als Sicherstellungskandidaten auf. Vor Ort ist zu überprüfen, ob diese Standorte auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten für einen Sicherstellungszuschlag in Frage kommen. Konkret ist zu ermitteln, ob aufgrund einer Vorhalteproblematik im Bereich der Grundversorgung ein Defizit vorliegt, das es auszugleichen gilt, um einen Marktaustritt zu verhindern.

In Abgrenzung zu einer planerischen Bestimmung von Sicherstellungskandidaten, die als Ergebnis beispielsweise eine statische Liste mit 100 Standorten ausgewiesen hätte, greift die algorithmische Lösung den demografischen Wandel, vor allem aber jede Veränderung in der Krankenhauslandschaft automatisch auf. Der Algorithmus erfasst z. B. Standorte, in deren Versorgungsgebiet die Bevölkerungsdichte unter den Schwellenwert von 100 Einwohnern je Quadratkilometer sinkt. Es können so ohne Anpassung eines planerischen Aktes neue Sicherstellungskandidaten ermittelt werden – umgekehrt können Standorte durch Veränderung der Krankenhauslandschaft oder durch Zu- bzw. Abwanderung auch ihre Sicherstellungsfunktion verlieren.

Strittig ist, ob die algorithmische Bestimmung des erhaltenswerten Zugangsstandards auf die stationäre Grund- und Regelversorgung beschränkt bleiben sollte oder ob sukzessive für weitere Versorgungsbereiche Algorithmen zu definieren sind (beispielsweise für die Geburtshilfe). Diese Fragestellung ist auch dahingehend interessant, als dass anhand des Sicherstellungsalgorithmus im Umkehrschluss klar wird, welche Standorte unter Zugangsgesichtspunkten verzichtbar sind und daher Gegenstand eines Abbaus der stationären Überkapazitäten (Abschnitt 7.2) werden können.

### 7.6.3 Zentren

In vielen medizinischen Versorgungsbereichen ist es nicht sinnvoll, dass das gesamte stationäre Leistungsspektrum von jedem beliebigen Krankenhaus angeboten wird. Zentralisierung, Differenzierung und Spezialisierung sind daher international klare Entwicklungstendenzen der medizinischen Versorgungsstruktur. Deutschland steht hier weit hinten an. Das liegt u. a. am Versagen der Krankenhausplanung (Abschnitt 7.1), die keinen nennenswerten Beitrag für eine zukunftsfeste Krankenhausstruktur leistet.

Lange nahm man an, dass sich dieses Problem durch das Fallpauschalensystem wie von selbst lösen würde. Die ökonomische These dahinter lautete ungefähr so: Bei gleicher Vergütung sollten die Krankenhausstandorte, die mit mehr Expertise, höherer Fallzahl und besserem Personal höhere Renditen erzielen, immer mehr Marktanteile von weniger spezialisierten Marktteilnehmern übernehmen. Mehr als anderthalb Dekaden nach Einführung des Fallpauschalensystems hat die DRG-Begleitforschung belegt, dass dieser Effekt nicht eingetreten ist (IGES 2011). Die ausbleibende Spezialisierung ist zunächst kontraintuitiv, erschließt sich jedoch bei Betrachtung der Rahmenbedingungen. Gerade die spezialisierten Leistungen sind im DRG-System extrem sorgfältig abgebildet. Bei einem insgesamt überhöhten Preisniveau haben daher viele Grund- und Regelversorger ihr Leistungsspektrum aus ökonomischen Motiven ausgeweitet, statt sich auf ihr Kerngeschäft der Grundversorgung zu konzentrieren und spezialisierte Leistungsbereiche anderen Marktteilnehmern zu überlassen. Das DRG-System hat daher unter den Rahmenbedingungen einer versagenden Krankenhausplanung und überhöhter Preise zu mehr Gelegenheitsversorgung von komplexen medizinischen Leistungen und damit unterm Strich zu weniger Spezialisierung geführt. Von einer Zentralisierung im Sinne einer Kapazitätssteuerung durch das DRG-System kann daher keine Rede sein.

Da in der Medizin der Begriff „Zentrum“ in der Regel mit positiven Eigenschaften wie Kompetenz und Spezialisierung assoziiert wird, bezeichnet sich dennoch jede medizinische Einrichtung, die etwas auf sich hält, als Zentrum. Gefühlt ist jedes Krankenhaus in Deutschland ein Zentrum – auch wenn dort komplexe medizinische Eingriffe nur gelegentlich und möglicherweise sogar mit einem hohen Risiko für die Patienten durchgeführt werden.

Lange wurde auch das spezielle Instrument zur Zentrumsfinanzierung, der sogenannte „Zentrumszuschlag“, sinnetstellend überwiegend nicht für die Finanzierung besonderer Aufgaben von Zentren eingesetzt. Eine kurze Übersicht der zwei Hauptförderkategorien illustriert das deutlich: In NRW wurde mit dem Zentrumszuschlag mehrheitlich die leitliniengerechte Versorgung von Brustkrebspatientinnen finanziert. In Baden-Württemberg wurde der Zentrumszuschlag dazu genutzt, geriatrische Versorger zu stützen, die wohnortnah die Basisversorgung von alten Menschen leisten. Besondere Aufgaben von Zentren, die sich deutlich von der normalen Versorgung abheben und die – das ist für die Finanzierung entscheidend – nicht in den Fallpauschalen abgebildet werden können, sehen anders aus.

Mit dem KHSG wollte der Gesetzgeber die heterogene Zentrumslandschaft in Deutschland vereinheitlichen und auf versorgungspolitisch relevante Krankheitsbilder konzentrieren. Was künftig unter dem Begriff „Zentrum“ zu finanzieren ist, sollten daher DKG, PKV und GKV-Spitzenverband per Verhandlung klären, so das KHSG. Dies scheiterte, worauf die Kassenseite Ende 2016 die Bundesschiedsstelle eingeschaltet hatte. Die Vereinbarung wurde durch die Bundesschiedsstelle gegen die Stimmen der GKV und der PKV festgesetzt. Der GKV-Spitzenverband hat die Auffassung vertreten, dass in der Vereinbarung die unbestimmten Rechtsbegriffe des Gesetzgebers („krankenhausübergreifend“, „überörtlich“ etc.) zu konkretisieren und folglich Kriterien als Voraussetzung für die Übernahme von besonderen Aufgaben zu definieren sind. Der durch die Bundesschiedsstelle festgesetzte Vertrag wird aus Kassensicht dem eigentlichen Gesetzesauftrag aus dem KHSG nicht gerecht. Ausreichend für eine Finanzierung laut Schiedsstelle ist, dass eine Klinik

in der Krankenhausplanung der Länder als Zentrum ausgewiesen wird, ohne dass es weitere strukturierende Elemente gibt oder dass definiert wäre, was eine Aufgabe zu einer besonderen Aufgabe eines Zentrums macht. Ein Flickenteppich in der Umsetzung je Bundesland und Streit über die Kriterien und besonderen Aufgaben von Zentren sind die Folge.

Entscheidend für eine sinnvolle Marktregulierung wird künftig sein, ob es gelingt zu klären, was unter medizinischen Gesichtspunkten die Besonderheit von Zentrumsaufgaben ausmacht, und diese entlang von Kriterien bundeseinheitlich zu definieren. Nur dann wird von der Zentrumsvereinbarung und den daran geknüpften Zuschlägen für besondere Aufgaben ein positiver Versorgungseffekt für die Versicherten ausgehen. Marktregulatorisch ausgedrückt: Es fehlt ein Algorithmus, der die besonderen Aufgaben von Zentren unterscheidbar macht von Leistungen, die jedes Krankenhaus erbringt.

## 7

#### 7.6.4 Strukturfonds

Das Dogma, nach dem mehr Krankenhäuser, mehr Betten und mehr Behandlungen immer den Patienten und Versicherten zugutekommen, ist spätestens seit der Diskussion um angebotsinduzierte Mengenausweitungen gebrochen. Heute ist es unter den Akteuren der Gesundheitswirtschaft überwiegend Konsens, dass Überkapazitäten die Behandlungsqualität senken, statt sie zu erhöhen, und daher gerade in den urbanen Ballungsräumen Krankenhausschließungen angezeigt sind. Nichtsdestoweniger sind Standortschließungen vor Ort extrem unpopulär und mit hohen Austrittskosten verbunden (Preusker et al. 2014). Die mit dem KHSG beschlossene Einführung des Strukturfonds zwecks finanzieller Förderung eines kapazitätsabbauenden Strukturwandels ist daher folgerichtig. Jedoch ist schon die Zweckbestimmung des Strukturfonds wieder deutlich zu „versorgungspolitisch“ gefärbt: Ziele des Strukturfonds sind nicht nur der Abbau von Überkapazitäten, sondern auch die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen; palliative Versorgungsstrukturen sollen gefördert werden. Zur Finanzierung wurde beim BVA aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Fonds in Höhe von insgesamt 500 Mio. Euro errichtet. Die Länder müssen, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung, mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens tragen. Insgesamt steht damit rund 1 Mrd. Euro für die Förderung von Strukturveränderungen zur Verfügung.

Erste Auswertungen der beantragten und bewilligten Fördermittel zeigen, dass lediglich sechs Prozent der Mittel des Strukturfonds in tatsächliche Schließungen geflossen sind (AOK-Bundesverband 2017). Darüber hinaus existieren trotz immenser Überkapazitäten zahlreiche Bundesländer, die mit keinem oder nur einem verschwindend geringen finanziellen Anteil der verfügbaren Strukturfondsmittel tatsächlich Betten abgebaut haben. Die aktuelle Konstruktion des Strukturfonds hat demnach offenkundige Schwächen, die einen weitgreifenden Strukturwandel blockieren.

Dies liegt maßgeblich an dem Auswahlprozess, in dem die Bundesländer die tragende Rolle einnehmen. Aus der Perspektive einer kapazitätsorientierten Marktregulierung ist diese Konstruktion geradezu aberwitzig. 40 Jahre lang haben die

Landesregierungen im Rahmen der Krankenhausplanung mit ihren Entscheidungen die Voraussetzungen für die derzeitigen Überkapazitäten gelegt (Abschnitt 7.2). Dabei konnten die Landesregierungen die Krankenhausstruktur anhand von arbeitsmarkt- und infrastrukturpolitischen Zielen ausrichten, ohne die Folgekosten zu beachten, da diese größtenteils von bundesweit agierenden Kassen „vergemeinschaftet“ werden. Dass angesichts dieser Erfahrungen und fortbestehender Anreize zur Vergemeinschaftung von Folgekosten ausgerechnet die Bundesländer als zentraler Akteur des Strukturfonds etabliert wurden, war ein klarer Fehler.

Bei einer Weiterentwicklung des Strukturfonds ist dieser eklatante Fehler zu beheben. Im Sinne einer kapazitätsorientierten Marktregulierung autonomer Entscheidungsträger sollten die Krankenhausträger selbst die Entscheidung über die förderungsfähigen Vorhaben treffen. Das bedeutet, die Antragstellung sollte den Trägern selbst überlassen werden, sie sollten direkt Anträge auf Schließungen an das BVA stellen dürfen. Das BVA wird dadurch, nicht wie der G-BA, zum Normgeber, sondern würde vielmehr das gesetzlich vorgegebene Förderverfahren exekutieren und überwachen. Es würde damit, wie bisher, klassische Aufgaben einer staatlichen Regulierungsbehörde übernehmen. Auf gesetzlicher Grundlage muss darüber hinaus für den Genehmigungsprozess eine klare Priorisierung der Maßnahmen vorgesehen werden. Schließungen in Ballungsräumen ist dabei ein Vorrang vor Konzentrations- und Umwandlungsmaßnahmen zu geben. Zudem sind komplette Standortschließungen der Schließung einzelner Abteilungen vorzuziehen. Der BVA-Genehmigungsprozess ist mit engen Vergabekriterien und einer klaren Hierarchie zu hinterlegen und damit quasi algorithmisch anzulegen.

## 7.7 Algorithmische Regulierung des Krankenhausmarktes

Das KHG von 1972 ist inzwischen 45 Jahre alt. Es basiert auf einem Modell, in dem die Bundesländer die Krankenhausstandorte nebst Bettenzahl und Abteilungsstruktur bestimmen und den Bau der Krankenhäuser finanzieren. Die Betriebskosten werden durch die Verhandlungspartner vor Ort geregelt. Dieses Modell, das weitestgehend frei von bundesweiten Steuerungselementen war, hat sich inzwischen grundlegend gewandelt. Durch die Einführung des bundesweit gültigen DRG-Systems (anders als die alte Bundespflegegesetzverordnung ohne Zustimmung der Länder) und durch die qualitätssichernden Regeln des SGB V mit stark regulativem Durchgriff des G-BA hat sich inzwischen eine komplexe Mehrebenensteuerung durchgesetzt, die durch die Zuständigkeit weiterer Regulierungsbehörden, wie dem Bundeskartellamt, die klassische Regelungsstruktur ausgehöhlt hat.

Gleichwohl wird verfassungsrechtlich die Planungshoheit der Länder aufrechterhalten – mit zum Teil grotesker Normenkonkurrenz. So beschließt der G-BA Richtlinien zum Patientenschutz (z. B. Mindestmengen), die dann von den Bundesländern ausgesetzt werden können. Mehr noch: Es kann eine Situation konkurrierender Normen entstehen, dann nämlich, wenn das Land andere Regeln vorgibt, beispielsweise Mindestanforderungen an ein Zentrum. Gilt dann die Bundesregelung oder die Landesregelung? Gilt die stärker patientenschützende Regelung oder diejenige, die vor allem den Standort des Krankenhauses schützt?

Sieht man einmal von landsmannschaftlichen Ressentiments gegen Fremdbestimmung aus Berlin ab, so ist die wesentliche gesundheitspolitische Begründung für die Opt-out-Regelung der Bundesländer die Unterschiedlichkeit der Siedlungsstrukturen. Die Sicherung der flächendeckenden Versorgung – also ein Erreichbarkeitskriterium – ist das wesentliche Argument gegen die Gültigkeit bundesweiter Vorgaben. In der Tat ist es manchmal besser, ein (vielleicht wegen geringer Fallzahl) schlechteres Krankenhaus zu haben als gar keins. Die Simulationen zum Sicherstellungszuschlag haben jedoch gezeigt, dass sich gerade Erreichbarkeiten gut aus der Google-Earth-Perspektive simulieren und bestimmen lassen. Die digitale Revolution hat dafür gesorgt, dass das Wissen der Menschen vor Ort geringer ist als jenes globaler Navigationssysteme. Vor Ort gibt es kein Erfahrungswissen, wie viel Tausend Leute länger als 30 Minuten zum nächsten Krankenhaus benötigen. Navigationssysteme haben dieses Wissen.

Gesundheitspolitische Wirkung können die Navigationssysteme nur entfalten, wenn die Daten nach versorgungspolitischen Fragestellungen aufbereitet und öffentlich zur Verfügung gestellt werden. Klinikketten sind schon seit Langem im Besitz von Software zur Simulation von Veränderungen im Krankenhausmarkt, um privatwirtschaftliche Entscheidungen auf eine solide empirische Grundlage zu stellen. Die Digitalisierung eröffnet Chancen, diese Informationen gemeinwohlorientiert auch im Kontext der Normsetzung und für die konkrete Entscheidungsfindung vor Ort aufzubereiten und mit geringem Aufwand öffentlich zur Verfügung zu stellen. Der Informationsbedarf ist groß. Exemplarisch sei der GKV-Kliniksimulator<sup>20</sup> genannt, mit dem bei der Schließung eines Krankenhauses die Erreichbarkeit anderer Häuser simuliert werden kann. Seit seiner Liveschaltung im September 2016 wurden mit ihm ca. 40 000 Simulationen durchgeführt. Erforderlich sind auch einheitliche Definitionen, z. B. zu Zentren, Abteilungen, Ambulanzen und Standorten. Gesetzgeberisch ist immerhin ein (bundesweites!) Standortverzeichnis auf den Weg gebracht<sup>21</sup>, sodass ab 2020 Leistungsdaten der Krankenhäuser standortbezogen erfasst und übermittelt werden. Analog sollte darauf aufbauend ein öffentlich zugängliches Arztverzeichnis für die vertragsärztliche Versorgung etabliert werden, das für Simulationen und Planungsentscheidungen herangezogen werden kann und damit beispielsweise auch sektorenübergreifende Analysen und zukünftig auch Planungen ermöglicht.

Die digitale Revolution ermöglicht also inzwischen die Folgeabschätzung bundesweiter Regelungen für alle Regionen. Anpassungsbedarf besteht in den gesetzlichen Vorgaben für die Richtlinien des G-BA. Es stellt sich beispielsweise die Frage, ob bei den Strukturrichtlinien und den Mindestmengen Erreichbarkeitsnormen „mitformuliert“ werden sollten. Solche Algorithmen sind besser geeignet, die Balance zwischen Qualitätsanforderungen und Erreichbarkeiten auszutarieren als Opt-out-Regelungen für Bundesländer.

Es verbleibt das Problem der Krankenhausplanung, die zu einer Status-quo-Fortschreibung verkommen ist. Einige Länder haben den Anspruch, durch den Krankenhausplan Versorgung zu gestalten, weitgehend aufgegeben und regeln nicht

<sup>20</sup> [www.gkv-kliniksimulator.de](http://www.gkv-kliniksimulator.de).

<sup>21</sup> Vgl. § 2a KHG und § 293 Abs. 6 SGB V.

einmal mehr die Bettenzahl und Abteilungsstruktur. Die gestaltungsfreie Fortschreibung des Status quo vertraut im Wesentlichen darauf, dass die Krankenhäuser schon „alles richtig machen“. Das gewaltige Ausmaß an Gelegenheitsversorgung mit patientengefährdender Wirkung aufgrund unverantwortlich geringer Fallzahlen lässt erhebliche Zweifel an dieser Grundannahme aufkommen. Für die Zulassung zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) hat der Gesetzgeber das (zweifelhafte) Motto „Wer kann, der darf.“ formuliert. Im Krankenhausbereich ist es noch schlimmer. Hier gilt: Auch wer nicht kann, der darf.

Die Sicherstellungszuschläge sind ein erster Schritt, algorithmisch die wirklich unverzichtbaren Krankenhäuser zu definieren. Bislang ist das nur für die Grundversorgung geschehen. Aus regulatorischer Perspektive wäre eine konsequente Ausweitung der Regelungen auf andere Leistungsbereiche höherer Versorgungsstufen denkbar. Entsprechende Überlegungen liegen auch der Sicherstellungsdebatte um die Gynäkologie und Geburtshilfe sowie die Kinder- und Jugendmedizin zugrunde. Es entsteht damit ein angemessener algorithmischer Rahmen, der sowohl den erhaltenswerten Mindeststandard normativ definiert, gleichzeitig aber auch Raum für Veränderungen der Versorgungsstrukturen aufzeigt.

Angesichts manifester Überkapazitäten, zu deren Abbau die Krankenhausplanung absehbar keinen Beitrag leisten wird, ist es aus regulatorischer Perspektive naheliegend, auch für die Angebotssteuerung im stationären Bereich einen Algorithmus für den Markteintritt und die Kapazitätssteuerung zu fordern. Ein Einstieg könnte dabei wie folgt aussehen: Durch einen vom G-BA bestimmten Algorithmus werden die Regionen in Deutschland identifiziert, für die wohnortbezogen die Behandlungshäufigkeit substantiell von der erwartbaren Behandlungshäufigkeit abweicht und damit Unterschiede vorliegen, die rein medizinisch nicht erklärbar sind. Gut dokumentiert sind derartige regionale Unterschiede beispielsweise für die Entfernung der Mandeln, des Blinddarms, der Prostata oder beim Einsetzen eines Defibrillators am Herzen (Bertelsmann 2015; Storz-Pfennig 2014). Hier zeigen sich Unterschiede bis zum Achtfachen. Um einer angebotsinduzierten Leistungsausweitung vorzubeugen, wird in diesen Regionen die medizinische Begutachtung der Fallabrechnung intensiviert. Konkret sollte für die Leistungserbringer der Regionen mit der höchsten Behandlungshäufigkeit die Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro im Falle einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) entfallen.

Darüber hinaus sind neue Marktsegmente, wie beispielsweise die mit dem KHSG neu sortierte und deutlich aufgewertete Zentrumsfinanzierung, mit klaren Kriterien für Zentren im Sinne von Markteintrittsalgorithmen zu hinterlegen. Wesentlich ist dabei, dass medizinisch sinnvoll und auf Basis klarer Trenner zwischen den Leistungserbringern unterschieden wird, die Aufgaben in neuen abrechnungsfähigen Marktsegmenten übernehmen sollen, und solchen, die für die vorgesehenen Aufgaben eben nicht die notwendigen Qualifikationen mitbringen.

Weit entfernt von einer kapazitätsorientierten, algorithmischen Marktregulierung ist die ambulante Versorgung an den Sektorengrenzen der ambulanten und stationären Versorgung. Es existieren inzwischen beispielsweise rund zwei Dutzend Rechtsformen für Krankenhausambulanzen und somit Bereiche, in denen Krankenhäuser und niedergelassene Vertragsärzte gleichermaßen an der Versorgung beteiligt sind (Seitz 2012; Leber 2010; Orłowski 2016; Leber und Wasem 2016), die

jedoch in den jeweiligen sektoralen Kapazitäts-, Qualitätssicherungs- und Mengensteuerungssystemen gar nicht oder nur unzureichend erfasst werden.

Versteht man einen Algorithmus als Handlungsvorschrift zur Lösung von Problemen, muss mit Blick auf die ambulante Leistungserbringung von Krankenhäusern zunächst geklärt werden, welche Versorgungsprobleme die Krankenhausambulanzen lösen sollen. Dabei ist es nicht sinnvoll, zwischen der Versorgungsfunktion der mehr als 24 Einzelvorschriften zu unterscheiden, nach denen Krankenhäuser ambulante Leistungen erbringen. Stattdessen kann grob zwischen drei Versorgungsfunktionen von Krankenhausambulanzen unterschieden werden (Scheller-Kreinsen et al. 2017):

1. Ergänzende vertragsärztliche Versorgung: Krankenhausambulanzen werden ermächtigt, um Versorgungsdefizite der vertragsärztlichen Versorgung auszugleichen.
2. Äquivalente Leistungserbringung: Krankenhausambulanzen sind als spezialisierte Leistungserbringer spezifischer ambulanter Versorgungsleistungen vorgesehen, die sowohl von Ambulanzen als auch von spezialisierten Vertragsärztinnen und -ärzten erbracht werden können.
3. Hochspezialisierte Ambulanzversorgung: Krankenhäuser erbringen eine hochspezialisierte ambulante Versorgung, die unter Qualitätsaspekten oder wegen notwendiger Strukturanforderungen vornehmlich oder ausschließlich von Krankenhausambulanzen erbracht werden sollte.

Mit Blick auf eine kapazitätsorientierte Marktregulierung ergeben sich unterschiedliche Handlungsnotwendigkeiten. Eine zentrale Herausforderung ist die Einführung einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung für solche spezialisierten Leistungen, die sinnvollerweise sowohl von Vertragsärzten als auch von Krankenhausambulanzen erbracht werden können (Scheller-Kreinsen et al. 2018). Weitergehende Reformbedarfe sind eine sektorenunabhängige und stärker fallpauschalierte Vergütungsstruktur, eine durchgehende und sektorenunabhängige Mengensteuerung sowie Qualitätssicherung (GKV-Spitzenverband 2017).

In der Gesamtschau zeigt sich ein fundamentaler Wandel in der Steuerung und Strukturierung der stationären Versorgung: An die Stelle des alten paternalistischen, stark landesbezogenen KHG-Modells zur Krankenhausplanung treten zunehmend bundesweite Regelungen zur Vergütung, zur Qualität und inzwischen auch zur Krankenhausplanung. Noch fehlen wesentliche Algorithmen zum Marktzu- und -abgang. Die digitalen Systeme erlauben inzwischen weitestgehend die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten. Es dürfte deshalb an der Zeit sein, verfassungsrechtlich nachzujustieren, damit vermeintliche Eingriffe in die Planungshoheit der Länder künftig nicht mehr unbefriedigende Opt-out-Regelungen nach sich ziehen. Es bleibt der Appell an die Gesundheitspolitik, die gemeinsame Selbstverwaltung und die Gesundheitsökonomie: Neue Algorithmen braucht das Land!

## Literatur

- AOK-Bundesverband. Blickpunkt Klinik. Zahlen, Daten, Fakten. September 2017. [www.blickpunkt-klinik.de](http://www.blickpunkt-klinik.de) (28 November 2017).
- Augurzky B, Bünnings C, Dördelmann S, Greiner W, Hein L, Scholz S, Wübker A. Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus. RWI Materialien Heft 104. Essen 2016. [http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/rwi-materialien\\_104.pdf](http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/rwi-materialien_104.pdf) (28 November 2017).
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg). Faktencheck Regionale Unterschiede 2015. Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung im Zeitvergleich. Gütersloh 2015. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/faktencheck-regionale-unterschiede-2015/> (28 November 2017).
- Bockhorst K, Leber WD, Wolff J. Neustrukturierung der Notfallversorgung. In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg). Gesundheitswesen aktuell 2017, Beiträge und Analysen. BAR-MER, Wuppertal 2017: 176–97.
- Busse R, Ganten D, Huster S, Reinhardt ER, Suttorp N, Wiesing U. Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V. – Nationale Akademie der Wissenschaften 2016.
- Dormann F, Klauber J, Kuhlen R. Qualitätsmonitor 2018. Berlin: Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2018.
- GKV-Spitzenverband. Reformvorschläge zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung, Positionspapier beschlossen vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 30.08.2017. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier\\_sektorenubergreifende\\_Versorgung\\_barrierefrei.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_sektorenubergreifende_Versorgung_barrierefrei.pdf) (28 November 2017).
- hche. Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG – Endbericht, Juli 2014. [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/mengenentwicklung\\_und\\_mengensteuerung/mengenentwicklung\\_und\\_mengensteuerung\\_1.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/mengenentwicklung_und_mengensteuerung/mengenentwicklung_und_mengensteuerung_1.jsp) (28 November 2017).
- IGES. G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17 b Abs. 8 KHG. Endbericht des zweiten Forschungszyklus (2006 bis 2008): Untersuchung im Auftrag des deutschen DRG-Instituts (InEK) 2011. Berlin. <http://www.g-drg.de/cms/content/view/full/2944> (28 November 2017).
- Leber WD. § 115x: Spezialärztliche Versorgung – Ein Reformprojekt ab 2011. führen und wirtschaften im Krankenhaus 2010; 27 (6): 572–5.
- Leber WD, Malzahn J, Wolff J. Elektiv wird selektiv – Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2007, Stuttgart: Schattauer 2007; 81–106.
- Leber WD, Scheller-Kreinsen D. Marktaustritte sicherstellen – Zur Rolle rekursiver Simulationen bei der Strukturbereinigung im Krankenhausesektor. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2015. Stuttgart: Schattauer 2015; 187–210.
- Leber WD, Wasem J. Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2016, Stuttgart: Schattauer 2016; 3–28.
- Leber WD, Wolff J. Wer bestellt, muss bezahlen. führen und wirtschaften im Krankenhaus 2012; 29 (3): 258–61.
- Nimptsch U, Mansky T. Volume-Outcome-Zusammenhänge in Deutschland. In: Dormann F, Klauber J, Kuhlen R (Hrsg). Qualitätsmonitor 2018. Berlin: Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2018; 55–68.
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Managing Hospital Volumes: Germany and Experiences from OECD Countries. OECD Health Working Papers Nr. 64. OECD Publishing, Paris 2013.
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Health at a Glance 2015: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris 2015. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en) (28 November 2017).

- Olson M. The Principle of “Fiscal Equivalence”: The Division of Responsibilities among Different Levels of Government. *The American Economic Review* 1969; 59 (2): 479–87.
- Orlowski U. Potenzial der Kliniken: Ambulantes Krankenhaus. führen und wirtschaften im Krankenhaus 2016; 33 (4): 3–11.
- 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, Mai 2014. [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/gutachten\\_marktaustritte\\_krankenhaeuser.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/gutachten_marktaustritte_krankenhaeuser.jsp) (28 November 2017).
- Scheller-Kreinsen D, Lehmann K, Quentin W, Kaiser P, Haun O (2017): Ambulant-stationäre Grenzen: Endlich aufräumen! führen und wirtschaften im Krankenhaus 2017; 34 (8): 718–21.
- Scheller-Kreinsen D, Lehmann K, Krause F, Botero F, Quentin W. Sektorenübergreifende Angebotssteuerung für Vertragsärzte und Krankenhausambulanzen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2018*. Stuttgart: Schattauer 2018; 209–232.
- Schreyögg J, Milstein R. Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Hamburg. 10.11.2016, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Gutachten\\_Schreyoegg\\_Pflegesensitive\\_Fachabteilungen.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Gutachten_Schreyoegg_Pflegesensitive_Fachabteilungen.pdf) (28 November 2017).
- Seitz I. Die Erbringung ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser. *Schriften zum Sozialrecht*. Baden-Baden: Nomos 2012.
- Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser 2015, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, 2016.
- Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser 2016, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, 2017.
- Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. 2017.
- Storz-Pfennig P. Germany: Geographic variations in health care. In: Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) *Graphic Variations in Health Care: What do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?* OECD Publishing. Paris 2014. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-11-en> (11 Dezember 2017).
- WHO Europe. *European HFA Database 2015*. Statistisches Bundesamt 2015.

# 8 Der KHSG-Strukturfonds nach einem Jahr und Vorschlag zur Weiterentwicklung

Boris Augurzky und Adam Pilny

## Abstract

Die Krankenhausstrukturen sind seit Jahren Gegenstand politischer Debatten. Um Strukturoptimierungen anzuregen, hat der Gesetzgeber mit dem Strukturfonds im Rahmen des am 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) den Akteuren im Markt dazu ein Instrument an die Hand gegeben. Wie die bisherigen Ausschöpfungsquoten zeigen, wird der Fonds von den Akteuren in hohem Maße angenommen. Die Mittel des Fonds werden jedoch nicht genügen, um die in diesem Kapitel abgeleitete Soll-Struktur erreichen zu können. Wir gehen hierfür von einem nötigen Investitionsvolumen von rund 11 Mrd. € aus. Daher sollte über eine Fortführung des Strukturfonds mit Anpassungen nachgedacht werden. So sollten die Fonds-Mittel aus Steuermitteln des Bundes mit Ko-Finanzierung der Länder kommen, die Verteilung der Mittel sollte nach einem bundesweit einheitlichen Kriterienkatalog erfolgen und Krankenhausträger sollten Anträge stellen können.

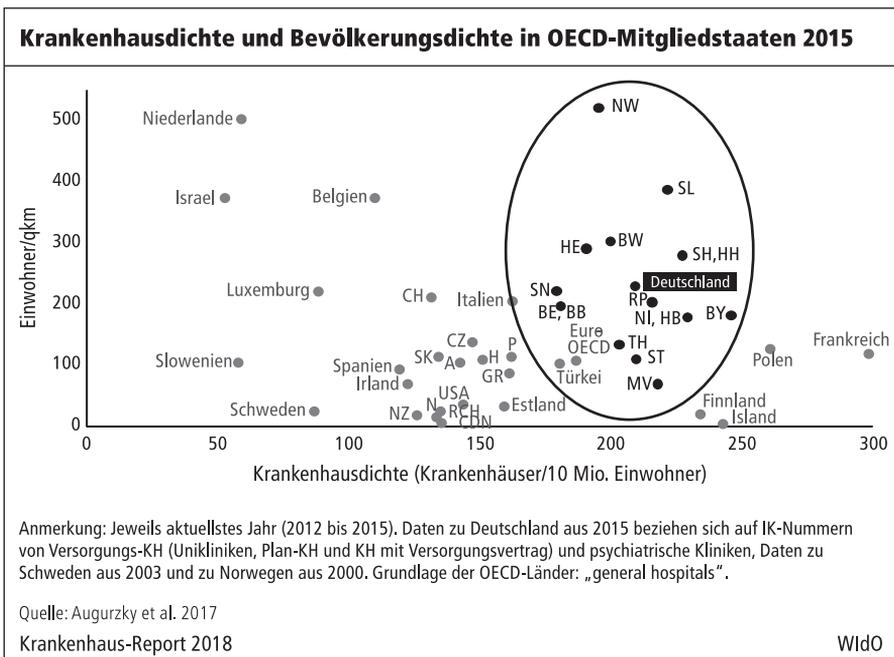
The structure of the German hospital market has been subject to political debates for many years. In order to stimulate structural optimisations, German legislature introduced the Hospital Structure Act (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) which came into effect on 1<sup>st</sup> January 2016. It includes a so-called structure fund (Strukturfonds) of € 1 billion. The federal states can apply for fund capital to realise projects to optimise hospital structures (concentration of capacities and closure of excess capacities). There is more demand for capital than the given € 1 billion, which shows a high acceptance among market players. However, the fund capital will not suffice to achieve the target structure derived in this article. We rather anticipate that an investment volume of about € 11 billion is necessary to achieve it. Therefore, we suggest to continue the fund in the following years providing more capital. However, we recommend to adjust certain parameters of the fund: (i) using tax-based money instead of money of the social health insurance, (ii) establishing nationally uniform criteria for the granting procedure of the fund, and (iii) allowing hospital owners to apply for fund capital.

## 8.1 Hintergrund

Im internationalen, aber auch im innerdeutschen Vergleich zeigt sich, dass das deutsche Krankenhauswesen durch Überkapazitäten vor allem hinsichtlich der Zahl der Krankenhausstandorte geprägt ist. Die Krankenhausedichte<sup>1</sup> in Deutschland liegt über dem Wert der europäischen OECD-Staaten (Abbildung 8–1). Luxemburg, die Schweiz und Italien weisen eine ähnliche Bevölkerungsdichte wie Deutschland auf, kommen aber allesamt mit deutlich niedrigeren Krankenhausedichten aus. Aber auch im innerdeutschen Vergleich der Bundesländer zeigt sich, dass beispielsweise Sachsen mit einer geringeren Zahl an Krankenhäusern auskommt als etwa Bayern, obwohl in Sachsen die Bevölkerungsdichte nur leicht höher ist.

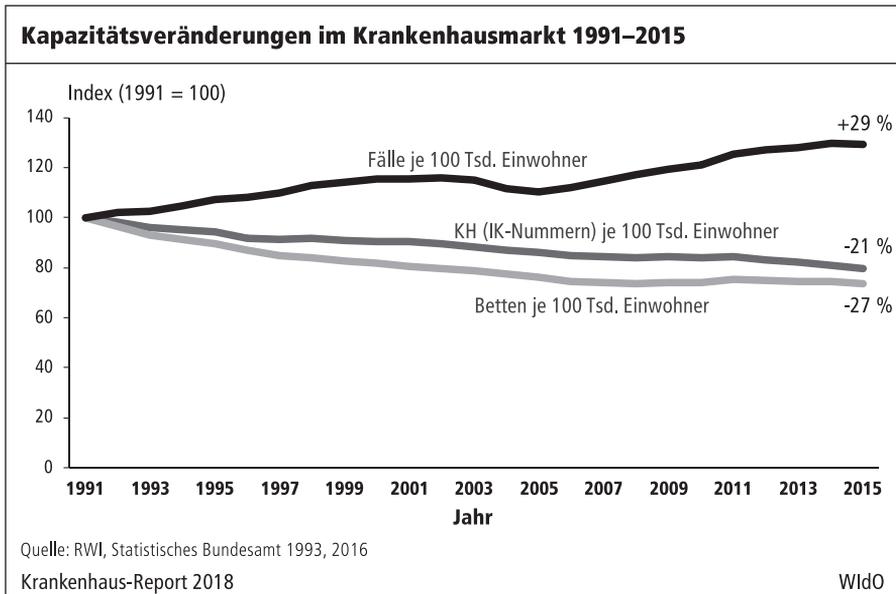
In der Vergangenheit fand in Deutschland indessen ein Kapazitätsabbau statt (Abbildung 8–2). So ging die Zahl der so genannten Instituts-kennziffern (IK) je 100 000 Einwohner von 1991 bis 2015 um rund 21 % zurück (–1,6% p. a.) und die Bettenkapazität um 27% (–2,2% p. a.). Inwiefern damit auch eine ähnlich hohe Reduktion der Zahl der Standorte verbunden ist, muss offen bleiben, weil die Standorte nicht statistisch erfasst werden. Eigene Recherchen deuten darauf hin, dass eine IK-Nummer im Jahr 2015 etwa 1,27 Standorte im Durchschnitt umfasste. In früheren Jahren dürfte dieser Wert vermutlich niedriger ausgefallen sein. Preusker et al. (2014) kommen zu dem Ergebnis, dass im Zeitraum von 2003 bis 2013 nur 74

Abbildung 8–1



<sup>1</sup> Anzumerken ist, dass hier nicht die Zahl der Standorte, sondern die Zahl der so genannten Instituts-kennziffern (IK) gemessen wird. Eine IK-Nummer kann mehr als einen Standort umfassen.

Abbildung 8–2



Standorte geschlossen wurden, obgleich die Zahl der IK-Nummern um 204 gefallen ist. Das heißt, dass vom Statistischen Bundesamt in vielen Fällen keine Schließungen, sondern nur Zusammenlegungen von IK-Nummern gemessen werden. Im gleichen Zeitraum nahm die Zahl der Fälle je 100 000 Einwohner dagegen um 29% (+1,8% p. a.) zu, während die Verweildauer um 47,6% gesunken ist. Die Zahl der Belegungstage und die Zahl der Betten je 100 000 Einwohner nahm um 32,2% bzw. 26,5% ab.

Der Optimierung der Krankenhausstrukturen ist seit Jahren Gegenstand politischer Diskussionen, die von den beteiligten Akteuren im Gesundheitswesen geführt werden. Mit dem zum 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) hat der Gesetzgeber erstmals den Akteuren im Markt ein Instrument zur Optimierung der Krankenhausstrukturen an die Hand gegeben. Im Folgenden werden zunächst der Strukturfonds und die bis zum 4. August 2017 beantragten Maßnahmen der Bundesländer beschrieben. Es folgt die Ableitung einer Soll-Struktur und eine Schätzung der nötigen Investitionsmittel, um von der gegenwärtigen Ist- zur Soll-Struktur zu gelangen. Das Kapitel schließt mit einer groben ersten Bewertung des Strukturfonds und einem Ausblick.

## 8.2 Strukturfonds und die beantragten Maßnahmen

Die Einrichtung eines Strukturfonds war 2016 ein zentraler Bestandteil des KHSG, dessen rechtliche Ausgestaltung sich in §§ 12–15 KHG wiederfindet. Die im Fonds bereitgestellten Fördermittel sollen explizit strukturellen Änderungen zugutekommen

Abbildung 8–3



und nicht – wie reguläre KHG-Fördermittel – investiv zur Aufrechterhaltung der bestehenden Krankenhausinfrastruktur verwendet werden. Mit dem Fonds werden Maßnahmen gefördert, die die folgenden drei Ziele anstreben:

- i. **Abbau von Überkapazitäten:** Förderung von Schließungen von Standorten und Abteilungen.
- ii. **Konzentration:** Verlagerung von Kapazitäten, um Leistungen zu konzentrieren.
- iii. **Umwandlung** von Krankenhäusern in andere Versorgungseinrichtungen (z. B. Einrichtung der ambulanten, sektorenübergreifenden oder palliativen Versorgung, Umwandlung in ein Pflegeheim oder eine Reha-Klinik).

Das Gesamtvolumen des Strukturfonds beläuft sich einmalig auf 1 Mrd. €. Dazu werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds 500 Mio. € zur Verfügung gestellt, die – gemäß dem Königsteiner Schlüssel<sup>2</sup> – auf die Länder verteilt werden. Die Länder beteiligen sich mit der gleichen Summe in Form einer 1:1-Ko-Finanzierung. Bei dem Anteil der Länder ist eine gemeinsame Finanzierung der Maßnahmen mit den Trägern der zu fördernden Einrichtung möglich. Zwingende Voraussetzung für die Zuteilung der Fördermittel ist, dass das zu fördernde Vorhaben zum 1.1.2016 noch nicht begonnen worden ist. Die Anträge der Fördervorhaben mussten von den Ländern bis zum 31.7.2017 beim Bundesversicherungsamt (BVA) gestellt werden. Welche Maßnahmen gefördert werden, wird von den Ländern im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen entschieden. Hierbei ist die Beteiligung anderer Institutionen möglich. Die Prüfung der zweckmäßi-

<sup>2</sup> Die Verteilung nach dem Königsteiner Schlüssel bemisst sich zu einem Drittel an der Bevölkerungszahl und zu zwei Dritteln an dem Steueraufkommen der Länder.

gen Verwendung der Mittel aus dem Strukturfonds obliegt den Ländern. Zudem sind die Länder verpflichtet, für die Jahre 2016 bis 2018 mindestens den Durchschnitt der in ihren Haushalten veranschlagten Investitionsmittel nach KHG oder mindestens das Niveau dieser Mittel von 2015 beizubehalten.

Abbildung 8–3 zeigt die Verteilung der Fördermittel nach Ländern. Rund 50 % aller Mittel aus dem Strukturfonds entfallen demnach auf Nordrhein-Westfalen (210 Mio. €), Bayern (154 Mio. €) und Baden-Württemberg (127 Mio. €). Das geringste absolute Förderniveau weisen Bremen (9 Mio. €), das Saarland (12 Mio. €) und Mecklenburg-Vorpommern (20 Mio. €) auf. Werden die Fördermittel auf die Betten und die Patienten in den Ländern normiert, zeigt sich ein ausgeglicheneres Bild. Im Bundesdurchschnitt stellt der Fonds zur Förderung von Strukturverbesserungen je Bett 1 984 € zur Verfügung, je Fall 51 €. Die Bandbreite liegt dabei zwischen 1 685 € bis 2 504 € je Bett und zwischen 43 € und 61 € je Fall.

Tabelle 8–1 zeigt, welche Maßnahmen von den Ländern geplant sind und wie hoch das Ausschöpfungsvolumen zum 4. August 2017 gewesen ist. Grundlage hierfür ist eine Befragung der Landesministerien für Gesundheit durch das RWI –

Tabelle 8–1

**Geförderte Maßnahmen nach Bundesländern**

Land	Arten von Maßnahmen	Ausschöpfung konsolidiert*	Aufstockung Fonds?
Baden-Württemberg	(i) Abbau, (ii) Konzentration, (iii) Umwandlung	>500%	Ja
Bayern	(i) Abbau, (ii) Konzentration, (iii) Umwandlung	>100%	Nein
Berlin	(i) Abbau, (ii) Konzentration, (iii) Umwandlung	50–100%	Ja
Brandenburg	(i) Konzentration, (ii) Umwandlung	>100%	Ja
Bremen	(i) Konzentration, (ii) Strukturverbesserungen	>100%	Ja
Hamburg	(i) Baumaßnahmen	>100%	Ja
Hessen	(i) Abbau, (ii) Konzentration	>100%	Ja
Mecklenburg-Vorpommern	(i) Teilstilllegungen, (ii) Konzentration, (iii) Umwidmung	30%	Nein
Niedersachsen	(i) Schließungen, (ii) Strukturoptimierung	>300%	Ja
Nordrhein-Westfalen	(i) Abbau, (ii) Konzentration, (iii) Umwandlung	>100%	Ja
Rheinland-Pfalz	(i) Abbau, (ii) Konzentration, (iii) Umwandlung	>100%	Ja
Saarland	(i) Schließungen, (ii) Konzentration, (iii) Umwandlung	>100%	Ja
Sachsen	–	50–100%	–
Sachsen-Anhalt	(i) Strukturverbesserung, (ii) Abbau, (iii) Konzentration	>100%	Nein**
Schleswig-Holstein	(i) Konzentration, (iii) Umwandlung	>100%	Ja
Thüringen	(i) Strukturverbesserung	>100%	Nein

\* Konsolidiert aus vdek-Übersicht und RWI-Umfrage, \*\* Fehlende Kofinanzierung

Anmerkung: Stand der Ausschöpfung 4.8.2017. Zum Teil fehlende Angaben zu Sachsen, da keine Teilnahme an Befragung.

Quelle: Augurzky et al. 2017; vdek 2017; eigene Befragung der Landesministerien

Tabelle 8–2

**Anzahl beantragter Projekte**

Land	Abbau	Konzentration	Umwandlung	Gesamt
Baden-Württemberg	0	19	10	29
Bayern	0	7	2	9
Berlin	0	1	0	1
Brandenburg	0	1	2	3
Bremen	0	1	0	1
Hamburg	0	2	0	2
Hessen	5	8	0	13
Mecklenburg-Vorpommern	1	1	1	3
Niedersachsen	6	17	2	25
Nordrhein-Westfalen	7	9	1	17
Rheinland-Pfalz	0	4	0	4
Saarland	0	2	0	2
Sachsen	1	2	0	3
Sachsen-Anhalt	1	2	0	3
Schleswig- Holstein	0	3	0	3
Thüringen	4	3	3	10
Deutschland	25	82	21	128

Anmerkung: Stand 4.8.2017

Quelle: Augurzky et al. 2017; vdek 2017

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung von November 2016 bis Januar 2017 sowie Daten des Verbandes der Ersatzkassen (vdek 2017). Etwa die Hälfte der Länder plant Maßnahmen, die auf alle drei Ziele Abbau, Konzentration und Umwandlung ausgerichtet sind. Allerdings gab es bis August 2017 noch große Unterschiede zwischen den Ländern bei der Ausschöpfung der Mittel des Fonds. In Niedersachsen betrug das Antragsvolumen mindestens das Dreifache, in Baden-Württemberg sogar mehr als das Fünffache der bereitgestellten Mittel. In Berlin und Sachsen betrug das Ausschöpfungsvolumen dagegen nur zwischen 50 bis 100 %, während es in Mecklenburg-Vorpommern sogar bei nur rund 30 % lag. Bei den übrigen Ländern liegt das Ausschöpfungsvolumen bei über 100 %, sodass davon auszugehen ist, dass bei dem Großteil der Länder die zur Verfügung stehenden Mittel tatsächlich ausgeschöpft werden. Von den 15 Ländern, die sich an der RWI-Umfrage beteiligt hatten, plädierten elf für eine Aufstockung der Strukturfondsmittel.

Eine Übersicht zu bisher beantragten Projekten bietet Tabelle 8–2. Bis zum 4.8.2017 sind 128 Projekte seitens der Länder beim BVA beantragt worden, wovon 82 Projekte (64 %) auf Maßnahmen zur Konzentration entfielen, 25 Projekte (20 %) auf Maßnahmen zum Abbau und 21 (16 %) auf Maßnahmen zur Umwandlung. Jedoch dürfte einer Umwandlung ein Abbau vorangehen, sodass damit auch eine Kapazitätsreduktion erreicht würde. Ähnliches gilt für viele Konzentrationsmaßnahmen.

Tabelle 8–3

**Verteilung der beantragten Mittel nach Maßnahmen in %**

Land	Abbau	Konzentration	Umwandlung
Baden-Württemberg	0	93	7
Bayern	0	98	2
Berlin	0	100	0
Brandenburg	0	33	67
Bremen	0	100	0
Hamburg	0	100	0
Hessen	34	66	0
Mecklenburg-Vorpommern	85	0	15
Niedersachsen	11	88	1
Nordrhein-Westfalen	10	88	2
Rheinland-Pfalz	0	100	0
Saarland	0	100	0
Sachsen	34	66	0
Sachsen-Anhalt	21	79	0
Schleswig- Holstein	0	100	0
Thüringen	6	70	24
Deutschland	9	87	4

Anmerkung: Stand 4.8.2017

Quelle: Augurzky et al. 2017; vdek 2017

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Zwischen den Ländern zeigen sich dabei deutliche Unterschiede. Die meisten Projekte wurden von Baden-Württemberg (29), Niedersachsen (25), Nordrhein-Westfalen (17) und Hessen (13) beantragt. Mit zehn bzw. neun bisher beantragten Projekten folgen Thüringen und Bayern. Bis zum 4.8.2017 waren von diesen 128 beantragten Projekten erst 31 – mit einem Fördervolumen von insgesamt rund 505 Mio. € – bewilligt worden (vdek 2017).

Tabelle 8–3 zeigt, wie sich das beantragte Fördervolumen der Länder auf die Maßnahmen verteilt. Im Bundesdurchschnitt entfallen 87% des Antragsvolumens auf Konzentrationsmaßnahmen, 9% auf den Kapazitätsabbau und lediglich 4% auf Maßnahmen zur Umwandlung. Der Fokus in den Ländern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Rheinland-Pfalz, dem Saarland und Schleswig-Holstein liegt auf Konzentrationsmaßnahmen. Der Abbau von bestehenden Kapazitäten nimmt insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern (85%), Hessen (34%) und Sachsen (34%) einen hohen Stellenwert ein. Maßnahmen zur Umwandlung spielen mit 67% in Brandenburg und mit 24% in Thüringen eine große Rolle. Ein Teil der Länder-Ko-Finanzierung können die Krankenhausträger übernehmen. Bis zum 4.8.2017 haben acht Länder die Träger der zu fördernden Einrichtungen zur Finanzierung der Maßnahmen herangezogen.

### 8.3 Soll-Krankenhausstruktur

Der Strukturfonds gibt mit seinem Kriterienkatalog Vorgaben hinsichtlich einer Soll-Struktur. Jedoch fehlt eine Vorstellung davon, wie eine wünschenswerte Soll-Struktur aussehen könnte. Grundsätzlich sollte eine optimale Struktur einen Beitrag zur Senkung der Betriebskosten und Investitionsbedarfe leisten und außerdem das Niveau der medizinischen Qualität erhöhen.

Dieser Abschnitt unternimmt daher den Versuch, eine mögliche Soll-Struktur und die nötigen Investitionskosten zur Erreichung dieser Soll-Struktur abzuleiten. Im Jahr 2015 gab es 1 566 IK-Nummern von Plankrankenhäusern, davon 1 351 Allgemeinkrankenhäuser und 215 Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen und/oder geriatrischen Betten. Plankrankenhäuser sind jene Krankenhäuser, die eine Investitionsförderung nach KHG erhalten. Universitätskliniken oder Krankenhäuser mit einem Versorgungsvertrag mit Krankenkassen sind darin nicht enthalten. Insgesamt verfügen diese Krankenhäuser über 437 500 Betten. Eine Analyse der Qualitätsberichte der Krankenhäuser, die auf Standortebene vorliegen, hat ergeben, dass es 2015 im Durchschnitt 1,27 Standorte je IK-Nummer gab. Wenn wir diesen Wert zugrunde legen, kommen wir für 2015 auf 1 989 Standorte von Plankrankenhäusern. Die Umsetzung eines Standortverzeichnisses in der amtlichen Statistik würde in Zukunft eine bessere und transparentere Planungsgrundlage schaffen, als es mit einem Verzeichnis auf Basis von IK-Nummern möglich ist.

Die Fallzahl dieser Krankenhäuser lag bei rund 17,1 Mio. und die Zahl der Belegungstage bei 124,7 Mio.<sup>3</sup> Bis zum Jahr 2025 gehen wir – gemäß Projektionen aus dem Krankenhaus Rating Report 2017 – von einem Wachstum der Fallzahl von 14,7% aus, wenn sowohl die demografische Entwicklung als auch darüber hinausgehende Wachstumstrends der Vergangenheit fortgeschrieben werden (Augurzky et al. 2017).<sup>4</sup> Allerdings unterstellen wir für die Soll-Struktur, dass bis 2025 ein ambulantes Potenzial von 5,8% gehoben wird, sodass das Wachstum der stationären Fallzahl entsprechend niedriger ausfällt. Die Verweildauer lag bei den Plankrankenhäusern 2015 bei 7,28 Tagen (Tabelle 8–4), die Auslastung damit bei 78,1%. Wir nehmen an, dass die Verweildauer bis 2025 um 11,5% auf 6,44 Tage sinkt, was dazu führt, dass trotz steigender Fallzahlen die Zahl der Belegungstage um 4,3% abnimmt. Außerdem nehmen wir an, dass die Bettenauslastung maximal bei 86% liegen kann und dieser Wert in der Soll-Struktur erreicht wird. Beides zusammen führt zu einem sinkenden Bedarf an Betten bis 2025 von 13,1%.

Die Soll-Struktur definieren wir anhand der Kennzahl „Standorte je Einwohner“ und wählen als Benchmark das Bundesland Sachsen. Die Einwohnerdichte Sach-

3 Da für die Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen und/oder geriatrischen Betten nicht die Zahl der Fälle und Belegungstage nur für die darunter befindlichen Plankrankenhäuser in der amtlichen Statistik ausgewiesen wird, muss ihre Zahl geschätzt werden. Etwa 91% der Betten dieser Krankenhäuser sind Betten von Plankrankenhäusern. Wir nehmen an, dass diese Quote auch für die Zahl der Fälle und Belegungstage gilt.

4 Die Annahmen zu Entwicklungen bis 2025 in diesem Absatz sind dem Krankenhaus Rating Report 2017 (Augurzky et al. 2017) entnommen.

Tabelle 8–4

**Hochrechnung der Leistungszahlen 2015 bis 2025**

Leistungen	Ist 2015	Delta-%	Delta-abs.	Soll 2025
Fallzahl (inkl. amb. Potenzial)	17 135 673	14,7%	2 521 207	19 656 880
Realisiertes ambulantes Potenzial	0,0%	–	5,8%	5,8%
Fallzahl (exkl. amb. Potenzial)	17 135 673	8,1%	1 381 108	18 516 781
Belegungstage (inkl. amb. Potenzial)	124 735 542	1,6%	1 950 003	126 685 544
Belegungstage (exkl. amb. Potenzial)	124 735 542	–4,3%	–5 397 759	119 337 783
Verweildauer in Tagen	7,28	–11,5%	–0,83	6,44
<b>Einwohnerzahl</b>				
Alle	81 345 000	0,3%	244 000	81 589 000
Alter 65+	17 290 000	14,6%	2 517 000	19 807 000

Anmerkung: Einwohnerzahl nach der Variante 2 der 13. Bevölkerungsvorausberechnung

Krankenhaus-Report 2018

WlD0

8

sens liegt etwa auf dem Niveau des bundesdeutschen Mittelwerts, die Krankenhausedichte jedoch um 14,4% unter dem Durchschnitt (Abbildung 8–1). Die Krankenhäuser in Sachsen schneiden in wirtschaftlicher Hinsicht bundesweit am besten ab. Sie erzielen die höchsten Jahresergebnisse von 3,9% der Erlöse (Abbildung 8–4). Dies kann neben der Krankenhausedichte daran liegen, dass sie einen relativ hohen Kapitaleinsatz haben, d. h. gut investiert sind, und dass es nur wenige kleine Häuser unter 150 Betten gibt (20%, Abbildung 8–5). Trotz der niedrigeren Krankenhausedichte ist in Sachsen die Erreichbarkeit der Grundversorger gut (siehe zum Beispiel Augurzky et al. 2014).<sup>5</sup>

Wir nehmen an, dass der Gesamtumsatz aller Plankrankenhäuser wie die Fallzahl wächst. Das heißt, wir halten die Preise auf dem aktuellen Niveau konstant (keine Preisinflation<sup>6</sup>). Tabelle 8–5 stellt die Entwicklung der Betriebskosten und des Umsatzes sowohl für 2015 als auch in der Hochrechnung für 2025 dar. Für investive Zwecke können Krankenhäuser neben dem Jahresergebnis nach Steuern auch die eigenfinanzierten Abschreibungen einsetzen. Daher addieren wir beide Werte. In der Hochrechnung der Betriebskosten wird überdies unterstellt, dass nur Krankenhäuser mit schlechter wirtschaftlicher Lage Standorte aufgeben werden. Dies allein führt automatisch zu einer Verbesserung der durchschnittlichen wirtschaftlichen Lage: Der Anteil des Jahresergebnisses und der eigenfinanzierten Abschreibungen erhöht sich von 4,4 auf 5,0%. Tabelle 8–6 stellt die Veränderungen für diejenigen Krankenhäuser separat dar, die zu den 25% mit dem schlechtesten Rating 2015 nach Augurzky et al. (2017) gehören. Es handelt sich um 497 Standorte, von denen in der Simulation 286 entfallen werden. Wir gehen davon aus, dass es sich dabei um kleinere Standorte mit durchschnittlich nur 132 Betten handelt. In der

5 In Karte 1 auf S. 45 in Augurzky et al. 2014 wird die Erreichbarkeit der Grundversorger veranschaulicht.

6 Wir führen die Hochrechnungen ohne Preisinflation durch. Dies erleichtert die Interpretation der künftigen Werte, weil damit ein direkter Vergleich mit aktuellen Werten möglich ist.

Abbildung 8–4

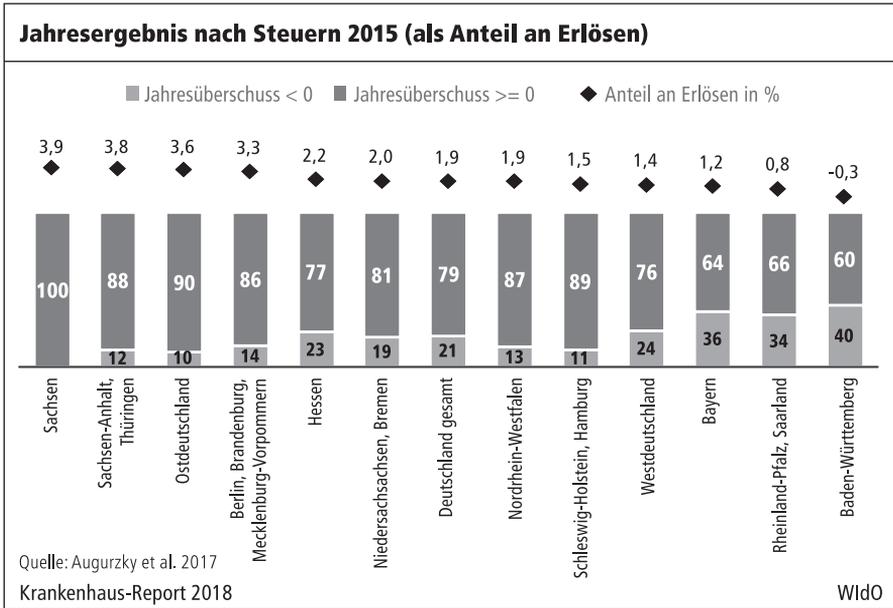


Abbildung 8–5

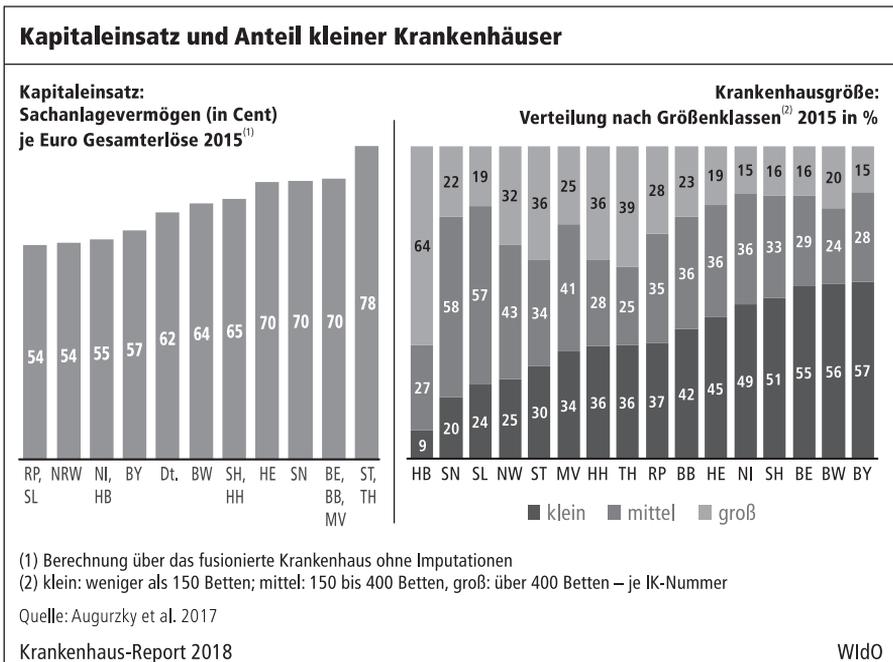


Tabelle 8–5

**Umsatz und Betriebskosten 2015 und 2025**

Umsatz und Betriebskosten	Ist 2015	Delta-%	Delta-abs.	Soll 2025
Bereinigte Kosten in T€	70 116 904	7,4 %	5 192 798	75 309 702
Jahresergebnis (EAT) in % Umsatz	1,9 %	–	–	–
Eigenfin. Abschreibungen in % Umsatz	2,5 %	–	–	–
Geschätzter Umsatz in T€	73 331 385	8,1 %	5 910 394	79 241 779
EAT + eigenfin. Abschreibungen in T€	3 214 481	22,3 %	717 596	3 932 077
– als Anteil Umsatz	4,4 %	–	0,58 %	5,0 %

Krankenhaus-Report 2018

WlDO

Tabelle 8–6

**Umsatz und Betriebskosten 2015 und 2025 nach Rating-Quartilen**

Umsatz und Betriebskosten nach Rating	Ist 2015	Delta-%	Delta-abs.	Soll 2025
<b>4. Rating-Quartil</b>				
Anteil Krankenhäuser	25,0 %	–	–12,6 %	12,3 %
Standorte	497	–57,7 %	–286	210
Anteil Betten	24,5 %	–	–7,1 %	17,3 %
Betten	107 108	–38,5 %	–37 800	65 923
Betten je Standort	216	45,4 %	98	314
Betten der verbleibenden Standorte	69 308	–4,9 %	–3 385	65 923
Betten der zu schließenden Standorte	37 800	–100,0 %	–37 800	0
Geschlossener Standort:				
– Verhältnis Größe zu Durchschnitt	60 %			
– Anzahl Betten	132			
Anteil Fallzahl	24,5 %	–	–7,1 %	17,3 %
Fallzahl	4 195 123	–23,5 %	–984 316	3 210 807
Geschätzter Umsatz in T€	17 952 852	–23,5 %	–4 212 338	13 740 514
Jahresergebnis (EAT) in % Umsatz	–1,5 %	–	–	–
Eigenfin. Abschreibungen in % Umsatz	2,2 %	–	–	–
EAT + eigenfin. Abschreibungen in T€	116 783	129,6 %	151 363	268 146
– als Anteil Umsatz	0,7 %	–	1,3 %	2,0 %

**Rating-Quartil 1-3**

Standorte	1 492	0,0 %	0	1 492
Betten	330 392	–4,9 %	–16 137	314 255
Betten je Standort	221	–4,9 %	–11	211
Fallzahl	12 940 550	18,3 %	2 365 424	15 305 974
Geschätzter Umsatz in T€	55 378 533	18,3 %	10 122 731	65 501 265
EAT + eigenfin. Abschreibungen in T€	3 097 698	18,3 %	566 233	3 663 931
– als Anteil Umsatz	5,6 %	–	0,0 %	5,6 %

Krankenhaus-Report 2018

WlDO

Tabelle 8–7

## Ausgewählte Kennzahlen der Simulation zur Soll-Struktur

Kennzahlen	Ist 2015	Delta-%	Delta-abs.	Soll 2025
Auslastung	78,1%	–	7,9%	86,0%
Betten je Standort	220	1,5%	3,3	223
Stationäre Fallzahl je Standort	8616	26,2%	2261	10877
Standorte je 1 Mio. Einwohner	24,4	–14,7%	–3,6	20,9
Standorte je 1 Mio. Einwohner 65+	115,0	–25,3%	–29,1	86,0
Betten je 1 Mio. Einwohner	5378	–13,4%	–719	4660
Betten je 1 Mio. Einwohner 65+	25304	–24,1%	–6110	19194
Fallzahl je 1.000 Einwohner	211	7,7%	16	227
Fallzahl je 1.000 Einwohner 65+	991	–5,7%	–56	935
<b>Umsatz</b>				
... je Standort in Mio. €	36,9	26,2%	9,7	46,5
... je Bett in €	167615	24,4%	40819	208434
... je Fall in €	4279	0,0%	0	4279
... je Einwohner in €	901	7,7%	70	971
... je Einwohner 65+ in €	4241	–5,7%	–241	4001
<b>EAT + eigenfin. Abschreibungen</b>				
... je Fall in €	188	13,2%	25	212
... je Fall in Rating-Quartil 4	28	200,0%	56	84
... je Fall in Rating-Quartil 1-3	239	0,0%	0	239

Krankenhaus-Report 2018

WldO

Summe würden damit in diesem Quartil 37 800 Betten verschwinden. Die größeren Standorte in diesem Quartil bleiben bestehen, bauen aber wie alle anderen Krankenhäuser in der Simulation pauschal 4,9% ihrer Betten ab. Wir nehmen aber an, dass sich deren Ertragssituation verbessert: Das Jahresergebnis zzgl. eigenfinanzierter Abschreibungen stiege von 28 € je Fall im Jahr 2015 auf 84 € je Fall 2025. In den besseren drei Rating-Quartilen lassen wir diesen Wert konstant bei 239 € je Fall.

Mit den oben genannten Hochrechnungen, einer maximalen Bettenauslastung von 86%, einer um 14,4% niedrigeren Krankenhausdichte und den beschriebenen Finanzkennzahlen ergeben sich die in Tabelle 8–7 gezeigten Kennzahlen für 2015 und 2025. Die Bettenzahl je Standort ändert sich zwischen 2015 und 2025 kaum, weil in der Projektion der Bettenbedarf mit 13,3% fast ähnlich stark zurückgeht wie die Zahl der Standorte (–14,4%). Allerdings versorgt 2025 ein Standort deutlich mehr Fälle, sodass auch der Umsatz je Standort entsprechend steigt.<sup>7</sup> Im Ergebnis steigt das Jahresergebnis zzgl. eigenfinanzierter Abschreibungen von 188 auf 212 € je Fall.

<sup>7</sup> Wir unterstellen dabei keine Preisinflation, d. h. belassen die Preise der Einfachheit und der besseren Vergleichbarkeit wegen konstant auf dem Niveau von 2015.

Tabelle 8–8

**Investitionsbedarf 2015 und 2025**

Investitionsbedarfe	Ist 2015	Delta-%	Delta-abs.	Soll 2025
Investitionsbedarf in Mrd. € p.a.	5,40	-3,7 %	-0,20	5,20
Investitionsbedarf gekoppelt an ...				
Standort	10 %	–	-1,1 %	8,9 %
Bett	45 %	–	-4,4 %	40,6 %
Fall	45 %	–	5,5 %	50,5 %
Investitionsbedarf je ...				
Standort in €	271 518	0,0 %	0	271 518
Bett in €	5 554	0,0 %	0	5 554
Fall in €	142	0,0 %	0	142

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

8

Wenn die Zahl der Standorte sinkt, wird es zu einer „Umverteilung“ der Patienten kommen. Auch die Investitionsbedarfe werden sich ähnlich zwischen den Standorten umverteilen. Für das Jahr 2015 gehen wir von einem jährlichen Investitionsbedarf der Plankrankenhäuser von mindestens 5,4 Mrd. € aus (Augurzky et al. 2017). Ein gewisser Teil des Investitionsbedarfs dürfte an der Zahl der Standorte festzumachen sein. Für die Simulationsrechnung nehmen wir an, dass 10 % des Investitionsbedarfs an den Standort gekoppelt sind, 45 % an die Bettenzahl und 45 % an die Fallzahl. Tabelle 8–8 stellt dar, wie sich unter diesen Bedingungen der Investitionsbedarf bundesweit verändert, wenn 2025 die Soll-Struktur erreicht wird. Einerseits steigt er aufgrund der steigenden Fallzahl, andererseits sinkt er aufgrund der rückläufigen Betten- und Standortzahl. In der Summe sinkt er in der Simulation um 3,7 % von 5,4 auf dann 5,2 Mrd. €.

Im Ergebnis würde sich bei einem Übergang zur Soll-Struktur der Investitionsbedarf leicht um 200 Mio. € reduzieren und außerdem die Ertragslage der Krankenhäuser um 720 Mio. € verbessern (Tabelle 8–9). Falls die zusätzlichen Erträge der Krankenhäuser für Investitionen verwendet und die Länder ihr derzeitiges Fördermittelvolumen bis 2025 halten würden, könnte dadurch die effektive Investitionslücke von derzeit 2,60 auf 1,68 Mrd. € gesenkt werden.

Tabelle 8–9

**Effektive Investitionslücke 2015 und 2025**

Übersicht	Ist 2015	Delta-%	Delta-abs.	Soll 2025
Jahresergebnis nach Steuern+Zinsen, Mrd. €	3,21	22,3 %	0,72	3,93
Investitionsbedarfe in Mrd. €	5,40	-3,7 %	-0,20	5,20
Fördermittel der Länder in Mrd. €	2,80	0,0 %	0,00	2,80
Investitionslücke in Mrd. €	2,60	-35,3 %	-0,92	1,68

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Tabelle 8–10

**Investitionskosten für den Übergang zur Soll-Struktur**

<b>Standortschließungen</b>	
Anzahl	286
Anzahl Betten je Standort	132
Geschätzter Umsatz je Standort in Mio. €	22,1
Schließungskosten / Umsatz	<b>100 %</b>
Schließungskosten je Standort in Mio. €	22,1
Ges. Schließungskosten in Mrd. €	6,34
Geschlossene Betten	37 800
– davon Anteil zu verlagernder Betten	<b>30 %</b>
Zu verlagernde Betten	11 340
Investitionskosten je Bett an neuem Standort in €	<b>150 000</b>
Ges. Investitionskosten Bettenverlagerung in Mrd. €	1,70
<b>Bettenabbau</b>	
Bettenabbau aus Schließungen	26 460
Bettenabbau aus Kapazitätsanpassungen	30 862
Kosten des Abbaus eines Bettes in €	0
Ges. Kosten des Bettenabbaus in Mrd. €	0,00
<b>Spezialisierung: Bettenverlagerung</b>	
Anteil der zu verlagernden Betten / Betten 2025	<b>8,0 %</b>
Anzahl der zu verlagernden Betten	30 414
Investitionskosten je Bett an neuem Standort in €	<b>100 000</b>
Ges. Investitionskosten Bettenverlagerung in Mrd. €	3,04

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Der Übergang zur Soll-Struktur ist allerdings mit erheblichen Zusatzinvestitionen verbunden. Insgesamt sind 286 Standorte zu schließen und 37 800 Betten abzubauen (Tabelle 8–10). Wir nehmen an, dass die Schließungskosten etwa dem Jahresumsatz eines Standortes entsprechen. Preusker et al. (2014) gehen von mindestens einem Jahresumsatz oder sogar mehr aus. Damit ergeben sich Schließungskosten von 6,34 Mrd. €. Ein Teil der Betten der geschlossenen Häuser dürfte jedoch in Nachbarhäuser verlagert werden müssen, um die Patienten in der Region weiter versorgen zu können. Wir nehmen an, dass 30 % bzw. 11 340 Betten verlagert werden und dass je Bett am neuen Standort Investitionskosten von 150 000 € entstehen. Insgesamt fallen damit weitere 1,70 Mrd. € an. Für den bei rückläufigen Belegungstagen pauschalen Bettenabbau in Krankenhäusern setzen wir keine Investitionskosten an.

Neben der Schließung von Standorten gehören zum Erreichen der Soll-Struktur auch Leistungskonzentrationen, die Kapazitätsverschiebungen zwischen Standorten zur Folge haben. Wir unterstellen, dass dazu etwa 30 000 Bettenverlagerungen nötig werden bzw. 8 % der Soll-Bettenzahl 2025. Wenn für jedes zu verlagernde Bett Investitionskosten von 100 000 € entstehen, fällt ein dritter Kostenblock von 3,04 Mrd. € an. Die Kosten für die Verlagerung von Betten zwischen Standorten

Tabelle 8–11

**Gesamte Umstrukturierungskosten und Einsparpotenzial**

<b>Übersicht, in Mrd. €</b>	
Schließungskosten	6,3
Investitionskosten Bettenverlagerung bei Schließungen	1,7
Kosten des Bettenabbaus	0,0
Investitionskosten Bettenverlagerung bei Spezialisierung	3,0
<b>Gesamt</b>	<b>11,1</b>
Davon aktueller Strukturfonds	–1,0
<b>Noch zu leisten</b>	<b>10,1</b>
– Pro Jahr, beginnend 2018, 8 Jahre kaufend + Nachlauf	1,26
Dauerhafte Einsparung in Mrd. €	0,92
<b>„Rendite“ auf das eingesetzte Umstrukturierungskapital</b>	<b>8,3%</b>

Krankenhaus-Report 2018

WlD

8

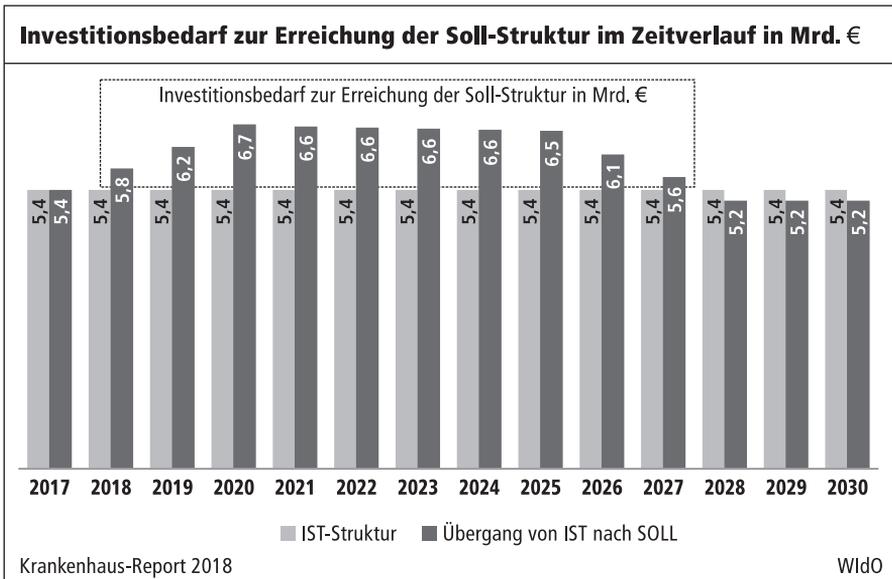
fallen niedriger aus als die Kosten für die Verlagerung von Betten eines geschlossenen in einen offenen Standort. Bei der Verlagerung zwischen Standorten kommt es auch zum „Tausch“ und vorhandene Kapazitäten können zum Teil weiter genutzt werden. Bei der Aufnahme von Betten aus geschlossenen Standorten müssen dagegen beim aufnehmenden Standort Kapazitäten erweitert werden.

In der Summe fallen damit Investitionskosten von 11,1 Mrd. € an, um den Übergang zur Soll-Struktur zu finanzieren (Tabelle 8–11).<sup>8</sup> 1 Mrd. € hat der bestehende Strukturfonds bereits zur Verfügung gestellt, sodass weitere 10,1 Mrd. € nötig wären. Wenn wir dies auf acht Jahre verteilen, sind es 1,26 Mrd. € pro Jahr. Setzt man das gesamte Investitionsvolumen ins Verhältnis zu den Einsparpotenzialen von 920 Mio. € (geringerer Investitionsbedarf und bessere Ertragslage), ergibt sich eine volkswirtschaftliche Rendite auf das eingesetzte Kapital von 8,3%.

Abbildung 8–6 stellt den Investitionsbedarf über die Zeit dar, wenn man annimmt, dass die Umsetzung einer Konzentrations- oder Schließungsmaßnahme drei Jahre in Anspruch nimmt. Setzt man den Beginn für das Jahr 2018 an, würde die letzte Maßnahme 2027 fertiggestellt werden. Ab 2028 würde die Soll-Struktur vorliegen und damit entsprechend ein um 0,2 Mrd. € niedrigerer jährlicher Investitionsbedarf.

<sup>8</sup> Zum Vergleich: Zwischen 1991 und 2010 hat Sachsen bezogen auf seine Einwohnerzahl fast 2 Mrd. € mehr Investitionsfördermittel erhalten als das durchschnittliche westdeutsche Bundesland (ohne Berlin). Hochgerechnet auf die Größe der westdeutschen Bundesländer wären dies 31 Mrd. € mehr. Ein relevanter Teil der höheren Fördermittel für Sachsen dürfte für Zwecke der Strukturoptimierung genutzt worden sein. Der hier errechnete nötige Wert von 11 Mrd. € dürfte daher nicht übertrieben, sondern vermutlich eher untertrieben sein.

Abbildung 8–6



## 8.4 Beurteilung und Perspektiven

Bis dato kann der Strukturfonds als Erfolg angesehen werden, weil er eine gewisse Dynamik in Bezug auf die Veränderung der Krankenhausstrukturen geschaffen hat. Die hohen Ausschöpfungsquoten zum 4.8.2017 zeigen, dass der Fonds großen Zuspruch findet, insbesondere in Ländern, in denen viele Krankenhäuser vor größeren wirtschaftlichen Schwierigkeiten stehen, wie beispielsweise Baden-Württemberg, Hessen und Niedersachsen. Zwar liegt der Fokus der bisher eingebrachten Anträge auf Maßnahmen zur Förderung der Konzentration, weniger auf der Umwandlung oder Schließung. Allerdings geht auch eine stärkere Konzentration in die richtige Richtung und kann die Versorgungsqualität erhöhen. Darüber hinaus beinhalten manche Anträge zur Konzentration auch Standortschließungen. Offenbar wagen die Krankenhausträger nun eher eine Konfrontation mit der Kommunalpolitik, die sich meist gegen Veränderungen der lokalen Krankenhausstrukturen stemmt.

Einer Förderung durch den Fonds gehen aber umfangreiche Abstimmungsprozesse zwischen Land, Krankenhausträgern und den Krankenkassen voraus, die sich mitunter aufwendig gestalten. Erst nach einer erfolgreichen Abstimmung unter den beteiligten Akteuren kann beim BVA ein Antrag auf Zuteilung von Fördermitteln gestellt werden. Ferner ist nicht auszuschließen, dass einige Mittel aus dem Fonds nur als Substitut für fehlende KHG-Mittel genutzt werden. Dennoch sollte über eine längerjährige Fortführung des Strukturfonds mit folgenden Anpassungen nachgedacht werden.

**Finanzierung durch Steuermittel des Bundes.** In der aktuellen Ausgestaltung des Strukturfonds werden 500 Mio. € durch den Gesundheitsfonds bereitgestellt. Eine

verpflichtende Beteiligung der PKV ist nicht vorgesehen, lediglich eine Finanzierung auf freiwilliger Basis. Die Vorteile der geförderten Maßnahmen kommen jedoch allen Versicherten, unabhängig vom Versichertenstatus, zugute. Anstelle einer Finanzierung durch den Gesundheitsfonds ist daher eine Finanzierung aus Steuermitteln des Bundes naheliegend. Dies würde dem Bund außerdem ein Mitspracherecht bei der Verteilung der Mittel einräumen. Die 1:1 Ko-Finanzierung der Länder sollte dabei erhalten bleiben.

**Bundesweit einheitlicher Kriterienkatalog.** Die Finanzierung durch Steuermittel des Bundes würde es dem Bund ermöglichen, einen bundesweit einheitlichen Katalog von Vergabekriterien zu definieren. Denkbar wäre die Einführung eines Punktesystems, das die beantragten Maßnahmen anhand der beabsichtigten Bettenreduktion bewertet. So könnte ein abzubauenendes bzw. zu verlagerndes Bett eines zu schließenden Standorts mit vier bzw. zwei Punkten, ein abzubauenendes Bett in einem weiterbestehenden Standort mit einem Punkt sowie auch ein im Rahmen einer Konzentration zu verlagerndes Bett mit einem Punkt bewertet werden. Je nach beantragter Maßnahme kann der Antragsteller damit Punkte sammeln. Das Verhältnis von beantragtem Fördervolumen zur erreichten Punktzahl wäre am Ende ausschlaggebend für das Ranking innerhalb der Zuteilung der Fonds-Mittel. Im Ergebnis würden solche Anträge gefördert, die relativ wenige Mittel je Punkt beantragen (siehe dazu auch Jendges et al. 2016).

**Antragstellung durch Träger.** Derzeit dürfen nur die Länder Anträge für Fördermittel stellen. Im Vorfeld finden zwar Abstimmungsprozesse mit den Krankenhausträgern und den beteiligten Krankenkassen statt, jedoch bleibt die Entscheidungshoheit über die Auswahl der förderwürdigen Maßnahmen letztlich dem Land überlassen. Denkbar ist, dass dann ein Teil der Mittel des Strukturfonds für die normale Investitionsförderung der Länder nach dem KHG eingesetzt werden. Wenn es einen bundesweit einheitlichen Kriterienkatalog zur Vergabe der Fondsmittel gäbe, entstünde ein Wettbewerb unter den Antragsstellern, der dazu führt, nicht zu viele Mittel je „Punkt“ zu fordern, um bei der Zuteilung gut abzuschneiden. In diesem Fall könnten auch die Krankenhäuser selbst Anträge stellen. Zu gewährleisten wäre nur, dass mit der beantragten Strukturoptimierung die Versorgungssicherheit nicht gefährdet wird.

## 8.5 Fazit

Mit der Einführung des Strukturfonds hat der Gesetzgeber die richtigen Weichen gestellt. Die bisherigen Ausschöpfungsquoten zeigen, dass der Fonds von den Akteuren in hohem Maße angenommen wird. Strukturanpassungen – wie mit dem KHSG angestrebt – sind jedoch längerfristige Prozesse, denen eine kurzfristige Finanzierung nicht gerecht wird. Es wurde gezeigt, wie sich eine mögliche Soll-Struktur und die nötigen Investitionskosten zur Erreichung dieser Soll-Struktur ableiten lassen. Neben den bisherigen Mitteln des Strukturfonds wären dazu weitere rund 10 Mrd. € nötig. Aufgrund eines damit verbundenen geringeren Investitions-

bedarfs und einer besseren Ertragslage wären Einsparpotenziale von schätzungsweise 920 Mio. € möglich, was einer volkswirtschaftlichen Rendite von 8,3% entspräche. Es sollte daher über eine Fortführung des Strukturfonds mit Anpassungen nachgedacht werden. Eine Umfrage des RWI zeigt, dass auch die Mehrheit der Länder für eine Fortsetzung des Strukturfonds plädiert. Die Mittel des Strukturfonds sollten aus Steuermitteln des Bundes mit Ko-Finanzierung der Länder kommen. Die Verteilung der Mittel sollte nach einem bundesweit einheitlichen Kriterienkatalog erfolgen. Er sollte einen Anreiz beinhalten, ein möglichst günstiges Verhältnis zwischen zu erreichender Strukturoptimierung und beantragten Mitteln zu erzielen. Hierzu bietet sich ein Punktesystem an. Damit könnten auch Krankenhausträger selbst Anträge stellen.

## 8

## Literatur

- Augurzky B, Beivers A, Straub C, Veltkamp C. Krankenhausplanung 2.0. RWI Materialien 84. Essen: RWI 2014.
- Augurzky B, Krolop S, Pilny A, Schmidt CM, Wuckel C. Krankenhaus Rating Report 2017: Strukturfonds – beginnt jetzt die große Konsolidierung? Heidelberg: medhochzwei 2017.
- Jendges T, Augurzky B, Hacker J. Krankenhausstrukturfonds: Nur keine Häppchen. *f & w – führen und wirtschaften im Krankenhaus* 2016; 33 (2): 144–147.
- Preusker U, Müschenich M, Preusker S. Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern 2003–2013. Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. 2014.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg) Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 1991. Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1. Wiesbaden 1993.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg) Grunddaten der Krankenhäuser 2015. Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1. Wiesbaden 2016.
- vdek – Verband der Ersatzkassen e. V. Stand der Anträge zum Strukturfonds zum 4.8.2017.

# 9 Vom planerischen Bestandschutz zum bedarfsorientierten Krankenhausangebot?

Reinhard Busse und Elke Berger

## Abstract

Trotz hinreichend bekannter Probleme in der deutschen Krankenhauslandschaft, wie Überversorgung oder Qualitätsunterschiede, setzen bisherige Reformmaßnahmen weiterhin mehr auf Bestandsschutz als auf Konsolidierung und fallen damit weniger radikal aus als nötig. Denn mit Blick auf internationale Erfahrungen wie z. B. in Dänemark mehren sich die Stimmen, die für einen radikalere Umbau der Krankenhauslandschaft plädieren. Der Beitrag zeigt auf empirischer Basis Wege auf, in einer mittelfristigen Perspektive zu einer sinnvollen Krankenhausplanung unter Berücksichtigung von Bedarfs-, Angebots- und Qualitätsaspekten zu kommen.

Despite of all known problems in the German hospital sector, e. g. overprovision or variations in quality, reforms put more focus on conservation than consolidation and are therefore not as radical as necessary. With regard to international experiences, e. g. in Denmark, demands for a more radical reformation of the hospital landscape are also growing louder in Germany. Hence the article presents empirically based ways for a useful future hospital-planning considering aspects of demand, supply and quality.

## 9.1 Hintergrund

Deutschland besitzt zu viele Krankenhäuser und insbesondere zu viele Krankenhausbetten – dies ist inzwischen von vielen Seiten akzeptiert. Ob und inwiefern die Anzahl der Krankenhäuser und der Krankenhausbetten der entscheidende Treiber für die im internationalen Vergleich sehr hohe – und vor allem steigende – Anzahl von Krankenhausfällen ist, darüber besteht schon weniger Einigkeit. Paradoxe Weise verteilen sich in Deutschland die hohen Fallzahlen auf eine hohe Anzahl von Krankenhäuser, die für Patienten mit bestimmten, auch häufigen Aufnahmeanlässen oftmals weder technisch noch personell adäquat ausgestattet sind; dies zeigt sich zunehmend in großen Qualitätsunterschieden zwischen Krankenhäusern mit hohen Fallzahlen pro Indikation vs. solchen mit niedrigen. Ein weiterer Aspekt, der allerdings normalerweise nicht im Zusammenhang mit den hohen Fallzahlen diskutiert wird, ist die verhältnismäßig geringe Ausstattung der deutschen Krankenhäuser mit klinischem Personal (also insbesondere Pflegekräfte und Ärzte), vor allem bei einer Betrachtung pro Fall bzw. Bettentag – die pauschale Forderung nach mehr (Pflege-) Personal (Hämel und Schaeffer 2012; Osterloh 2012) verkennt dabei den engen

Zusammenhang mit den (zu) vielen Fällen und vor allem der mangelnden Attraktivität von Krankenhäusern mit wenig Fällen pro Indikation und den damit einhergehenden mangelnden Qualifizierungsmöglichkeiten.

Obwohl also die Problematik in ihren Grundzügen hinreichend bekannt ist, sind Analyse und vor allem Lösungsansätze noch weniger konsensuell ausgerichtet. Ob z. B. die hohen und steigenden Fallzahlen nicht primär dem Vergütungssystem über Fallpauschalen zuzuschreiben sind oder sie nicht vielmehr wegen des demografischen Wandels als bedarfsgerecht gelten sollten, wird durchaus diskutiert (z. B. Augurzky et al. 2014; Schreyögg et al. 2014). Dementsprechend wenig radikal fallen auch bisherige Reformmaßnahmen aus: So sollen z. B. Qualitätszu- und -abschläge durchaus für eine sehr limitierte Anzahl von Indikationen zu einer Leistungskonzentration in weniger Krankenhäusern führen und auch der Strukturfonds beabsichtigt eine gewisse Konsolidierung der Krankenhauslandschaft – die Kriterien für einen Sicherstellungszuschlag zur Gewährleistung der flächendeckenden stationären Versorgung sollen aber gleichzeitig stationäre Kapazitäten „sichern“, bevor durch die anderen KHSG-Maßnahmen eine einzige Abteilung geschlossen worden ist. Mit Blick auf internationale Erfahrungen wie z. B. in Dänemark mehrten sich aber auch Stimmen, die für einen radikaleren Umbau der Krankenhauslandschaft jenseits des eingeschränkten Bestandsschutzes plädieren, wie etwa das Diskussionspapier der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina (Busse et al. 2016) zeigt. Nicht überraschenderweise werden solche Reformideen von anderer Seite als massive Rationierung abgelehnt, insbesondere da eine Reduktion der stationären Fallzahlen in Richtung internationaler Vergleichswerte für utopisch erachtet wird (obwohl etwa die dänischen epidemiologischen und demografischen Verhältnisse den deutschen sehr ähneln).

Vor dem Hintergrund der durchaus kontrovers geführten Diskussion soll der vorliegende Beitrag auf empirischer Basis Wege aufzeigen, wie vorhandene Daten für eine rationale(re) Krankenhausplanung aufbereitet, analysiert und genutzt werden könnten, d. h. für eine Planung, die nicht den Bestandsschutz (die „wirtschaftliche Sicherung“, wie das KHG in § 1 sagt) in den Mittelpunkt stellt, sondern den Bedarf der Bevölkerung. Er soll so skizzieren, wie wir in Deutschland mit einer mittelfristigen Perspektive zu einer sinnvollen Krankenhauslandschaft kommen können. Wie die derzeitige „Krankenhausplanung“ geht der Beitrag von der Ist-Situation aus. Er untersucht, ob die derzeitigen Versorgungszahlen und -strukturen unter Bedarfs-, Qualitäts- und Angebotsbedingungen sinnvoll sind – angefangen von der Frage, ob bzw. für welche Indikationen höhere oder niedrigere stationäre Fallzahlen bedarfsgerecht sind, bis zur Frage, in wie vielen Krankenhäusern solche Patienten versorgt werden sollten (während eine Analyse von exakten Standorten nicht Teil dieses Beitrages ist).

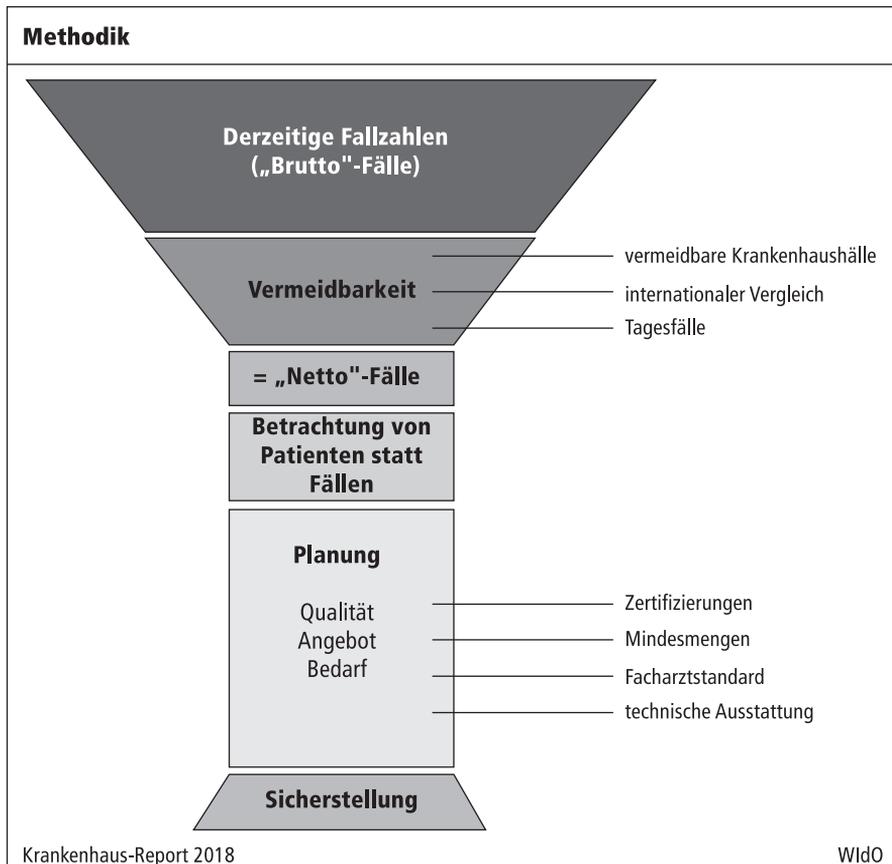
Der Beitrag geht von der derzeitigen Zahl von Krankenhauffällen („Brutto-Fallzahl“ inkl. Tagesfälle) aus, die zunächst anhand von drei Parametern hinsichtlich ihrer Angemessenheit hinterfragt werden. Zunächst wird untersucht, wie viele Patienten sich hinter der „Netto-Fallzahl“ verbergen, d. h. ob die hohe Fallzahl durch erneute Aufnahmen der gleichen Patienten bedingt ist. Anschließend wird die Anzahl von Fällen bzw. Patienten exemplarisch für einige Indikationsbereiche genutzt, um auf Basis verschiedener Qualitäts- sowie technischer und personeller Angebotsparameter aufzuzeigen, wie diese als Planungsgrundlage eingesetzt werden könnten

und wie viele Krankenhäuser (bzw. Fachabteilungen) demnach gerechtfertigt wären, um den Bedarf mit einem qualitativ guten Angebot zu decken.

## 9.2 Methodik

Der Analyse liegt die in Abbildung 9–1 dargestellte Systematik zugrunde. Zur Untersuchung, ob alle derzeitigen „Brutto-Fallzahlen“ angemessen sind, werden Indikationsbereiche ausgewählt, in denen 1) Patienten sich bei Aufnahme ähnlich präsentieren und jenseits der endgültigen Diagnose als Einheit gesehen werden können und die 2) einen maßgeblichen Anteil am Krankenhaus-Fallaufkommen ausmachen. Einige Indikationsbereiche werden in einzelne Indikationen heruntergebrochen, insbesondere um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass Daten zu Volumen-Outcome-Relationen zumeist auf dieser Ebene vorliegen. Im zweiten Schritt wird die Angemessenheit dieser Krankenhausfälle analysiert bzw. das Vermeidungs-

Abbildung 9–1



potenzial dargelegt, um grundsätzliche Reserven für die Anpassung der Krankenhausplanung zu illustrieren. Die Indikationen mit vermutlicher Überversorgung werden identifiziert sowie grob quantifiziert durch a) einen Vergleich mit Hospitalisierungsraten und dem Anteil an als Tagesfälle behandelten Fällen in ausgewählten europäischen Ländern (Dänemark, Frankreich, Großbritannien, Niederlande und Österreich) sowie im EU15-Schnitt anhand von Daten der European Hospital Morbidity Database (EHMD) und b) einen Abgleich mit Ergebnissen von Sundmacher et al. (2015) zu vermeidbaren Krankenhausaufenthalten bei ambulant-sensitiven Konditionen.

Anschließend wird die Krankenhausplanung für die dann verbleibenden „Netto-Fallzahlen“ unter Berücksichtigung verschiedenster Aspekte der Qualität, des Angebots und Bedarfs sowie der Sicherstellung simuliert. Dabei werden ausschließlich frei zugängliche Daten genutzt (z. B. Fallpauschalen-Statistik, Ärztestatistik, Jahresberichte), d. h. keine Risiko-Adjustierungen bzw. Altersstandardisierungen vorgenommen. Um dem illustrativen Charakter Rechnung zu tragen, werden bewusst nur gerundete Fallzahlen berichtet, diese allerdings in Darstellungen, die z. T. international üblich und vergleichbar sind (etwa pro 1 000 Einwohner), aber auch auf innovativen Wegen, z. B. als Zahl pro Tag. Teilweise werden nicht die allerneuesten Zahlen verwendet, sondern solche aus Jahren, für die international auch Daten vorliegen.

### 9.3 Krankenhausfälle in Deutschland = „Brutto-Fallzahlen“

Die nach der beschriebenen Vorgehensweise ausgewählten Indikationsbereiche und dazugehörige Einzeldiagnosen mit dem jeweiligen Fallaufkommen (vollstationäre Fälle plus Tagesfälle) sind in Tabelle 9–1 dargestellt. Die neun ausgewählten Indikationsgruppen umfassen rund 15 Mio. Fälle, d. h. rund 80 % aller Krankenhausfälle. Die darunter fallenden ausgewählten 21 Einzelindikationen umfassen rund 5,4 Mio. Fälle und damit rund 30 % aller Krankenhausfälle.

Die Auflistung erfolgt nach Fallzahlen pro Indikationsbereich in absteigender Reihenfolge; so wird deutlich, dass 3,1 Millionen Fälle von aufgrund von Kreislauf-erkrankungen behandelten Patienten gibt. Dies sind rund 8 500 Aufnahmen bzw. Entlassungen pro Tag und 37,9 Fälle pro 1 000 Einwohner im Jahr. Lediglich 2,8 % dieser Fälle werden als Tagesfälle behandelt. Nach den Kreislauf-erkrankungen folgen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems mit 2,3 Millionen sowie Neubildungen und Verletzungen mit je 2,0 Millionen Fällen. Unter den Einzelindikationen befinden sich hinter Angina Pectoris und der chronisch ischämischen Herzkrankheit (1 390 Fälle pro Tag) die zerebrovaskulären Krankheiten (1 240 Fälle), gefolgt von Herzinsuffizienz (1 070 Fälle), Bronchitis und chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen (1 000 Fälle), Gonarthrose (840 Fälle), Pneumonie (790 Fälle), Coxarthrose (730 Fälle), intrakraniellen Verletzungen (720 Fälle), dem akuten Herzinfarkt (680 Fälle), Diabetes mellitus (630 Fälle) sowie Neubildungen der Bronchien und Lunge (560 Fälle) bzw. der Brustdrüse (500 Fälle). Der Prozentsatz an Tagesfällen reicht von 0,0 % bzw. 0,1 % bei Femurfraktur, Gon- und Coxarthrose bis zu 6,3 % bei intrakraniellen Verletzungen.

Tabelle 9–1

**Krankenhausfälle in Deutschland (2012) nach Indikationsgruppen und ausgewählten Einzelindikationen, jeweils mit ICD10-Code**

Indikation	Fälle pro Jahr	Fälle pro Tag	je 1 000 Einwohner	% Tagesfälle
Kreislaufsystem (I00-99)	3 100 000	8 500	37,9	2,8
Angina Pectoris und chron. ischämische Herzkrankheit (I20, I25)	510 000	1 390	6,2	2,3
zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-69)	450 000	1 240	5,5	2,9
Herzinsuffizienz (I50)	390 000	1 070	4,8	1,3
Hypertonie (I10-15)	300 000	820	3,6	3,0
Akuter Herzinfarkt (I21)	250 000	680	3,0	6,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems & Bindegewebes (M00-99)	2 300 000	6 300	28,0	0,6
Gonarthrose (Kniegelenk) (M17)	310 000	840	3,7	0,1
Rückenschmerzen (M54)	280 000	770	3,4	1,5
Coxarthrose (Hüftgelenk) (M16)	270 000	730	3,3	0,1
Neubildungen (C00-D48)	2 000 000	5 600	24,8	1,4
Bronchien und Lunge (C33-34)	200 000	560	2,5	1,4
Brustdrüse (Mamma) (C50)	180 000	500	2,2	1,7
Dickdarm, Rektum, Anus (C18-21)	180 000	490	2,2	1,0
Prostata (C61)	110 000	290	1,3	0,8
Harnblase (C67)	100 000	280	1,3	0,6
Haut (C43-44)	90 000	260	1,2	0,7
Verletzungen, Vergiftungen u. andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)	2 000 000	5 500	24,6	3,3
intrakranielle Verletzungen (S06)	260 000	720	3,2	6,3
Fraktur des Femurs (S72)	200 000	550	2,4	0,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-93)	1 900 000	5 100	22,9	1,6
Cholelithiasis (K80)	220 000	610	2,7	1,0
Hernia inguinalis (K40)	170 000	470	2,1	0,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00-99)	1 200 000	3 400	15,1	1,4
Bronchitis & chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) (J20-22, J40-44, J47)	360 000	1 000	4,4	1,1
Pneumonie (J12-18)	290 000	790	3,5	1,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-99)	1 000 000	2 800	12,5	2,2
Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett (O00-99)	930 000	2 600	11,4	4,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-90)	540 000	1 500	6,5	1,4
Diabetes mellitus (E10-14)	230 000	630	2,8	1,6

Quelle: Eigene Berechnungen nach WHO 2017

## 9.4 Sind die stationären Fälle notwendig? Das Vermeidungspotenzial

Gegenüber dem EU15-Schnitt liegt die Anzahl der akuten stationären Krankenhausfälle um rund 50 % höher; 1995 betrug der Vorsprung nur 15 %. Seitdem ist in Deutschland die Zahl der Fälle um 30 % gestiegen, während sie im EU15-Schnitt leicht rückläufig ist (WHO 2016). Diese Zahlen werfen nicht nur Fragen nach den Ursachen auf, sondern bedürfen auch einer genaueren Analyse: Wenn wir bei einem Drittel weniger stationären Fälle genau im EU15-Schnitt lägen und mit 50 % weniger Fällen in der EU15 nicht Schlusslicht wären, dann sollten wir untersuchen, welche unserer stationären Fälle am ehesten vermeidbar wären. Dazu bieten sich zwei Verfahren an: a) ein Vergleich mit anderen Ländern, und zwar hinsichtlich der Krankenhausfälle insgesamt, der Rate an Tagesfällen und der (voll)stationär behandelten Fälle und b) eine Analyse, welche Fälle bei guter ambulanter Versorgung nicht im Krankenhaus behandelt werden müssten, also sog. ambulant-sensitive Krankenhausfälle sind.

### 9

#### a) Vergleich mit Hospitalisierungsraten anderer europäischer Länder

Tabelle 9–2 stellt die Hospitalisierungsraten für die ausgewählten Indikationsbereiche und Einzeldiagnosen im internationalen Vergleich dar, und zwar für die Gesamtzahl der Krankenhausfälle (ausgedrückt als Fälle/1 000 Einwohner), den Anteil an Tagesfällen sowie die tatsächlich (voll)stationär behandelten Fälle (ebenfalls als Fälle/1 000 Einwohner). Bei den Krankenhausfällen insgesamt liegt Deutschland bei den Kreislauferkrankungen ca. 50 % oberhalb des EU15-Schnitts (38/1 000 vs. 25/1 000) und bei den Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems ca. 40 % (28/1 000 vs. 20/1 000) höher. Bei den anderen Indikationsbereichen liegen die Zahlen wesentlich enger beieinander, der Indikationsbereich „Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett“ weist im EU15-Schnitt sogar höhere Fallzahlen aus.

Bei den Prozentsätzen an Tagesfällen zeigen sich für die meisten Indikationsbereiche deutliche Unterschiede: So liegen die Raten für Neubildungen und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems im EU15-Schnitt 30-fach höher – und am anderen Ende des Spektrums bei Kreislauferkrankungen und Unfällen immer noch 5-fach höher.

Werden diese Tagesfälle von allen Krankenhausfällen abgezogen, zeigt sich, dass in den EU15-Ländern im Vergleich zu Deutschland insgesamt etwa 35 % weniger Patienten in den ausgewählten Indikationsbereichen stationär behandelt werden. Anders ausgedrückt: Würden wir Patienten mit einer Krankheit in den neun Indikationsbereichen so häufig stationär behandeln wie im EU15-Durchschnitt, ergäbe das etwa 5 Millionen weniger stationäre Fälle. Dies entspricht fast 14 000 Aufnahmen am Tag bzw. dem gesamten Patientenaufkommen von rund 500 deutschen Krankenhäusern. Betrachtet man die 21 Einzeldiagnosen, liegt der EU15-Schnitt etwa 40 % unter dem deutschen, was über 2 Millionen potenziell vermeidbar stationär behandelte Fälle entspricht – oder über 5 000 Aufnahmen am Tag bzw. dem gesamten Patientenaufkommen von 200 deutschen Krankenhäusern.

Die Unterschiede zwischen Deutschland und dem EU15-Schnitt für die einzelnen Indikationsbereiche stellt Abbildung 9–2 dar. Dass die Zahl stationärer Fälle sich nicht nur auf eine unterschiedliche Krankheitslast – bzw. eine unterschiedliche

Tabelle 9-2  
**Krankenhaus-Fallaufkommen im internationalen Vergleich in ausgewählten Indikationsbereichen, jeweils letztverfügbares Jahr**

Indikation	Krankenhausfälle insgesamt/1000										davon % Tagesfälle										stationäre Fälle/1000									
	D	DK	FR	GB	NL	AT	EU15	D	DK	FR	GB	NL	AT	EU15	D	DK	FR	GB	NL	AT	EU15	D	DK	FR	GB	NL	AT	EU15		
I00-I99	38	23	23	20	24	40	25	3	20	15	34	31	8	16	37	18	20	13	16	37	21	37	18	20	13	16	37	21		
I20, I25	6	4	4	4	5	7	4	2	23	8	41	32	17	17	6	3	3	3	3	7	4	6	3	3	3	3	7	4		
I60-I69	6	3	2	2	2	6	3	3	10	2	5	6	10	4	5	3	2	2	2	5	3	5	3	2	2	2	5	3		
I50	5	2	3	1	2	3	3	1	11	2	8	7	2	3	5	1	3	1	2	3	3	5	1	3	1	2	3	3		
I10-I15	4	1	1	1	1	4	1	3	20	16	57	58	6	20	4	1	0	0	0	3	1	4	1	0	0	0	3	1		
I21	3	2	1	1	2	2	2	6	14	1	4	4	10	5	3	2	1	1	2	2	2	3	2	1	1	2	2	2		
M00-M99	28	12	18	21	25	38	20	1	26	30	62	66	14	32	28	6	13	8	9	33	13	28	6	13	8	9	33	13		
M17	4	2	2	2	2	4	2	0	12	4	27	21	2	14	4	2	1	1	1	2	2	4	2	1	1	1	2	2		
M54	3	1	1	3	3	6	2	1	27	24	77	93	16	35	3	1	1	1	0	5	1	3	1	1	1	0	5	1		
M16	3	2	2	1	2	3	2	0	4	1	15	8	2	5	3	2	2	1	2	3	2	3	2	2	1	2	3	2		
C00-D48	25	18	20	33	31	48	24	1	25	41	72	64	39	35	24	13	12	9	11	29	14	24	13	12	9	11	29	14		
C33-C34	2	1	1	2	2	4	2	1	24	16	62	46	40	24	2	1	1	1	1	3	1	2	1	1	1	1	3	1		
C50	2	2	1	4	3	6	2	2	24	10	80	68	51	31	2	1	1	1	1	3	1	2	1	1	1	1	3	1		
C18-C21	2	1	1	3	2	4	2	1	17	26	70	47	35	26	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1		
C61	1	1	1	1	1	2	1	1	12	27	68	55	26	28	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1		
C67	1	1	1	2	1	1	1	1	19	5	64	36	20	21	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1		
C43-C44	1	1	1	2	2	2	1	1	24	70	91	92	25	50	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0		
S00-T98	25	19	17	19	13	33	18	3	24	22	33	18	9	17	24	15	14	13	10	31	15	24	15	14	13	10	31	15		
S06	3	1	2	0	1	3	1	6	29	20	14	8	8	10	3	1	1	0	1	3	1	3	1	1	0	1	3	1		
S72	2	2	2	2	1	2	2	0	3	0	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2		
K00-K93	23	16	34	34	21	28	24	2	20	56	65	52	12	33	23	13	15	12	10	24	14	23	13	15	12	10	24	14		

Tabelle 9-2  
Fortsetzung

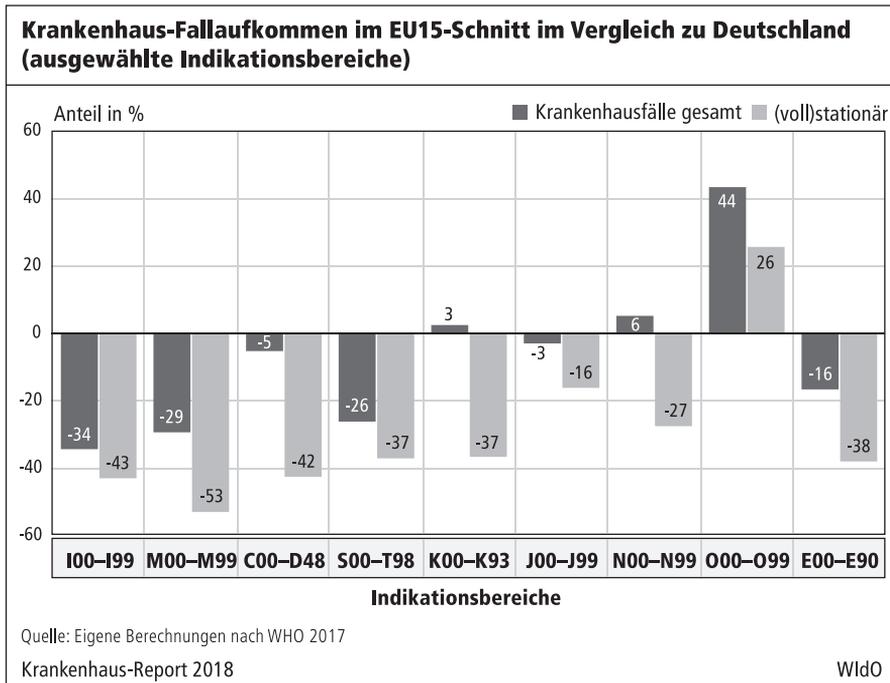
Indikation	Krankenhausfälle insgesamt/1000										davon % Tagesfälle										stationäre Fälle/1000									
	D		DK		FR		GB		NL		AT		EU15		D		DK		FR		GB		NL		AT		EU15			
K80	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	1	22	9	26	9	3	10	3	2	2	2	2	3	2	3	2			
K40	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	38	45	64	76	4	34	4	2	1	1	1	0	2	1	1			
J00-J99	15	17	13	16	13	18	15	15	15	15	15	1	21	17	25	36	6	14	6	15	13	11	12	8	17	13	13			
J20-J22, J40-J44, J47	4	4	3	5	2	5	4	4	4	4	4	1	16	9	17	9	5	7	7	4	3	3	4	2	5	3	3			
J12-J18	4	5	3	4	2	4	4	4	4	4	4	1	11	4	7	4	2	3	3	3	5	3	3	2	4	3	3			
N00-N99	13	11	14	20	12	19	13	13	13	13	13	2	27	36	56	45	19	29	29	12	8	9	9	6	15	9	9			
O00-O99	11	16	20	26	14	14	16	16	16	16	16	4	29	22	39	26	9	15	15	11	11	16	15	10	13	14	14			
E00-E90	7	6	6	5	4	8	5	5	5	5	5	1	14	17	50	46	10	23	23	6	5	5	2	2	7	4	4			
E10-14	3	2	2	1	1	3	2	2	2	2	2	2	12	12	41	45	7	19	19	3	1	2	1	1	3	2	2			

Quelle: Eigene Berechnungen nach WHO 2017

Krankenhaus-Report 2018

Wido

Abbildung 9–2

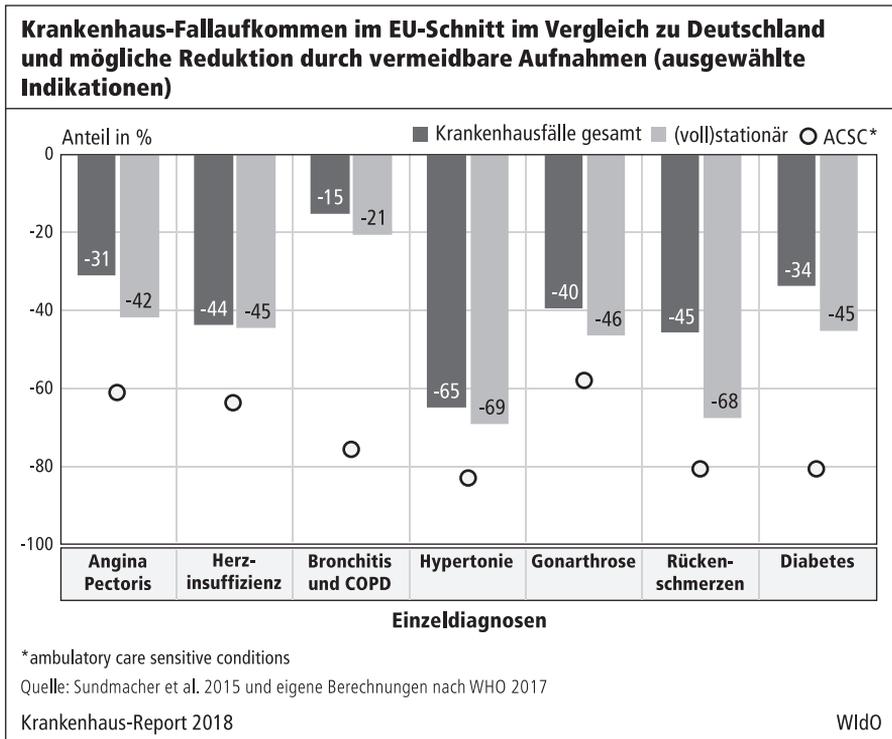


Indikationsstellung zur Krankenhausbehandlung – im internationalen Vergleich zurückzuführen ist, zeigt sich daran, dass die Gesamtfallzahl in vielen Indikationsbereichen im EU15-Schnitt ähnlich wie in Deutschland ist (C00-D45, K00-K93, J00-J99, E00-E99) oder sogar höher liegt (N00-N99, O00-O99). Deutlich weniger Krankenhausfälle lassen sich nur bei den Indikationsbereichen I00-I99, S00-T98 und M00-M99 verzeichnen. Betrachtet man dagegen die stationären Fälle im internationalen Vergleich, zeigen sich deutliche Unterschiede in fast allen Indikationsbereichen. So werden in E00-E90, C00-D45, K00-K93 und N00-N99 im EU15-Schnitt zwar ähnlich viele oder mehr Fälle insgesamt, aber jeweils rund ein Drittel (27–42%) weniger Fälle als in Deutschland stationär behandelt. Lediglich bei „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ (O00-099) gibt es international sowohl mehr Krankenhaus- als auch stationäre Fälle.

**b) Vermeidbare Krankenhausaufenthalte (ambulant-sensitive Konditionen)**

Das Konzept der ambulant-sensitiven Diagnosen basiert auf der Annahme, dass stationäre Krankenhausbehandlungen als Folge bestimmter Diagnosen durch ein effektives Management chronischer Erkrankungen sowie effektive Akutbehandlungen oder Impfungen im ambulanten Sektor vermieden werden können. Eine hohe Rate an stationären Aufnahmen bei solchen Diagnosen kann ein Indikator für einen schlechten Zugang zum oder eine mangelhafte Versorgung im ambulanten Sektor sein (Sundmacher et al. 2015; Weissman et al. 1992) und zugleich/zusätzlich für eine Überversorgung im stationären Sektor sprechen. Abbildung 9–3 zeigt den

Abbildung 9–3



gleichen Vergleich für sieben ausgewählte Einzeldiagnosen, für die auch nationale Daten zu potenziell vermeidbaren Krankenhausaufenthalten (sog. ambulatory care sensitive conditions, ACSC) vorliegen. Diese sind ebenfalls der Abbildung zu entnehmen. Sie übersteigen interessanterweise jeweils das aus dem internationalen Vergleich angenommene Vermeidungspotenzial und bestätigen damit nur, dass die angestellten Überlegungen keineswegs abwegig sind. Vielmehr ist zu bemerken, dass der EU15-Schnitt auch die Fallzahlen aus Deutschland umfasst und das Vermeidungspotenzial aus dem internationalen Vergleich demnach eher unterschätzt ist. Die Einzeldiagnosen umfassen insgesamt etwa 2,4 Millionen Patienten und demnach ca. ein Achtel aller stationären Fälle in Deutschland. Betrachtet man dafür wiederum die Hospitalisierungsraten im internationalen Vergleich, zeigt sich mit etwa 45 % weniger stationären Fällen im EU15-Schnitt gegenüber Deutschland eine deutliche Diskrepanz, die nicht allein auf Unterschiede in der Krankheitslast zurückgeführt werden kann. Ein gleiches Hospitalisierungsverhalten wie im EU15-Schnitt ginge mit einer Reduktion um über 1 Mio. stationärer Fälle (= 3 000 Aufnahmen pro Tag oder dem Fallaufkommen von 100 Krankenhäusern) in Deutschland einher – allein bei diesen sieben Diagnosen. Die in der Studie von Sundmacher et al. (2015) ermittelten Anteile der jeweils potenziell vermeidbaren Krankenhausaufenthalte liegen sogar jeweils noch etwas höher – und bei den Indikationsbereichen Bronchitis und COPD sowie Diabetes sogar deutlich höher. Dies lässt sich so inter-

pretieren, dass bei diesen beiden Indikationen auch in den anderen EU15-Ländern noch größeres Optimierungspotenzial hinsichtlich der Vermeidung stationärer Fälle besteht, während bei den anderen Indikationen (z. B. Herzinsuffizienz, Hypertonie oder Gonarthrose) die stationären Aufnahmen anders als in Deutschland schon wesentlich optimierter sind.

## 9.5 Von Fällen zu Patienten

Die bisherigen Zahlen, sowohl „brutto“ als auch „netto“, beziehen sich auf Krankenhausfälle, wobei unklar bleibt ob etwa vier Fälle pro 1 000 Einwohner vier unterschiedlichen Personen entspricht, die je einmal stationär behandelt wurden, oder zwei Personen, die je zweimal behandelt wurden – oder einer Person, die viermal behandelt wurde. Für eine sinnvolle Krankenhausplanung macht dies einen großen Unterschied und die zu präferierende Einheit sind die Patienten, insbesondere wenn es um eine Zentralisierung von Fällen in ausgewählten Zentren geht (s. Abschnitt 9.6.1). Nur für wenige Indikationen existiert dazu bereits eine gute Datengrundlage. Dazu zählt etwa der akute Myokardinfarkt (AMI), dessen Kodierung zwischen einem neuen und einem rezidivierenden Auftreten differenziert und somit eine ziemlich genaue Abschätzung der Krankheitslast ermöglicht. Bei Patienten mit Neubildungen muss man, so wie es die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) auch macht, die Fälle zu einzelnen Patienten zusammenführen. Dort werden die pro Jahr erstmals behandelten Patienten als „Primärfälle“ bezeichnet; allerdings liegen diese Berechnungen nur von den zertifizierten Krebszentren vor. Das Robert Koch-Institut erfasst über die Krebsregister alle neu an Krebs erkrankten Personen („Inzidenz“), ohne dass diese bisher für die Krankenhausplanung berücksichtigt werden. Die „Primärfälle“ in den Zentren können dann mit den inzidenten Patienten verglichen werden (s. Tabelle 9–3).

Dienten die bisherigen Ausführungen zunächst dazu, die Überkapazitäten und das damit einhergehende Potenzial zur Umstrukturierung bzw. Zentralisierung in der deutschen Krankenhauslandschaft zu illustrieren, wird der nächste Teil innovative Ansätze für eine rationalere Krankenhausplanung auf Basis vorhandener und frei zugänglicher Daten aufzeigen und dies exemplarisch anhand einiger der genannten Indikationsbereiche zu simulieren.

## 9.6 Szenarien der Krankenhausplanung

Steht erst einmal die Anzahl der gerechtfertigten „Netto-Fälle“, bzw. noch besser der Patienten fest, bleibt als nächste Frage die nach der Verteilung auf einzelne Krankenhäuser. Für eine echte bedarfsgerechte Krankenhausplanung im Sinne einer bundesweit flächendeckenden Versorgung des „objektiv festgestellten Bedarfs“ und der „fachgerechten Erbringung“ (SVR 2001; SVR 2014) sind einige Punkte zu beachten. Dazu zählt etwa, inwieweit auf Qualitätskriterien beruhende Zertifizierungen sowie notwendige technische und personelle Mindeststandards eine Zentra-

lisierung auf weniger Standorte nahelegen und dabei weiterhin eine gute Erreichbarkeit sichergestellt werden kann.

### 9.6.1 Zertifizierung und qualitätsorientierte Zentralisierung

Insbesondere im Bereich der Onkologie zeichnet sich bereits seit längerer Zeit ein Trend zur Zentralisierung ab, der sich auch teilweise in den Krankenhausplänen einiger Länder niederschlägt (z. B. Baden-Württemberg, Berlin, Hessen, Saarland). Eine besondere Rolle hat dabei das Zertifizierungsverfahren der DKG, das für verschiedene Entitäten angeboten wird. In Tabelle 9–3 ist für einige der Zertifizierungsverfahren u. a. dargestellt, wie viele zertifizierte Zentren es gibt, wie diese ausgelastet sind und welcher Anteil an erstdiagnostizierten Patienten („Inzidenz“) in einem entsprechenden Zentrum behandelt wird.

Unter den dargestellten Zertifizierungsverfahren gibt es die meisten Zentren für Darmkrebs. In den 267 Zentren werden jedoch nur rund 40% aller Patienten mit einer solchen Erstdiagnose behandelt (also mehr als 35 000 Patienten nicht). Anders verhält es sich bei den Brustkrebszentren, die etwa 75% aller neu diagnostizierten Patienten mit Mamma-Karzinom mit im Schnitt über 200 Fällen je Zentrum behandeln. Ein ähnliches Fallaufkommen zeigt sich im Durchschnitt in den Zentren für Prostatakarzinome, wobei aber in den 94 Zentren nur knapp ein Drittel der neu erkrankten Patienten behandelt werden. Trotz des großen Behandlungsaufkommens von durchschnittlich fast 400 Patienten je Zentrum erreichen die wenigen Lungenkrebszentren auch nur weniger als ein Drittel aller Neuerkrankten. Bei dagegen fast doppelter Anzahl an Zentren und deutlich weniger Neuerkrankungen im Jahr werden noch nicht einmal 20% aller Patienten mit Pankreastumoren durch ein entsprechendes Zentrum behandelt. Hier zeigt sich also im Hinblick auf eine *echte Zentralisierung* ein insgesamt uneinheitliches Bild, was insbesondere bei einer so hochkomplexen Indikation wie dem Pankreastumor starke Auswirkungen auf die Ergebnisqualität der Behandlung haben kann.

In Bezug auf die Pankreasresektion bei **Pankreaskarzinom** zeigt die Untersuchung von Nimptsch und Mansky (2017), dass die jährliche Anzahl an Kranken-

Tabelle 9–3

#### Daten zu ausgewählten zertifizierten Krebszentren

Indikation	Zentren*			Inzidenz**	davon in Zentren behandelt (%)***
	Anzahl	Primärfälle im Durchschnitt	Summe Primärfälle		
Darm	267	95	25 365	62 230	41
Brust	224	235	52 640	70 175	75
Prostata	94	220	20 710	63 710	33
Pankreas	67	41	2 747	16 730	16
Lunge	38	396	15 048	52 520	29

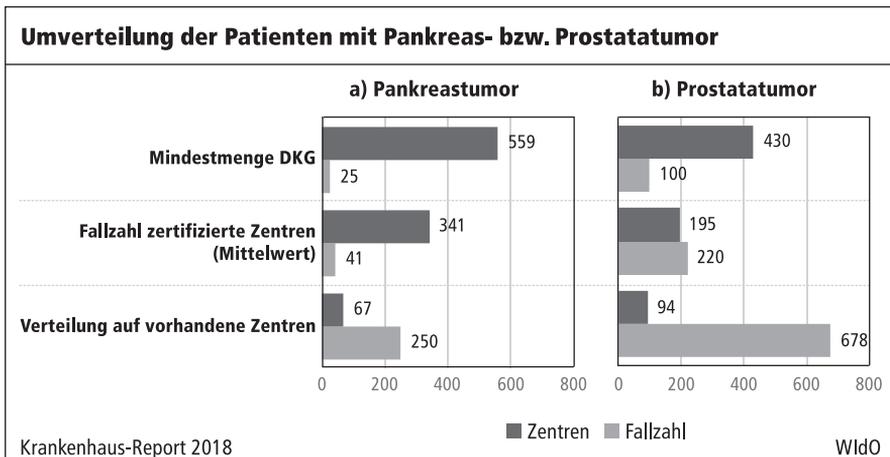
Quelle: Eigene Berechnungen nach Deutsche Krebsgesellschaft 2016 und RKI 2017

Anmerkungen: \*Stand 2015; \*\*Stand 2012; \*\*\*Primärfälle: Inzidenz

häusern (n = 58) und behandelten Fällen (n = 2 312) in den obersten beiden Quintilen (sehr hohe und hohe Fallzahl) fast deckungsgleich ist mit der Anzahl an Krankenhäusern mit Pankreaszentren und der Summe an dort behandelten Primärfällen (siehe Tabelle 9–3). Hier gilt es allerdings zu beachten, dass längst nicht alle Patienten mit dieser Diagnose operativ behandelt werden und Patienten demnach allzu häufig in Kliniken ohne Zentrum operiert werden. Für Zentren beträgt die Mindestmenge laut Zertifizierungskriterien der DKG 25 Primärfälle im Jahr (darunter mindestens zwölf mit operativer Behandlung). Auch dies wird mit einem Behandlungsaufkommen von 57 und 27 (Median) in etwa durch die Kliniken in den obersten Quintilen erfüllt (Nimptsch und Mansky 2017). Die Kliniken in den obersten beiden Quintilen weisen dabei ein fast halbiertes Mortalitätsrisiko (intrahospital, risikoadjustiert) im Vergleich zu den Krankenhäusern in den anderen Quintilen mit deutlich geringerem Behandlungsaufkommen auf.

Würde man dies allen (und nicht nur 16 % der) 16 730 neu erkrankten Patienten mit Pankreastumoren in Deutschland ermöglichen wollen und dabei die gegebenen Fallzahlen berücksichtigen, bewegte sich die Anzahl der Krankenhäuser für die Behandlung von Pankreastumoren zwischen den 67 bereits vorhandenen und bis zu theoretisch 559 zusätzlichen Zentren (mit jeweils 25 Fällen/Jahr) gegenüber den aktuellen 568 Krankenhäusern, die die Patienten derzeit mit deutlich geringeren Fallzahlen und mitunter deutlich schlechteren Ergebnissen behandeln (Abbildung 9–4, linker Teil). Die Mindestmenge von 25 Fällen pro Zentrum hieße jedoch, dass ein Zentrum nur alle zwei Wochen einen entsprechenden Patienten aufnehmen würde. Zudem liegt die durchschnittliche Fallzahl der bereits vorhandenen Zentren mit 41/Jahr deutlich darüber, sodass dies eine realistischere Planungsgrundlage für eine Umverteilung der bisher nicht in Zentren behandelten Patienten darzustellen scheint. Dieser Logik zu Folge würden 341 weitere Zentren mit einer durchschnittlichen Fallzahl von 41 Patienten/Jahr ausreichen, um alle Patienten mit Pankreastumoren in spezialisierten Zentren zu behandeln. Würden alle Patienten auf die bereits zertifizierten Zentren verteilt (in denen derzeit durchschnittlich alle neun Tage

Abbildung 9–4



ein neuer Patient aufgenommen wird), ergäbe sich eine Fallzahlsteigerung auf durchschnittlich 250 statt 41 Patienten (d. h. es würde an jedem Werktag ein neuer Patient aufgenommen). Zwar können auch ausschließlich ambulant im jeweiligen Krebszentrum behandelte Patienten als Primärfall gelten (OnkoZert 2017), aber insbesondere im Falle des Pankreaskarzinoms werden vermutlich viele Patienten unmittelbar nach Diagnosestellung in eine palliative Versorgungsstruktur übergeleitet. Dennoch ist insbesondere bei der Komplexität des Pankreaskarzinoms eine Zentralisierung zu forcieren. Abgesehen von der Verteilung anhand der Mindestmenge der DKG (die ja unrealistisch ist, da die Zentren bereits durchschnittlich höhere Fallzahlen haben) reduziert sich die Anzahl der Kliniken, in denen bisher Patienten mit Pankreas-Karzinomen behandelt (bzw. operiert) werden ( $n=568$ ), unabhängig von der Logik der Zentralisierung.

Etwas anders verhält es sich bei Patienten mit **Prostatakarzinom**. Hier resultieren Potenzial und Vorteil einer stärkeren Zentralisierung aus der Standardisierbarkeit der Behandlung. Gemäß den zugrunde gelegten Daten unterzieht sich die Mehrheit der neu diagnostizierten Patienten (RKI 2017) einer Prostatektomie (Nimptsch und Mansky 2017), aber nur rund ein Drittel davon wird in einem zertifizierten Prostatazentrum behandelt (Deutsche Krebsgesellschaft 2016). Auch wenn die Daten nicht aus der gleichen Quelle stammen und Abweichungen deshalb zu erwarten sind, zeigt aber genau diese Abweichung (Anzahl Prozeduren  $72\,319^1 >$  Inzidenz  $63\,710^2$ ) die Wichtigkeit der für eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung ausgewählten Maßzahlen (vgl. Abschnitt 9.5 „Von Fällen zu Patienten“). Betrachtet man die Ergebnisse von Nimptsch und Mansky (2017), zeigt sich auch hier, dass die Anzahl der Kliniken in den beiden Quintilen ( $n = 99$ ) und der dort durchgeführten Prostatektomien ( $n = 29\,063$ ) etwa der Anzahl an Zentren ( $n = 94$ ) entspricht. Dass die Anzahl der dort insgesamt behandelten Primärfälle deutlich darunter liegt ( $n = 20\,710$ ), weist wieder auf das Problem der Zählweise (Fälle vs. Patienten) hin. Die Analyse konnte zwar keinen Zusammenhang zwischen Volumen und Behandlungsergebnis hinsichtlich der intrahospitalen Mortalität nachweisen, aber allein der hohe Grad der Standardisierbarkeit spricht für eine stärkere Zentralisierung (die auch die Anzahl der urologischen Fachärzte gebietet; vgl. Tabelle 9–5).

Abbildung 9–4 stellt in ihrem rechten Teil dar, wie sich eine Neuverteilung der Patienten unter dem Gesichtspunkt der stärkeren Zentralisierung bei der Behandlung des Prostatakarzinoms auf die Anzahl der Behandlungsstätten auswirken würde. Würden alle neu diagnostizierten Patienten auf die vorhandenen 94 Zentren verteilt, würde sich deren durchschnittliche Fallzahl/Jahr von 220 auf 687 erhöhen (d. h. auf knapp 14 Patienten pro Woche). Geht man bei einer Umverteilung von bisher nicht in Zentren behandelten Patienten nur von der Mindestmenge der DKG aus ( $\geq 100$  Primärfälle/Jahr bzw.  $\geq 25$  Prostatektomien), wären für deren konzentrierte Behandlung 430 weitere Zentren nötig. Da die bereits vorhandenen Zentren ( $n = 94$ ) jedoch mit durchschnittlich 220 Patienten pro Jahr deutlich über dieser Mindestmenge liegen, scheint dies als Planungsgrundlage realistischer. Legt man diese zugrunde, reichten sogar 195 weitere Zentren aus, um bei gleicher durch-

1 Durchschnittliche Anzahl OPS 5-601/Jahr aus Zeitraum 2009–2014 (Nimptsch und Mansky 2017).

2 Inzidenz PCA aus 2012 (RKI 2017).

schnittlicher Fallzahl alle Patienten in einem spezialisierten Zentrum zu behandeln. Demnach reduziert sich die Anzahl der Kliniken, in denen Patienten mit Prostatakarzinomen behandelt (bzw. operiert) werden (bisher  $n = 527$ ), in jedem der dargestellten Planungsszenarien.

Neben dem Zertifizierungsverfahren für Krebszentren hat sich in Deutschland auch ein Zertifizierungsverfahren für Stroke Units (SUs) bei **Schlaganfall** etabliert. Im Jahr 2016 gab es 295 zertifizierte SUs, in denen der Literatur zufolge zwischen 50% (Schroeter et al. 2013) und 78% (Scholten et al. 2013) aller Schlaganfallpatienten behandelt werden, worunter natürlich nicht nur Patienten mit ischämischem Hirninfarkt (I63) fallen. Dem Umstand, dass die qualitätssteigernde Wirkung einer zentralisierten Schlaganfallbehandlung als gesichert gilt (Stroke Unit Trialists' Collaboration 2013), wurde in Deutschland bereits vor zehn Jahren durch die Aufnahme entsprechender Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS) für die neurologische Komplexbehandlung (8-981 und 8-98b) Rechnung getragen und dort wurden entsprechende Mindestmerkmale formuliert, wie z.B. die Durchführung einer Computer- oder Magnetresonanztomographie innerhalb von 60 Minuten bei Lyseindikation oder eine 24-Stunden-Arztpräsenz. Definiert man Krankenhäuser mit mindestens zehn kodierten neurologischen Komplexbehandlungen als SU (d. h. unabhängig davon, ob sie zertifiziert sind), haben im Jahr 2010 465 Krankenhäuser eine SU vorgehalten – und damit etwa 52% der Schlaganfallpatienten behandelt (Nimptsch und Mansky 2012). Im Zertifizierungsverfahren sind darüber hinaus auch Mindestmengen von  $\geq 250$  Patienten für regionale und von  $\geq 450$  für überregionale SUs (Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe 2017) formuliert. Bisher werden Patienten mit Schlaganfall in 1 278 deutschen Krankenhäusern behandelt (Nimptsch und Mansky 2017), von denen bei Weitem nicht alle die Qualitätsmerkmale erfüllen, die im Zertifizierungsverfahren oder durch die Mindestmerkmale im Fallpauschalenkatalog gefordert sind (siehe dazu den Abschnitt 9.6.2 „Facharztstandard und technische Ausstattung“). Obwohl sich im Zeitverlauf erfreulicherweise eine zunehmende Konzentration der Schlaganfallbehandlung zeigt (Nimptsch und Mansky 2012), werden rund 40 000 Behandlungsfälle mit ischämischem Schlaganfall jährlich in 915 Kliniken mit einer Fallzahl von nur 28 (Median) behandelt. Demnach wäre auch hier eine stärkere Zentralisierung sinnvoll und nicht zuletzt erforderlich, um dem in der Schlaganfallbehandlung geltenden Motto „Time is brain“ gerecht zu werden. Das wäre am besten über die Umverteilung der Patienten auf die bereits vorhandenen (zertifizierten) SUs denk- und umsetzbar, sodass sich deren Anzahl über die SU-abrechnenden Krankenhäuser hinaus nicht zu erhöhen bräuchte – im Gegenteil, da nicht alle von diesen zertifiziert sind, wäre hier über eine weitere Konzentration auf die qualitativ hochwertigsten Einheiten nachzudenken.

In Bezug auf die **Herzinsuffizienz** konnten Nimptsch und Mansky (2017) zwar keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Fallzahl und intrahospitaler Mortalität ausmachen. Wenn man wiederum die Daten zu potenziell vermeidbaren stationären Behandlungen betrachtet, zeigt sich aber auch hier, dass eine tatsächlich bedarfsgerechte Krankenhausnutzung wohl zu einer Reduktion der Behandlungsstätten führen würde – und eine echte Planung dies berücksichtigen sollte. Das Vermeidungspotenzial liegt hier zwischen 45% und 67% (siehe Abbildung 9–3). Ausgehend von dem niedrigeren Vermeidungspotenzial verblieben von den rund 390 000

Patienten (aus Nimptsch und Mansky 2017) noch etwa 210 000 und bei dem höheren nur noch 140 000 Patienten mit Herzinsuffizienz. Letzteres entspricht etwa dem durchschnittlichen Fallaufkommen in den Kliniken der beiden Quintile mit den höchsten Fallzahlen, sodass hier nur noch 223 Krankenhäuser verblieben. Für die Behandlung von 210 000 Patienten kämen den Daten von Nimptsch und Mansky (2017) zufolge noch 184 Kliniken hinzu. Bisher erfolgt die Behandlung von Patienten mit Herzinsuffizienz in 1 278 Kliniken.

Den Ergebnissen von Nimptsch und Mansky (2017) zufolge liegt das risikoadjustierte Mortalitätsrisiko bei der Implantation eines Hüftgelenks bei **Coxarthrose** in Q1 (Mediane Fallzahl 49) bei 0,23 % gegenüber 0,1 % in Q5 (Mediane Fallzahl 619). Würde man eine Umverteilung des Patientenaufkommens auf die Kliniken aus Q2 (Mediane Fallzahl 128) bis Q5 vornehmen, würde sich die Anzahl der Kliniken mit entsprechendem Behandlungsangebot bereits mehr als halbieren (von 1 043 auf 435) – aktuell operieren die 608 Kliniken in Q1 jeweils lediglich 49 Patienten im Jahr (Median) und bergen damit ein mehr als doppelt so hohes Mortalitätsrisiko für diese Patienten als jene 42 Kliniken aus Q5, deren Patientenaufkommen zehnmal so hoch ist. Um eine deutliche Reduktion des Mortalitätsrisikos unterhalb des Durchschnitts zu erlangen, bedarf es einer Mindestmenge von 252 Patienten im Jahr. Eine daran orientierte Umverteilung würde auf die insgesamt 124 Kliniken aus Q4 und Q5 zurückgreifen, die dadurch durchschnittlich etwa 470 Patienten mehr im Jahr versorgen würden. Insgesamt liegt dieser elektive operative Eingriff jedoch in Bezug auf die Mortalität eher im Niedrigrisikobereich. Bei anderen Qualitätsindikatoren, wie etwa komplikationsbedingten Re-Interventionen, schlagen sich Unterschiede in der Menge in noch viel deutlicheren Unterschieden in der Qualität nieder. So zeigen etwa die Untersuchungen von Pross et al. (2017), dass das Risiko für eine komplikationsbedingte Re-Intervention bei Implantation eines Hüftgelenks von 0,4 % in Kliniken mit hohen bis sehr hohen Fallzahlen auf 4,3 % in Kliniken mit niedrigen Fallzahlen um über das Zwölfwache gesteigert ist.

## 9.6.2 Facharztstandard und technische Ausstattung

In Dänemark müssen die Krankenhäuser Ärzte einiger Fachrichtungen rund um die Uhr vorhalten; auch eine Ausstattung mit bestimmter Medizintechnik ist vorgeschrieben (siehe Tabelle 9–4). Zur Sicherstellung einer zeitlich lückenlosen fachärztlichen Versorgung hieße das bei Minimalbesetzung (= ein Facharzt) mindestens 5,5 Facharzt-Vollzeitäquivalente (VZÄ) pro Krankenhaus. Dass der Zugang zu einer durchgehenden fachärztlichen Versorgung nicht nur erstrebenswert, sondern auch kein alleiniges dänisches Phänomen ist, zeigen z. B. die Regelungen des Thüringer Krankenhausplanes. Die „Verordnung über Qualitäts- und Strukturanforderungen“ nach § 4 Abs. 3 des Thüringer Krankenhausgesetzes schreibt ebenfalls die Vorhaltung eines solchen Facharztstandards für jede planerisch ausgewiesene Fachabteilung vor.

Tabelle 9–5 zeigt den Status quo der fachärztlichen Versorgung in deutschen Krankenhäusern anhand der überhaupt vorhandenen Fachärzte in stationärer Tätigkeit. Bei einer Verteilung der vorhandenen Fachärzte unter Berücksichtigung des Facharztstandards (24/7) für exemplarisch ausgewählte Gebiete nach dänischen Standards zeigen sich mitunter gravierende Unterschiede zwischen der Anzahl von

Tabelle 9-4

**Strukturelle Anforderungen an zentrale Notaufnahmen in Dänemark (Auszug)**

	Anforderungen	Vorhaltung
Personal	FA Innere Medizin mit kardiologischer Expertise	24/7
	FA Allgemeinchirurgie	24/7
	FA Unfallchirurgie	24/7
	FA Anästhesie/Intensivmedizin	24/7
	FA Diagnostische Radiologie	Rufbereitschaft 30 min.
	FA Labormedizin	Rufbereitschaft
Geräte	CT	24/7
	Klinisches Labor	24/7
	MRT/Traumazentrum	24/7

Quelle: Augurzky et al. 2014a

Krankenhäusern im Status quo und der simulierten Anzahl mit minimaler Besetzung von mindestens einem Facharzt (d. h. der maximal möglichen Anzahl an Krankenhäusern). Die Simulation bezieht verschiedene Arbeitszeitvarianten der teilzeitbeschäftigten Ärzte im Krankenhaus ein (Szenario 1: 0,75 VZÄ pro FA in Teilzeit und Szenario 2: 0,5 VZÄ pro FA in Teilzeit).

Dabei zeigt sich, dass der Facharzt-Standard 24/7 in einigen Fachgebieten – zumindest rein rechnerisch – vorgehalten werden kann. In anderen wird er jedoch im Status quo deutlich unterschritten, d. h. es wäre eine deutliche Zentralisierung notwendig, um einen Facharztstandard zu garantieren; dazu zählen z. B. die Gefäßchirurgie und die Urologie.

Bei den Indikationen Schlaganfall (also Neurologie) und akuter Herzinfarkt (also Kardiologie) „reichen“ die vorhandenen Ärzte sogar für mehr Krankenhäuser als die, in denen zurzeit solche Fachärzte arbeiten – aber bei Weitem nicht für so viele, wie derzeit Schlaganfall und akuten Herzinfarkt behandeln! Die Diskrepanz zwischen den vorhandenen und gerechtfertigten Behandlungsstätten für einige Indikationen wird durch die Betrachtung der Geräteausstattung noch untermauert. Tabelle 9–6 zeigt das exemplarisch für die Indikationen Schlaganfall und Herzinfarkt auf.

### 9.6.3 Einzugsgebiete und Erreichbarkeit

In den vorhergehenden Abschnitten wurde aufgezeigt, dass in der deutschen Krankenhauslandschaft ein großes Potenzial und zugleich ein hoher Bedarf an Zentralisierung besteht. Natürlich treten dabei auch Fragen der Erreichbarkeit und Sicherstellung auf, mit denen sich dieser Abschnitt befassen soll. Wie Tabelle 9–2 zeigt, liegt Österreich hinsichtlich der stationären Fallzahl in fast allen Indikationsbereichen gleichauf mit Deutschland – höchstwahrscheinlich auch hinsichtlich des Zentralisierungsbedarfs. Dem trägt die österreichische Krankenhausplanung derweil auch Rechnung und sieht eine stärkere Patientenorientierung durch eine integrierte – d. h. alle Sektoren umfassende – Planung und zugleich eine stärkere

Tabelle 9–5  
**Status quo und Simulation der fachärztlichen Besetzung in deutschen Krankenhäusern**

Fachgebiet	Status quo				Facharztstandard 24/7		
	Anzahl FÄ (stationär)	davon Teilzeit	FÄ in VZÄ bei TZ = 75 %	FÄ in VZÄ bei TZ = 50 %	Anzahl KH mit FÄ	Anzahl FA-VZÄ/ KH bei TZ = 75 %	bei TZ = 50 %
Anästhesiologie	17127	6514	15499	13870	1238	12,5	11,2
Orthopädie/Unfallchirurgie	8173	1826	7717	7260	1237	6,2	5,9
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	5783	2311	5205	4628	811	6,4	5,7
Kardiologie	3830	684	3659	3488	611	6,0	5,7
Neurologie	3765	965	3524	3283	578	6,1	5,7
Diagnostische Radiologie*	3734	955	3495	3257	623	5,6	5,2
Urologie	2477	526	2346	2214	518	4,5	4,3
Viszeralchirurgie	2040	245	1979	1918	514	3,8	3,7
Gefäßchirurgie	1658	246	1597	1535	455	3,5	3,4
Labormedizin*	321	114	293	264	137	2,1	1,9

Quelle: Eigene Berechnungen nach Destatis 2017

Anmerkungen: \*nur Rufbereitschaft vorgegeben; FÄ = Fachärztin; KH = Krankenhaus; n.z. = nicht zutreffend; TZ = Teilzeit

Krankenhaus-Report 2018

Wido

Tabelle 9–6

**Ausstattung mit Großgeräten in deutschen Krankenhäusern**

Gerät	KH mit Vorhaltung	KH mit Fällen	KH ohne Vorhaltung
CT	979	1 278 (STROKE)	299
MRT	619	1 278 (STROKE)	659
Koronoarangiographie	543	1 391 (AMI)	848

Quelle: Eigene Berechnungen nach Nimptsch &amp; Mansky 2017 und Destatis 2017

Krankenhaus-Report 2018

Wido

Konzentration vor, die u. a. das Einzugsgebiet für spezialisierte Versorgungsbereiche umfasst (Czasný et al. 2017). Zieht man die Regelungen zum Einzugsgebiet aus dem aktuellen Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) in die Überlegungen einer reformierten und bedarfsgerechten Krankenhausplanung in Deutschland ein, verbleiben z. B. für die Kardiologie und SU bundesweit nur etwa 270 Krankenhäuser mit entsprechendem Behandlungsangebot (vs. aktuell > 1 200) und ebenfalls rund 270 Kliniken mit onkologischen Fachgebieten bzw. nur 160 für die Behandlung seltener Malignome. Für die Gefäßchirurgie verblieben demnach ebenfalls nur etwa 160 Kliniken. Diese Zahlen liegen sogar deutlich unter denen, die in den vorherigen Abschnitten als gerechtfertigte Behandlungsstätten für exemplarische Fachgebiete und Indikationsbereiche ermittelt worden sind und legen damit nahe, dass die vorhergehenden Überlegungen durchaus realistisch und nicht utopisch sind.

Bei der Formulierung der Einzugsgebiete wurde im ÖSG auch die Erreichbarkeit der spezialisierten Versorgungsbereiche berücksichtigt; sie liegt in den genannten Versorgungsbereichen in Österreich bei 60 Minuten bzw. 120 Minuten bei seltenen Malignomen. In Deutschland gilt als flächendeckende Versorgung, wenn Grund- und Regelversorger (mit Abteilungen für Innere Medizin und Chirurgie) innerhalb von 30 PKW-Fahrminuten und Schwerpunkt- und Maximalversorger innerhalb von 60 PKW-Fahrminuten erreichbar sind (G-BA 2016). Zunächst muss gesagt werden, dass die Erreichbarkeit von Krankenhäusern in Deutschland als sehr gut einzuschätzen ist – derzeit erreichen 99 % der Bevölkerung ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung innerhalb von 30 Minuten (G-BA 2016a). Eine Analyse des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (2005) ergab sogar, dass etwa 75 % der Bevölkerung ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung innerhalb von zehn und etwa 98 % innerhalb von 20 Minuten erreichen.

Wie die Ergebnisse einer Simulation der Erreichbarkeit bei höherer Zentralisierung von Loos et al. (2016) zeigen, ändert sich selbst nach einer deutlichen Reduktion von Krankenhaus-Standorten nicht viel an dieser positiven Einschätzung und die Sicherung einer flächendeckenden Versorgung wäre damit nicht gefährdet. Für Implantationen eines Hüftgelenks z. B. würde selbst eine Reduktion der Kliniken auf ein Drittel (345 von 1 188) mit entsprechendem Behandlungsangebot noch ausreichen, um innerhalb von 17 statt zuvor neun Minuten das nächste Krankenhaus erreichen zu können (Loos et al. 2017) – und das bei elektiven orthopädischen Eingriffen, bei denen auch bisher schon viele Patienten den weiteren Weg zur Wunschklinik auf sich nehmen (Geraedts und de Cruppé 2015) bzw. auf sich nehmen

würden (BKK 2015)! Zu berücksichtigen sind auch die Analysen von Garre et al. (2015), nach denen sich über 75 % der kleineren Kliniken (< 300 Betten) ohne Spezialisierung in den Ballungszentren befinden und Schließungen demnach keine Versorgungslücken hinterlassen würden.

Um die Versorgung in weniger besiedelten Gebieten, wie z. B. Inseln, ebenfalls sicherzustellen, ist der vom Gesetzgeber neu formulierte Sicherstellungszuschlag richtig und wichtig, wird aber bei dem derzeitigen Überangebot realistisch betrachtet nur wenige Krankenhäuser betreffen – in England sind z. B. von entsprechenden Regelungen im ganzen Land acht Krankenhäuser betroffen. Zudem sollten die in diesem Beitrag aufgezeigten Aspekte von Bedarf, Angebot und Qualität weitaus mehr Berücksichtigung finden. Daneben müssen natürlich bei einer Neuausrichtung der Krankenhausplanung auch noch weitere Aspekte berücksichtigt werden, wie z. B. angepasste Notfallstrukturen oder eine stärkere Vernetzung zwischen den Sektoren (mit denen die eingangs aufgeführten vermeidbaren Krankenhausaufenthalte auch vermieden würden und damit der Bedarf ohnehin sinken würde).

## 9

## 9.7 Zusammenfassung und Fazit

Mit dem KHSG wollte der Gesetzgeber für eine stärkere Qualitätsorientierung in der deutschen Krankenhauslandschaft sorgen, was grundsätzlich zu begrüßen ist. Da die Reform – etwa mit vereinzelt Qualitätszu- und -abschlägen – hinsichtlich einer tatsächlichen Qualitätsorientierung aber deutlich zu kurz greift und weiterhin eher auf Bestandsschutz als Konsolidierung setzt, wollte der Beitrag Aspekte aufzeigen, die künftig bei der Krankenhausplanung Beachtung finden sollten. Zunächst konnte anhand internationaler Hospitalisierungsraten sowie Daten zu vermeidbaren Krankenhausaufnahmen aufgezeigt werden, dass es in Deutschland überdurchschnittlich viele Fälle und damit ein deutliches Potenzial für eine systematisch niedrigere Zahl vollstationär zu behandelnder Patienten gibt.

Des Weiteren wurde die Frage untersucht, welche Gründe es für eine höhere Zentralisierung der Fälle gibt. Dass der Zentralisierungsgrad in Deutschland ausbaufähig ist, wurde exemplarisch anhand des Verhältnisses von Patientenzahlen in spezialisierten (zertifizierten) Zentren und der Inzidenz illustriert und darauf aufbauend dargestellt, wie eine bessere Verteilung – und somit Behandlung – der jeweiligen Patientengruppen aussehen könnte. An dieser Stelle konnte auch ein grundlegendes Problem in der Diskussion von Bedarf und Sicherstellung skizziert und darauf hingewiesen werden, dass die Summe an Patienten ein viel besseres Planungsinstrument darstellt als es die Summe an Fällen ist. Daneben wurde etwa der Status quo der personellen und technischen Ausstattung in deutschen Krankenhäusern auf Basis von Mindestvoraussetzungen etablierter Zertifizierungsverfahren oder aus dem internationalen Vergleich bzw. dem Vergleich einzelner Bundesländer dafür genutzt, eine Simulation der danach höchstmöglich auszustattenden Krankenhäuser in Deutschland vorzunehmen. Insgesamt betrachtet konnte anhand der exemplarisch ausgewählten Indikationsbereiche aufgezeigt werden, dass unter Berücksichtigung von Angebots- und Qualitätsaspekten bei der Krankenhausplanung eine deutliche Zentralisierung notwendig ist, ohne dabei jedoch die Sicherstellung

zu gefährden. Natürlich unterliegen die hier zugrunde gelegten Daten auch gewissen Limitationen, etwa aufgrund fehlender Standardisierungen/Adjustierungen, und können deshalb nicht als direkte Planungsgrundlage dienen. Für die Analysen wurden jedoch bewusst nur frei zugängliche Daten gewählt und damit illustriert, dass zumindest die Berücksichtigung der benannten Aspekte in der Krankenhausplanung ohne großen Aufwand möglich wäre – bzw. dass nur der Wille und die Entschlossenheit fehlt, dies auch zu tun.

## Literatur

- Augurzky B, Beivers A, Straub N, Veltkamp C. Erarbeitung von Umsetzungsvorschlägen der Positionen der Ersatzkassen zur Krankenhausplanung. Vorläufiger Endbericht zum Forschungsvorhaben des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek). Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg) 2014.
- Augurzky B, Hentschker C, Krolop S, Pilny A, Schmidt CM. Krankenhaus Rating Report 2014. Mangelware Kapital: Wege aus der Investitionsfalle. Heidelberg: medhochzwei 2014a.
- BKK. BKK-Umfrage 2015. Chronisch Kranke. Krankenhausversorgung. [https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/user\\_upload/Anlage\\_PM\\_23\\_9\\_2015\\_Umfrage\\_Chronisch\\_krank\\_Krankenhaus.pdf](https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/user_upload/Anlage_PM_23_9_2015_Umfrage_Chronisch_krank_Krankenhaus.pdf). (27 Oktober 2017).
- Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg) Raumordnungsbericht 2005.
- Bundesärztekammer Ärzttestatistik zum 31. Dezember 2016. Berlin 2017. [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2016/Stat16AbbTab.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2016/Stat16AbbTab.pdf) (29 September 2017).
- Busse R, Ganten D, Huster S, Reinhardt ER, Suttrop N, Wiesing U. Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft. Diskussion Nr. 7. Halle (Saale): Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften 2016. [https://www.leopoldina.org/uploads/tx\\_leopublication/Leo\\_Diskussion\\_Medizin\\_und\\_Oekonomie\\_2016.pdf](https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/Leo_Diskussion_Medizin_und_Oekonomie_2016.pdf) (25 Oktober 2017).
- Czasny I, Kern D, Kernstock EM, Mathis-Edenhofer S, Neruda T, Pilz E. et al. Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg). Wien: Gesundheit Österreich GmbH 2017.
- Destatis. Grunddaten der Krankenhäuser (Fachserie 12 Reihe 6.1.1 – 2016). Bonn 2017. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser.html> (29 September 2017).
- Deutsche Krebsgesellschaft. Jahresbericht Onkologische Zentren 2015. Berlin 2016.
- Garre P, Schliemann B, Schönbach KH. Reform und Reformbedarf in der Bedarfsplanung sowie fehlende sektorenübergreifende Ansätze. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2015. Schwerpunkt: Strukturwandel. Stuttgart: Schattauer 2015; 211–36.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V. Fassung vom 21.11.2016. BAnz AT 21.12.2016 B3.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V. Berlin 2016a. [https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4082/2016-11-24\\_SiZu-R\\_Sicherstellungszuschlaege\\_Erstfassung\\_TrG.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4082/2016-11-24_SiZu-R_Sicherstellungszuschlaege_Erstfassung_TrG.pdf). (27 Oktober 2017).
- Geraedts M, Cruppé W de. Strukturwandel aus Patientenperspektive. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2015. Schwerpunkt: Strukturwandel. Stuttgart: Schattauer 2015; 115–26.
- Hämel K, Schaeffer D. Fachkräftemangel in der Pflege – viel diskutiert, politisch ignoriert? Gesundheit und Sozialpolitik 2012; 66 (1): 41–9. DOI: 10.5771/1611-5821-2012-1-41.

- Köster C, Heller G, Wrede S, König T, Handstein S, Szecsenyi J. Case Numbers and Process Quality in Breast Surgery in Germany: A Retrospective Analysis of Over 150,000 Patients From 2013 to 2014. *Deutsches Ärzteblatt international* 2015; 112 (35–6), 585–92. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0585.
- Loos S, Albrecht M, Schiffhorst G, Ochmann R, Möllenkamp M. Faktencheck Gesundheit : Faktencheck Krankenhausstruktur. Spezialisierung und Zentrenbildung. Bertelsmann-Stiftung und IGES (Hrsg) 2016.
- Mansky T, Drogan D, Nimptsch U, Günster C. Eckdaten stationärer Versorgungsstrukturen für ausgewählte Krankheitsbilder in Deutschland. In: Dormann F, Klauber J (Hrsg). *Qualitätsmonitor* 2017. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2017; 165–216.
- Nimptsch U, Mansky T. Trends in acute inpatient stroke care in Germany – an observational study using administrative hospital data from 2005–2010. *Deutsches Ärzteblatt international* 2012; 109 (51–2): 885–92. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0885.
- Nimptsch U, Mansky T. Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: observational study using complete national data from 2009 to 2014. *BMJ open* 2017; 7 (9): e016184. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-016184.
- OnkoZert. Erhebungsbogen Zentren für Tumoren/Sarkome des Weichgewebes in Onkologischen Zentren. Neu-Ulm 2017. <http://www.onkozert.de/sarkome.htm> (29 September 2017).
- Osterloh F. Ärztemangel im Krankenhaus. „Junge Ärzte wollen Full Service“. *Deutsches Ärzteblatt* 2012; 109 (33–4): 99.
- Pross C, Busse R, Geissler A. Hospital quality variation matters – A time-trend and cross-section analysis of outcomes of observational study using complete national data from 2006 to 2014. *Health policy* 2017; 121 (8): 842–52. DOI: 10.1016/j.healthpol.2017.06.009.
- RKI (Robert Koch-Institut). Zentrum für Krebsregisterdaten. Krebs gesamt. Berlin 2017. [http://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Krebs\\_gesamt/krebs\\_gesamt\\_node.html](http://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Krebs_gesamt/krebs_gesamt_node.html) (29 September 2017).
- SVR (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/01. Bonn 2001.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bonn/Berlin 2014.
- Scholten N, Pfaff H, Lehmann H, Fink G, Karbach U. Thrombolyse des akuten Schlaganfalls – eine deutschlandweite Analyse der regionalen Versorgung. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 2013; 81 (10): 579–85
- Schreyögg J, Bäuml M, Krämer J, Dette T, Busse R, Geissler A. Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG. Endbericht. Hamburg Center for Health Economics (HCHE) 2014.
- Schroeter M, Engelhardt A, Erbguth F, Ferbert A, Reinhardt FM, Vieregge P, Wallesch CW, Widder B, Fink G. Ergebnisse der 10. Erhebung zur Struktur der neurologischen Kliniken der Akutversorgung in Deutschland. *Aktuelle Neurologie* 2013; 40 (4): 185–94
- Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe. Jahresbericht 2016. Gütersloh 2017.
- Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. The Cochrane database of systematic reviews 2013; (9): CD000197. DOI: 10.1002/14651858.CD000197.pub3.
- Sundmacher L, Fischbach D, Schuettig W, Naumann C, Augustin U, Faisst C. Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. *Health Policy* 2015; 119 (11): 1415–23. DOI: 10.1016/j.healthpol.2015.08.007.
- Weissman JS, Gatsonis C, Epstein AM. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. *JAMA* 1992; 268 (17): 2388–94
- WHO. European health for all database (HFA-DB) WHO/Europe. Kopenhagen: Regional Office for Europe 2016. <http://data.euro.who.int/hfad/> (23 November 2017).
- WHO. European Hospital Morbidity Database. Kopenhagen: Regional Office for Europe 2017. <http://data.euro.who.int/hmdb/index.php> (29 November 2017).

# 10 Umsetzung der Qualitätsagenda des Krankenhausstrukturgesetzes – ein Vorschlag zur Vorgehensweise am Beispiel des Landes Nordrhein-Westfalen

Jürgen Malzahn, Patrick Garre und Carina Mostert

## Abstract

Mit dem KHSG und der Gründung des IQTIG wurde eine breite Qualitätsagenda für die Krankenhausplanung aufgesetzt. Die Umsetzungsgeschwindigkeit und das bisher Erreichte sind jedoch kritisch zu bewerten. Der bisher erreichte Stand erscheint umso problematischer, als sich hier mehrere gravierende Herausforderungen stellen. Die für eine bessere Qualität der Versorgung von Patienten avisierte Zentralisierung der Leistungserbringung ist auch geboten, will man die personelle Ausstattung zukunftssicher und effizient aufstellen und die deutsche Krankenhauslandschaft im Sinne interdisziplinärer vernetzter Medizin zukunftsfähig ausrichten.

Neben den Handlungsoptionen auf Bundesebene nach KHSG sind insbesondere die planungsverantwortlichen Länder gefragt, die qualitätsorientierte Versorgung der Bevölkerung und eine entsprechende Planung in den Blick zu nehmen. Am Beispiel des Landes Nordrhein-Westfalen unterbreitet der vorliegende Beitrag einen zweistufigen konzeptionellen Vorschlag, wie die Planungsbehörden auf Landesebene dies angehen können. Aufsetzend auf Versorgungsstufen sollen sukzessive Leistungsbereiche in den Blick genommen werden, für die dann Qualitätsanforderungen (Mindestmengen, Anforderungen zu Struktur-, Prozess- und ggf. Ergebnisqualität) festzulegen sind, die die Häuser erfüllen müssen.

With the KHSG and the foundation of IQTIG, a broad quality agenda for hospital planning was established. However, the speed of implementation and what has been achieved so far must be assessed critically. The level achieved so far seems to be all the more problematic as several serious challenges have to be met. The centralisation of service provision which is intended to improve the quality of care for patients is also necessary if staffing is to be future-proof and efficient and if the German hospital landscape is to be future-oriented in terms of an interdisciplinary medicine network.

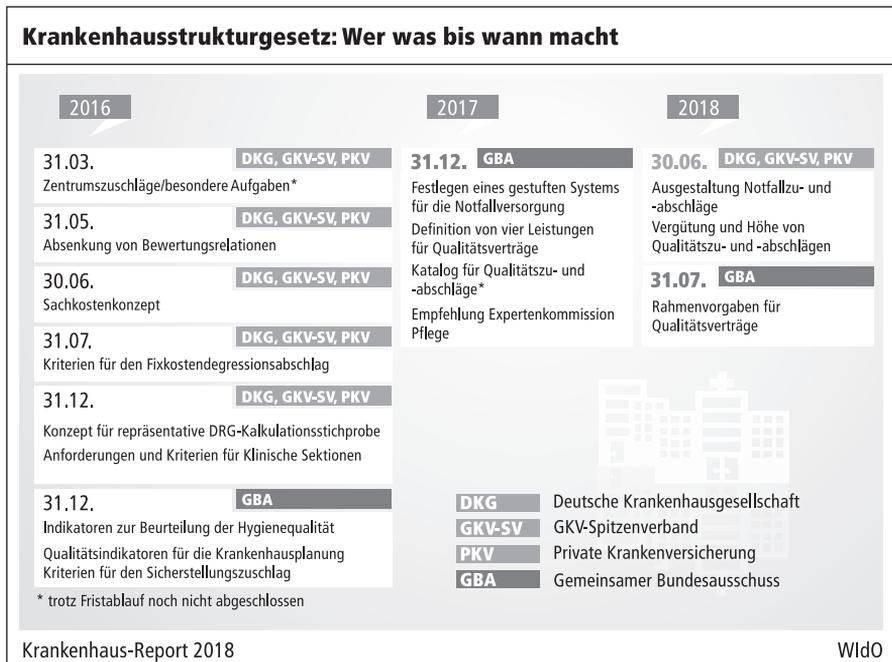
In addition to options for action at the federal level according to the KHSG, the federal states are called upon to consider quality-oriented health care and appropriate hospital planning. Using the state of North Rhine-Westphalia as an example, this paper presents a two-stage conceptual proposal on how the planning authorities at state level can approach this issue. Based on health care supply

levels, the focus is on successive service areas for which quality requirements (volume thresholds, requirements for structural, process and, if applicable, outcome quality) must be defined which the hospitals must meet.

## 10.1 Einleitung

Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG) vom 01.01.2016 ist seit der DRG-Einführung im Jahr 2003 die erste umfassende Reform der stationären Versorgung, mit der die Krankenhauslandschaft grundlegend umgestaltet werden soll. Im Wesentlichen enthält das KHSKG ein Maßnahmenpaket, das die finanzielle Situation der Krankenhäuser verbessern soll und einen anderen Teil an Regelungen, die einen qualitätsorientierten Umbau der Krankenhauslandschaft zum Ziel haben. Dabei sind die Einzelregelungen eng miteinander verwoben, sodass eine strikte Zuordnung zu den beiden Themenfeldern nicht immer möglich ist. Die einzelnen Paragraphen sind meist als Rahmenvorgaben ausgestaltet, die durch die Selbstverwaltungspartner Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), GKV Spitzenverband (GKV-SV) und dem Verband der privaten Krankenversicherung (PKV Verband) oder den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) näher spezifiziert werden müssen. Der Zeitplan der relevanten Maßnahmen des KHSKG kann Abbildung 10–1 entnommen werden.

Abbildung 10–1



Etliche der Regelungen führen zu Zielkonflikten, wie zum Beispiel die derzeit diskutierten Sicherstellungszuschläge für kleine Standorte der Geburtshilfe. Zahlreiche kleine Standorte fördern zwar der Flächenversorgung im ländlichen Raum, widersprechen aber dem Ziel der Zentralisierung von Krankenhausleistungen und der damit u. a. intendierten Steigerung der Behandlungsqualität.

Dieser Beitrag befasst sich mit dem Stand des qualitätsorientierten Umbaus der Krankenhauslandschaft und lässt die Finanzierungsaspekte weitgehend außer Acht, soweit diese nicht unmittelbar für den Strukturumbau von Bedeutung sind.<sup>1</sup>

## 10.2 Stand der Umsetzung der Qualitätsagenda des KHSG

Der Umsetzungsstand des KHSG sei für vier zentrale Einzelthemen benannt:

- Bei den Mindestmengen hat der G-BA nach zwei Jahren am 17.11.17 die neue gesetzliche Grundlage in der aktualisierten Richtlinie und der Verfahrensordnung abgebildet. Eine parallele Anpassung der bestehenden Mindestmengen oder Beratungen über neue Leistungsbereiche für Mindestmengen fanden bisher nicht statt.
- Die ersten planungsrelevanten Indikatoren (Plan-QI) wurden am 15.12.16 durch den G-BA verabschiedet und betreffen die gynäkologischen Operationen, Geburtshilfe sowie die Mammachirurgie (PM des G-BA: Qualität bei gynäkologischen Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie künftig für Krankenhausplanung relevant, 2016). Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben wurden dabei Qualitätsindikatoren aus der externen stationären Qualitätssicherung verwendet, was die Gestaltungsmöglichkeiten deutlich eingeschränkt hat. Ein Folgeauftrag, in dem die Richtlinien des G-BA zur Strukturqualität sowie zu Mindestmengenregelungen im Zentrum stehen, wurde vom G-BA am 18.05.17 an das IQTIG erteilt. Mit Wirkung für das Jahr 2020 können dann weitere Plan-QI verabschiedet werden, die in erheblichem Maße unzureichende Qualität aufzeigen sollen (PM des G-BA: Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung: IQTIG mit Konzept für Neu- und Weiterentwicklung beauftragt, 2017).
- Nachdem DKG, GKV-SV und PKV-Verband sich bei der Zentrumsvereinbarung, die aufgrund des KHSG zu treffen war, nicht einigen konnten, setzte die Bundesschiedsstelle am 08.12.2016 eine Vereinbarung fest. Allerdings wurde diese Vereinbarung vom GKV-SV beklagt, weil die Konkretisierung der überörtlichen und krankenhausesübergreifenden Aufgabenwahrnehmung sowie die Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen aus Sicht der Krankenkassen nicht vorgenommen wurde. Zudem widersprechen aus der Perspektive der Krankenkassen Teile der Anlage der Vereinbarung dem Gebot der Doppelfinanzierung.

<sup>1</sup> Unabhängig davon, wie man die Umsetzung der finanziellen Maßnahmen des KHSG bewertet, sind die Ausgaben der GKV für die stationäre Versorgung im Jahr 2016 um 3,8 % gestiegen.

- Das Antragsvolumen für den insgesamt 1 Mrd. Euro schweren Strukturfonds wurde laut einer Pressemeldung des Bundesversicherungsamtes (BVA) fast vollständig erreicht. Zum 31.07.2017 waren vom Bundesanteil, der 500 Mio. Euro aus dem Gesundheitsfonds beinhaltet, Anträge für ein Volumen von 483,81 Mio. Euro gestellt, um 66 Einzelprojekte zu fördern.<sup>2</sup> Knapp zwei Drittel der beantragten Projekte sind auf eine Konzentration von Leistungen ausgerichtet und nur je 18% der Anträge sollen Umwandlungen oder Schließungen von Krankenhäusern bewirken (PM des BVA: Bundesversicherungsamt zieht erste Bilanz zum Stand der Förderung des Strukturwandels in der Krankenhausversorgung, 2017).

Seitens des G-BA wird die Qualitätsagenda des KHSG grundsätzlich als Vertrauensbeweis gegenüber der Selbstverwaltung begrüßt. Es fehlt jedoch seitens der Politik die Vorgabe eines politischen Rahmenkonzeptes für die zukünftige Krankenhauslandschaft, in die die zahlreichen Qualitätsmaßnahmen eingeordnet werden können. Erforderlich scheint eine gesundheitspolitische Zielbestimmung, die die Konturen einer „Krankenhauslandschaft 2025“ beschreibt. Der Ansatz, mit qualitätsorientierter Versorgungssteuerung ohne konkretere gesundheitspolitische Strukturziele eine qualitätsorientierte Krankenhausreform durchzuführen, erscheint unvollständig. Zudem ist zu bemängeln, dass die impliziten Strukturansprüche des KHSG ohne eine Neuorientierung der Investitionsfinanzierung nicht erfolgreich umgesetzt werden können. Auch verfassungsrechtliche Fragen sind im KHSG nicht ausreichend geklärt; so bleibt unklar, wie stark der G-BA in die Krankenhausplanung eingreifen darf bzw. soll.

Die Folgen dieser Unklarheiten werden im politischen Handeln der einzelnen Akteure sichtbar. Zwar wurde das KHSG als Konsens zwischen Bund und Ländern verhandelt, aber gleich nach der Verabschiedung kritisierten einzelne Bundesländer die Gesetzesvorgaben als zu weitgehend. Deutlich wurde dies durch die bayerische Staatsregierung demonstriert, die fast unmittelbar nach der Verabschiedung des KHSG Ausnahmemöglichkeiten hinsichtlich der Umsetzung der Plan-QI im Landtag verabschieden ließ. Es ist eine Herausforderung für den G-BA und die Vertragspartner auf Selbstverwaltungsebene, den unterschiedlichen politischen Interessen gerecht zu werden – manche Akteure halten dies auch für eine Überbeanspruchung der untergesetzlichen Normgeber, weil die demokratische Legitimierung von G-BA, DKG, PKV-Verband und GKV-SV an die verfassungsrechtlichen Grenzen stoße (Klakow-Frank 2018).

Für die Bundesländer stellt sich die Situation aus anderen Gründen kritisch dar. Die weitgehende Fristeinholung bei der Umsetzung des KHSG wird zwar grundsätzlich anerkannt. Doch das bisher Erreichte wird eher als eine Art formale Pflichterfüllung bei weniger wichtigen Themen bewertet. Die Ergebnisse bei den Zentrumszuschlägen und den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren werden bemängelt. Dass der G-BA im Kontext der Plan-QI nur Indikatoren für „unzureichende“ Qualität und nicht – wie dem Gesetzeswortlaut zufolge notwendig – Indikatoren für „in erheblichem Maße unzureichende Qualität“ festgelegt und beschlossen hat, ist aus Länder-

<sup>2</sup> Die andere Hälfte der 500 Mio. Euro ist durch die Bundesländer aufzubringen.

perspektive ungenügend. Auch bei den Zentrumszuschlägen wird nicht mit Kritik an den Selbstverwaltungspartnern gespart. Aktuell gibt es zwar eine durch die Bundesschiedsstelle erwirkte Vereinbarung. Aus Sicht der Länder wurden jedoch die Vorstellungen des KHSG infolge mangelnder Kompromissbereitschaft der Selbstverwaltung nicht in zielführender Form umgesetzt (Obermöller und Gruhl 2018).

Es wird deutlich, wie unterschiedlich die Erwartungen an das KHSG sind und wie unbestimmt das dahinter liegende politische Zielbild für die Krankenhauslandschaft 2025 sein muss. Dies gilt es daher an dieser Stelle nochmals zu beleuchten.

### 10.3 Qualitätsreform des KHSG und Strukturwandel

Die gesundheitspolitischen Herausforderungen hinsichtlich Umfang und Tempo der Qualitätsreform leiten sich aus mehreren Gesichtspunkten ab, die inhaltlich miteinander vernetzt sind. Erst die gemeinsame Betrachtung zentraler Themen wie der Qualität der Versorgung, der Personalfragen im Gesundheitswesen und der heutigen medizinisch-wissenschaftlichen Erfordernisse in der Versorgung zeigt die Anforderungen an die Krankenhauslandschaft 2025, die für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten von entscheidender Bedeutung sind.

#### Qualität der Versorgung

International und auch für Deutschland gibt es eine breite Evidenz hinsichtlich bestehender Verbesserungspotenziale bei stärkerer Zentralisierung (Bauer 2017; Loos et al. 2016). Jüngst hat die Studie von Nimptsch und Mansky für 17 Behandlungsarten Volume-Outcome-Zusammenhänge nachgewiesen und Mindestfallzahlen berechnet, ab denen eine überdurchschnittliche Versorgungsqualität anzunehmen ist (Nimptsch und Mansky 2017). Die Leistungsbereiche können in fünf Blöcke eingeteilt werden:

- Häufige Krankheitsbilder mit nicht planbarer Behandlung (Herzinfarkt, COPD)
- Elektive Herz- und Thoraxchirurgie (z. B. koronare Bypasschirurgie, Aortenklappenerstanz)
- Elektive größere viszeralchirurgische Eingriffe (z. B. kolorektale Karzinome und Nephrektomien bei Nierenkarzinom)
- Elektive Gefäßoperationen (z. B. extrakranielle Gefäßoperationen, Eingriffe an Becken-/Beinarterien bei Arteriosklerose)
- Eingriffe mit geringem Sterblichkeitsrisiko, aber großen Volumina (z. B. Endoprothetik, Hernienchirurgie)

Mindestmengen auf Haus- bzw. Operateursebene sind aber nicht nur isoliert zu sehen, sondern auch Teil von Struktur- und Prozessvorgaben im Rahmen von Zentrumsdefinitionen, wie sie verschiedene Fachgesellschaften, etwa auch die Deutsche Krebsgesellschaft, treffen. Auch hier findet sich eine klare Evidenz für positive Zentrums-Outcome-Zusammenhänge.

- Beispiel Lungenkrebszentren: Zentren, für die u. a. eine Mindestmenge von 75 gilt, zeigen für Lungenresektionen eine deutlich geringere Krankenhaussterblichkeit als Nicht-Zentren (2,5% versus 4,1%) (Wesselmann 2017).

- Beispiel Darmkrebszentren: Auf dem Versorgungsforschungskongress 2017 wurde gezeigt, dass die Überlebensrate in den zertifizierten Darmkrebszentren nach acht Jahren um zehn Prozentpunkte höher liegt als in den nicht zertifizierten Zentren (Reissfelder et al. 2017).
- Beispiel Brustkrebszentren: Für diese wurde der entsprechende Zusammenhang im Jahr 2011 publiziert. Es wurde gezeigt, dass die Vier-Jahres-Überlebensrate in von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Brustkrebszentren um sieben Prozentpunkte höher liegt als in anderen Kliniken. (Quelle: Beckmann et al. 2011).

In der Krankenhausplanung kommen diese Erkenntnisse bisher jedoch kaum an, die Qualitätsverbesserungspotenziale werden nicht genutzt. Mindestmengen gibt es bisher nur wenige und zum Teil gemäß Studienlage zu niedrige. Die Freiwilligkeit von Zentrumszertifizierungen führt bis heute zu einer defizitären Krankenhauslandschaft, in der eine größere Zahl von Krankenhäusern bestimmte Behandlungen nur sehr selten vornimmt mit deutlich schlechterem Outcome für den Patienten. Besonders ausgeprägt ist diese für die Versorgung kritische „Gelegenheitschirurgie“ in der angesprochenen Onkologie (Wessellmann 2017).

## 10

### Personal

Mit Blick auf den strukturellen Reformbedarf muss aber auch die personelle Situation im Krankenhausbereich beachtet werden. Diese ist sowohl im ärztlichen als auch pflegerischen Bereich angespannt. Fast jedes Krankenhaus hat offene Arztstellen, die auch mittelfristig nicht besetzt werden können. Die Ursache dafür besteht aber nicht darin, dass es in Deutschland zu wenige Ärzte gibt. Die Arztzahlen in Deutschland sind im OECD Vergleich nicht gering; Deutschland hat die fünfhöchste Arztdichte in der OECD (OECD 2017). Vielmehr existieren viele kleine Krankenhäuser, die zudem nicht einmal ausreichend ausgelastet sind,<sup>3</sup> in denen folglich die ärztlichen Ressourcen nicht sachgerecht einsetzt werden können. Denn auch in kleinen Krankenhäusern müssen Nacht- und Wochenenddienste mit ärztlichem Personal ausgestattet werden. Rund 700 Krankenhäuser weisen weniger als 200 Betten auf und nur 265 Kliniken verfügen über mehr als 500 Betten (Destatis 2016). Die Personalfrage bei den Ärzten muss folglich eng verzahnt mit der Frage nach der Struktur der Krankenhauslandschaft diskutiert werden. Im pflegerischen Bereich ist die Situation noch dramatischer und vielfach wird ein Pflegepersonalmangel bemängelt. Es ist aufgrund der Arbeitsmarktlage fraglich, ob gesetzliche Maßnahmen wie Pflegepersonaluntergrenzen allein zu wesentlichen Verbesserungen führen können. Ein wirkungsvolles Mittel, um den Herausforderungen im Personalbereich bei Pflegepersonal und Ärzteschaft begegnen zu können, ist sicher auch eine erhebliche Zentralisierung der Krankenhausleistungen mit größeren Stationen, sodass Kliniken mit mehr als 500 Betten nicht mehr die Ausnahme, sondern die Regel in der Krankenhauslandschaft werden.

<sup>3</sup> Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes ist die Bettenauslastung seit dem Jahr 2004 stabil bei 76 bis 77%, obgleich die Krankenhauspläne vieler Bundesländer eine Auslastungsquote von 85% als Ziel- bzw. Orientierungswert enthalten.

### Medizinisch-technischer Fortschritt

Der dritte wesentliche Aspekt für die Bewertung der Handlungsnotwendigkeit ist medizinisch-wissenschaftlicher Natur. Für immer mehr Leistungen werden verschiedene Fachabteilungen am gleichen Standort benötigt, die insbesondere im Notfallbereich auch über 24 Stunden an allen Wochentagen besetzt sein müssen. Für die optimale Behandlung eines Schlaganfalls werden aktuell nicht nur eine internistische und eine neurologische Abteilung nebst einer ausreichenden Bildgebung für eine Lysetherapie benötigt, sondern zur Durchführung einer gegebenenfalls erforderlichen Thrombektomie muss zusätzlich ein Facharzt für interventionelle Neuroradiologie verfügbar sein. Auch für viele elektive Behandlungen wie beispielsweise die onkologische Therapie von Brust- oder Darmkrebs wird nach den Zertifizierungskriterien der Deutschen Krebsgesellschaft die Vorhaltung zahlreicher Fachabteilungen und Strukturen mit Blick auf Qualitätserfordernisse begründet. Derartige Strukturanforderungen können von Krankenhäusern der Grundversorgung kaum erbracht werden, entsprechen aber dem Stand einer zeitgemäßen medizinischen Versorgung.

Betrachtet man letztlich, welche Herausforderungen die Qualitätsunterschiede, die Personalsituation und die Frage einer zeitgemäßen medizinischen Versorgung für die Gestaltung der zukünftigen Krankenhauslandschaft darstellen, scheint das aktuelle Tempo der Strukturveränderungen in der Krankenhauslandschaft unangemessen zu sein. Wie weitergehende Krankenhausreformen aussehen könnten, beschrieb in einer Art Weckruf die Leopoldina (Busse et al. 2016). Sie forderte eine Reduktion der stationären Versorgung auf 330 Standorte und war dabei mutmaßlich auch von den Reformen Dänemarks und der Niederlande motiviert. Würde man den Investitionsbedarf von Dänemark auf Deutschland übertragen, entstehen Summen von 75 bis 90 Mrd. Euro, die über einen Fünf- bis Zehn-Jahres-Zeitraum aufgebracht werden müssten (Malzahn und Heyder 2017). Auch wenn man anders als die Leopoldina die anzustrebende Standortanzahl auf 500 bis 600 erhöhen würde, was eher den niederländischen Verhältnissen entspräche, reicht das KHSG als politische Grundlage für ein solches Zielbild allein sicher nicht aus. Zu einer entsprechenden Umsetzung sind neben politischem Mut zur Umgestaltung und der gesetzlichen Lösung offener Rechtsfragen auch entsprechende Finanzmittel unerlässlich.

## 10.4 Handlungsoptionen des G-BA

Soll die Umsetzung des KHSG zur Erreichung des beschriebenen Zieles substantiell beitragen, ist im G-BA eine entsprechende Priorisierung vorzunehmen. In den nächsten Jahren wäre es geboten, mit deutlich erhöhter Geschwindigkeit das Thema Mindestmengen in den Fokus zu nehmen, bei manchen Themen ergänzt um Vorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auf Basis von § 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V. Aus diesem Prozess muss jährlich eine Reihe von für die Versorgung gestaltungsrelevanten bzw. strukturwirksamen Beschlüsse und Richtlinien hervorgehen, um ausreichend Schub in die qualitätsorientierte Krankenhausstrukturreform zu erreichen. Dieses Vorgehen berücksichtigt, dass der Fahrplan bei den Plan-QI bereits steht, aber erst mittelfristig Ergebnisse hervorbringen kann. Die Themen

Qualitätsverträge nach § 110a SGB V sowie die Qualitätszu- und -abschläge nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V werden als neue Elemente ohnehin eher langsamer eine Versorgungsrelevanz entfalten können. Daher ist eine breite Steuerungswirkung eher unwahrscheinlich, wohingegen Mindestmengen mit und ohne Verknüpfung von Strukturvorgaben etablierte Instrumente sind, die breit genutzt werden können und nach Ablauf unvermeidlicher Übergangszeiten nachweislich wirken.

Nachdem der G-BA nun die Richtlinie und Verfahrensordnung an die neue Rechtslage angepasst hat, ist auf mehreren Feldern zielorientiertes Handeln erforderlich. Zum einen sollte die Höhe vorhandener Mindestmengen überprüft werden. Beispielsweise verweist eine klare Evidenz darauf, dass die Mindestmengen für Eingriffe an Bauchspeicheldrüse (Pankreas) und Speiseröhre (Ösophagus) neu festzulegen sind. In den Niederlanden hat man diese Eingriffen ab 2011 stärker konzentriert und den Dialog mit den Krankenhäusern, die die Eingriffe durchführen, intensiviert. Im Ergebnis konnte mit einer Mindestmenge von 20 Eingriffen pro Klinik die Mortalität bei Bauchspeicheldrüsenoperationen von ca. 8 auf 4% gesenkt werden. In Deutschland liegt die Mortalität derzeit bei 9,2%. Vergleichbar positive Erfahrungen liegen hinsichtlich der Operationen an der Speiseröhre vor (Mansky et al. 2017b).

Der Katalog von Leistungen, für die neuen Mindestmengen infrage kommen, ist – wie bereits im dritten Abschnitt dieses Beitrages ausgeführt – umfangreich. Diese Leistungsbereiche gilt es zügig zu prüfen, studienbasierte Hinweise zu möglichen Mindestmengen liegen wie dargelegt vor.

In Verbindung mit Mindestmengen, aber auch ohne Mengenvorgaben, können Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsvorgaben die Versorgungsqualität steigern. Das KHSG hat diese Regelung inhaltlich nicht verändert, nur wurde sie aus dem § 137 SGB V in den § 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V überführt. Der G-BA hat schon 2006 mit der Richtlinie zur Kinderonkologie unter Beweis gestellt, dass mit Strukturvorgaben eine sachgerechte Steuerung erfolgen kann. Seit Inkrafttreten der Richtlinie ist sichergestellt, dass krebskranke Kinder nur in Kliniken behandelt werden, die ausreichende hämatologische Expertise nachweisen können und die Kinder soweit wie möglich in Therapieoptimierungsstudien einbringen. Weitere Richtlinien auf dieser Basis existieren zu den Bereichen Kinderherzchirurgie, minimalinvasive Herzchirurgie, Bauchaortenaneurysma und zu den Früh- und Reifgeborenen.

## 10.5 Handlungsoptionen für Bundesländer am Beispiel von Nordrhein-Westfalen (NRW)

Das KHSG hat die Handlungsmöglichkeiten der in der Planungsverantwortung stehenden Länder weiter gestärkt (vgl. § 1 und § 6 Abs. 1a KHG). Durch die Aufnahme von Qualität als eigenständigem Planungskriterium ist es den Planungsbehörden nun möglich, konkrete Qualitätsvorgaben zu machen und darauf aufbauend Auswahlentscheidungen zwischen einzelnen Krankenhäusern zu treffen. Versorgungsaufträge können demnach durch die Planungsbehörden der Länder qualitätsorientiert explizit an einzelne Kliniken exklusiv vergeben werden; der eher appellhafte Charakter von Strukturqualitätsvorgaben in Krankenhausplänen könnte zukünftig der Vergangenheit angehören, weil er sich als weitgehend „nicht versorgungsrele-

vant“ erwiesen hat. Die Planungsbehörden haben die Instrumente, auch unabhängig vom Fortgang der Beschlüsse des G-BA mit Strukturvorgaben unter Einschluss von Mindestmengen und Strukturqualitätsvorgaben die Krankenhauslandschaft nach Qualitätsgesichtspunkten auszugestalten und können dafür entsprechende Maßnahmen in den Landeskrankenhausgesetzen und Krankenhausplänen vorsehen.

Eine solche qualitätsorientierte Krankenhausplanung bedarf zudem einer begleitenden öffentlichen Kommunikation, weil eine Zentralisierung von Krankenhausleistungen nicht ohne Widerstände einzelner Kliniken und auch Bürger umgesetzt werden kann. Es ist erforderlich, der Bevölkerung zu verdeutlichen, dass die Durchführung von Krankenhausbehandlungen in der heutigen Zeit dann zu den bestmöglichen Behandlungsergebnissen führt, wenn eine bestimmte strukturelle Ausstattung vorliegt und die Leistungen in einer ausreichenden Anzahl erbracht werden.

### 10.5.1 Rahmenkonzept zur Umsetzung einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung

Um eine bedarfsgerechte Versorgung zu etablieren, bietet es sich zunächst an, die Krankenhäuser in Grund-, Regel- und Maximalversorger einzuteilen sowie die Universitätsklinik als eine eigene Versorgungsstufe in die Krankenhausplanung zu integrieren. Ziel dieser Einteilung ist es, schrittweise einzelne Leistungen zunächst an bestimmte Versorgungsstufen zu koppeln und in einer weiteren Stufe diese Leistungen justiziabel in den Feststellungsbescheiden der einzelnen Kliniken auszuweisen. Krankenhäuser ohne den konkreten Ausweis im Feststellungsbescheid dürfen die Leistungen nicht mehr bewirken. Dabei sind Auswirkungen auf die Erreichbarkeit zu beachten. Jedoch darf der abstrakte Begriff der flächendeckenden Versorgung nicht dazu genutzt werden, um Konzentration von Leistungen zu verhindern, die aus Qualitätsgründen nachvollziehbar belegt ist.

Bei der Zuweisung der Versorgungsstufen sollte man sich zunächst an allgemeinen Vorgaben wie einer Mindestanzahl der Fachabteilungen sowie einer Mindestanzahl und Qualifikation des ärztlichen Personals etc. orientieren.<sup>4</sup> Fachkliniken werden den Versorgungsstufen gemäß ihrer individuellen Leistungsfähigkeit zugeordnet, weil das Kriterium der Mindestanzahl von Fachabteilungen der Struktur nicht gerecht wird. Bei den nachfolgenden Strukturanforderungen bzgl. der Fachabteilungen werden Radiologie, Anästhesie und weitere nicht bettenführende Abteilungen nicht extra aufgeführt, sind aber aus medizinischer Notwendigkeit vorzuhalten.

#### Grundversorger

- Vorhaltung der Fachabteilungen Allgemeine Innere Medizin und Allgemein Chirurgie.
- Facharztstandard 24/7 je Abteilung gewährleisten, Leitung und stellvertretende Leitung müssen dabei Fachärzte sein.
- Erreichbarkeitsnorm (z. B. 30 km).

<sup>4</sup> Die auszuweisenden Fachabteilungen beziehen sich auf den Krankenhausplan NRW 2015, in dem auch Schwerpunktkompetenzen im Bereich der Chirurgie und der Inneren Medizin benannt sind.

### **Regelversorger**

- Vorhaltung von mindestens zehn Disziplinen (darunter verschiedene Schwerpunktcompetenzen der Inneren Medizin/Chirurgie, Intensivmedizin, Geburtshilfe sowie Kinder- und Jugendmedizin), dabei sollte zumindest in der Inneren Medizin/Chirurgie eine Schwerpunktbildung erfolgen (z. B. Gastroenterologie/Viszeralchirurgie oder Kardiologie/Herz-Thoraxchirurgie).
- Facharztstandard 24/7 je Abteilung gewährleisten, mindestens drei vollzeitäquivalente Fachärzte pro Fachabteilung, Leitung und stellvertretende Leitung müssen Fachärzte sein.
- Erreichbarkeitsnorm (z. B. 50 km).

### **Maximalversorger**

- Vorhaltung von mehr als 15 Disziplinen (darunter verschiedene Schwerpunktcompetenzen der Inneren Medizin/Chirurgie, Intensivmedizin, Geburtshilfe, Neurologie, Neurochirurgie, HNO, Augenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin).
- Facharztstandard 24/7 je Abteilung gewährleisten, mindestens fünf vollzeitäquivalente Fachärzte, Leitung und stellvertretende Leitung müssen Fachärzte sein.
- Eine Erreichbarkeitsnorm für Maximalversorger in NRW ist derzeit entbehrlich.

### **Universitätsklinik**

- Vorhaltung von mehr als 15 Disziplinen (darunter verschiedene Schwerpunktcompetenzen der Inneren Medizin/Chirurgie, Intensivmedizin, Geburtshilfe, Neurologie, Neurochirurgie, HNO, Augenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin).
- Facharztstandard 24/7 je Abteilung gewährleisten, mindestens fünf vollzeitäquivalente Fachärzte, Leitung und stellvertretende Leitung müssen Fachärzte sein. Besondere Leistungen in Forschung und Lehre, die sich auch dadurch beweisen, dass relevante Patientenzahlen in qualitativ hochwertige wissenschaftliche Studien einbezogen werden.
- Eine Erreichbarkeitsnorm für Universitätsklinik in NRW ist entbehrlich.

In der zweiten Stufe müssen für die Zuweisung von einzelnen Leistungsbereichen zu konkreten Kliniken weitere spezielle Kriterien erfüllt werden. Dies sind im Wesentlichen Mindestmengen und Strukturvorgaben, die in den Feststellungsbescheiden ausgewiesen werden. Nur Krankenhäuser mit den entsprechenden Feststellungsbescheiden können diese Leistungen gegenüber den Kassen abrechnen.

Das mehrstufige Verfahren mit Versorgungsstufen als Einstieg und anschließender weiterer Konkretisierung bietet die Möglichkeit, auch Übergangszeiträume vorzusehen, die für relevante Änderungen im Versorgungsgeschehen benötigt werden. Krankenhäuser erhalten die Möglichkeit, sich an die neuen Voraussetzungen anzupassen und strategische Entscheidungen zu treffen. Um ausreichende Planungs- und Prozesssicherheit zu gewährleisten, sollten allerdings die Ziele formuliert werden, die in nachfolgenden Stufen erreicht werden sollen.

## 10.5.2 Beispiel Nordrhein-Westfalen

Die Umsetzung des Rahmenkonzepts muss die landesspezifischen Ausgangsbedingungen berücksichtigen. Fragen der Erreichbarkeit von Maximalversorgern sind in Stadtstaaten anders als in Flächenländern zu bewerten. Mit Nordrhein-Westfalen wird beispielhaft ein Land in den Blick genommen, das viele hochverdichtete Ballungsräume, aber auch dünner besiedelte Regionen aufweist. Zugleich wird in NRW fast ein Viertel der deutschen Bevölkerung über eine große Zahl von Krankenhäusern versorgt. Vor diesem Hintergrund weist die Krankenhauslandschaft in NRW ein hohes Gestaltungspotenzial auf.

### Reform der Notfallversorgung am Beispiel Herzinfarkt

Die Versorgung von Patienten mit Herzinfarkt sollte auf Krankenhäuser konzentriert werden, die Linksherzkathetermessplätze an sieben Tagen pro Woche 24 Stunden mit Fachärzten besetzen können. In Deutschland werden rund 10% der Patienten in Krankenhäusern behandelt, die über keinen Linksherzkathetermessplatz verfügen (Mansky et al. 2016). Die Leitlinien sehen vor, dass bei bestimmten Herzinfarkten zeitnah ein Linksherzkatheter durchgeführt werden muss. Dies kann nur mit den Mitteln eines entsprechenden Krankenhauses geschehen, sodass die Einlieferung von Patienten in Kliniken ohne Linksherzkathetermessplatz deren Leben gefährden kann. Außerdem muss eine leistungsfähige Intensivstation am Standort vorhanden sein und es besteht ein Volume-Outcome-Zusammenhang, der bei der Auswahl der Krankenhäuser zu beachten ist. Laut einer aktuellen Studie (Mansky et al. 2017a) kann bei einem Schwellenwert von 309 Fällen pro Jahr die Infarktsterblichkeit von 9,8% auf 7,4% verringert werden. Aus dieser Situation ergibt sich, dass Grundversorger für die Infarktbehandlung kaum geeignet sein können; im ersten Schritt sollte daher die Behandlung von Herzinfarkten auf die anderen Versorgungsstufen beschränkt werden. Im zweiten Schritt sind etwa die folgenden Kriterien in der Planung anzulegen:

- a) Linksherzkathetermessplatz (24/7 betriebsbereit)
- b) Mindestens drei Vollzeitäquivalente der Fachrichtung Kardiologie
- c) Vorgabe zur Mindestfallzahl
- d) Strukturanforderung an die Intensivstation (nach Vorgaben der Fachgesellschaften)
- e) Prüfung von Ausnahmen wegen Erreichbarkeitsproblemen, die ggf. primär durch Investitionen in die Rettungskette zu lösen sind

Bei der Umsetzung ist zu beachten, dass der erste Schritt zwar auf der Ebene der Versorgungsstufen erfolgen kann, trotzdem sollten aber die Kriterien a), b), und e) schnellstmöglich zur Anwendung kommen. Für die endgültige Zuordnung der Herzinfarktversorgung an dafür geeignete Krankenhäuser könnten die Stufen c) und d) zu einem späteren Zeitpunkt umgesetzt werden, wenn die Qualitätsdaten ein weiteres Verbesserungspotenzial ausweisen.

### Strukturqualitative Vorgaben für die elektive Hüft- und Knie-Endoprothetik

In Deutschland werden pro Jahr inklusive Revisionsoperationen rund 400 000 Operationen in diesem Bereich durchgeführt. Für Knie-TEPs gibt es eine Mindestmenge von 50 Eingriffen pro Jahr und Krankenhaus, für Hüft-TEPs hat der G-BA keine Mindestmenge beschlossen. Studien belegen, dass das Behandlungsergebnis von der Menge abhängt (Jeschke 2017). Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie hat ein Zertifizierungssystem entwickelt, das Mindestmengen pro Operateur vorsieht (Haas und Mittelmeier 2015). Schon aufgrund der notwendigen Fallzahlen wird deutlich, dass die Endoprothetik nicht an Krankenhäusern der Grundversorgung bleiben sollte und dies im ersten Schritt angepasst werden kann. Für den zweiten Schritt bieten sich die folgenden Kriterien an:

- Mindestmenge für Hüft- und Knie-TEP nach Regelungen von EndoCert unter Beachtung höheren Anforderungen für Revisionsendoprothetik
- Prüfung, welche weiteren Parameter aus EndoCert verpflichtenden Charakter haben sollten
- Prüfung der Notwendigkeit, Ausnahmen wegen Erreichbarkeitsproblemen zuzulassen, etwa ab Entfernungen von 100 km, sofern relevante Bevölkerungsanteile betroffen sind

10

Auch in der Endoprothetik könnte ein mehrschrittiges Vorgehen gewählt werden. Neben der Zuordnung nach Versorgungsstufen können Mindestmengen pro Operateur und die Anzahl der Hauptoperateure pro Klinik gemäß den EndoCert-Kriterien bereits in einem ersten Schritt berücksichtigt werden. Weitere Parameter gemäß EndoCert können bei Aussicht auf eine qualitative Verbesserung in einem späteren Schritt festgelegt werden. Dabei sollte im Sinne von EndoCert auch über weitergehende Festlegungen für die Revisionsendoprothetik entschieden werden.

### Zertifizierungskriterien der Deutschen Krebsgesellschaft als Behandlungsstandard

Bei den onkologischen Behandlungen hat die Deutsche Krebsgesellschaft seit Jahren umfassende Zertifizierungsverfahren für die meisten Karzinomarten aufgelegt. Neben Brust- und Darmkrebs ist auch für thoraxchirurgische Eingriffe evident, dass Mindestfallzahlen zu besseren Behandlungsergebnissen führen (Hoffmann et al. 2017). Während in NRW die Behandlung von Brustkrebspatientinnen bereits seit einigen Jahren mehrheitlich in Zentren erfolgt, ist dies bei Darm- und Lungenkrebspatienten weniger stark ausgeprägt. Bei der Auswahl der Kriterien sollte man sich im Wesentlichen von den Zertifizierungsverfahren der Deutschen Krebsgesellschaft leiten lassen, auch weil dadurch regelhaft eine Angleichung an S3-Leitlinien vorgenommen wird. Diese Leistungen sind nicht auf der Ebene der Grundversorgung anzusiedeln und aufgrund der Vielzahl von Fachabteilungen, die für eine Versorgung nach den Zertifizierungsbedingungen vorzuhalten sind, eignen sich auch nicht alle Regelversorger für diese Leistungen.

Zur praktischen Umsetzung sollte zunächst die Zuordnung auf der Ebene der Versorgungsstufen vorgenommen werden. Das heißt, es wird festgelegt, welche konkreten Behandlungen in Krankenhäusern welcher Versorgungsstufe erfolgen sollen. Hinsichtlich der drei Karzinomarten kann ein differenziertes Vorgehen erfol-

gen. Dabei ist bei den Brustkrebszentren eine genaue Analyse der vorhandenen Zentren erforderlich, weil es bereits zahlreiche Brustzentren in NRW gibt. Bei den Indikationen Darm- und Lungenkrebs müssen nach der Umsetzung der Versorgungsstufenzuordnung in einem zweiten Schritt die Konsequenzen für die Versorgung abgeleitet werden, weil derzeit nicht alle Kliniken, die grundsätzlich für eine Zertifizierung geeignet wären, diese auch durchgeführt haben. Für die Lungenresektionen folgt beispielhaft eine differenzierte Analyse mit Blick auf ein mögliches Umsetzungsszenario.

### Umsetzung von Mindestmengen in NRW am Beispiel Lungenresektionen

Die Deutsche Krebsgesellschaft setzt zur Zertifizierung als Lungenkrebszentrum voraus, dass pro Abteilung mindestens 75 anatomische Lungenresektionen bei Patienten mit einer Krebsdiagnose durchgeführt werden. Dass in zertifizierten Zentren mit dieser Mindestmenge die Krankenhaussterblichkeit deutlich niedriger liegt als in Nicht-Zentren, wurde schon in Abschnitt 10.3 dargelegt. Um herauszufinden, wie viele Leistungserbringer in NRW anatomische Lungenresektionen durchführen, wurden die Selbstauskünfte der Krankenhäuser in den strukturierten Qualitätsberichten gemäß § 136d SGB V (SQBs) für das Jahr 2015 analysiert. Da hier keine Verknüpfung der Diagnosen und OPS-Ziffern möglich ist, konnte im Gegensatz zum Zertifizierungsverfahren der Deutschen Krebsgesellschaft das Kriterium Krebs-Diagnose nicht berücksichtigt werden. Einbezogen wurden nur die Häufigkeitsangaben zu den OPS-Ziffern 5-323 bis 5-328 (Segmentresektion und Bisegmentresektion, einfache und erweiterte Lobektomie und Bilobektomie sowie einfache und erweiterte (Pleuro-) Pneum(on)ektomie) der Lunge.<sup>5,6</sup>

Abbildung 10–2 zeigt die OPS-Häufigkeit je Krankenhaus im Jahr 2015. Mehr als ein Drittel der insgesamt 4372 Lungenresektionen wurden in Krankenhäusern mit einer OP-Häufigkeit von unter 75 pro Jahr durchgeführt. Die Hälfte der 115 Kliniken führte diesen Eingriff weniger als zwölfmal durch. Nur 15 Kliniken (14%) erfüllten die für Lungenresektionen bei Krebs geforderte Mindestmenge.

Um zu vermeiden, dass ein Teil der Patienten weiterhin in Kliniken mit einer schlechteren Qualität behandelt wird, könnte das Land NRW Mindestmengen vorgeben. Im Folgenden werden dafür zwei Szenarien modelliert:

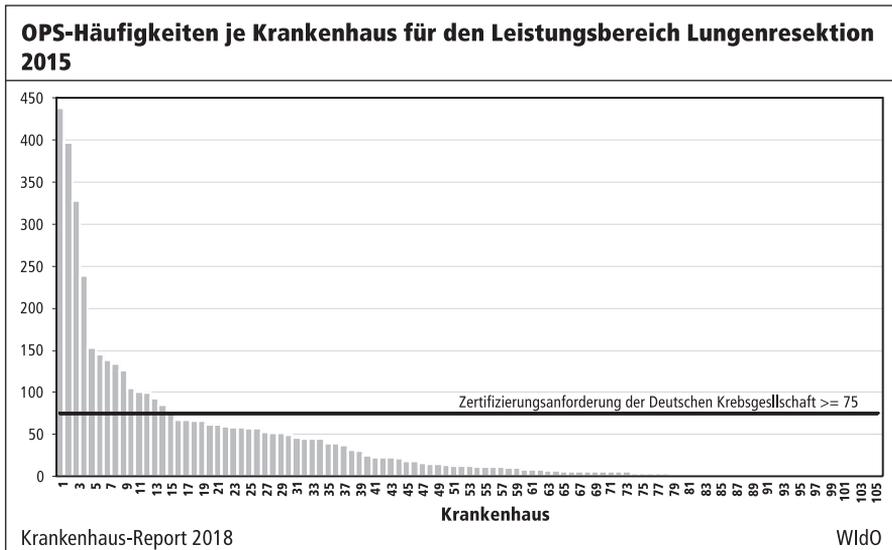
- Szenario 1: Vorgabe, dass anatomische Lungenresektionen nur noch in Kliniken erbracht werden dürfen, die diesen Eingriff mindestens 75-mal pro Jahr durchführen (Toleranzgrenze von z. B.  $-10\%$ <sup>7</sup> im ersten Jahr).
- Szenario 2: Vorgabe, dass anatomische Lungenresektionen nur noch in von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Lungenkrebszentren erbracht werden dürfen.

5 Postmortale Resektionen (OPS-Ziffer 5-327.8) wurden nicht berücksichtigt. Diese Definition entspricht dem Beitrag von Mansky et al. (2017a) und folgt dem Erhebungsbogen für Lungenkrebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft (Hoffmann et al. 2017).

6 Die aus Datenschutzgründen nicht zu beziffernden Häufigkeiten  $< 4$  wurden bei der Berechnung als „2“ gewertet.

7 Die so ermittelte Grenze wird abgerundet.

Abbildung 10–2



Die Toleranzgrenze im Szenario 1 würde den Krankenhäusern mit einer Leistungsmenge knapp unter der Mindestmenge die Chance geben, innerhalb eines Jahres die Voraussetzungen zur weiteren Leistungserbringung zu erfüllen. Der erforderliche Fallzahlzuwachs könnte sich bspw. durch aus dem Markt ausscheidende Krankenhäuser bedingen. Für den Leistungsbereich anatomische Lungenresektionen hätte das zur Folge, dass nicht nur 15, sondern 17 Krankenhäuser am Markt bestehen bleiben könnten. Die modellierte Fallzahlumverteilung zeigt, dass im Jahr nach der Umsetzung alle diese Krankenhäuser über 95 Eingriffe erbringen würden.<sup>8</sup> Die durchschnittliche Häufigkeit der Eingriffe je Krankenhaus würde von 42 auf 246 ansteigen (vgl. Tabelle 10–1).

Würde das Land NRW auch alle anderen strukturellen Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft für die Leistungserbringung voraussetzen (Szenario 2), dürften nur noch die zehn zertifizierten Krebszentren anatomische Lungenresektionen durchführen. Die Entscheidung darüber sollte erst gefällt werden, wenn die Qualitätsziele nicht bereits durch das erste Szenario erreicht worden sind. Verteilt man alle Eingriffe auf diese Krankenhäuser um, steigt die durchschnittliche Häufigkeit auf 386 an (vgl. Tabelle 10–1).

Die mit der Einführung der Vorgaben verbundene Reduktion der Leistungserbringer würde die Anfahrtswege für einen Teil der Bevölkerung verlängern. Bei einer solchen Leistung wie der anatomischen Lungenresektion kann allerdings davon ausgegangen werden, dass aufgeklärte Patienten für eine bessere Überlebens-

<sup>8</sup> Für das Umverteilungsverfahren wurden die Krankenhäuser absteigend nach ihrer OPS-Häufigkeit sortiert. Anschließend erfolgte eine Leistungsumverteilung mit Hilfe der Formel für die Gravitation nach Newton für die Krankenhäuser, die das Kriterium des Szenarios nicht erfüllen, auf die umliegenden Krankenhäuser.

Tabelle 10–1

**Ergebnisse der Umsetzung von Vorgaben für den Leistungsbereich Lungenresektion in zwei unterschiedlichen Szenarien**

	Ohne Mindestmengenvorgabe	Szenario 1: Vorgabe: Mindestmenge = 75*	Szenario 2: Vorgabe: Zertifiziertes Lungenkrebszentrum
Anzahl Krankenhäuser	105	17	10
Anzahl Krankenhäuser unter 75	90	0	0
Mittelwert	42	246	386
Median	12	180	338

\*-10% Toleranz

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

rate weitere Anfahrtswege in Kauf nehmen. Davon abgesehen müssten selbst bei der Umsetzung des zweiten Szenarios nur 2,2 % der Bevölkerung in NRW weiter als 80 km fahren.<sup>9</sup>

**Einführung einer neuen Mindestmenge mit einem Stufenkonzept am Beispiel der Schilddrüsenoperationen**

Die von der Deutschen Gesellschaft für Viszeralmedizin (DGAV) in ihrer Zertifizierungsordnung geforderte Mindestmenge bei Schilddrüsen-Operationen bei Knotenstruma liegt bei 120 Eingriffen (DGAV 2015). Darüber hinaus gibt es aber auch eine Volume-Outcome-Studie, die für die Festlegung einer noch weitaus höheren Mindestmenge spricht (Maneck et al. 2017). Die Analyse von Maneck et al. kommt zu dem Ergebnis, dass das Risiko einer dauerhaften Stimmbandlähmung für Patienten mit einer gutartigen Schilddrüsenenerkrankung in Kliniken, die den Eingriff seltener als 56-mal im Jahr durchführen, mehr als doppelt so hoch ist wie in den Kliniken, die den Eingriff mindestens 384-mal im Jahr durchführen.

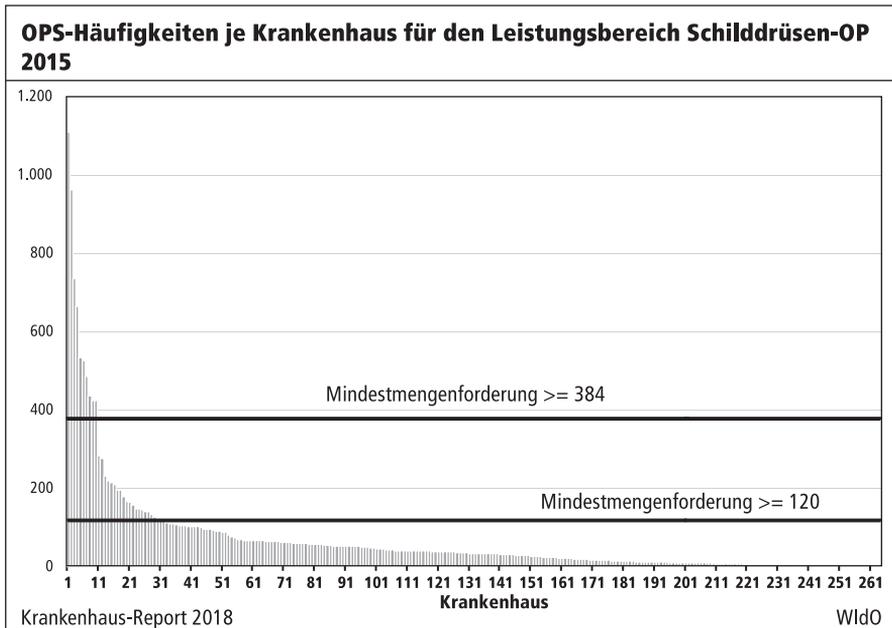
Die Versorgungssituation in NRW lässt sich über die SQBs 2015 analysieren. Die Häufigkeit von Schilddrüsen-Operationen wurde über die Angaben zu den OPS-Ziffern 5-061 bis 5-064 (Hemithyreoidektomie, Andere partielle Schilddrüsenresektion, Thyreoidektomie und Operationen an der Schilddrüse durch Sternotomie) definiert. Über diese Kriterien finden sich 264 Leistungserbringer, die diese Operationen im Jahr 2015 in NRW durchgeführt haben. Die Spannweite der Häufigkeit der OPS-Ziffern liegt zwischen 1 und 1 121 (vgl. Abbildung 10–3)<sup>10</sup>. Die von der Fachgesellschaft geforderte Mindestmenge von 120 Eingriffen erreichen 32 Kliniken. Die Mindestmenge von 384, die sich aus der Studie von Maneck et al. ableiten lässt, erfüllen nur zehn Kliniken.

Aufgrund der vielen Leistungserbringer mit wenigen Schilddrüsen-Operationen und der relativ hohen Mindestmengenforderungen empfiehlt es sich, die Einführung der Mindestmenge schrittweise umzusetzen. In der vorliegenden Analyse wird beispielhaft folgender Sechs-Stufen-Plan für NRW modelliert: 40 (1. Jahr), 80

<sup>9</sup> Die Fahrstrecken mit dem PKW zu den Krankenhäusern wurden auf Basis der geografischen Mittelpunkte der Postleitzahl-Gebiete mit dem Routenplaner von Microsoft Mappoint ermittelt.

<sup>10</sup> Zur Ermittlung der Häufigkeit je Krankenhaus siehe Fußnote 8.

Abbildung 10–3



10

(2. Jahr), 120 (3. Jahr), 200 (4. Jahr), 290 (5. Jahr), 380 (6. Jahr).<sup>11</sup> In jedem Jahr gilt dabei wie beim Beispiel Lungenresektionen eine Toleranzgrenze von  $-10\%$ . Tabelle 10–2 stellt zentrale Ergebnisse zur Anzahl der Leistungserbringer und Häufigkeiten sowie der Erreichbarkeiten in den einzelnen Stufen dar.

Schon durch die Umsetzung des ersten Teilschrittes mit einer Mindestmenge von 40 würde sich die Zahl der Leistungserbringer im Vergleich zur IST-Situation 2015 innerhalb eines Jahres halbieren. Nach drei Jahren, bei Umsetzung der von der Fachgesellschaft avisierten Mindestmenge von 120, gäbe es noch 57 Krankenhäuser, die im Schnitt 271 Operationen durchführen. Die weitere Mindestmengenerhöhung auf 200 und 290 bis schließlich nach sechs Jahren der Zielwert von 380 erreicht wäre, würde die Zahl der leistungserbringenden Krankenhäuser schrittweise auf insgesamt 20 reduzieren. Die Hälfte von ihnen würden am Ende sogar mehr als 786 Eingriffe im Jahr erbringen (vgl. Tabelle 10–2).

Die beschriebene Reduktion der Leistungserbringer hätte auch Auswirkungen auf die Erreichbarkeit: Aktuell liegt der mittlere kürzeste Anfahrtsweg pro PLZ-Gebiet bei 6 km, aus keinem PLZ-Gebiet müssen die Patienten weiter als 25 km fahren. Nach der Umsetzung der Mindestmenge von 120 im dritten Jahr läge der mittlere Anfahrtsweg je PLZ-Gebiet bei 14 km. In den elf PLZ-Gebieten, von denen aus man dann weiter als 50 km fahren müsste, wohnt allerdings nur 1 % der Bevölkerung. Würde die Mindestmenge von 380 nach insgesamt sechs Jahren eingeführt,

<sup>11</sup> Zur Methodik siehe Fußnoten 9 und 10. Ausgehend von den Ergebnissen von Maneck et al. 2015 wird in der weiteren Simulation der Wert 380 verwendet.

Tabelle 10–2  
**Ergebnisse der Umsetzung von Mindestmengen im Leistungsbereich Schilddrüsen-OPs im Sechs-Stufen-Plan**

	Ohne Mindest- menge	Mindestmenge = 40*	Vorgabe Mindest- menge = 80*	(Jahr 2)	Vorgabe Mindest- menge = 120*	(Jahr 3)	Vorgabe Mindest- menge = 200*	(Jahr 4)	Vorgabe Mindest- menge = 290*	(Jahr 5)	Vorgabe Mindest- menge = 380*	(Jahr 6)
<b>Anzahl Krankenhäuser</b>												
Gesamt	264	130	70	57	35	26	20					
Mit Häufigkeit < 120	232	92	18	2	0	0	0					
Mit Häufigkeit < 180	254	120	57	43	18	7	0					
<b>Häufigkeit je Krankenhaus</b>												
Mittelwert	69	143	271	335	563	764	991					
Median	35	75	158	202	368	505	786					
<b>Anfahrtsweg je PLZ in km</b>												
Mittelwert	6	9	13	14	17	19	22					
Median	5	7	9	10	13	15	18					
<b>Anteil Bevölkerung mit Anfahrtsweg</b>												
über 50 km	0,0%	0,0%	0,6%	1,0%	1,8%	3,1%	5,9%					
über 80 km	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,4%					
*-10% Toleranz												

Krankenhaus-Report 2018

Wido

müssten 6% der Bevölkerung weiter als 50 km fahren. Der mittlere Anfahrtsweg je PLZ-Gebiet läge bei 22 km.

Während der angesetzten sechsjährigen Einführungsphase sollte jährlich geprüft werden, inwieweit noch Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern messbar sind. Gegebenenfalls empfiehlt sich eine Anpassung des Stufenplans. Die Mindestmenge sollte natürlich nur dann weiter angehoben werden, wenn sich weitere relevante Qualitätseffekte einstellen. Die dargelegten Veränderungen in der Erreichbarkeit sollten jedenfalls kein großes Thema sein, wenn dadurch das Risiko einer dauerhaften Stimmbandlähmung deutlich reduziert wird.

### **Weitere Handlungsfelder für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung**

Es gibt zahlreiche weitere Krankheitsbilder, für die durch die Landesebene entsprechende Anforderungen an Mindestfallzahlen und Strukturen gestellt werden können. Dies sind beispielsweise die benigne und maligne Prostatavergrößerung, Schlaganfälle, Operationen an Becken- und Beinarterien bei Atherosklerose etc. Auch das Anheben bestehender Mindestmengen, wie es für die Pankreas- und Ösophagusoperationen mit Blick auf die Niederlande angezeigt ist, kann durch ein Bundesland unabhängig vom G-BA vorgenommen werden. Weiterhin gibt es Themenfelder wie Schädel-Hirn-Traumata oder Geriatrie, für die sektorenübergreifende Betrachtungen und Aufgabenzuweisungen erfolgen müssen.

Diesem Rahmenkonzept folgend kann in der Krankenhausplanung stufenweise die Qualitätsorientierung realisiert werden. Um parallel zum Verfahren durch wissenschaftliche Erkenntnisse zur Entwicklung weiterer Bereiche zu kommen, sollten aus Versorgungsdaten Vorschläge für neue Leistungsbereiche entwickelt werden. Beispielsweise wäre zu prüfen, auf welcher Versorgungsstufe die geriatrische Versorgung anzusiedeln ist und wie diese im Zusammenspiel der Sektoren künftig gestaltet werden soll. Ebenso müssen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie sektorenübergreifende Konzepte auch bei der Krankenhausplanung stärker berücksichtigt werden und benötigen dafür ausreichende Verbindlichkeit. Diese Sicht auf die Funktion der Krankenhausplanung folgt der Erkenntnis aus der Notfallversorgung, dass Patienten sich nicht ungesteuert durch das komplexe deutsche Gesundheitswesen bewegen sollten. Eine qualitätsbasierte Patientensteuerung, die durch klare Festlegung auf einzelne Leistungserbringer und verbindlich zu erfüllende Struktur- und Qualitätsvorgaben Verlässlichkeit in die zu erwartende Versorgungsqualität bringt, dient der Orientierung und ist keine unzulässige Einengung mündiger Patienten.

## **10.6 Fazit**

Die Qualitätsagenda des KHSG ist zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes kaum umgesetzt worden. Um auf Bundesebene im G-BA und auch auf der Ebene der Vertragspartner schneller voranzukommen, würde ein klarer politischer Rahmen und Auftrag von Bund und Ländern an die Selbstverwaltung sicherlich zu Fortschritten führen. Ebenso muss die nächste Bundesregierung eine Lösung für die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser schaffen. Beide Aspekte wären in einer

Art „Krankenhausstrukturkretisierungsgesetz“ zu leisten. Ob dies von der nächsten Bundesregierung zu erwarten sein wird, ist schwer zu beurteilen.

Um das KHSG weiter voranzubringen – also die Qualitätspotenziale zu nutzen und die Krankenhausversorgung unter Beachtung personeller Restriktionen sowie des medizinischen Fortschritts zukunftsfähig zu machen –, sind jetzt verantwortungsbewusste Länder gefragt. Die Regelungen des KHSG versetzen die Länder in der Lage, die Krankenhauslandschaft insbesondere durch die Anwendung von Mindestfallzahlen und Festlegung von Strukturvorgaben nach Qualitätskriterien umzugestalten. Sie müssen es nur tun und nicht, wie das Land Bayern, wenig zielführende Umgehungsstrategien suchen.

Dabei soll nicht ausgeblendet werden, dass die Umsetzung dieser Maßnahmen in der Praxis auf Probleme treffen wird und dies insofern erste, aber notwendige Schritte im Rahmen einer mittelfristigen Agenda sind. Kooperative und sektorübergreifende Zusammenarbeit bedarf entsprechender Regelungen bei der Vergütung – grundsätzlich kann dies entweder mit Anreizsystemen in den bestehenden Sektoren oder mit einer generellen Umgestaltung der fachärztlich ambulanten Versorgung erreicht werden. Auch bei der Qualifizierung, den Aufgabenspektren und der Bezahlung in nichtärztlichen Gesundheitsberufen müssen erhebliche Verbesserungen vorgenommen werden. Insbesondere im Pflegebereich warten zahlreiche weitere Herausforderungen. Aber diese komplexen mittel- und langfristigen Prozesse dürfen den Blick auf erreichbare Nahziele nicht verstellen.

Jedoch ist auf der Landesebene ein erhebliches Selbstbewusstsein erforderlich, die nicht immer populären Maßnahmen zu planen, umzusetzen sowie der Bevölkerung und den regionalen Kliniken und Kassen die Notwendigkeit zu erklären. Andererseits leitet sich diese Verpflichtung aus dem Festhalten der Länder an der Daseinsvorsorge im Gesundheitswesen ab.

Damit die Qualitätsagenda aber in Bewegung kommt, wird neben tatkräftigen Gesundheits- und Sozialministerien auch eine aktivere Mitgestaltung des Bundes, des G-BA und seiner Träger benötigt. Die Umsetzung der Krankenhausform in Dänemark gelingt, weil dort alle Beteiligten erkannt haben, dass die Konzentration und Zentralisierung von Krankenhausleistungen mit Blick auf Qualitätsaspekte, personelle Ressourcen und medizinisch-wissenschaftliche Entwicklungen im besten Sinne des Wortes alternativlos ist.

## Literatur

- Bauer H. Mindestmengen in der Chirurgie – sind wir weit genug? In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2017 – Schwerpunkt: Zukunft gestalten. Stuttgart: Schattauer 2017; 107–32.
- Beckmann MW, Brucker C, Hanf V, Rauh C, Bani MR, Knob S, Petsch S, Schick S, Fasching PA, Hartmann A, Lux MP, Häberle L. Quality assured health care in certified breast centers and improvements of the prognosis of breast cancer patients. *Onkologie* 2011; 34: 362–7.
- Busse R, Ganten D, Huster S, Reinhardt ER, Suttrop N, Wiesing U. Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem – 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohl der Patienten und der Gesellschaft. Halle: Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V – Nationale Akademie der Wissenschaften 2016.

- Destatis. Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Tabelle 1.3. 2016.
- DGAV. Ordnung: Das Zertifizierungssystem der DGAV (ZertO 4.2) 2015. [https://www.dgav.de/fileadmin/media/texte\\_pdf/zertifizierung/Zertifizierungsordnung\\_DGAV\\_4\\_2.pdf](https://www.dgav.de/fileadmin/media/texte_pdf/zertifizierung/Zertifizierungsordnung_DGAV_4_2.pdf).
- Hass H, Mittelmeier W. Zentrenbildung über Zertifizierung? Das Beispiel EndoCert. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2015 – Schwerpunkt: Strukturwandel. Stuttgart: Schattauer 2015; 127–38.
- Hoffmann H, Passlick B, Ukena D, Wesselmann S. Mindestmengen in der Thoraxchirurgie: Argumente aus der deutschen DRG-Statistik. In: Dormann F, Klauber J, Kuhlen R (Hrsg). Qualitätsmonitor 2018. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2018; 103–19.
- Jeschke E. Follow-up-Qualitätsindikatoren für Hüft- und Kniegelenkersatz. In: Dormann F, Klauber J (Hrsg). Qualitätsmonitor 2017. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2017; 101–16.
- Klakow-Franck R. Umsetzung der KHSG-Qualitätsagenda durch G-BA und IQTIG. In: Dormann F, Klauber J, Kuhlen R (Hrsg). Qualitätsmonitor 2018. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2018; 3–18.
- Loos S, Albrecht M, Schiffhorst G, Ochmann R, Mollenkamp. Faktenscheck Krankenhausstruktur: Spezialisierung und Zentrenbildung. IGES Bertelsmann Stiftung. 2016. [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Faktenscheck\\_Gesundheit/FC\\_Krankenhausstruktur\\_Studie\\_final.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Faktenscheck_Gesundheit/FC_Krankenhausstruktur_Studie_final.pdf).
- Malzahn J, Heyder R. Krankenhausplanung 2025 – Mehr politischer Schub für eine qualitätsorientierte Krankenhausreform ist unerlässlich. Gesundheits- und Sozialpolitik (G+ S) 2017; 3–4: 16–23.
- Maneck M, Dotzenrath C, Dralle H, Fahlenbrach C, Paschke R, Steinmüller T, Tusch E, Jeschke E, Günster C. Qualitätssicherung mit Routinedaten: Volume-Outcome-Analysen zu Schilddrüsenoperationen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2017 – Schwerpunkt: Zukunft gestalten. Stuttgart: Schattauer 2017; 197–213.
- Mansky T, Drogan D, Nimptsch U, Günster C. Eckdaten stationärer Versorgungsstrukturen für ausgewählte Krankheitsbilder in Deutschland. In: Dormann F, Klauber J (Hrsg). Qualitätsmonitor 2017. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2016; 165–215.
- Mansky T, Drogan D, Nimptsch U, Günster C. Eckdaten stationärer Versorgungsstrukturen für ausgewählte Krankheitsbilder in Deutschland. In: Dormann F, Klauber J (Hrsg). Qualitätsmonitor 2018. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2017a; 171–223.
- Mansky T, Nimptsch U, Grützmann R, Lorenz D. Zentrenbildung in der Pankreas- und Ösophaguschirurgie. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. (Hrsg). Krankenhaus-Report 2017 – Schwerpunkt: Zukunft gestalten. Stuttgart: Schattauer 2017b; 95–106.
- Nimptsch U., Mansky T. Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals – Observational study using complete national data from 2009 to 2014. *BMJ open* 2017; 10.1136/bmjopen.2017.0161184.
- Obermüller B, Gruhl M. Stand und Perspektiven der Umsetzung des Krankenhausstrukturgesetzes aus Landessicht. In: Dormann F, Klauber J, Kuhlen R (Hrsg). Qualitätsmonitor 2018. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2018; 19–35.
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Gesundheitsdaten 2014 Deutschland im Vergleich. Berlin/Paris. <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-DEUTSCHLAND-2014-in-German.pdf> (21 November 2017).
- Pressemeldung des BVA: Bundesversicherungsamt zieht erste Bilanz zum Stand der Förderung des Strukturwandels in der Krankenhausversorgung. 2017. [http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/2017/PM\\_4-2017.pdf](http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/2017/PM_4-2017.pdf).
- Pressemitteilung des G-BA: Qualität bei gynäkologischen Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie künftig für Krankenhausplanung relevant. 2016. <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/661/>.
- Pressemeldung des G-BA: Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung: IQTIG mit Konzept für Neu- und Weiterentwicklung beauftragt. 2017. <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/689/>.
- Reissfelder C, Trautmann F, Pecqueux M, Weitz J, Schmitt J. Wirksamkeit operativer Behandlungen von Patienten mit Kolonkarzinom in zertifizierten Krebszentren. Eine Sekundärdaten-basierte

Kohortenstudie. Zeitschrift für Gastroenterologie 2017; 55 (08): e57-e299. DOI: 10.1055/s-0037-1604861.

Wesselmann S. Pressekonferenz zur Vorstellung des Qualitätsmonitors 2018. Statement. Berlin 2017. [http://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2017/04\\_statement\\_qm\\_wesselmann\\_2017.pdf](http://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2017/04_statement_qm_wesselmann_2017.pdf).

This page intentionally left blank

# 11 Aktueller Stand und Prognose des Krankenhausbedarfs von Personen mit und ohne Demenz in Deutschland

Daniel Kreft, Alexander Barth, Anne Fink, Michael Nerius, Gabriele Doblhammer und Thomas Fritze

## Abstract

Für eine Krankenhausbehandlung stellt eine bestehende Demenz eine zusätzliche Herausforderung für das pflegerische und medizinische Personal dar. In diesem Beitrag wird unter Berücksichtigung der demografischen Alterung und basierend auf Abrechnungsdaten der AOK die künftige Zahl ausgewählter stationär gemeldeter Diagnosegruppen getrennt für Personen mit und ohne Demenz prognostiziert. Es zeigen sich deutliche Unterschiede – wobei die Diagnosezahlen unter den Personen mit Demenz wesentlich höher ausfallen. Die dargestellten Bedarfsveränderungen können als Grundlage zur Abschätzung finanzieller Folgen und notwendiger Investitionsleistungen dienen.

During hospital treatment, dementia represents an additional challenge for nursing and medical staff. In the context of demographic ageing, this article uses AOK health claims data to project the future number of selected diagnosis groups recorded on the inpatient level. Analyses are carried out separately for persons with and without dementia. The results reveal significant differences, showing considerably higher number of diagnoses among persons with dementia. The changing patterns of demand may serve as a basis for estimating financial consequences and necessary investments.

## 11.1 Einführung

Die Bevölkerung in Deutschland und anderen industrialisierten Ländern der Welt altert. Medizinischer und technischer Fortschritt sowie ein zunehmend gesundheitsbewusstes Verhalten tragen dazu bei, dass die Lebenserwartung kontinuierlich ansteigt; damit verbunden sind mehr gesunde Lebensjahre und die Morbidität verschiebt sich ins höhere Alter. Gleichzeitig stellt der Zuwachs von Personen in hohem Alter mit vermehrt auftretenden gesundheitlichen Problemen eine Herausforderung für das deutsche Gesundheitswesen dar. Speziell das Krankenhausssystem als zentrale Stelle der Akut- und Rehabilitationsversorgung muss das Ziel verfolgen, aktuellen und zukünftigen Bedarf in angemessener Weise abzudecken. Bereits 2008 entfielen auf die über 60-Jährigen, die ein Viertel der Allgemeinbevölkerung

ausmachen, in etwa die Hälfte aller Krankenhausbehandlungen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010).

Zwei Gründe lassen einen zukünftigen Anstieg der Krankenhausbehandlungen erwarten: Zum einen die steigende Lebenserwartung und zum anderen die Alterung der geburtenstarken Jahrgänge der 1950er und 1960er Jahre (bezeichnet als die Babyboomer-Kohorten). Neben kardiovaskulären Erkrankungen rücken zunehmend Demenzerkrankungen in den Fokus der Krankenhausversorgung. Die Demenz stellt eher selten den Grund für den Krankenhausaufenthalt dar, führt aber in der Versorgungssituation zu besonderen Herausforderungen für den Patienten, dessen Angehörige sowie für das medizinische und pflegerische Personal (Kleina und Wingenfeld 2007). Der vorliegende Beitrag widmet sich daher der Prognose der Entwicklung ausgewählter stationär diagnostizierter Krankheitsgruppen für dementielle und nicht-dementielle Personen bis zum Jahre 2060. Dazu werden die stationären Diagnosen von Personen mit Demenz (PmD) im Vergleich zu Personen ohne Demenz (PoD) betrachtet und die Entwicklung der Diagnosezahlen im Zuge der demografischen Alterung prognostiziert. Die Ergebnisse zeigen die zu erwartenden Veränderungen in der Krankheitshäufigkeit in Krankenhäusern aufgrund der demografischen Veränderungen auf, unter der Annahme gleichbleibender Erkrankungshäufigkeiten und Versorgungsstrukturen. Sie dienen als eine erste Abschätzung der möglichen zukünftigen Entwicklung, ohne explizit die Angebots- und Nachfrageseite der stationären Versorgung zu modellieren und ohne auf mögliche Veränderungen hinsichtlich Auftreten und Verlauf von Krankheiten einzugehen.

## 11.2 Entwicklung der Bevölkerung allgemein und der Zahl der Personen mit Demenz

Zur Einschätzung des zukünftigen Bedarfs werden Prognosen zur Veränderung der Bevölkerung in Deutschland und Informationen zur Häufigkeit von Krankheitsbildern in den stationären Einrichtungen benötigt. Für den ersten Punkt soll die Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts (Statistisches Bundesamt 2015) herangezogen werden. Die Revision von 2015 umfasst Szenarien mit Annahmen zur Entwicklung der Geburtenhäufigkeit, der Lebenserwartung und der Nettozuwanderung. Für die Studie werden zwei Beispiele verwendet, die als wahrscheinliche Spannweite der Entwicklung der Personenzahl der mittleren und hohen Lebensjahre anzusehen sind (Details siehe Kasten 1). Es zeigt sich, dass unabhängig von den Lebenserwartungsannahmen aufgrund der Alterung der Babyboomer ein Anstieg der Anzahl der Personen im Alter 50+ bis etwa 2040 bis 2050 zu erwarten ist, der in den Folgejahren wieder abnimmt. Bis 2050 steigt die Anzahl um 9% (Szenario 1) bis 12% (Szenario 2) gegenüber dem Stand von 2015. Die Gruppe der 0- bis unter 50-Jährigen hingegen nimmt kontinuierlich um 18% bis 2050 bzw. 21% bis 2060 (beide Szenarien) ab, während die Gesamtbevölkerung bis 2050 um 5% bis 6% bzw. bis 2060 um 8% bis 10% abnimmt.

**Kasten 1: Erläuterungen zur 13. koordinierten Bevölkerungsprognose**

In dieser Studie wurden zwei Szenarien als Datengrundlage genutzt. Szenario 1 (Variante 2 G1-L1-W2) unterstellt eine Kontinuität der Geburtenhäufigkeit (1,4 Kinder je Frau) und einen moderaten Anstieg der Lebenserwartung bis 2060 auf 88,8 Jahre bei den Mädchen (+6 Jahre gegenüber 2010/2012) und 84,8 Jahre bei den Jungen (+7 Jahre gegenüber 2010/2012). Für die Zuwanderung wird angenommen, dass sich die Nettozuwanderung – d. h. der Saldo aus Zu- und Abwanderung – bis 2021 schrittweise von 500 000 auf 200 000 Personen im Jahr verringert und dann konstant bei 200 000 Personen verbleibt. Dies ergibt eine durchschnittliche Nettozuwanderung von ca. 230 000 Personen pro Jahr von 2014 bis 2060. Szenario 2 (Variante 4 G1-L2-W2) dagegen geht ebenfalls von einer gleichbleibenden Geburtenhäufigkeit und den oben erwähnten Zuwanderungsannahmen aus, jedoch wird ein stärkerer Anstieg der Lebenserwartung bei Geburt auf 90,4 Jahre bei den Mädchen (+8 Jahre) und 86,7 Jahre bei den Jungen (+9 Jahre) angenommen.

Demgegenüber soll im Speziellen die Entwicklung der Zahl der Personen mit Demenz betrachtet werden. Aktuelle Prognosen, die auf Daten der gesetzlichen Krankenkasse AOK und auf der oben erläuterten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes beruhen, zeigen, dass bei stabilen altersspezifischen Demenzprävalenzen ein Anstieg der Erkrankten im Alter 50+ von etwa 1,53 Mio. im Jahr 2015 auf 2,61 Mio. (Szenario 1) bzw. 2,85 Mio. (Szenario 2) im Jahr 2050 zu erwarten ist. Dies entspricht einem Anstieg von 71 % bzw. 86 %. In den Folgejahren zeigt sich eine geringe Abnahme der Zahl bis 2060 (Doblhammer et al. in Vorbereitung).

## 11.3 Besonderheiten der Krankenhausinanspruchnahme von Personen mit Demenz

### Generelle Versorgungsbesonderheiten von Personen mit Demenz

Kognitive Einschränkungen und Demenz gehören zu den wichtigsten Risikofaktoren für funktionelle Einschränkungen im täglichen Leben, die in der Folge den Bedarf nach Langzeitpflege erhöhen (Agüero-Torres et al. 2001). Aufgrund des erhöhten Pflegebedarfs ist die Demenz sehr kostenintensiv. Auch wenn ein großer Teil der Kosten durch die Familien getragen werden, so entstehen nennenswerte direkte Kosten, die durch professionelle medizinische und pflegerische Hilfe im ambulanten und stationären Sektor, Prävention, Erkennung, Behandlung, Rehabilitation, Forschung, Ausbildung oder medizinische Ausstattung entstehen (Moise et al. 2004). Diese Kosten steigen mit dem Schweregrad der Demenz, da die institutionelle Pflege einer PmD mit höherem Schweregrad wahrscheinlicher und die informelle Pflege durch Familienangehörige seltener wird. Neben dem Schweregrad hängen die Kosten auch von Faktoren wie dem Umfang und der Komplexität bestehender Komorbiditäten sowie der Häufigkeit und Länge von Krankenhausaufenthalten ab (Schwarzkopf et al. 2011).

PmD weisen häufig Komorbiditäten auf, die eine Behandlung und Pflege zusätzlich erschweren. Chronische Erkrankungen und Gebrechlichkeit beschleunigen den kognitiven Verfall (Sanderson et al. 2002) und erhöhen das Sterblichkeitsrisiko sowie die Behandlungskosten (Scrutton et al. 2016). PmD haben im Durchschnitt zwei bis acht chronische Erkrankungen und damit mehr als PoD. Der Umfang der Erkrankungen hängt vom genauen Typ der Demenz ab (Sanderson et al. 2002).

### **Besonderheiten der Versorgung von Personen mit Demenz im Krankenhaus**

Der Umgang mit kognitiv eingeschränkten Personen kann alle pflegerischen und ärztlichen Abläufe, Untersuchungen und Behandlungen im Krankenhaus erschweren und die gewohnten Arbeitsabläufe verzögern. Zudem begründet ein schlechter kognitiver Zustand spezielle Bedürfnisse der Personen, die durch gesteigerten Zeitaufwand des Personals aufgefangen werden müssen (Kleina und Wingefeld 2007). Bei PmD treten häufiger Unruhezustände oder aggressive Phasen auf, wenn Stressoren wie Müdigkeit, Reizüberflutung, Veränderungen in der Umgebung oder der Bezugspersonen und überhöhte Anforderungen an Leistung oder Mitwirkung auftreten (McCloskey 2004). Gängige Effizienzerwartungen an Abläufe auf einer Krankenhausstation, die sich an Personen ohne kognitive Einschränkungen orientieren, bedürfen daher zahlreicher Anpassungen, um die Versorgung demenzgerecht auszugestalten (Borbasi et al. 2006; Kleina und Wingefeld 2007).

Ein Krankenhausaufenthalt kann die Ursache dafür sein, dass sich der kognitive Zustand und die Fähigkeit zur Alltagsbewältigung verschlechtern, da die veränderte Umgebung und der anders strukturierte Tagesablauf den Alltag des Patienten radikal verändern (Borbasi et al. 2006; Schütz und Füsgen 2013). Die Vermittlung von Informationen für die spätere Krankheitsbewältigung, z. B. zur Selbsteinschätzung von Schmerzen, ist bei PmD ebenso eingeschränkt wie die Motivation zur Teilnahme an Therapiemaßnahmen, deren Sinnhaftigkeit oft nicht hinreichend vermittelt werden kann (Schütz und Füsgen 2013). Bauliche Gegebenheiten sind unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von PmD, die Wanderungstendenzen und Desorientierung aufweisen können, häufig verbesserungsfähig (Goodall 2006). Zum Ende des Krankenhausaufenthaltes kann ein besonderes Entlassungsmanagement notwendig werden, um das nötige Pflegeumfeld abzuklären.

Demenz kann ursächlich mit der Erkrankung bzw. dem Einweisungsgrund zusammenhängen. Ebenso kann sich die Ursache der Einweisung auf die Demenzerkrankung auswirken oder es können Wechselwirkungen zwischen beiden vorliegen, die bei der Behandlung beachtet werden müssen. Die folgenden Abschnitte gehen beispielhaft auf derartige Konstellationen von Demenz und in Studien beschriebenen Diagnosegruppen ein.

### **Versorgung von Erkrankungen des Kreislaufsystems**

Kardiovaskuläre Erkrankungen stellen in der Gesamtbevölkerung den häufigsten Grund für Krankenhauseinweisungen dar (Schelhase 2014). Da kardiovaskuläre Erkrankungen und Demenz eng miteinander korrelieren, ist damit zu rechnen, dass die betroffenen Personen mit einer hohen Wahrscheinlichkeit eine Demenz aufweisen. Es ist bekannt, dass ein unbehandelter Bluthochdruck das Risiko für Vorhofffattern und Vorhoffimmern sowie für Schlaganfall erhöht, die wiederum die Entstehung einer Demenz begünstigen (Kwok et al. 2011; Savva et al. 2010). Zu

den häufigsten Nebendiagnosen kardiovaskulärer Erkrankungen wie Schlaganfall und Myokardinfarkt zählen allerdings die sogenannten Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit, wobei bei PmD ein höherer pflegerischer Mehraufwand zu vermuten ist.

### **Versorgung von psychischen und Verhaltensstörungen und Erkrankungen des Nervensystems**

Neben psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol sind in diesem Bereich vor allem die Depression und das Delir zu nennen. Bei einer Depression ist unklar, ob sie eine Demenz bedingt oder durch ebensolche verursacht wird (Cherbuin et al. 2015). Unabhängig davon erfordert das gleichzeitige Auftreten der Erkrankungen eine erhöhte Aufmerksamkeit durch die Pflegenden. Das Delir tritt gerade im Zusammenhang mit Krankenhausaufenthalten und besonders in Folge von Operationen auf. Ein wichtiger Risikofaktor für ein Delir ist eine bereits bestehende Demenz (Inouye und Ferrucci 2006). Umgekehrt fördert ein post-operatives Delir den kognitiven Abbau und das Demenzrisiko (Chaudhry et al. 2013) und erhöht damit den Pflegeaufwand, die Aufenthaltsdauer und die Kosten (National Clinical Guideline Centre (U.K.) 2010). Weitere Erkrankungen mit Einfluss auf die Versorgung sind Halluzinationen, Schlafstörungen, Psychosen oder Wahnvorstellungen (Muller-Spahn 2003).

### **Versorgung von endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten**

Diabetes, speziell Typ 2, ist ein Risikofaktor für kognitive Einschränkungen und Demenz (Kopf und Frölich 2009) und verursacht hohe Kosten für das Gesundheitssystem (Doblhammer et al. 2014). Kognitive Einschränkungen bei Diabeteskranken führen zu reduzierten Fähigkeiten der Kontrolle und Selbstversorgung der Erkrankung, schränken die Tätigkeiten des täglichen Lebens ein und sind mit höheren Hospitalisierungsraten verbunden (Sinclair et al. 2000). Während Übergewicht ein bekannter Risikofaktor für Demenz ist (Beydoun et al. 2008), sind Mangel- und Unterernährung häufige Erscheinungen bei Personen mit einer bestehenden Demenz. Gerade während der Akutbehandlung in einem Krankenhaus ist geschultes Personal nötig, um für eine fachgerechte Versorgung zu sorgen (Evans und Best 2015).

### **Versorgung bei infektiösen und parasitären Erkrankungen sowie von Krankheiten des Atmungssystems**

Bei PmD treten häufiger nosokomiale Infektionen durch Manipulationen oder Verunreinigungen an Injektionsnadeln, Drainagen, Kathetern u. ä. auf, da ihnen die Notwendigkeit derartiger Maßnahmen nicht hinreichend vermittelt werden kann (Kleina und Wingenfeld 2007). Gastroenteritis sowie Grippe und Pneumonien sind ebenfalls häufige Anlässe für Krankenhausaufenthalte von PmD (Lin et al. 2015). Diese Erkrankungen führen zu einer physischen Schwächung und, wie etwa bei Lungenentzündungen (Mitchell et al. 2009), zu einer erhöhten Mortalität.

### **Versorgung bei Verletzungen der Extremitäten und anderen Verletzungen, Vergiftungen und Folgen externer Ursachen**

PmD weisen ein erhöhtes Sturz- und damit Extremitätenverletzungsrisiko auf, da ein schlechter kognitiver Zustand Gang und Gleichgewicht verschlechtern kann (Muir et al. 2012). Stürze gelten bei bisher nicht als kognitiv eingeschränkt diagnostizierten Personen als Frühindikator für Demenz (Montero-Odasso und Hachinski 2014), weshalb Sturzpatienten besonders auf kognitive Einschränkungen untersucht werden sollten (Barth et al. 2016).

Die umgekehrte Wirkrichtung ist im Kontext älterer Personen ebenfalls relevant: Untere Extremitätenverletzungen können länger anhaltende Einschränkungen der Mobilität, der Selbständigkeit und der Teilhabe am Sozialleben bedingen. Da die Aufrechterhaltung der körperlichen Betätigung im höheren Alter protektiv dem fortschreitenden kognitiven Abbau entgegenwirken kann (Lautenschlager et al. 2008), bilden Extremitätenverletzungen durch die resultierende Einschränkung einen Risikofaktor.

PmD weisen auch für sonstige Verletzungen, die zu Krankenhauseinweisungen führen können, erhöhte Risiken auf (Oleske et al. 1995). Dies gilt bspw. für Brandverletzungen, die primär bei alltäglichen Aktivitäten wie Kochen oder Baden zu Hause entstehen (Douglas et al. 2011), versehentlich herbeigeführte Vergiftungen (Chataigner et al. 1991), eigenmächtig fehlerhaft eingenommene Medikamente (Kleina und Wingenfeld 2007; Yang 2010), Verletzungen im Zuge von Verwirrungszuständen (Alden et al. 2005) und – möglicherweise damit verbunden – Unfälle als Fahrer (Chee et al. 2017) oder Fußgänger im Straßenverkehr (Dommes et al. 2015).

## **11.4 Daten und Methoden**

### **Prävalenz von stationär diagnostizierten Erkrankungen**

Zur Berechnung der Periodenprävalenz wurden anonymisierte Daten einer 250 000 Personen umfassenden Zufallsstichprobe aller Versicherten der AOK aus dem Jahre 2010 genutzt. Die Personen in der Stichprobe sind aus den Geburtsjahren 1960 und früher und leben in privaten Haushalten und Institutionen. Die Versichertendaten enthalten quartalspezifische stationäre Diagnosen gemäß der International Classification of Diseases (ICD) Version 10. Für die Prävalenzschätzung wurden alle stationären Entlassungsdiagnosen aus dem Jahr 2010 herangezogen – unabhängig davon, ob die Personen bis zum Ende des Jahres 2010 bei der AOK versichert waren oder überlebt haben. Diagnosen von ambulant praktizierenden Ärzten blieben unberücksichtigt. Die Berechnung der Prävalenz erfolgte getrennt für die Population mit und ohne Demenz (siehe folgender Abschnitt). Die Diagnosen wurden entsprechend den ICD-Kapiteln zusammengefasst (Details siehe Kasten 2), wobei spezielle Einzeldiagnosen gesondert betrachtet wurden. Um eine Vergleichbarkeit herzustellen, wurde eine direkte Altersstandardisierung auf Grundlage der deutschen Gesamtbevölkerung vom 31.12.2010 vorgenommen.

**Kasten 2: Kodierung der Obergruppen der stationär diagnostizierten Erkrankungen nach ICD Version 10**

Die untersuchten Erkrankungen sind infektiöse und parasitäre Krankheiten [A00–B99], Neubildungen und Krankheiten des Blutes und Immunsystems [C00–D48 und D50–90], endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten [E00–E90], psychische und Verhaltensstörungen [F00–F99], Krankheiten des Nervensystems [G00–G99], des Auges und des Ohres [H00–H95], des Kreislaufsystems [I00–I99], des Atmungssystems [J00–J99], des Verdauungssystems [K00–K93], der Haut und der Unterhaut [L00–L99], des Muskel-Skelett-Systems [M00–M99], des Urogenitalsystems [N00–N99], Symptome und abnormale klinische und Laborbefunde [R00–R99], Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen [S00–T98], äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität [V01–Y84], Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen [Z00–Z99] sowie sonstige Gruppen [O00–Q99, U00–U99].

**Population mit validierter Demenzdiagnose**

Die Population mit und ohne Demenz wurde anhand der Demenzdiagnosen (ICD-10-Codes F00, F01, F02, F03, F05.1, G23.1, G30, G31.0 oder G31.82) identifiziert, unabhängig davon, ob die Betroffenen stationär behandelt wurden oder nicht. Bei Leistungsdaten der Krankenkassen handelt es sich um Routinedaten, deren primärer Zweck es ist, die durch die Behandlung entstehenden Kosten zu dokumentieren. Aufgrund der fehlenden Möglichkeit, Diagnosen extern (z. B. durch eine Nachuntersuchung) zu validieren, werden die Diagnosen in zwei Schritten intern validiert. Zunächst werden nur jene Diagnosen ausgewählt, die im ambulanten Sektor mit dem Merkmal „gesichert“ versehen und die im stationären Sektor als Entlassungs- oder sonstige Diagnosen gekennzeichnet sind. Zweitens werden diese Diagnosen als valide betrachtet, wenn sie in einem Quartal gleichzeitig von verschiedenen Facharztgruppen oder sektorenübergreifend gestellt wurden bzw. wenn eine Diagnose mindestens zweimal im Validierungszeitraum dokumentiert wurde. Der Validierungszeitraum umfasst die Jahre 2010 bis 2013. Alle Personen mit valider Demenzdiagnose wurden als dementielle Personen im Jahr 2010 betrachtet, alle ohne valide Demenzdiagnose wurden als Vergleichspopulation definiert.

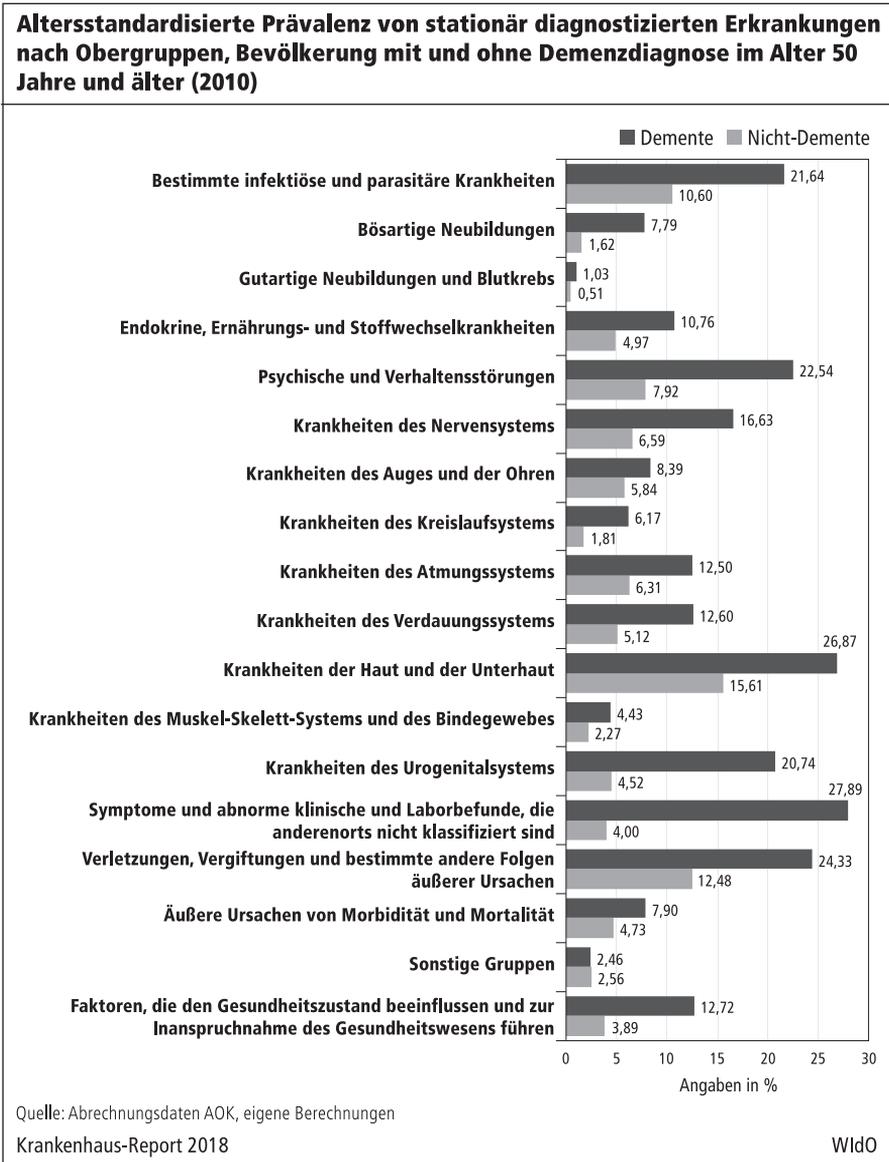
**Prävalenzprognose der stationär diagnostizierten Erkrankungen**

Die ermittelten Prävalenzen wurden mit altersspezifischen Bevölkerungszahlen der 13. Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts aus dem Jahr 2015 sowie den prognostizierten Zahlen der PmD von Doblhammer et al. (in Vorbereitung), die ebenfalls auf der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung aufbauen, zusammengespielt. Der Prognosehorizont ist 2015 bis 2060. Als Prognosetechnik wurde eine deterministische Prävalenzprognose mit Status-quo-Annahmen zur Prävalenz und je einer Annahme zur Entwicklung der Lebenserwartung gewählt (Szenario 1 mit moderatem und Szenario 2 mit starkem Anstieg der Lebenserwartung). Die Prognosen der stationär behandelten Personen wurden getrennt nach Fünf-Jahres-Altersgruppen von 50–54 bis 85+ und getrennt für Personen mit und ohne Demenz durchgeführt und anschließend jeweils für die Gesamtbevölkerung mit und ohne Demenz zusammengerechnet.

## 11.5 Ergebnisse

**Altersstandardisierte Prävalenz der stationär diagnostizierten Erkrankungen**  
 In der demenzfreien Gesamtbevölkerung im Alter 50+ zeigen sich die höchsten Prävalenzen für die stationär diagnostizierten Krankheiten des Kreislaufsystems (15,6%), für endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (12,5%) und die sehr unspezifische ICD-Gruppe Z (Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflus-

Abbildung 11–1



sen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen) (10,6%; siehe Abbildung 11–1). Im Vergleich dazu zeigen sich für PmD deutlich erhöhte Prävalenzen. Für die Krankheiten des Kreislaufsystems liegt die Prävalenz bei 26,9%, für endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten bei 24,3% und bei der ICD-Gruppe Z bei 21,6%. Besonders große Unterschiede in den Obergruppen zwischen den PmD und der Vergleichspopulation gibt es bei den psychischen und Verhaltensstörungen (7-mal höher als bei der Vergleichsgruppe), bei Krankheiten des Nervensystems (4,6-mal höher) und bei Krankheiten der Haut und der Unterhaut (3,4-mal höher). Keine Unterschiede bestehen in der Prävalenz der bösartigen Neubildungen. Bei den ausgewählten Einzelerkrankungen (Abbildung 11–a im Onlineportal) zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den beiden Vergleichsgruppen für Lähmungen (5,1-mal höher), zerebrovaskuläre Krankheiten (4,5-mal höher), Pneumonie (4,1-mal höher) und Depression (3,5-mal höher).

### Prognostizierte Veränderungen

In den prognostizierten Veränderungen von 2015 bis 2060 nach den Krankheitsgruppen zeigen sich allgemein größere Zuwächse für die PmD als für die Vergleichsgruppe, was auf die deutlicher ausgeprägte Zunahme dieser Personengruppe zurückgeführt werden kann (Abbildung 11–2 und 11–3). Zusätzlich gibt es auch große Unterschiede zwischen den Prognosevarianten, was die Bedeutung der Entwicklung der Lebenserwartung auf den Krankenhausbedarf demonstriert. Von den Obergruppen zeigen die Krankheiten des Auges und der Ohren (+33% bzw. +45%), des Urogenitalsystems (+32% bzw. +43%) und der Haut und der Unterhaut (+30% bzw. +41%) für die Vergleichsgruppe ohne Demenz die größten Zuwächse bis 2060. Im Vergleich dazu sind die größten Zuwächse bei den PmD für die Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (+75% bzw. +99%), die Krankheiten des Auges und der Ohren (+73% bzw. +97%) und des Urogenitalsystems (+73% bzw. +97%) zu erwarten. Bei den Einzeldiagnosen (Abbildung 11–b und Tabelle 11–a und 11–b im Onlineportal) sind die Spitzenwerte bei den PoD für die Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (+39% bzw. +53%), für Nierenkrankheiten (+39% bzw. +51%) und für Verletzungen der Hüfte, Oberschenkel, Knie und Unterschenkel, Knöchel und der Füße (+37% bzw. +50%) ausgewiesen. Für die PmD sind die Veränderungen ebenfalls extremer. Die größten Veränderungen sind für die Verletzungen der Hüfte, Oberschenkel, Knie und Unterschenkel, Knöchel und der Füße (+86% bzw. +113%), die Verletzungen der Schulter und des Oberarms, des Ellenbogens und Unterarms, des Handgelenks und der Hand (+84% bzw. +111%) und die Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (+82% bzw. +108%) zu erwarten.

## 11.6 Diskussion

Die Prognosen zeigten deutliche Unterschiede zwischen den Personen mit und ohne Demenz in allen untersuchten Krankheitsgruppen. Die prognostizierten Anstiege, auch bedingt durch den generell höheren relativen Anstieg der Zahl der PmD, waren in allen Diagnosegruppen bei den PmD deutlich höher als bei PoD. Die größten

Abbildung 11–2

**Prognostizierte Veränderungen von stationär diagnostizierten Erkrankungen nach Obergruppen, Szenario 1, Bevölkerung mit und ohne Demenzdiagnose im Alter 50 Jahre und älter (2015–2060)**

**Szenario 1**



Quelle: Abrechnungsdaten AOK, 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes und eigene Berechnungen

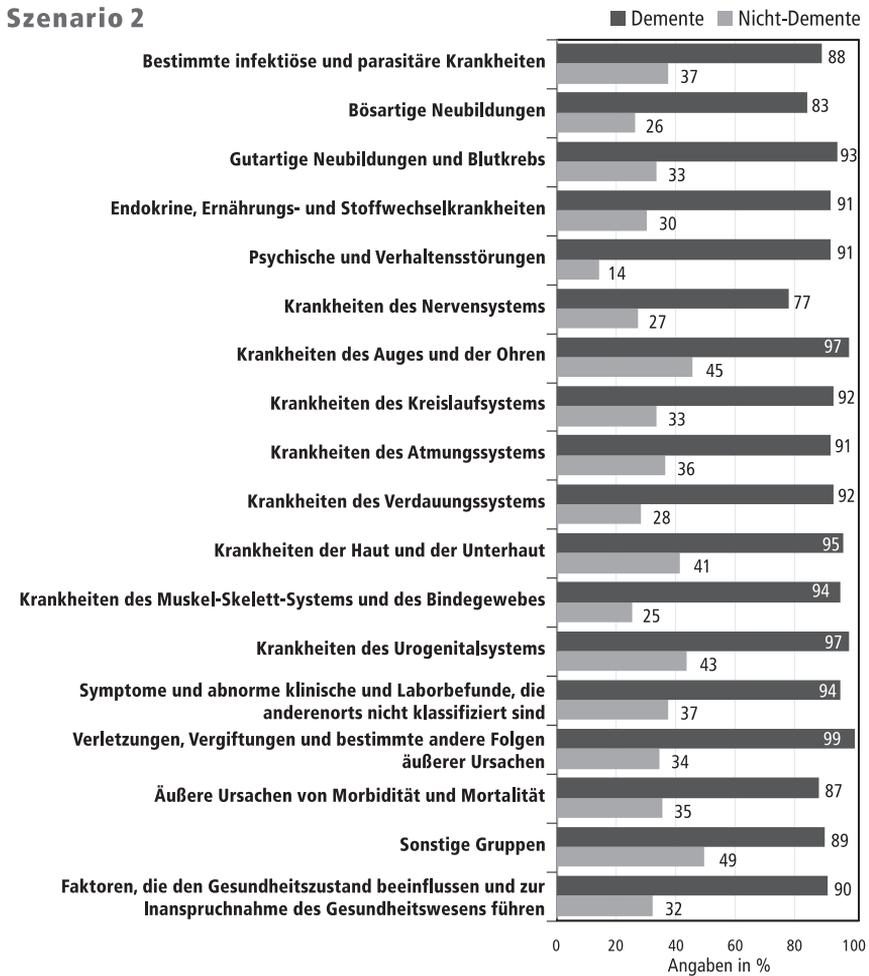
Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Zuwächse unter den PmD zeigten sich bei den Verletzungen, Vergiftungen und anderen Folgen externer Ursachen, den Krankheiten des Auges und der Ohren und den Krankheiten des Urogenitalsystems. Die geringsten Veränderungen sind dagegen bei den Krankheiten des Nervensystems, den bösartigen Neubildungen und den äußeren Ursachen von Morbidität und Mortalität zu erwarten.

Abbildung 11–3

**Prognostizierte Veränderungen von stationär diagnostizierten Erkrankungen nach Obergruppen, Szenario 2, Bevölkerung mit und ohne Demenzdiagnose im Alter 50 Jahre und älter (2015–2060)**



Quelle: Abrechnungsdaten AOK, 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes und eigene Berechnungen

Krankenhaus-Report 2018

WlD

**Methodische Limitationen**

Bei der Interpretation der Ergebnisse sind die Besonderheiten der Daten und der Methodik zu beachten. Die Auswertungen basieren auf administrativ erfassten Abrechnungsdaten und erfassen somit ausschließlich kostenrelevante Diagnosen und Prozeduren. Diese sind beeinflusst von der Krankheitshäufigkeit in der Gesellschaft, aber auch vom spezifischen Inanspruchnahmeverhalten der älteren Bevölkerung. Auf der einen Seite ist dies ein großer Vorteil der Daten, da die Informationen nur

tatsächlich anfallende Kosten (für die Krankenkassen) bzw. Einnahmen (für die Ärzte und Krankenhäuser) erfassen. Auf der anderen Seite kann eine geringe Inanspruchnahme ärztlicher Betreuung zu einer Untererfassung führen. Dies wurde bereits als ein wichtiges Problem bei der Erfassung von Demenz im stationären Sektor erkannt (Hofmann 2013).

Für die Prognosen wurden die Prävalenzen einzelner stationär diagnostizierter Erkrankungen aus den Abrechnungsdaten berechnet und als Status-quo-Annahme für zukünftige Entwicklungen fortgeschrieben. Die Prävalenzen und damit auch die Fortschreibung bilden sowohl das Morbiditätsspektrum wie auch die Inanspruchnahme der stationären Versorgung unter gleichbleibenden Rahmenbedingungen ab. Eine mögliche Veränderung in der Prävalenz von Demenz oder der anderen betrachteten Krankheitsgruppen, z. B. durch verändertes Inanspruchnahmeverhalten oder diagnostische und therapeutische Fortschritte sowie deren Wechselwirkungen, wird bei dieser Methodik nicht berücksichtigt. So kann zum Beispiel ein Anstieg von Diabetes zu einem schnelleren Anstieg von Demenz führen, als in den zugrunde liegenden Schätzungen angenommen wurde. Eine weitere damit verbundene Einschränkung ist der ausschließliche Fokus auf stationären Behandlungen. Die Status-quo-Annahmen erlauben keine Vorhersage von Verlagerungen von stationärer zu ambulanter Versorgung oder umgekehrt. Dies bedarf komplexer Prognosemodelle mit multiplen Kombinationen der Prävalenz von Demenz und der Prävalenz der Krankheitsobergruppen sowie der Inanspruchnahme von stationärer Versorgung. Darüber hinaus ermöglichen erst ökonomische Modelle, die finanziellen Folgen und Investitionsleistungen, die aus den Bedarfsveränderungen resultieren, abzuschätzen. Hierfür können die Ergebnisse dieser Studie als Grundlage dienen.

### **Implikationen für die Krankenhausplanung**

Klinikpersonal im pflegerischen wie im ärztlichen Bereich ist bisher nicht optimal auf den Umgang mit PmD vorbereitet. Insbesondere Abteilungen, die mit den größten Zuwächsen von Patienten mit kognitiven Einschränkungen rechnen müssen, benötigen anwendbare Kenntnisse zu verschiedenen Demenzformen, ihrer Symptomatik und den Auswirkungen auf das Erleben und Verhalten der Patienten (Kleina und Wingenfeld 2007). Aus dem Langzeitpflegersektor adaptierbar sind z. B. personen- und biographieorientierte, verstehende und stressreduzierende Ansätze (Baillie et al. 2012; Borbasi et al. 2006; McCloskey 2004; Nolan 2006), die Vertrauen aufbauen und Stresssituationen reduzieren sollen, in denen das disruptive Verhalten von PmD zu Tage tritt. Die engere Einbindung von vertrauten Bezugspersonen wird ebenfalls als hilfreich genannt (Baillie et al. 2012; Nolan 2006). Um Unzufriedenheit der Angehörigen zu vermeiden, sollten Patient und Angehörige mehr als Einheit denn als Patient und potenzieller Störfaktor begriffen werden (Jurgens et al. 2012). Angehörige können während des Krankenhausaufenthalts eines Patienten mit Demenz grundlegende pflegerische Tätigkeiten vom Stationspersonal erlernen. Als erstrebenswert gilt auch der sogenannte ressourcenfördernde Umgang mit den Patienten durch direktes Training und das Überlassen von Teilhandlungen, um dem Abbau des kognitiven Zustands und der Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung durch den Krankenhausaufenthalt entgegenzuwirken. In der Praxis muss sich dies aber auch in daran angepassten Maßstäben an Wirtschaftlichkeit und Effizienz widerspiegeln (Borbasi et al. 2006). Indem bei der Einteilung des Pflegepersonals auf

personelle Kontinuität geachtet wird, würden PmD im Krankenhaus mit einer möglichst kleinen Gruppe von Mitarbeitern konfrontiert, zu denen der Patient leichter eine Beziehung aufbauen kann – zudem kann sich das Pflegepersonal rasch auf die besonderen Bedürfnisse des Patienten einstellen und Verhaltensauffälligkeiten rascher bemerken. Bei der Verabreichung von Medikamenten sollte stets auf mögliche Nebenwirkungen, die speziell bei PmD auftreten können, geachtet werden (Kleina und Wingenfeld 2007). Der kleinstmögliche Einsatz freiheitsbegrenzender Maßnahmen ist eine weitere Leitlinie, auch wenn ein derartiges Vorgehen als letzte Möglichkeit manchmal notwendig sein kann, um Selbst- oder Fremdgefährdung abzuwenden. Zur Unterbringung von PmD sollten gut zu überblickende Räume in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen, z. B. in direktem Blickfeld des Stationszimmers. Im Rahmen einer randomisierten Studie, welche die meisten der genannten Ansätze in der Versorgung von kognitiv eingeschränkten älteren Patienten nach akuter Krankenhauseinweisung testete (z. B. Einbeziehung von Fachkräften mit Schulung im Umgang mit PmD), verbesserte sich vor allem das emotionale Wohlbefinden der kognitiv eingeschränkten Personen und die Zufriedenheit der Angehörigen mit der Patientenversorgung. Die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus sowie zu Hause bis zur nächsten Einweisung, die Wiedereinweisungsrate und die Einweisung in Pflegeeinrichtungen wurden allerdings nicht beeinflusst (Goldberg et al. 2013). Da Angehörige von PmD sich unzufrieden mit deren nicht angepasster Versorgung im Krankenhaus zeigen (Jurgens et al. 2012), ist dies durchaus als Erfolg zu werten. Beim Entlassungsmanagement von PmD sollte zudem sichergestellt werden, den Patienten in eine Lebenssituation zu entlassen, die auf die weitere Versorgung eingestellt ist. Im Austausch mit Angehörigen und Pflegeanbietern sowie als Mittler zu Selbsthilfegruppen agieren die Entlassungsmanager hier zumeist als Informationsquelle und Initiator, da die Zuständigkeit des Krankenhauses mit dem Zeitpunkt der Entlassung endet. Eine Bündelung derartiger Ansätze könnte durch die Einbindung von gerontopsychiatrischen Fachkräften gelingen, bei Vorhandensein auch der geriatrischen Fachabteilung, die zur Aufnahme den kognitiven Status des Patienten klären und während des Aufenthalts koordinierend und beratend zur Seite stehen.

## Literatur

- Agüero-Torres H, von Strauss E, Viitanen M, Winblad B, Fratiglioni L. Institutionalization in the elderly: the role of chronic diseases and dementia. Cross-sectional and longitudinal data from a population-based study. *J Clin Epidemiol* 2001; 54: 795–801.
- Alden NE, Rabbitts A, Yurt RW. Burn injury in patients with dementia: An impetus for prevention. *J Burn Care Rehabil* 2005; 26: 267–71.
- Baillie L, Merritt J, Cox J. Caring for older people with dementia in hospital. Part two: Strategies. *Nursing older people* 2012; 24: 22–6.
- Barth A, Vatterrott A, Zhou Y, Fink A, Doblhammer G. Extremity injuries and dementia disproportionately increase the risk for long-term care at older age in an analysis of German Health Insurance routine data for the years 2006 to 2010. *Eur Rev Aging Phys Act* 2016; 13: 9.
- Beydoun MA, Beydoun HA, Wang Y. Obesity and central obesity as risk factors for incident dementia and its subtypes: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 2008; 9: 204–18.

- Borbasi S, Jones J, Lockwood C, Emden C. Health professionals' perspectives of providing care to people with dementia in the acute setting: Toward better practice. *Geriatr Nurs* 2006; 27: 300–8.
- Chataigner D, Garnier R, Sans S, Efthymiou ML. Intoxication aiguë accidentelle par un désinfectant hospitalier. 45 cas dont 13 d'évolution mortelle. *Presse Med* 1991; 20: 741–3.
- Chaudhry H, Devereaux PJ, Bhandari M. Cognitive dysfunction in hip fracture patients. *Orthop Clin North Am* 2013; 44: 153–62.
- Chee JN, Rapoport MJ, Molnar F, Herrmann N, O'Neill D, Marottoli R, Mitchell S, Tant M, Dow J, Ayotte D, Lanctôt KL, McFadden R, Taylor J-P, Donaghy PC, Olsen K, Classen S, Elzohairy Y, Carr DB. Update on the Risk of Motor Vehicle Collision or Driving Impairment with Dementia: A Collaborative International Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Geriatr Psychiatry* 2017.
- Cherbuin N, Kim S, Anstey KJ. Dementia risk estimates associated with measures of depression: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2015; 5:e008853.
- Doblhammer G, Fink A, Fritze T, Nerius M. Demographische Entwicklung der Bevölkerung und epidemiologische Befunde zur Demenz. In Vorbereitung.
- Doblhammer G, Fritze T, Noerenberg A. The Demography of Diabetes Mellitus. In: Guthoff RF, Wiedemann P. *Nova Acta Leopoldina Bd 119*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2014.
- Dommes A, Wu Y-H, Aquino J-P, Pitti-Ferrandi H, Soleille M, Martineau-Fleury S, Samson M, Rigaud A-S. Is Mild Dementia Related to Unsafe Street-Crossing Decisions? *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2015; 29: 294–300.
- Douglas A, Letts L, Richardson J. A systematic review of accidental injury from fire, wandering and medication self-administration errors for older adults with and without dementia. *Arch Gerontol Geriatr* 2011; 52:e1–10.
- Evans L, Best C. Managing malnutrition in patients with dementia. *Nursing standard* 2015; 29: 50–7.
- Goldberg SE, Bradshaw LE, Kearney FC, Russell C, Whittamore KH, Foster PER, Mamza J, Gladman JRF, Jones RG, Lewis SA, Porock D, Harwood RH. Care in specialist medical and mental health unit compared with standard care for older people with cognitive impairment admitted to general hospital: Randomised controlled trial (NIHR TEAM trial). *BMJ (Clinical research ed)* 2013; 347: f4132.
- Goodall D. Environmental changes increase hospital safety for dementia patients. *Holist Nurs Pract* 2006; 20: 80–4.
- Hofmann W. Demenz im Akutkrankenhaus: Was war neu 2012? *Z Gerontol Geriatr* 2013; 46: 198–202.
- Inouye SK, Ferrucci L. Elucidating the pathophysiology of delirium and the interrelationship of delirium and dementia. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006; 61: 1277–80.
- Jurgens FJ, Clissett P, Gladman JRF, Harwood RH. Why are family carers of people with dementia dissatisfied with general hospital care? A qualitative study. *BMC Geriatr* 2012; 12: 57.
- Kleina T, Wingenfeld K. Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft. Bielefeld: IPW. 2007.
- Kopf D, Frölich L. Risk of incident Alzheimer's disease in diabetic patients: A systematic review of prospective trials. *J Alzheimers Dis* 2009; 16: 677–85.
- Kwok CS, Loke YK, Hale R, Potter JF, Myint PK. Atrial fibrillation and incidence of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Neurology* 2011; 76: 914–22.
- Lautenschlager NT, Cox KL, Flicker L, Foster JK, van Bockxmeer FM, Xiao J, Greenop KR, Almeida OP. Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk for Alzheimer disease: a randomized trial. *JAMA* 2008; 300: 1027–37.
- Lin RY, Scanlan BC, Liao W, Nguyen TP. Disproportionate effects of dementia on hospital discharge disposition in common hospitalization categories. *J Hosp Med* 2015; 10: 586–91.
- McCloskey RM. Caring for patients with dementia in an acute care environment. *Geriatr Nurs* 2004; 25: 139–44.
- Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, Volicer L, Givens JL, Hamel MB. The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med* 2009; 361: 1529–38.
- Moise P, Schwarzinger M, Um MY, Group at DE. Dementia care in 9 OECD countries: a comparative analysis. *OECD Health Working Papers* 2004; 13.

- Montero-Odasso M, Hachinski V. Preludes to brain failure: executive dysfunction and gait disturbances. *Neurol Sci* 2014; 35: 601–4.
- Muir SW, Gopaul K, Montero Odasso MM. The role of cognitive impairment in fall risk among older adults: A systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* 2012; 41: 299–308.
- Muller-Spahn F. Behavioral disturbances in dementia. *Dialogues Clin Neurosci* 2003; 5: 49–59.
- National Clinical Guideline Centre (U.K.). Delirium: diagnosis, prevention and management [Internet]. London: Royal College of Physicians (U.K.) 2010.
- Nolan L. Caring connections with older persons with dementia in an acute hospital setting – a hermeneutic interpretation of the staff nurse’s experience. *Int J Older People Nurs* 2006; 1: 208–15.
- Oleske DM, Wilson RS, Bernard BA, Evans DA, Terman EW. Epidemiology of Injury in People with Alzheimer’s Disease. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 741–6.
- Sanderson M, Wang J, Davis DR, Lane MJ, Cornman CB, Fadden MK. Co-morbidity associated with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2002; 17: 73–8.
- Savva GM, Stephan BC, Alzheimer’s Society Vascular Dementia Systematic Review G. Epidemiological studies of the effect of stroke on incident dementia: a systematic review. *Stroke* 2010; 41: e41–6.
- Schelhase T. Statistische Krankenhausdaten: Diagnosedaten der Krankenhäuser 2012. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. Krankenhaus-Report 2015 Schwerpunkt: Strukturwandel. Stuttgart: Schattauer 2014.
- Schütz D, Fügen I. Die Versorgungssituation kognitiv eingeschränkter Patienten im Krankenhaus. *Z Gerontol Geriatr* 2013; 46: 203–7.
- Schwarzkopf L, Menn P, Kunz S, Holle R, Lauterberg J, Marx P, Mehlig H, Wunder S, Leidl R, Donath C, Graessel E. Costs of Care for Dementia Patients in Community Setting: An Analysis for Mild and Moderate Disease Stage. *Value Health* 2011; 14: 827–35.
- Scrutton J, Brancati CU, International Longevity C. Dementia and Comorbidities Ensuring Parity of Care. London: ILC 2016.
- Sinclair AJ, Girling AJ, Bayer AJ. Cognitive dysfunction in older subjects with diabetes mellitus: impact on diabetes self-management and use of care services. All Wales Research into Elderly (AWARE) Study. *Diabetes Res Clin Pract* 2000; 50: 203–12.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. 2010.
- Statistisches Bundesamt. Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden 2015.
- Yang C-C. Acute Poisoning in the Elderly: An Increasingly Recognized But Still Overlooked Problem. *J Chin Med Assoc* 2010; 73: 183–5.

This page intentionally left blank

# 12 Sektorenübergreifende Angebotssteuerung für Vertragsärzte und Krankenhaus- ambulanzen

David Scheller-Kreinsen, Kathleen Lehmann, Gregor Botero, Franz Krause  
und Wilm Quentin

## Abstract

Ein zentrales Problem der von zahlreichen Akteuren geforderten Reform des ambulant-stationären Grenzbereichs ist die Frage nach einer sektorenübergreifenden ambulanten Angebotssteuerung. Dabei gilt es für solche Leistungen, die sinnvollerweise sowohl von Vertragsärzten als auch von Krankenhausambulanzen erbracht werden können und sollen, die notwendigen Kapazitäten sektorenübergreifend zu planen und bedarfsgerechte Versorgungsaufträge zu vergeben. Der Beitrag skizziert die Grundzüge einer möglichen zukünftigen sektorenübergreifenden Bedarfsplanung und Zulassung. Diese zeichnet sich durch zwei wesentliche Eigenschaften aus: Erstens die Nutzung von Versorgungssegmenten oder Leistungsgruppen als Planungseinheiten und zweitens eine zeitliche Befristung (zehn Jahre) sowie klare inhaltliche Definition der Versorgungsaufträge durch den G-BA. Die Ausführungen und die beispielhafte Anwendung des skizzierten Modells für eine Leistungsgruppe (Augenoperationen) in Berlin und Brandenburg zeigen, dass eine sektorenübergreifende Erfassung von Leistungen und Kapazitäten möglich und sinnvoll ist und dass die skizzierte Methode dazu beitragen kann, relative Über- und Unterversorgung deutlich präziser zu ermitteln und damit eine stringenter Bedarfsorientierung zu erreichen.

Germany has struggled for many years to reform the interface between off-ice-based ambulatory care and hospital-based inpatient and outpatient care. One major problem for such a reform is the question of how to facilitate needs-based planning and purchasing of outpatient care which is independent of whether services are provided by off-ice-based physicians or hospital outpatient departments. The article proposes a method for cross-sectoral planning and purchasing of specialised outpatient care with two main characteristics: First, it relies on service segments as the basis for planning. Second, it proposes to award provider contracts for a duration of ten years – instead of the current practice of unlimited contracts – and to more specifically define health care supply assignments of the Federal Joint Committee. The example of eye surgery in Berlin and Brandenburg illustrates the proposed method and shows that despite certain data limitations, cross-sectoral needs-based planning of service provision and health care capacities is possible based on readily available data. Potentially, such needs-based planning could allow an improved analysis of relative over- and under-supply as well as an improved allocation of resources according to needs.

## 12.1 Einleitung

Die bestehenden Versorgungsstrukturen, Institutionen sowie Planungs- und Abrechnungssysteme an den Sektorengrenzen der ambulanten und stationären Versorgung sind historisch gewachsen. Inzwischen existieren rund zwei Dutzend Rechtsformen für Krankenhausambulanzen und somit Bereiche, in denen Krankenhäuser und niedergelassene Vertragsärzte gleichermaßen an der Versorgung beteiligt sind (Seitz 2012; Leber 2010; Orłowski 2016; Leber und Wasem 2016). Im Ergebnis der historischen Genese entstand über die letzten zwei Dekaden ein „pfadabhängiger Wildwuchs“ (Wasem 2016) mit unklarer Versorgungsfunktion.

Seit vielen Jahren wird daher eine Reform angemahnt. Bisherige Versuche, die gesetzlichen Regelungen für alle Leistungsbereiche mithilfe eines neuen umfassenden Paragraphen zu vereinheitlichen oder den Krankenkassen weitgehende selektivvertragliche Optionen zu eröffnen (Leber 2010; SVR 2012; Schönbach und Faust 2012), blieben gesetzgeberisch mehr oder weniger folgenlos. Es zeichnet sich darüber hinaus ab, dass die ambulant-spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nicht den Kern eines sich nach und nach ausweitenden sektorenübergreifenden Versorgungsbereichs darstellen kann bzw. sollte (Straub et al. 2016; Leber und Wasem 2016). Zu groß sind die Steuerungsdefizite, die mit dem ASV-Modell einhergehen (Leber und Wasem 2016).

Dennoch ist eine Reform dringend angezeigt. Denn aus Versichertenperspektive bleibt der Status quo des ambulant-stationären Grenzbereichs höchst problematisch: Weder ist im Krankheitsfall der Zugang zu einer am medizinischen Bedarf orientierten gesundheitlichen Versorgung im ambulant-stationären Grenzbereich gewährleistet, noch ist aus Perspektive des Beitragszahlers sichergestellt, dass die vorhandenen Ressourcen wirtschaftlich eingesetzt werden (Orłowski 2016; von Stackelberg und Lehmann 2016; Schönbach und Faust 2012; Straub et al. 2016; Leber und Wasem 2016; Gerlach 2016). Zentrale systemische Defizite sind: das Fehlen einer klaren Zuweisung von Versorgungsaufträgen, die unzureichenden Voraussetzungen für eine präzise Erfassung ambulanter Krankenhauskapazitäten und -leistungen im Rahmen der Bedarfsplanung, die vollständige Absenz einer effektiven Angebots-, Mengen- und Preissteuerung sowie uneinheitliche Standards in der Qualitätssicherung (Uhlemann und Lehmann 2011; Leber und Wasem 2016). Als Folge ist der ambulant-stationäre Grenzbereich gekennzeichnet von Über- bzw. teilweise auch Unterkapazitäten, undifferenzierten und gleichzeitig regional sehr unterschiedlichen Leistungskatalogen und Preisen, einer zweifelhaften Mengenentwicklung und insbesondere einem Mangel an Transparenz und Qualitätsorientierung (SVR 2012).

Ob ein Patient ambulant oder stationär versorgt wird, hängt oftmals davon ab, wie sich vor Ort historisch die Sektoren entwickelt haben. Daran geknüpft sind die Fragen, ob ein Patient qualitätsgesichert behandelt wird und welche Vergütung der Behandler (für die gleiche Behandlung) erhält. Unklar ist auch, welche Versorgungsfunktion Krankenhausambulanzen übernehmen.

Die künftige Rolle von Krankenhäusern und insbesondere von Krankenhausambulanzen muss daher im Rahmen einer Reform des ambulant-stationären Grenzbereichs adressiert werden. Dabei ist es sinnvoll, zwischen drei Versorgungsfunk-

tionen von Krankenhausambulanzen zu unterscheiden (Scheller-Kreinsen et al. 2017; GKV-Spitzenverband 2017):

- a. Werden Krankenhausambulanzen ermächtigt, um Versorgungsdefizite der vertragsärztlichen Versorgung auszugleichen, ist der vertragsärztliche Regelungskanon (ergänzt um klare Ermächtigungskriterien) vollumfänglich anzuwenden.
- b. Werden spezialisierte und spezifische Versorgungsleistungen erbracht, die sowohl von Ambulanzen als auch von spezialisierten Vertragsärztinnen und -ärzten erbracht werden, wird eine sektorenübergreifende Steuerung inkl. einer gemeinsamen Bedarfsplanung und eines einheitlichen Vergütungssystems benötigt.
- c. Erfolgt eine hochspezialisierte ambulante Versorgung, die unter Qualitätsaspekten oder wegen notwendiger Strukturanforderungen vornehmlich oder ausschließlich von Krankenhausambulanzen erbracht werden sollte, ist der Leistungskatalog klar zu definieren und durch einheitliche Dokumentations- und Vergütungsmaßstäbe Transparenz herzustellen.

Abbildung 12–1 stellt die wesentlichen Merkmale der drei Reformcluster überblicksartig dar.

Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, eine Lösungsskizze für eine sektorenübergreifende ambulante Bedarfsplanung zu entwickeln, um künftig die erforderlichen Kapazitäten sektorenübergreifend zu planen und bedarfsgerechte Versorgungsaufträge zu vergeben. Eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung ist insbesondere für solche Leistungen notwendig, die sinnvollerweise sowohl von Vertragsärzten als auch von Krankenhausambulanzen erbracht werden können und sollen (vgl. Punkt b der oberhalb skizzierten Trias). Die Bedarfsplanung stellt ein wichtiges Element der angezeigten Reform des ambulanten-stationären Grenzbereichs dar. Weitergehende Reformbedarfe sind eine sektorenunabhängige und stärker fallpauschalierte Vergütungsstruktur und eine durchgehende und sektorenunabhängige Mengensteuerung sowie Qualitätssicherung, die an anderer Stelle beschrieben wurden (u.a. GKV-Spitzenverband 2017).

Abbildung 12–1

<b>Reformcluster der Ambulanzversorgung</b>		
<b>Ergänzende vertragsärztliche Versorgung</b>	<b>Aquivalente Leistungserbringung</b>	<b>Hochspezialisierte Ambulanzversorgung</b>
<b>Versorgungsdefizite ausgleichen</b>	<b>Fehlallokation und Überkapazitäten vermeiden</b>	<b>Transparenz schaffen und Versorgungsaufträge definieren</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchgängig bedarfsabhängige Ermächtigung</li> <li>• Durchgängig EBM-basierte Vergütung</li> <li>• Klare Definition und Abgrenzung der Versorgungsaufträge</li> <li>• Anrechnung in der Bedarfsplanung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sektorübergreifende Kapazitätssteuerung</li> <li>• Zeitlich befristete Versorgungsaufträge</li> <li>• Einheitliche Preis-, Mengen- und Qualitätssicherungssystematik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vereinheitlichung von Dokumentation, Strukturanforderungen und Vergütung</li> <li>• Stringente Definition der Versorgungsaufträge</li> </ul>
Krankenhaus-Report 2018		WIdO

Der Beitrag ist wie folgt aufgebaut: Abschnitt 12.2 stellt zunächst die bestehenden Ansätze der Angebots- und Kapazitätssteuerung für Vertragsärzte und Krankenhausambulanzen dar. Abschnitt 12.3 entwirft eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung für die gemeinsamen Leistungen von Vertragsärzten und Krankenhausambulanzen. In Abschnitt 12.4 wird die sektorenübergreifende Bedarfsplanung exemplarisch anhand des Leistungssegments ambulante Augenoperationen für die Raumordnungsregionen (ROR) Berlins und Brandenburgs illustriert. Abschnitt 12.5 fasst die Überlegungen zusammen.

## 12.2 Die ambulante Angebotssteuerung

### 12.2.1 Angebotssteuerung der vertragsärztlichen Versorgung

Die Angebotssteuerung der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung war in den letzten fünf Jahren fortlaufend Gegenstand gesetzgeberischer Tätigkeit. Insbesondere die Bedarfsplanung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wurde bzw. wird durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG; in Kraft getreten 2012) und durch das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG, in Kraft getreten 2015) reformiert. Wesentlicher Reformanlass waren die regionale Ungleichverteilung von Ärzten und der drohende Mangel an Hausärzten auf dem Lande. Aus Sicht der GKV ist die Situation in der ambulanten Versorgung nicht generell bedrohlich, aber doppelt ungünstig. Nicht nur sind die meisten spezialisierten Vertragsärzte in den Ballungszentren angesiedelt, sondern auch die Krankenhäuser und deren Ambulanzen sind vorrangig dort vorzufinden (Klein-Hitpaß und Leber 2012; Stackelberg und Lehmann 2016). Unstrittig ist daher, dass es „im Sinne einer bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung [...] eine zentrale gesundheitspolitische Herausforderung [ist], dem räumlichen Missverhältnis der Versorgungskapazitäten entgegenzusteuern.“ (SVR 2014, S. 350). Eine Aufgabe, die im Übrigen etwa so alt ist wie die gesetzliche Krankenversicherung (Lehmann und Partsch 2011).

Neben der räumlichen Fehlverteilung ist zudem problematisch, dass das Verhältnis zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung nicht ausgewogen ist (SVR 2014, S. 350). Statt von einem generellen Arztmangel muss von regionalen und arztgruppenspezifischen Fehlverteilungen ausgegangen werden. Insgesamt weist die vorliegende Evidenz eine fachärztliche Überversorgung in Ballungsgebieten und eine perspektivisch ausgedünnte primärärztliche Versorgung in einigen ländlichen Regionen aus.

Hier setzt die Bedarfsplanung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) an, bei der es sich um eine Kapazitätsplanung handelt. Deren Ziele sind insbesondere eine Begrenzung der Anbieterzahlen zum Schutz der finanziellen Stabilität der GKV und eine gleichmäßige Verteilung der Leistungserbringer im Raum zur Sicherstellung eines bedarfsgerechten Zugangs für die Patienten. Zu diesem Zweck wurden bedarfsplanerische Richtwerte definiert, die arztgruppen- und planungsbezogen die Anzahl der Leistungserbringer festlegen, die für eine bedarfsge-

rechte Versorgung der Bevölkerung benötigt werden. Dabei müssen nicht alle Arztgruppen in die Bedarfsplanung einbezogen werden. Die Vorgaben der Bedarfsplanung werden durch den G-BA in der Bedarfsplanungs-Richtlinie getroffen. Die Bedarfsplanung erfolgt anhand bundeseinheitlicher Kriterien, von denen nur mit Begründung abgewichen werden darf, wenn und soweit regionale Besonderheiten dies für eine bedarfsgerechte Versorgung erfordern.<sup>1</sup>

Verhältniszahlen bilden in der ambulanten Bedarfsplanung das Verhältnis von Einwohnern zu Ärzten (bzw. Versorgungsaufträgen) ab. Die Sollkapazität einer Planungsregion ergibt sich aus der Anwendung der Verhältniszahl auf die Einwohner (Division Einwohner durch Verhältniszahl). Aus dem Vergleich der Ist-Kapazität und der Soll-Kapazität berechnet sich der Versorgungsgrad. Ein Versorgungsgrad von 100 v. H. bedeutet, dass genau so viele Ärzte zugelassen sind, wie nach den Maßgaben der Bedarfsplanung für eine bedarfsgerechte Versorgung benötigt werden. Verhältniszahlen existieren für jede Arztgruppe und basieren i. d. R. auf normativen Setzungen, die auf der Grundlage einer Bewertung der in der Vergangenheit vorgefundenen Versorgungssituation und der Ableitung entsprechender Erfahrungs- und Erwartungswerte ermittelt wurden. Die Verhältniszahlen sind regelmäßig zu überprüfen und können regional differenziert werden. Zudem kann bei der Erstellung der Bedarfspläne vor Ort auch ein Demografiefaktor zur Anwendung kommen.

Die Vorgaben der Bedarfsplanung bilden die Grundlage für vertragsärztliche Zulassungen und Zulassungsbeschränkungen. Die vertragsärztliche Zulassung wird für eine bedarfsplanungsrechtliche Arztgruppe und den spezifischen Planungsbereich erteilt. Innerhalb des Planungsbereichs kann der Arzt den Sitz seiner Niederlassung frei wählen, da für Vertragsärzte grundsätzlich Niederlassungsfreiheit besteht. Die Zulassungsbeschränkung stellt eine Einschränkung dieses Grundrechts dar. Darüber hinaus wird die Zulassung für das gesamte Tätigkeitsfeld einer bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe erteilt. Im Rahmen der erforderlichen fachlichen Qualifikation ist der zugelassene Arzt in der Ausgestaltung seiner ärztlichen Tätigkeit frei (Berufsausübungsfreiheit) und unterliegt keinen fachlichen Weisungen (Freiberuflichkeit).

Eine Zulassung wird in Abhängigkeit von der Versorgungssituation erteilt. Insbesondere kann eine Zulassung nicht erfolgen, wenn ein Planungsbereich für das betreffende Fachgebiet wegen Überversorgung gesperrt ist. Dies geschieht i. d. R., wenn der Versorgungsgrad in einem Planungsbereich für eine Arztgruppe über 110 v. H. liegt und den Sollwert der Bedarfsplanung damit um mehr als 10 v. H. überschreitet. Endet die Zulassung eines Vertragsarztes in einem gesperrten Planungsbereich durch Tod, Verzicht oder Entziehung und soll die Praxis fortgeführt werden, hat der ausscheidende Vertragsarzt i. d. R. allerdings die Möglichkeit einer Nachbesetzung.<sup>2</sup>

Die Bedarfsplanung trifft für die unterschiedlichen Arztgruppen differenzierte Regelungen. Unterschiede in den Mitversorgungsbeziehungen sowie der für eine wirtschaftliche Praxisführung benötigten Einzugsgebiete werden durch entsprechende Differenzierungen in der regionalen Planungsgrundlage und bei der Fest-

1 Vgl. § 2 BPL-RL.

2 Vgl. § 103 SGB V.

legung der Verhältniszahlen berücksichtigt. Deshalb sieht die Bedarfsplanung unterschiedliche Planungsräume für Hausärzte (Mittelbereiche), allgemeine Fachärzte (Kreise und kreisfreie Städte), spezialisierte Fachärzte (Raumordnungsregionen) und gesonderte Fachärzte (KV-Regionen) vor. Bei der allgemeinen fachärztlichen Versorgung werden die Planungsbereiche fünf raumordnungsspezifischen Planungskategorien zugeordnet und dadurch weiter spezifiziert. Die Typisierung erfolgt auf Basis des Konzepts der Großstadtregionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) und soll insbesondere Mitversorgungseffekte abbilden. Im Ergebnis kommen für jede Arztgruppe der allgemeinen fachärztlichen Versorgung je nach Typ des Planungsbereichs fünf unterschiedliche Verhältniszahlen zur Anwendung. Das Ruhrgebiet wird aufgrund der regionalen Struktur als besondere Region mit abweichenden Verhältniszahlen beplant.

Die Versorgungssituation in angrenzenden Regionen oder eine planungsbereichsübergreifende Mitversorgung können bei der Beurteilung der regionalen Versorgungssituation relevant sein und in die Entscheidungen der Landes- und Zulassungsausschüsse nach § 95 bzw. § 96 SGB V einfließen.

### 12.2.2 Angebotssteuerung des ambulant-stationären Grenzbereichs

Tabelle 12–1 verdeutlicht, dass die ausgabenstärksten Versorgungsbereiche des ambulant-stationären Grenzbereichs auf Seiten der Krankenhausambulanzen nur bedingt einer Angebots- bzw. Kapazitätssteuerung unterliegen.

Der Zugang von Krankenhäusern zur ambulanten Leistungserbringung erfolgt fast ausnahmslos ohne Teilnahmebegrenzung. Ferner existieren (fast) keine Instrumente zum Abbau von Überkapazitäten. Das liegt nicht zuletzt daran, dass versorgungsbereichsübergreifend keine Kapazitätsplanung erfolgt, die begrenzende Maßnahmen legitimieren könnte. Es kommt damit insbesondere in den Versorgungsbereichen mit identischer Leistungserbringung durch Krankenhausambulanzen und Vertragsärzte zu Verwerfungen: Vertragsärzte müssen die Bedarfsplanung und das Zulassungsrecht gegen sich gelten lassen, während Krankenhäuser i. d. R. ohne Bedarfsplanung gleichwertige Leistungen erbringen. Besonders deutlich wird dieses Defizit im Bereich des ambulanten Operierens: Hier gilt für Krankenhäuser und Vertragsärzte ein quasi inhaltsgleicher Leistungskatalog – Gegenstand der Bedarfsplanung sind jedoch nur die vertragsärztlichen Leistungserbringer. Eine sinnvolle Angebotssteuerung ist auf dieser Grundlage nicht möglich. Gleichzeitig können Regionen, in denen ggf. Versorgungsangebote fehlen, nicht nach einer einheitlichen Systematik identifiziert werden. Eine Berücksichtigung durch Anrechnung der Kapazitäten der Krankenhausambulanzen oder durch Bereinigung der vertragsärztlichen Kapazitäten ist zwar für eine Reihe von Rechtsgrundlagen (z. B. § 99 Abs. 1 Satz 2 SGB V, § 87 Abs. 4 Satz 1 Nr. 4 SGB V, § 116b Abs. 6 S. 13) vorgesehen, findet aber de facto aufgrund der Komplexität nur selten statt.

Vor diesem Hintergrund konnten die Ziele diverser Reformen im ambulant-stationären Grenzbereich nicht erreicht werden. So wurde beispielsweise bei Einführung des ambulanten Operierens wegen der angestrebten Verlagerung stationärer Operationen in den ambulanten Bereich darauf verzichtet, das Angebot für ambulante Operationen zu steuern. Das bedeutet, dass die Zulassung sich ausschließlich an strukturellen und personellen Merkmalen des Leistungserbringers orientiert –

Tabelle 12-1  
 Angebotssteuerung ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser und Krankenhausambulanzen

Versorgungsform	§ SGB V	Kapazitätssteuerung								
		Zugangsweg zur Erbringung ambulanter Leistungen	Teilnahmebegrenzung	Kapazitätsplanung	Gesetzliche Grundlage für den Abbau von Überkapazitäten	Strukturelle oder personelle Voraussetzungen für die Erbringung ambulanter Leistung	Gesetzliche Grundlage für eine Berücksichtigung in der BPL	Anrechnung auf die BPL	Bereinigung von Kapazitäten in der BPL	
Ambulantes Operieren	115b	Für Krankenhäuser gesetzliche Ermächtigung, Mitteilung; für Vertragsärzte Zulassung	Nein	Nein	Nein	Ja (QS-Vereinbarung)	Ja	Nein	Nein	
Vor- und nachstationäre Behandlung im KH	115a	KH-Plan	KH-Plan	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)	116b (neu)	Gesetzlich verankert Berechtigung für zugelassene Leistungserbringer bei Erfüllen der Voraussetzungen, eLA prüfen Anträge	Nein	Nein	Nein	Ja, ASV-RL (G-BA)	Nein	Nein	Nein	Ja
Hochschulambulanzen	117	Gesetzliche Ermächtigung, Zulassungsan-spruch	Nein, nur über den Status	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja
Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)	119	ZA entscheidet	Bedarfsprüfung durch ZA; der Gesetzgeber geht von einem grundsätzlichen Bedarf aus, sodass allein andere Zentren – und nicht Kinderärzte – bei der Bedarfsprüfung zu berücksichtigen sind (Seitz 2012)	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein

Tabelle 12-1  
Fortsetzung

Versorgungsform	§ SGB V	Kapazitätssteuerung							
		Zugangsweg zur Erbringung ambulanter Leistungen	Teilnahmebegrenzung	Kapazitätsplanung	Gesetzliche Grundlage für den Abbau von Überkapazitäten	Strukturelle oder personelle Voraussetzungen für die Erbringung ambulanter Leistung	Gesetzliche Grundlage für eine Berücksichtigung in der BPL	Anrechnung auf die BPL	Bereinigung von Kapazitäten in der BPL
Psychiatrische Institutsambulanz	118	Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss ohne Bedarfsprüfung	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein
Integrierte Versorgung/besondere Versorgung (VSG)	140a-f	Einzelvertraglich	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Teilstationäre Behandlung	39	Zulassung	Nein	Indirekt durch KH-Planung	Indirekt durch KH-Planung	Erfüllung der Voraussetzungen nach § 107 Abs. 1 sowie der Anforderungen nach Krankenhausplanung	Nein	Nein	Nein

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

die Versorgungssituation findet keine Berücksichtigung. Gleichzeitig wurde auf eine Mengensteuerung verzichtet. Im Ergebnis stieg zwar die Zahl der ambulanten Operationen stark an. Es bleibt aber unklar, ob es tatsächlich zu einer Leistungsverlagerung kam oder ob ein unregelmäßiger Anstieg der Leistungsmenge erfolgte (SVR 2012; Friedrich und Tillmanns 2016), wobei zumindest in Teilen von einer angebotsinduzierten Leistungsmengenausweitung auszugehen ist (SVR 2012; Garre et al. 2015). Diese Entwicklung ist angesichts von stationären (OECD 2013, Busse et al. 2016; Leber und Scheller-Kreinsen 2015) und vertragsärztlichen Überkapazitäten (Klose und Rehbein 2016) keine Überraschung. Die ungesteuerte Kapazitäts- und Mengenausweitung ist mit negativen Folgen für die Versicherten (Über- und Fehlversorgung) und die Beitragszahler (steigende Gesundheitsausgaben und Beiträge) verbunden.

## 12.3 Sektorenübergreifende Bedarfsplanung

Dieser Abschnitt skizziert zwei wesentliche Bausteine einer möglichen sektorenübergreifenden Bedarfsplanung und Zulassung: Erstens die Nutzung von Versorgungssegmenten oder Leistungsgruppen als Planungseinheiten (siehe Abschnitt 12.3.1) und zweitens die Vergabe zeitlich befristeter spezifischer Versorgungsaufträge (siehe Abschnitt 12.3.2). Zusätzlich werden Überlegungen zur Weiterentwicklung der Angebotssteuerung angestellt, wobei zum einen finanzielle Anreize zur Anwendung kommen könnten (Abschnitt 12.3.3) und zum anderen durch die Übertragung von leistungsbezogenen Versorgungsaufträgen gegen Kompensation eine Konzentration der Leistungserbringung erreicht werden könnte (Abschnitt 12.3.3).

Eine sektorenübergreifende leistungsorientierte Bedarfsplanung kann auf der bisherigen ambulanten Bedarfsplanung des G-BA aufbauen. Diese unterscheidet seit Januar 2013 vier Versorgungsstufen: die hausärztliche Versorgung, die allgemeine fachärztliche Versorgung, die spezialisierte fachärztliche Versorgung und die gesonderte fachärztliche Versorgung. Dieser Systematik kann für die gemeinsamen, spezialisierten Leistungen von Krankenhausambulanzen und Vertragsärzten eine fünfte Versorgungsstufe hinzugefügt werden (vgl. Tabelle 12–2).

### 12.3.1 Nutzung von Versorgungssegmenten oder Leistungsgruppen als Planungseinheiten

Im Unterschied zu den Stufen eins bis vier kann eine sektorenübergreifende fünfte Stufe der Bedarfsplanung nicht auf die Planung ganzer Arztgruppen im Sinne der Weiterbildungsordnung abstellen, sondern muss sich auf spezifische Leistungssegmente beziehen. Ein Bezug auf Leistungssegmente ist notwendig, um eine Abgrenzung zur vertragsärztlichen Versorgung zu ermöglichen. Das Ziel ist, dass klar abgegrenzte Leistungssegmente auf Grundlage von Krankheitsepisoden oder Behandlungsanlässen (z. B. ambulante Augen-OPs, Koronarangiographien) in Zukunft von spezifisch ausgewählten Leistungserbringern erbracht werden.

Tabelle 12-2

**Modell der Bedarfsplanungsebenen nach Einführung der 5. Versorgungsstufe**

	Hausärztliche Versorgung	Allgemeine fachärztliche Versorgung	Spezialisierte fachärztliche Versorgung	Gesonderte fachärztliche Versorgung	Sektorenübergreifende Versorgung
Arztgruppen und Leistungsbereiche	Hausärzte	Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, Hautärzte, HNO, Nervenärzte, Urologen Orthopäden, Kinderärzte, Psychotherapeuten	Anästhesisten, Fachinternisten, Kinder- und Jugendpsychiater, Radiologen	Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, PRM, Strahlentherapeuten, Transfusionsmediziner i. d. R. Auftragsleistungen	AOP, ASV, Leistungssegmente der teilstationären Versorgung, der PIA und der SPZ
Art der Versorgung	Generalistische Versorgung	Fachgebietsbezogene Versorgung	Fachgebietsbezogene Versorgung bzw. Auftragsleistungen		Definierte Leistungsbereiche mit spezifischen Anforderungen an Struktur und Qualität
Leistungsangebot	Allgemeine ambulante Versorgung durch Hausärzte	Allgemeine und spezifische ambulante Versorgung durch Fachärzte	Spezialisierte ambulante Versorgung durch Fachärzte	Gesonderte ambulante Versorgung durch Fachärzte	Sektorenübergreifende Versorgung durch Fachärzte; Diagnostik und leitende Therapieentscheidung, ambulante Operationen
Inanspruchnahme	Höhere Frequenz, direkte Inanspruchnahme	Geringe bis mittlere Frequenz, Überweisung und direkte Inanspruchnahme	Geringe bis mittlere Frequenz, Überweisung und direkte Inanspruchnahme	Geringe Frequenz, i. d. R. Überweisung	Episodenbezogene Inanspruchnahme, ggf. Überweisung durch Facharzt/fachärztgleich
Erreichbarkeit	Wohnortnah	Mittlere Entfernung	Größere Entfernung	Große Entfernung	Größere bis große Entfernung
Rechtliche Grundlagen der Teilnahme		Bedarfsplanung und Zulassungsgrenzen	Bedarfsplanung und Zulassungsgrenzen inkl. Zulassungsbeschränkungen		Sektorenübergreifende Bedarfsplanung und begrenzte, zeitlich befristete spezifische Versorgungsaufträge
Teilnahmemastatus	Zulassung	Zulassung	Zulassung	Zulassung	Zusätzliche spezifische Versorgungsaufträge für bereits zugelassene Leistungserbringer
Planungsbereich	Mittelbereich	Kreis	Raumordnungsregion	KV	ROR/KV/Bundesland
Verhältniszahl	Einheitliche Verhältniszahl	Differenzierte Verhältniszahl (5 Typen)	Einheitliche Verhältniszahl	Einheitliche Verhältniszahl	Einheitliche Verhältniszahl
Qualifikationsniveau	Facharztstatus	Facharztstatus	Facharztstatus	Facharztstatus	Facharztstatus

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Zur Ermittlung des regionalen Versorgungsbedarfs in der fünften Versorgungsstufe sind vom G-BA analog zur aktuellen Bedarfsplanung Verhältniszahlen und Planungsbereiche festzulegen.

Anders als im Bereich der vertragsärztlichen Bedarfsplanung, die nicht nach Leistungen spezifischer Erkrankungsgruppen, sondern nach arztgruppenspezifischen Versorgungsaufträgen entsprechend ganzer, halber oder viertel Arztsitze erfolgt, ist eine Planung von Arztsitzen für Krankenhausambulanzen ungeeignet. Die Angebotskapazitäten im Krankenhaus können prinzipiell beliebig erweitert werden. In der vertragsärztlichen Versorgung ist dies durch den Facharztstatus und die Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung nicht gegeben. Aufgrund der Vorkhaltung von Ärzten für den stationären Bereich ist die verfügbare ärztliche Kapazität in den Ambulanzen nicht begrenzt, vielmehr ist eine Kapazitätsausweitung durch die Hinzuziehung von weiteren Krankenhausärzten prinzipiell jederzeit möglich. Für Leistungssegmente, die im Team erbracht werden (z. B. Operateur und Anästhesist), ist der Einzelarztbezug daneben ungeeignet, da sich die einzelnen Versorgungsbeiträge kaum zu Personalkapazitäten einer einzelnen Arztgruppe verdichten lassen. Die Kapazitätsplanung der fünften Versorgungsstufe muss demnach auf Leistungssegmente bzw. Leistungsbereiche, ggf. auch auf Teams, nicht jedoch auf Arztgruppen bezogen werden. Gleichzeitig müssen die Leistungssegmente in vertragsärztliche Kapazitäten übersetzbar sein („Umsteiger“), damit Leistungserbringer aus beiden Versorgungsbereichen gleichermaßen berücksichtigt werden können. Für eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung bedeutet das, dass Kapazitäten (z. B. Vollzeitäquivalente (VZÄ) oder Teams) aus der Leistungsmenge abgeleitet werden müssen – und dass umgekehrt Kapazitäten in zu erbringende Leistungsmengen umrechenbar sein müssen.

In etablierten Versorgungsbereichen mit differenzierten Struktur- und Leistungsdaten, wie im Bereich der AOP, ist die Berechnung einer Soll-Verhältniszahl auf der Basis vorhandener Leistungsdaten möglich. Abbildung 12–1 skizziert einen möglichen Ansatz für den Bereich AOP. In einem ersten Schritt wird hier auf der Basis der Verteilung des abgerechneten EBM-Volumens in einem bestimmten Leistungssegment (z. B. Augenoperationen) die Leistungsmenge ermittelt, die von einem in Vollzeit operierenden Arzt erbracht wird. Dabei ist zu beachten, dass viele Ärzte nicht in Vollzeit operativ tätig sind, das heißt, es ist zunächst erforderlich, aus den Abrechnungsdaten abzuleiten, welches Volumen mit einer vollen Kapazität verbunden wäre.

Anschließend kann das bundesweit erbrachte EBM-Volumen des Leistungssegments durch die von einem in Vollzeit operierenden Arzt erbrachte Leistungsmenge geteilt werden. Daraus ergibt sich dann die Anzahl der VZÄ, die zur Erbringung dieses Leistungsvolumens notwendig sind. Für die Berechnung der bundesweiten Soll-Verhältniszahl von VZÄ zu Einwohnern gibt es nun zwei Möglichkeiten: (1) Die Verhältniszahl wird direkt aus den ermittelten bundesweiten VZÄ abgeleitet; oder (2) es wird eine Korrektur des vorgefundenen Werts vorgenommen, um zu verhindern, dass eine eventuell vorhandene bundesdurchschnittliche Über- oder Unterversorgung zum neuen Soll erhoben wird. Die Berechnung der Verhältniszahl je Planungsbereich ergibt sich anschließend aus der Anzahl der Einwohner je Planungsbereich, die um mögliche Korrekturfaktoren wie beispielsweise die Altersstruktur adjustiert wird. In diesem Zusammenhang werden die Ergebnisse

der durch das GKV-VSG ausgelösten Revision der Bedarfsplanung eine Orientierung bieten.

In Versorgungsbereichen mit kaum etablierter ambulanter Versorgungsstruktur (z. B. ASV) können Verhältniszahlen nicht aus vorhandenen Struktur- und Leistungsdaten abgeleitet werden. Eventuell können aber andere Informationen wie z. B. Prävalenzschätzungen oder Erreichbarkeitserwägungen berücksichtigt werden. Für diese Bereiche sollte alle fünf Jahre eine Evaluation erfolgen, um zu überprüfen, wie sich die Angebotsstrukturen entwickeln und ob ggf. Verhältniszahlen nach dem oben dargestellten Verfahren gebildet werden können.

Die Planungsbereiche nach der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA umfassen bislang unterschiedliche Räume (KV, ROR, Kreis). Die Leistungen der fünften Versorgungsstufe sind voraussichtlich aufgrund des hohen Spezialisierungsgrades in der Regel auf den Aggregationsebenen Bundesland (16) oder Raumordnungsregion (ROR) (96) zu planen (BBSR 2016). Auf der Raumordnungsregionsebene hätte ein Planungsbereich damit durchschnittlich ca. 830 000 Einwohner.

Nach der Festlegung von Verhältniszahlen und Planungsbereichen durch den G-BA lassen sich die Versorgungsgrade je Planungsbereich ermitteln. Dabei werden die SOLL-Vorgaben des G-BA mit den IST-Werten des Planungsbereichs verglichen. Der ermittelte Versorgungsgrad bestimmt anschließend den Prozess der Vergabe von Versorgungsaufträgen (siehe nächster Abschnitt).

### 12.3.2 Vergabe zeitlich befristeter spezifischer Versorgungsaufträge

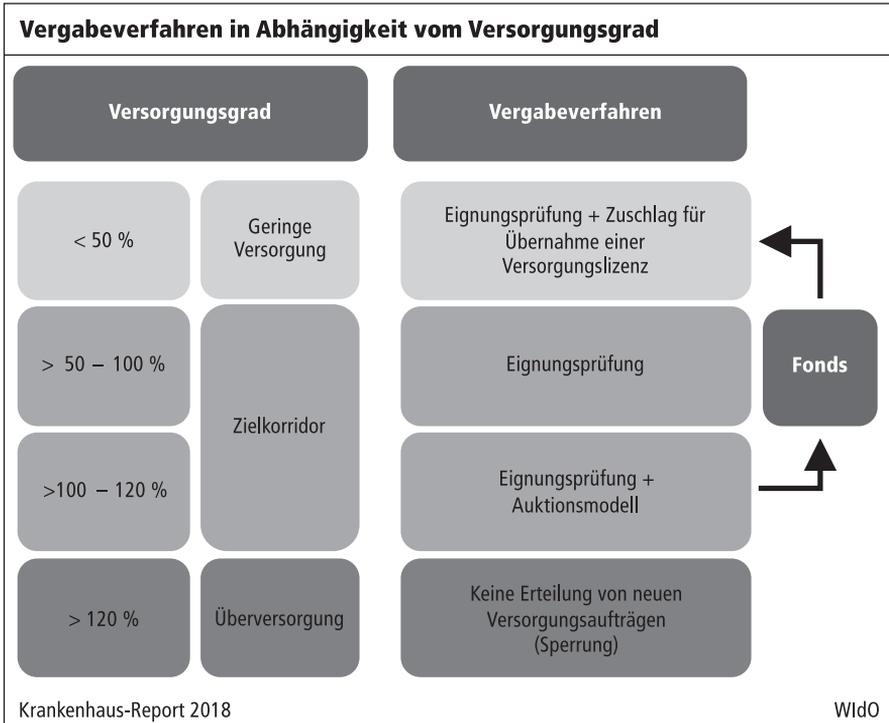
Leistungssegmente im Cluster der äquivalenten Leistungserbringung durch Krankenhausambulanzen und Vertragsärzte bedürfen in der Regel spezieller Qualifikationen oder struktureller Voraussetzungen, sodass eine Leistung nur durch ausgewählte (bereits zugelassene) Vertragsärzte oder Krankenhausambulanzen erbracht werden sollte. Diese erhalten nach dem im Folgenden ausgeführten Verfahren (vgl. auch Abbildung 12–2) zusätzlich zu ihrem bereits bestehenden Versorgungsauftrag einen zeitlich befristeten spezifischen Versorgungsauftrag für das jeweilige Leistungssegment.<sup>3</sup> Der Versorgungsauftrag ist spezifisch, weil er einerseits die zu erbringenden Leistungen und andererseits die benötigte Kapazität (z. B. in VZÄ) zur Erbringung dieser Leistungen definiert.

Eine zeitliche Befristung des Versorgungsauftrags ist notwendig, um die Zementierung von Versorgungsstrukturen zu verhindern. Sinnvoll erscheint eine Befristung auf zehn Jahre, weil dieser Zeitraum einerseits eine mittelfristige Investitionsplanung und andererseits eine Neubewertung der regionalen Versorgungssituation nach einer Dekade ermöglicht. Die Bestimmung der zu erbringenden Leistungen und der dafür benötigten Kapazitäten ist notwendig, um Vertragsärzten und Krankenhausambulanzen vergleichbare Versorgungsaufträge zu erteilen.

Der zusätzliche Versorgungsauftrag muss durch ein Gremium auf der Landesebene vergeben werden, das die bedarfsplanerischen Vorgaben des G-BA für die fünfte Versorgungsstufe umsetzt. Dazu kann entweder auf die bestehenden erwei-

<sup>3</sup> Die Vergabe zeitlich befristeter Versorgungsaufträge und das unterhalb beschriebene Auktionsmodell sind juristisch zu prüfen und gehen mit einer strukturellen Anpassung der bisherigen gesetzlichen Grundlagen einher.

Abbildung 12–2



terten Landesausschüsse (eLAs) zurückgegriffen werden oder es wird ein neues Gremium für die fünfte Versorgungsstufe geschaffen. Um gleiche Zugangschancen und Wettbewerbsbedingungen für Vertragsärzte und Krankenhäuser bei gleichzeitigem Ausgleich zwischen den Interessen der Versicherten und der Leistungserbringer zu gewährleisten, ist es wichtig, dass unabhängig von dem institutionellen Format eine Stimmverteilung in G-BA-Parität unter Beteiligung von Vertragsärzten und Vertretern der Krankenhäuser (den Landeskrankenhausgesellschaften) verankert wird.

Bei der Vergabe von Versorgungsaufträgen sollte auf der Systematik der ambulanten Bedarfsplanung aufgesetzt werden. Anders als bei der Vergabe von vertragsärztlichen Versorgungsaufträgen sollte in der fünften Versorgungsstufe allerdings eine differenziertere Angebotssteuerung erfolgen (Abkehr vom binären Prinzip: 0 = Sperrung; 1 = Zulassung). Das heißt, dass je nach Versorgungsgrad und festgestellter Versorgungslage unterschiedliche Vergabeverfahren zum Einsatz kommen (vgl. Abbildung 12–2). Die Umsetzung des Vergabeverfahrens sollte durch Vorgaben des G-BA geregelt werden. Genauso werden auch Regelungen für die Verwendung von Mitteln eines zu schaffenden Fonds zu definieren sein, dessen Ziel die Förderung der Vergabe von Versorgungsaufträgen in unterversorgten Regionen sein wird.

Der Kern des Vergabeverfahrens wird bei Versorgungsgraden unter 100% eine Eignungsprüfung durch das dreiseitige Zulassungsgremium auf Landesebene sein.

Dabei wird überprüft, ob ein Bewerber die personellen und strukturellen Voraussetzungen der Vorgaben des G-BA erfüllt. Liegt der Versorgungsgrad unter 50% und wurde eine Unterversorgung festgestellt, werden zusätzlich Anreize für einen Kapazitätsaufbau gesetzt, indem Zuschläge für die Übernahme eines Versorgungsauftrags gezahlt werden. Die Höhe des Zuschlags wird auf Landesebene bestimmt – allerdings anhand bundeseinheitlicher Kriterien, die zwischen KBV, DKG und GKV-Spitzenverband zu vereinbaren sind.

### 12.3.3 Angebotssteuerung über finanzielle Anreize

Eine sinnvolle Weiterentwicklungsoption des bisherigen Prinzips des Verkaufs von Arztsitzen innerhalb der Ärzteschaft ist ein formalisiertes Auktionsmodell, dessen Erträge der Versorgung zu Gute kommen und das gleichzeitig Überversorgungstendenzen entgegenwirkt. Dieses Modell könnte wie folgt umgesetzt werden:

Liegt in einem Planungsbereich der Versorgungsgrad zwischen 100% und 120%<sup>4</sup>, wird vom Zulassungsgremium neben qualitativen Kriterien auch die Bereitschaft des Leistungserbringers berücksichtigt, für den Erhalt des Versorgungsauftrags einen Preis zu bezahlen. Das heißt, dass zunächst die Leistungserbringer ermittelt werden, die die Strukturvoraussetzungen des G-BA erfüllen. Anschließend erfolgt die Vergabe des Versorgungsauftrags an denjenigen der geeigneten Bewerber, der den höchsten Preis für die Übernahme des Versorgungsauftrags bietet. Die eigentliche Vergütung der Leistungen für den Leistungserbringer, sofern dieser einen Versorgungsauftrag erhält, ist davon unberührt. Aufgrund des vorgeschalteten Eignungstests können nur Bewerber zum Zuge kommen, die die Vorgaben des G-BA erfüllen. Die Einnahmen aus der Vergabe der Versorgungsaufträge in Planungsbereichen mit hohen Versorgungsgraden fließen in den Fonds zur Förderung der Vergabe von Versorgungsaufträgen in Planungsbereichen mit niedrigen Versorgungsgraden. Die Umverteilung erfolgt dabei leistungssegment- und bundesländerübergreifend.

Das vorgesehene Vergabeverfahren knüpft damit an bestehende Regelungen der vertragsärztlichen Zulassung an. So ermöglicht beispielsweise der § 103 Abs. 4 Satz 5 SGB V, die Leistungserbringer im Zulassungsverfahren anhand von qualitativen Voraussetzungen wie etwa der Erfüllung von besonderen Versorgungsbedürfnissen, der Tätigkeit in vernetzten Strukturen oder dem Angebot eines besonderen Versorgungsmanagements auszuwählen. Die Vergabe des Versorgungsauftrags in Abhängigkeit vom gebotenen Preis knüpft inhaltlich an die im vertragsärztlichen Bereich gängige Praxis des Verkaufs von Vertragsarztsitzen (Abrechnungslizenzen gegenüber der GKV) im Zuge der Nachbesetzungsverfahren (BÄK 2008) an. Im Vergleich zu der gängigen Praxis würde das vorgeschlagene Verfahren den Vorteil haben, dass es einen Anreizrahmen für eine verbesserte Kapazitätssteuerung schafft.

Kasten 1 verdeutlicht das mögliche Vergabeverfahren unter Berücksichtigung des Preises anhand eines Anwendungsbeispiels.

<sup>4</sup> Es handelt sich hier um einen exemplarischen Schwellenwert. Eine Festlegung muss normativ erfolgen.

**Kasten 1: Die Koppelung eines Versorgungsauftrags an ein Zielbudget**

Ohne eine Begrenzung der Leistungsmenge durch ein Zielbudget wäre eine Leistungsausweitung insbesondere in Krankenhausambulanzen kaum zu kontrollieren, da dort der Einsatz von zusätzlichem (über den Versorgungsauftrag im Sinne von z. B. einem VZÄ hinausgehendem) Personal schwer ausgeschlossen werden kann. In Anlehnung an den Mehrerlösausgleich in der stationären Versorgung ist daher eine Preisabstaffelung bei Überschreitung des Zielbudgets eines Versorgungsauftrags der zentrale Ansatzpunkt für eine Mengensteuerung. Das heißt, dass ähnlich wie in der stationären Versorgung bei Überschreitung des Zielbudgets der Preis auf einen deutlich niedrigeren Wert abgesenkt wird, z. B. ähnlich wie beim Mehrerlösausgleich um 65 %. Dieser Mechanismus hat unterschiedliche Preise innerhalb und außerhalb des Zielbudgets zur Folge. Eine essentielle Voraussetzung für eine effektive Begrenzung der Leistungsmenge ist allerdings eine kassenübergreifende Zusammenführung der Leistungsdaten im Rahmen der Abrechnung.

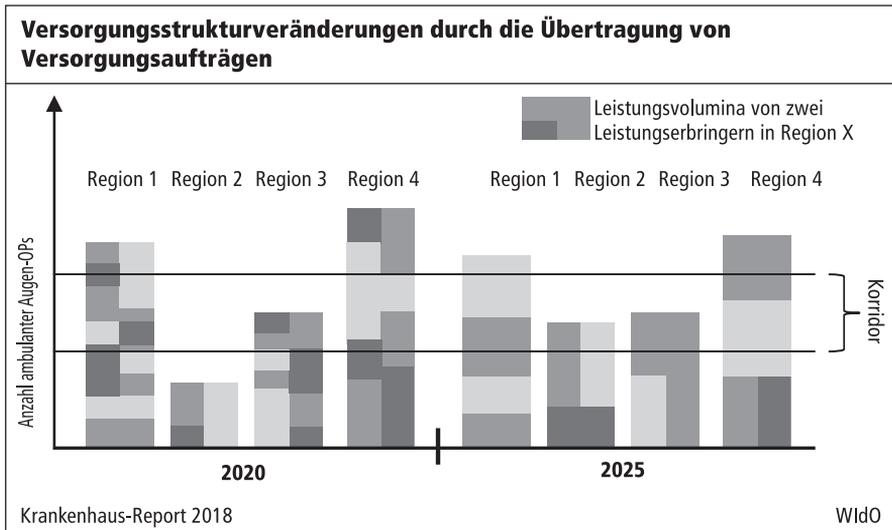
### 12.3.4 Übertragung von leistungsbezogenen Versorgungsaufträgen gegen Kompensation

Eine konsequente Umsetzung des Auktionsmodells würde den Leistungserbringern auch die Möglichkeit eröffnen, die ihnen zugewiesenen leistungsbezogenen Versorgungsaufträge für die Restlaufzeit gegen Kompensation an andere Leistungserbringer mit spezifischem Versorgungsauftrag zu übertragen. Dies ermöglicht Konzentrations- und Spezialisierungsprozesse ohne permanente Kapazitätsausweitung. Außerdem führt es dazu, dass eine Veränderung der Versorgungsstrukturen bereits während einer Übergangsphase (vgl. unterhalb) angestoßen werden kann. Die Übertragung eines Versorgungsauftrags von einem Leistungserbringer zu einem anderen sollte allerdings unter dem Vorbehalt der Bestätigung durch das dreiseitige Landesgremium stehen, das auch über den für den Versorgungsauftrag bezahlten Preis zu informieren ist.

Als Übergangskonzept für die Einführung des zusätzlichen spezifischen Versorgungsauftrags sollte bei Umsetzung der Weiterentwicklungsoption sichergestellt werden, dass zumindest für die ersten zehn Jahre kein Leistungserbringer die Möglichkeit verliert, die bisher erbrachten Leistungen weiter zu erbringen. Zu diesem Zweck erhalten alle in dem jeweiligen Leistungssegment aktiven Leistungserbringer (Vertragsärzte und Krankenhausambulanzen) zunächst unabhängig vom Versorgungsgrad für einen Zeitraum von zehn Jahren einen spezifischen Versorgungsauftrag, der dem Umfang der bisherigen Tätigkeit in dem jeweiligen Leistungssegment entspricht. Diese Versorgungsaufträge können anschließend an andere Leistungserbringer mit einem spezifischen Versorgungsauftrag in Regionen mit einem Versorgungsgrad unterhalb von 120% gegen Kompensation übertragen werden.

Abbildung 12–3 illustriert den erwarteten Effekt dieser Regelung im Zusammenspiel mit dem oben beschriebenen System der Bedarfsplanung auf die Versorgungslandschaft unter der Annahme, dass im Jahr 2020 erstmals spezifische Versorgungsaufträge an bisher aktive Leistungserbringer vergeben werden. In den nächsten fünf Jahren werden einzelne Leistungserbringer aufgrund ihres Alters aus der Versor-

Abbildung 12–3



gung ausscheiden. In Regionen mit einem Versorgungsgrad über 120 % werden diese ausgelassenen Versorgungsaufträge nicht neu vergeben. In Regionen mit einem Versorgungsgrad unter 50 % werden Leistungserbringer durch Anreize motiviert, zusätzliche Versorgungsaufträge zu übernehmen, wodurch die Unterversorgung in diesen Regionen sinkt. Gleichzeitig kommt es durch die Übertragung von Versorgungsaufträgen in allen Regionen zu einem Konzentrationsprozess bei der Leistungserbringung.

## 12.4 Anwendungsbeispiel ambulante Augenoperationen

Abschnitt 12.4 illustriert das in Abschnitt 12.3 beschriebene Modell anhand einer sektorenübergreifenden Betrachtung von ambulanten Augenoperationen in den ROR der Bundesländer Berlin und Brandenburg.

### 12.4.1 Ansatz, Datengrundlagen und Methoden

Ausgangspunkt des Anwendungsbeispiels ist zunächst die Definition des relevanten Versorgungssegments. Es handelt sich dabei um die Augenoperationen des ambulanten Operierens, die anhand der Gebührenordnungspositionen (GOP) 31321, 31322, 31323, 31324, 31325, 31326, 31327, 31328, 31331, 31332, 31333, 31334, 31335, 31336, 31337, 31338, 31341, 31342, 31343, 31344, 31345, 31346, 31347, 31348, 31350, 31351, 31362, 31371, 31372, 31373 (gemäß EBM 2015) erfasst wurden. Anhand dieses Leistungskranzes wurden aus den Daten der arztseitigen Rechnungslegung die Anzahl der abgerechneten GOPen und das jeweilige Punktvolumen der niedergelassenen Ärzte mit Praxissitz in der jeweiligen Kassenärzt-

lichen Vereinigung (KV) ermittelt (Datenjahr 2015). Zur Ermittlung der von Krankenhäusern durchgeführten Kataraktoperationen wurden auf Grundlage der Anlage des EBM zur „Zuordnung operativer Prozeduren nach § 295 SGB V (OPS) zu den Leistungen der Kapitel 31 und 36“ (2015) eine Überleitung von GOPen auf Prozedurenkodes (OPS) durchgeführt. Der auf diese Weise definierte OPS-Kranz wurde dann genutzt, um in den Leistungs- und Abrechnungsdaten nach § 21 KHEntgG Krankenhausfälle zu identifizieren, bei denen in einer der Haupt- oder Belegabteilungen eine Augenoperation des analysierten Versorgungssegments (vollstationär) durchgeführt wurde. Berücksichtigt wurden Fälle mit bis zu zwei Tagen Verweildauer und Entlassung im Jahre 2015. Es erfolgte keine Einschränkung nach dem Wohnort der Patienten. Fallzahlen der Krankenhausambulanzen für das ambulante Operieren wurden auf Grundlage des OPS-Kranzes anhand der OPS-Kennzahlen der standortbezogenen Qualitätsberichte 2015 ermittelt. Die so identifizierten Krankenhausfälle wurden je nach durchgeführter Prozedur der dafür im vertragsärztlichen Bereich abzurechnenden GOP zugeordnet. GOP-spezifisch wurden den Fällen dann die dafür durchschnittlich im vertragsärztlichen Bereich abgerechneten Punkte unterstellt. Über alle Krankenhausfälle wurde schließlich der Mittelwert dieser Punktzahl berechnet. Dabei zeigte sich, dass Krankenhäuser in der Tendenz aufwendigere Fälle behandeln als Vertragsärzte. Die mittlere Punktzahl pro Fall liegt hier bei 2 705 gegenüber 1 939 bei vertragsärztlichen Fällen. Für die Schätzung der IST-Punkte in Tabelle 12–4 wurde den Krankenhausfällen dieser krankenhausspezifische Wert unterstellt.

Für die vertragsärztliche Versorgung liegen dem GKV-Spitzenverband unterhalb der KV-Ebene keine regional differenzierbaren Daten zu Leistungsmengen und Inanspruchnahme vor. Die KV-weiten GOP-Zahlen Brandenburgs wurden daher anhand der mittleren Verteilung von vertragsärztlichen Augenoperationen des GOP-Kranzes zweier großer Krankenkassenarten, die gemeinsam ca. 40 % der Versicherten in Brandenburg abdecken, auf Raumordnungsregionen (ROR) verteilt. Da die Krankenhausdaten sowohl gesetzlich als auch privat Versicherte beinhalten, für die Abrechnungen der niedergelassenen Ärzte aber ausschließlich Daten gesetzlich Versicherter vorliegen, musste ferner folgende Korrektur der Zahlen der vertragsärztlichen Versorgung angewendet werden: Zunächst wurde die vom Statistischen Bundesamt gemeldete bundesweite Einwohnerzahl für das Jahr 2015 durch die Anzahl der gesetzlich Versicherten in der KM6-Statistik des Jahres 2015 geteilt, um einen Hochrechnungsfaktor zu erhalten. Mit diesem Faktor wurden die Fall- und Punktzahlen der vertragsärztlichen Versorgung anschließend multipliziert. Dadurch werden die Angaben mit denen aus der Krankenhausabrechnung vergleichbar gemacht.

Tabelle 12–3 fasst die geschätzten Kennzahlen auf der Ebene von ROR zusammen. Die Bevölkerungskennzahlen wurden der Bevölkerungsprognose und Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Bundesamtes (Datenjahr 2015) entnommen.

Zur Operationalisierung des in Abschnitt 12.3 beschriebenen Modells müssen bedarfsplanerische IST- und SOLL-Kennzahlen je ROR definiert werden. Zu diesem Zweck wurde zunächst das mit der Krankenhausfallzahl korrespondierende Punktvolumen für Kataraktoperationen geschätzt. Dabei wurden die krankenhausspezifischen OPS-Mengen nach dem Qualitätsbericht mit dem für den definierten OPS-

Tabelle 12–3

**Augenoperationen nach ROR und Versorgungsbereich in Berlin und Brandenburg 2015**

Raumordnungs-region	Ein-wohner	Vertragsärztliche Versorgung Schätzung abgerechnete Fälle*	Krankenhaus (ambulant und stationär)			Summe
			Fälle Haupt-abteilung**	Fälle Beleg-abteilung***	Anzahl Operationen AOP****	
Berlin	3 469 849	85 967	10 691	2	16 756	27 449
Havelland-Fläming	759 468	14 243	1 534	0	2 963	4 497
Lausitz-Spreewald	597 366	9 271	1 311	20	348	1 679
Oderland-Spree	423 894	6 301	862	0	1 876	2 738
Prignitz-Oberhavel	381 334	13 910	5	20	6	31
Uckermark-Barnim	295 810	4 571	780	0	909	1 689
Summe	5 927 721	134 263	15 183	42	22 858	38 083

\* Abgerechnete Anzahl GOPen im Jahr 2015 in Arztpraxen mit Sitz in Berlin und Brandenburg, Versicherte mit beliebiger Wohnsitz-KV und beliebiger Krankenkasse + Verteilung auf ROR nach Abrechnungsdaten von zwei großen Kassenarten + Hochrechnung auf GKV+PKV Standard. (Quellen: Arztseitige Rechnungslegung und Kassendaten 2015)

\*\* Krankenhausfälle mit stationären Augen-Operationen (nach OPS-Kranz) und bis zu zwei Tagen Verweildauer und Entlassung im Jahre 2015 (Quelle: § 21 KHEntgG) sowie ambulante Operationen nach § 115b SGB V (Quelle: Qualitätsberichte 2015)

\*\*\* Im Gegensatz zu anderen Bundesländern spielen die hier betrachteten belegärztlichen Operationen in Berlin und Brandenburg so gut wie keine Rolle. In Brandenburg werden sie in geringem Umfang lediglich von zwei Krankenhäusern durchgeführt. Die noch geringere Fallzahl in Berlin deutet auf einen Dokumentationsfehler hin.

\*\*\*\* Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (Quelle: Qualitätsberichte 2015)

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Kranz bundesdurchschnittlichen vertragsärztlichen GOP-Wert multipliziert. Es können damit je ROR sektorenübergreifende IST-Punktvolumina berechnet werden (vgl. Tabelle 12–4). Eine Umrechnung der Punktvolumina in ärztliche Vollzeitäquivalente (VZÄ) muss für das Versorgungssegment Augenoperationen berücksichtigen, dass bei den meisten operativ tätigen Augenärzten operative Prozeduren nur ca. 20% aller Fälle ausmachen (InBA 2014). Um eine realistische VZÄ-Schätzung für das Versorgungssegment Augenoperationen zu erhalten, wurde daher anstelle eines durchschnittlichen Punktvolumens das Punktvolumen von Einzelarztpraxen mit einem besonders hohen Punktvolumen herangezogen. Dabei wurde wie folgt vorgegangen:

Zunächst wurde die bundesweite Verteilung der Punktvolumina des definierten GOP-Kranzes von Einzelarztpraxen berechnet und absteigend sortiert. Anschließend wurden die 20 Arztpraxen mit den höchsten Punktvolumina ausgeschlossen, um einer Verzerrung durch Ausreißer vorzubeugen, die beispielsweise durch eine hohe Anzahl angestellter Ärzte verursacht sein können. Der verbleibende höchste Punktwert einer Arztpraxis für den definierten GOP-Kranz in Höhe von ca. 6 000 000 Punkten wurde dann als VZÄ für einen operativ tätigen Augenarzt definiert. Sektorenübergreifend ermittelte IST-Punktvolumina lassen sich anhand des VZÄ-Punktvolumens in IST-VZÄ überführen. Tabelle 12–4 weist die entsprechenden Werte auf der Ebene von ROR aus. SOLL-Punkte bzw. VZÄ wurden anhand des bundes-

durchschnittlichen Punktwertes je Einwohner gebildet (d. h. Summe sektorenübergreifendes IST-Punktvolumen geteilt durch Einwohnerzahl Bundesgebiet). Dabei wurden die vertragsärztlichen IST-Punktvolumina mit einem moderaten Korrekturfaktor von 5 % versehen, um zu berücksichtigen, dass sich nach derzeitigen G-BA-Vorgaben für die Augenheilkunde im Jahr 2015 bundesweit ein Gesamtversorgungsgrad von 124 % ergibt und demnach 24,1 % mehr Augenärzte augenärztliche Leistungen erbringen als in der Bedarfsplanung vorgesehen (Klose und Rehbein 2016). Es ergibt sich ein korrigierter bundesdurchschnittlicher Punktwert je Einwohner von 57. Aus Einwohnerzahl, Punktwert je Einwohner und VZÄ-Punktvolumen lassen sich je ROR SOLL-Punkte bzw. VZÄ ableiten, die in Tabelle 12–2 abgetragen sind.<sup>5</sup> Darauf aufbauend kann analog zur Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA aus dem Verhältnis von IST-VZÄ und SOLL-VZÄ ein Versorgungsgrad abgeleitet werden (vgl. rechte Spalte Tabelle 12–4).

### 12.4.2 Ergebnisse

Nach Tabelle 12–4 liegt der sektorenübergreifende Versorgungsgrad in den ROR Lausitz-Spreewald, Oderland-Spree und Uckermark-Barnim unter 100 %, aber oberhalb von 50 %. Finden sich vertragsärztliche oder stationäre Leistungserbringer, die zusätzliche Versorgungsaufträge übernehmen wollen, erfolgt demnach nach dem in Abschnitt 12.3 vorgestellten Modell eine Eignungsprüfung durch das dreiseitige Zulassungsgremium auf Landesebene. Dabei wird überprüft, ob ein Bewerber für die Übernahme zusätzlicher Versorgungsaufträge die personellen und strukturellen Voraussetzungen der G-BA-Vorgaben, die für den Bereich zu definieren sind, erfüllt.

Die ROR Prignitz-Oberhavel und Berlin sind mit Versorgungsgraden jenseits von 130 % sektorenübergreifend betrachtet stark überversorgt und es würden keine neuen Versorgungsaufträge erteilt.

Die ROR Havelland-Fläming weist einen Versorgungsgrad von 100,1 % auf und liegt damit innerhalb des Korridors zwischen 100 und 120 %. Bei diesem Versorgungsniveau erfolgt weder eine explizite Förderung der Übernahme von zusätzlichen Versorgungsaufträgen noch eine Sperrung des Planungsbereichs. Stationäre oder vertragsärztliche Leistungserbringer der ROR können zusätzliche Versorgungsaufträge übernehmen, bis der Planungsbereich bei einem Versorgungsgrad von 120 % gesperrt wird. Im Anwendungsbeispiel entspricht dies für die ROR Havelland-Fläming zusätzlichen Versorgungsaufträgen im Umfang von bis zu 8615891 Punkten bzw. ca. 1,4 VZÄ. Konkret würde das dreiseitige Zulassungsgremium für die ROR Havelland-Fläming zunächst die Leistungserbringer ermitteln, die die Strukturvoraussetzungen des G-BA erfüllen und Interesse an einer Übernahme zusätzlicher Versorgungsaufträge haben. Anschließend würde die Vergabe des Versorgungsauftrags an denjenigen der geeigneten Bewerber erfolgen, der den höchsten Preis für die Übernahme des Versorgungsauftrags bietet.

<sup>5</sup> Grundsätzlich wäre es gerade bei den hier betrachteten Augenoperationen sinnvoll, die Berechnung der SOLL-Mengen mit altersgruppenspezifischen durchschnittlichen Punktwerten und der regionalen Altersverteilung durchzuführen. Da für die ambulanten Operationen im Krankenhaus keine Altersdifferenzierung vorlag, wurde hier auf eine entsprechende Vorgehensweise verzichtet.

Tabelle 12-4  
**Kennzahlen einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung nach ROR in Berlin und Brandenburg 2015**

Raumordnungs- region	Einwohner	Hochgerechnete IST-Punkte vertragssärzt- liche Versorgung	Geschätzte IST-Punkte KH	IST-Punkte gesamt	IST-VZÄ	SOLL-Punkte	SOLL-VZÄ	Versorgungs- grad (%)
Berlin	3469849	198542223	74249545	272791768	45,5	196820938	32,8	138,6
Havelland-Fläming	759468	30951374	12164385	43115759	7,2	43079455	7,2	100,1
Lausitz-Spreewald	597366	20146206	4541695	24687901	4,1	33884511	5,6	72,9
Oderland-Spree	423894	13691444	7406290	21097734	3,5	24044624	4,0	87,7
Prignitz-Oberhavel	381334	30227181	83855	30311036	5,1	21630485	3,6	140,1
Uckermark-Barnim	295810	9934037	4568745	14502782	2,4	16779290	2,8	86,4
Summe	5927721	303492466	103014515	406506981	67,8	336239302	56,0	120,9

Annahmen: (1) Bundesdurchschnittlicher GOP Punktwert für Krankenhausfälle nach OPS-Überleitung des GOP-Ziffernkranzes 2705, (2) VZÄ je Jahr = 6 000 000 Punkte, (3) Bundesdurchschnittliches Punktvolumen je Einwohner: 57

Krankenhaus-Report 2018

Wido

Aufgrund des vorgeschalteten Eignungstests können nur Bewerber zum Zuge kommen, die die Vorgaben des G-BA erfüllen. Die Einnahmen aus der Vergabe der Versorgungsaufträge im Havelland fließen in einen Fonds zur Förderung der Vergabe von Versorgungsaufträgen in Planungsbereichen mit niedrigen Versorgungsgraden. Die Umverteilung erfolgt dabei leistungssegment- und bundesländerübergreifend. Würde beispielsweise in der ROR Lausitz-Spreewald eine Unterversorgung in der hausärztlichen Versorgung bestehen, könnten die Mittel als Prämien für die Übernahme neuer Versorgungsaufträge verwendet werden.

### 12.4.3 Limitationen

Das in den Abschnitten 12.4.1 und 12.4.2 beschriebene Anwendungsbeispiel dient der Illustration der in Abschnitt 12.3 beschriebenen sektorenübergreifenden Bedarfsplanung. Da zahlreiche Kennziffern aufgrund eingeschränkter bzw. den Autoren nicht zugänglicher Datengrundlagen geschätzt werden mussten oder je nach Rechtsgrundlage unterschiedlich erfasst werden, können und sollten sie nicht zur Bewertung der tatsächlichen Versorgungssituation in Berlin und Brandenburg herangezogen werden. Mit Blick auf die vertragsärztliche Versorgung ergeben sich Einschränkungen insbesondere aus der Notwendigkeit, die regionale Zuordnung vertragsärztlicher Leistungen auf der Ebene von ROR anhand von Kassenartendaten zu schätzen, sowie aus der mangelnden Berücksichtigung von regionalen GOPen, die in Berlin und Brandenburg zwar nur eine untergeordnete Rolle spielen, aber für Kennzahlen, die auf bundesdurchschnittliche Werte abstellen, mit einzubeziehen wären. Auch die Notwendigkeit, die vertragsärztlichen Leistungsmengen durch einen Korrekturfaktor auf die Bevölkerung hochzurechnen, sowie die Anwendung eines globalen Korrekturfaktors für die Augenheilkunde (und nicht spezifisch für Augenoperationen) schränken die Aussagekraft ein. Ferner wäre auf breiterer Datengrundlage und durch vertiefte Analysen zu prüfen, welche Merkmale quantitativ (Punktvolumen) und qualitativ (Leistungsspektrum) für die Approximation eines Vollzeitäquivalents von operierenden Augenärzten anzunehmen sind. Eine eingeschränkte Aussagekraft ergibt sich für die stationäre und die Ambulanzversorgung der Krankenhäuser insbesondere aus der Schätzung von GOP-basierten vertragsärztlichen Punktvolumina auf Basis der OPS-Angaben in den stationären Abrechnungsdaten bzw. den Qualitätsberichten.

## 12.5 Fazit

Bislang fehlt im ambulant-stationären Grenzbereich eine sektorenübergreifende Angebotssteuerung, die sowohl die spezialisierten Leistungen von Vertragsärzten als auch die von Krankenhausambulanzen umfasst. Diese ist notwendig, um künftig die notwendigen Kapazitäten sektorenübergreifend zu planen und bedarfsgerechte Versorgungsaufträge zu vergeben. Sie stellt damit ein wichtiges Element der dringend indizierten Reform des ambulant-stationären Grenzbereichs dar.

Der vorliegende Beitrag stellt ein kollektivvertragliches Modell der Angebotssteuerung für Krankenhausambulanzen und Vertragsärzte unter G-BA-Vorgaben

vor, das die bestehenden vier Ebenen der Bedarfsplanung um eine fünfte sektorenübergreifende Ebene für spezialisierte Leistungen von Vertragsärzten und Krankenhausambulanzen ergänzt. Die Ausführungen und die beispielhafte Anwendung des Modells für eine Leistungsgruppe in Berlin und Brandenburg zeigen, dass eine sektorenübergreifende Erfassung von Leistungen und Kapazitäten möglich und sinnvoll ist. Deutlich wird jedoch auch, dass die aktuell bestehenden Einschränkungen in der Datenverfügbarkeit und Datenqualität dringend behoben werden müssen, um künftig Ergebnisse mit höherer Validität und Granularität zu erhalten und damit die Grundlage für eine sektorenübergreifende Angebotssteuerung zu verbessern.

Dennoch zeigt der Beitrag, dass eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung mithilfe der skizzierten Methode dazu beitragen kann, Über- und Unterversorgung deutlich präziser zu ermitteln und damit eine stringenter Bedarfsorientierung zu erreichen. Salopp ausgedrückt: Instrumente zur Begrenzung (bei Überversorgung) bzw. zur Förderung (bei Versorgungsdefiziten) können passgenauer justiert werden. Dabei sind a) die Nutzung von Versorgungssegmenten oder Leistungsgruppen als Planungseinheiten und b) die gleichberechtigte Vergabe von Versorgungsaufträgen für Vertragsärzte und Ambulanzen, c) eine zeitliche Befristung sowie d) eine klare inhaltliche Definition der Versorgungsaufträge durch den G-BA von entscheidender Bedeutung. Ferner ist eine Begrenzung der Leistungsmenge durch ein Zielbudget notwendig, um eine unkontrollierte Leistungsausweitung insbesondere in Krankenhausambulanzen zu verhindern.

Darüber hinaus sollten intelligente Anreizsysteme genutzt werden, um effiziente Versorgungsstrukturen zu fördern und gleichzeitig Mittel für eine Förderung bei Unterversorgung zu generieren.

Unter operativen Gesichtspunkten konnte gezeigt werden, dass eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung leistungssegmentbezogen erfolgen sollte und dennoch durch die Umrechnung von Leistungsmengen in Vollzeitäquivalente ihrer Versorgung an die bestehenden Prinzipien der Bedarfsplanung und Zulassung in der vertragsärztlichen Versorgung anknüpfen kann.

Es ist offensichtlich, dass eine Angebotssteuerung im Rahmen des skizzierten Modells in eine umfassende Weiterentwicklung des ambulant-stationären Grenzbereichs eingebunden sein muss. Neben der Schaffung neuer oder der Erweiterung bestehender Institutionen für die Bedarfsplanung sind weitere Reformen insbesondere auch in den Bereichen Vergütung, Qualitätssicherung und Ausgabensteuerung unerlässlich (vgl. u. a. GKV-Spitzenverband 2017).

## Literatur

- Bundesärztekammer (BÄK). Hinweise zur Bewertung von Arztpraxen. Deutsches Ärzteblatt 2008; 105 (51–52): A4–A6.
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt, und Raumforschung (BBSR). Laufende Raumbbeobachtung – Raumabgrenzungen. 2016. [http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbbeobachtung/Raumabgrenzungen/Raumordnungsregionen/raumordnungsregionen\\_node.html](http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbbeobachtung/Raumabgrenzungen/Raumordnungsregionen/raumordnungsregionen_node.html) (08 Dezember 2016).
- BT-Drucksache 17/6906. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin 2011 (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG).

- Busse R, Ganten D, Huster S, Reinhardt ER, Suttrop N, Wiesing U. Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V. – Nationale Akademie der Wissenschaften 2016.
- Friedrich J, Tillmanns H. Ambulante Operationen im Krankenhaus. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J und Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Stuttgart: Schattauer 2016; 129–47.
- Garre P, Schliemann B, Schönbach KH. Reform und Reformbedarf in der Bedarfsplanung sowie fehlende sektorenübergreifende Ansätze. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2015. Schwerpunkt: Strukturwandel. Stuttgart: Schattauer 2015; 211–43.
- Gerlach F, in Osterloh F. Überregulierung: Den „Wildwuchs“ ordnen. Deutsches Ärzteblatt 2016; 113 (10): A409.
- GKV-Spitzenverband. Reformvorschläge zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung. Positionspapier beschlossen vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 30.08.2017. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier\\_sektorenübergreifende\\_Versorgung\\_barrierefrei.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_sektorenübergreifende_Versorgung_barrierefrei.pdf) (04 Oktober 2017).
- Institut des Bewertungsausschusses. Evaluation der Einführung der GOP 06225 in den EBM zum 1. Januar 2012 zur Stärkung konservativ tätiger Augenärzte. 2014. [http://institut-ba.de/publikationen/Evaluation\\_06225\\_v2\\_2014-12-01.pdf](http://institut-ba.de/publikationen/Evaluation_06225_v2_2014-12-01.pdf) (25 September 2017).
- Klein-Hitpaß U, Leber WD. Spezialärztliche Versorgung – Plädoyer für eine Neuordnung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2012. Schwerpunkt: Regionalität. Stuttgart: Schattauer 2012; 205–36.
- Klose J, Rehbein I. Ärzteatlas 2016 – Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten, Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) 2016.
- Leber WD. § 115 x: Spezialärztliche Versorgung – Ein Reformprojekt ab 2011. f&w 2010; 27 (6): 10–13.
- Leber WD, Scheller-Kreinsen D. Marktaustritte sicherstellen – Zur Rolle rekursiver Simulationen bei der Strukturbereinigung im Krankenhaussektor. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2015. Schwerpunkt: Strukturwandel. Stuttgart: Schattauer 2015; 187–210.
- Leber WD, Wasem J. Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Stuttgart: Schattauer 2016; 3–26.
- Lehmann K, Partsch M. Ärztliche Bedarfsplanung – überflüssiges Relikt oder unentbehrliche Grundlage für die Steuerung der Versorgung? Recht und Politik im Gesundheitswesen 2011 (4): 59–69.
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Managing Hospital Volumes: Germany and Experiences from OECD Countries. OECD Health Working Papers, Nr. 64. Paris: OECD Publishing 2013.
- Orlowski U. Potenzial der Kliniken: Ambulantes Krankenhaus. f&w 2016 (4): 3–11.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014.
- Scheller-Kreinsen D, Lehmann K, Quentin W, Kaiser P, Haun O. Ambulant-stationäre Grenzen: Endlich aufräumen! f&w 2017; (8): 718–21.
- Schönbach KH, Faust HG. Von einer planlosen Überversorgung zur sektorübergreifenden Versorgungsplanung? Gesundheits- und Sozialpolitik 2012; 66 (4): 8–15.
- von Stackelberg JM, Lehmann K. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz: Reform ohne Konsequenz. Gesundheit und Pflege 2016 (1): 24–29
- Straub C, Bosch-Cleve B, Hölscher A, Walther A, Weineck S. Versorgung patientenorientiert gestalten – Handlungsfelder für eine sektorenübergreifende Versorgung. In: Repschläger U, Schulte C,

- Osterkamp N (Hrsg). Gesundheitswesen Aktuell 2016: Beiträge und Analysen. BARMER GEK 2016; 14–34.
- Seitz I. Die Erbringung ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser. Schriften zum Sozialrecht. Baden-Baden: Nomos 2012.
- Uhlemann T, Lehmann K. Steuerungsprobleme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg). Sicherstellung der Gesundheitsversorgung – Neue Konzepte für Stadt und Land. Berlin: KomPart 2011; 11–34.
- Wasem J, in Osterloh F. Überregulierung: Den „Wildwuchs“ ordnen. Deutsches Ärzteblatt 2016; 113 (10): A409.

# 13 Sektorübergreifende Neuordnung der Notfallversorgung

Michael Slowik, Christian Wehner, Hendrik Dräther, Claus Fahlenbrach und Sabine Richard

## Abstract

Die Notfallversorgung stand vor der Bundestageswahl im Jahr 2017 nicht nur im Fokus der Interessensvertretungen diverser Leistungserbringer und Kostenträger, sondern auch bei den Landesplanungsbehörden, medizinischen Fachgesellschaften und dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Der Beitrag skizziert die derzeitigen strukturellen Hindernisse in der sektorenübergreifenden Organisation und Versorgung von Notfallpatienten und analysiert diese auf Basis qualitativer Studien und Abrechnungsdaten. Die Bestandsaufnahme bestätigt die Strukturverschiebung in der ambulanten Notfallversorgung, die zunehmend durch Krankenhäuser geleistet wird. Waren die Versorgungsanteile in der ambulanten Notfallversorgung zwischen Vertragsärzten und Notaufnahmen im Jahr 2009 noch ausgeglichen, vergrößerte sich der Versorgungsanteil der Krankenhäuser an der Gesamtzahl im Jahr 2016 auf 58,6%. Nicht nur um diesem Wandel gerecht zu werden, präsentieren die Autoren sechs Reformthesen zur Neuordnung der Notfallversorgung, die einen sektorenübergreifenden Ansatz verfolgen. Die Reform muss eine bundeseinheitliche Struktur in der Versorgung gewährleisten und sollte auf dem gesundheitspolitischen Bekenntnis zu mehr angebotsorientierter Patientensteuerung beruhen, indem patientenorientierte Strukturen geschaffen werden.

Prior to the German federal election in 2017, emergency care was not only the focus of interest groups representing various healthcare providers and cost bearers, but also of the planning authorities of the federal states, medical associations and the Advisory Council on the Assessment of Developments in the Health Care System. This paper outlines the current structural obstacles in the cross-sectoral organisation and medical care of emergency patients. Based on qualitative studies and billing data, the paper analyses emergency care in Germany. The stocktaking confirms that there is a structural shift in outpatient emergency care which is increasingly being carried out by hospitals. While the proportion of outpatient emergency care provided by off ce-based physicians and emergency departments respectively was balanced in 2009, the hospitals' share increased to 58.6% in 2016. Not only in order to do justice to this change, the authors present six reform theses on the reorganization of emergency care with a cross-sectoral approach. The reform of emergency care must guarantee a nationwide service structure with comparable standards and should be based on the commitment of health policy-makers to more supply-oriented patient management by creating the corresponding patient-oriented structures.

## 13.1 Einleitung/Problemaufriss

### 13.1.1 Problemaufriss

Die Versorgung von Menschen in lebensbedrohlichen Notsituationen sowie von Patienten mit dringlichem und nichtdringlichem Behandlungsbedarf wird gegenwärtig primär über fünf Säulen organisiert:

- a) die ambulante Versorgung in den Sprechzeiten der niedergelassenen Ärzte,
- b) den gesetzlich normierten ärztlichen Bereitschaftsdienst/kassenärztlichen Notdienst außerhalb der Sprechzeiten niedergelassener Ärzte,
- c) das Rettungswesen,
- d) die Notaufnahmen der Krankenhäuser als durchgehend geöffnete Ambulanzdienste und
- e) die (intramurale) stationäre Notfallversorgung.

Diese fünf Säulen nehmen unterschiedliche Funktionen und Aufgaben in der ambulanten und stationären Versorgung wahr und sind rechtlich und organisatorisch selbstständig. Eine Verzahnung bzw. Kommunikation zwischen diesen Versorgungsbereichen ist sowohl planerisch als auch qualitativ unzureichend bzw. in einigen Leistungsbereichen nicht vorhanden.

Wissenschaftliche Empfehlungen zur Neuorganisation der Notfallmedizin werden seit über zehn Jahren kontinuierlich in der Politik platziert. Auch im Krankenhaus-Report findet sich eine Vielzahl von Beiträgen zu dem Versorgungsbereich „Notfallversorgung“ (vgl. Krankenhaus-Report 2017). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hat bereits in seinem Gutachten von 2003 umfangreiche Überlegungen zur Reform des Rettungsdienstes und der Etablierung „Integrierter Leitstellen“ präsentiert (SVR 2013, S. 271 ff.). In dem Gutachten aus dem Jahr 2014 wurde konstatiert, dass eine Zusammenführung der drei Bereiche (organisierter Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), der Rettungsdienst und die Notaufnahmen der Krankenhäuser) die Notfallversorgung verbessern würde und die Inanspruchnahme einer zu hohen Versorgungsstufe durch den Patienten vermeiden könne (SVR 2014, S. 446 ff.). Vollumfassende Reformen oder entsprechende Gesetzgebungsverfahren blieben allerdings aus, auch weil in der gesundheitspolitischen Diskussion der Notfallversorgung kein besonderes Gewicht beigemessen wurde. Dies wird sich nun voraussichtlich ändern, da sowohl die krankenhaushnahen Verbände die sektorenübergreifende Versorgung eng mit einer optimierten Notfallversorgung und Versorgungsverantwortung verknüpfen als auch Kassenverbände eine engere Verzahnung fordern (vgl. Kurscheid et al. 2017, S. 24).

Wenn die Versorgung von ambulanten und stationären Notfallpatienten sektorenunabhängig und einheitlich erfolgen soll, steht der Gesetzgeber in der 19. Legislaturperiode somit vor neuen Herausforderungen. Bei einer Neuordnung der Notfallversorgungskapazitäten geht es sowohl um Kompetenzverantwortlichkeiten zwischen Bund, Ländern und Kommunen als auch um verfassungsrechtliche Fragen über die Zuständigkeitsbereiche sowie in erster Linie um die bessere Zusammenarbeit und Koordination der beteiligten Akteure. Die föderalen Strukturen und die daraus resultierende Verantwortung der Länder für die Krankenhausplanung und

die Rettungsdienstgesetze bzw. Feuerwehrgesetze sowie die derzeitige Sicherstellungsverantwortung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) für die ambulante (vertragsärztliche) Versorgung inklusive der ambulanten Notfallversorgung machen ein abgestimmtes Bund-Länder-Gesetzgebungsreformwerk für eine sektorenübergreifende Notfallversorgung unverzichtbar.

Punktuelle Nachbesserungen in der Notfallversorgung wurden vor allem in den letzten drei Jahren auf den Weg gebracht. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) aus dem Jahr 2015 sollte KVen ermöglichen, Kooperationen mit Krankenhäusern auszubauen, um den ärztlichen Notdienst außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten sowie am Wochenende bedarfsgerecht sicherzustellen (vgl. Bundestagsdrucksache 18/4095, S. 89). Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde das Bestreben für eine Versorgung „unter einem Dach“ weiter konkretisiert. Die KVen sollen nun vertragsärztliche Notdienstpraxen, sogenannte Portalpraxen, in oder an Krankenhäusern einrichten oder die Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden. Es handelt sich dabei aber nur um eine Soll-Vorschrift; klare Fristsetzungen und Konsequenzen bei Nicht-Erfüllung des Versorgungsauftrages bestehen nicht. Mit der Gesetzgebung des KHSG wurden nicht nur die ambulanten, sondern auch die stationären Strukturen der Notfallversorgung in Teilen neu geordnet. Mit dem Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern zu erarbeiten, hat der Gesetzgeber die Möglichkeit geschaffen, erstmals Mindeststandards für die Notfallversorgung festzulegen (vgl. Bundestagsdrucksache 18/5372). Der Auftrag an den G-BA bezog sich jedoch allein auf die stationäre Notfallversorgung.

Die Erbringung von Leistungen der Notfallversorgung wird durch unterschiedliche Akteure organisiert, die aus unterschiedlichen Quellen die Finanzierung der Infrastruktur- und Betriebskosten erhalten. Die daraus resultierenden Insellösungen und unterschiedliche rechtliche Regelkreise stehen einer Kooperation der für die gesamte Notfallversorgung relevanten Aufgaben- und Leistungsbereiche der verschiedenen Leistungserbringer und einer sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Wege. Durch die Verfügbarkeit unterschiedlicher Rufnummern (112, 116 117) zusammen mit einer nicht ausreichenden Aufklärung der Versicherten entsteht ein „Irrgarten“ für ambulante und stationäre Notfallpatienten (vgl. Geissler et al. 2017, S. 52f.).

Aus der subjektiven Sicht der Patienten existiert in der Notfallversorgung keine sektorale Trennung. Nach aktuellen Umfragen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser sehen sich über 90% der Patienten als Notfall (vgl. Somasundaram et al. 2016, o. S.). Rund jeder fünfte AOK-Versicherte (19,8%) suchte im Laufe des Jahres 2016 mindestens einmal einen Leistungserbringer für die ambulante Notfallversorgung auf, wobei 65,5% der Notfallpatienten mindestens einmal in einer Notaufnahme eines Krankenhauses vorstellig waren (siehe Abbildung 13–2 unten). Der Patientenwunsch nach sofortiger Diagnostik und Therapie trifft auf ein regional unterschiedlich organisiertes und intransparentes ambulantes Notfallversorgungsangebot. Eine verständliche bundeseinheitliche Struktur der ambulanten Notfallversorgung, die auf einem gesundheitspolitischen Bekenntnis zur Patientensteuerung in der Notfallversorgung beruht, ist nicht vorhanden.

Die Defizite sind lange bekannt. Die Große Koalition der 18. Legislaturperiode hat in mehreren Reformen versucht, die ambulanten und stationären Strukturen der

Notfallversorgung zusammenzuführen, ohne dabei allerdings klare Regelungen vorzugeben. Der Erfolg blieb erwartungsgemäß aus. Ohne gemeinsame und verbindliche Planung und Steuerungskonzepte wird die Integration der ambulanten und stationären Notfallversorgung weiterhin regional sehr heterogen ausfallen.

### 13.1.2 Aktuelle politische Forderungen

Das Handlungsfeld „Notfallversorgung“ stand vor der Bundestageswahl zum 19. Deutschen Bundestag nicht nur im Fokus der Interessensvertretungen der Leistungserbringer (Marburger Bund (MB)/Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)/Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)/Verband der Krankenhaus Direktoren (VKD)) und der Kostenträger (Verband der Ersatzkassen (vdek)/Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK)/GKV-Spitzenverband (GKV-SV)), sondern auch bei den Ländervertretern (Die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden/Gesundheitsministerkonferenz), Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA)) und dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR).

Die KBV spricht sich für einen stärkeren Abbau der Doppelstrukturen in der Notfallversorgung aus (vgl. Eckpunkte der KBV und KV zur Weiterentwicklung der Notfallversorgung 2017). Nach Ansicht der Bundesvereinigung ist somit auch ein Großteil der Notfallambulanzen obsolet und müsste infolgedessen geschlossen werden (vgl. Fricke 2017). Der Marburger Bund und die KBV fordern in einem gemeinsamen Konzeptpapier eine Zentrierung der Strukturen. Durch die Einrichtung gemeinsamer medizinischer Anlaufstellen am Krankenhaus sollen Vertrags- und Krankenhausärzteschaft besser zusammenarbeiten (vgl. Konzeptpapier von KBV und Marburger Bund 2017). Die Pflicht zur Teilnahme am ärztlichen Notdienst besteht aktuell nur für Vertragsärzte. Nach Ansicht des Marburger Bundes muss es eine „gerechte“ Verteilung der Zuständigkeiten geben. Daher sollten sich auch Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern an der Notfallversorgung beteiligen, so wie es die Berufsordnungen vorsehen (vgl. Eckpunkte des Marburger Bundes für eine Strukturreform der medizinischen Notfallversorgung 2017). Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sieht die Verantwortung für die ambulante Notfallversorgung bei den Ländern und fordert, Krankenhäuser dauerhaft zur Teilnahme an der ambulanten Notfallversorgung zu ermächtigen. Vergütungen krankenhausbambulanter Notfalleistungen sollten aus dem ergänzten Bewertungsausschuss herausgelöst werden und direkt zwischen Krankenhaus und Krankenkasse erfolgen, ohne Einbeziehung der KVen (vgl. DKG 2017).

In Vorbereitung auf die Wahlen und die politische Diskussion um die Neuordnung der Notfallversorgung hatte sich der SVR dazu entschlossen, im Rahmen eines „Werkstattgesprächs“ einen Einblick in seine Reformüberlegungen zur Notfallversorgung zu präsentieren. In Anlehnung an Überlegungen aus der Vergangenheit wurde die Idee eines „Integrierten Notfallzentrums“ (INZ) präsentiert.<sup>1</sup> Eine aus niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern betriebene eigenständige

<sup>1</sup> Die Idee eines Intersektoralen Notfallzentrums (INZ) findet sich bereits in den Veröffentlichungen von Augurzky et al. (2017).

Tabelle 13–1

**Reformideen der verschiedenen Stakeholder im Überblick (Stand: 19.10.2017)**

	KBV	DKG	SVR	MB	GKV-SV
Gemeinsame medizinische Anlaufstellen am Krankenhaus	✓	✓/X	✓	✓	✓
Gemeinsame aus KV und KH organisierte einheitliche Ersteinschätzung/ Patientensteuerung nach Behandlungsdringlichkeit	✓	?	✓	✓	✓
Einheitliche Planung der ambulanten Notfallversorgungskapazitäten (Definition von Zielgrößen)	✓	X	✓	✓	✓
Anpassung bzw. Erweiterung des Sicherstellungsauftrages für die ambulante Notfallversorgung	X	✓	✓/X	✓	X
Einheitliche Umsetzungsvorgaben (Bundeseinheitliche Rahmenbedingungen/Mindeststandards)	✓	✓/X	✓	✓	✓
Definierte Strukturqualität durch G-BA	?	X	✓	✓	✓
Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken	✓	✓/X	✓	✓	✓
Integrierte Leitstellen mit 24 h Verfügbarkeit	✓	?	✓	✓	✓
Reform der Rettungsdienste (Qualitätssicherung, Leistungsbereich, ect.)	?	?	✓	?	✓
Finanzierungsreform/Extrabudgetäre Vergütung	✓	✓	✓	?	X

KBV = Kassenärztliche Bundesvereinigung, DKG = Deutsche Krankenhausgesellschaft, SVR = Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, MB = Marburger Bund, GKV-SV = GKV-Spitzenverband

Krankenhaus-Report 2018

Wido

Versorgungseinheit soll die Versorgung von ambulanten und ggf. stationären Notfällen gewährleisten. Die Konsequenz wäre eine Patientensteuerung durch einheitliche Strukturen der ambulanten und teilweise stationären Notfallversorgung (vgl. SVR 2017).

Die Analyse der Positionspapiere zu ausgewählten Themenbereichen zeigt deutlich, welche Herausforderungen, Gemeinsamkeiten und Konflikte bei den Reformbestrebungen bestehen (vgl. Tabelle 13–1). So gibt es etwa unterschiedliche Auffassungen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern über die Zuständigkeiten und Finanzierung der ambulanten Notfallversorgung. Aus einer übergeordneten Perspektive betrachtet bleibt festzustellen: Im Status quo werden die verschiedenen Standorte, Ressourcen und Akteure der ambulanten Notfallversorgung nicht sektorenübergreifend geplant. Nachvollziehbare Kriterien, die definieren, wo eine durch Vertragsärzte betriebene Notdienstpraxis/Notfalleinheit am Krankenhaus sinnvoll ist bzw. welche Rolle Krankenhäuser im Allgemeinen haben, sind derzeit nicht gegeben. Auch eine Steuerung der Patienten in die vorhandenen und geeigneten Notfalleinrichtungen findet nicht statt.

## 13.2 Strukturelle Hindernisse in der Organisation der Notfallversorgung

### 13.2.1 Notfallversorgung aus Sicht der Versicherten

Patienten erhalten durch Reformgesetze der letzten Jahre mehr Eigenverantwortung im Umgang mit der eigenen Gesundheit.<sup>2</sup> Aus Sicht des Gesetzgebers wird dabei oft erwartet, dass die Patienten selbst mündige Entscheidungen treffen können und somit die richtige Versorgungsebene bei einem medizinischen Problem in Anspruch nehmen. Unter dem Stichwort „Health Literacy“ werden Versicherte von der Politik, den Leistungserbringern und auch den Kostenträgern verstärkt als wichtige Einflussgröße für den Therapieerfolg wahrgenommen und thematisiert (Kickbusch 2013, S. 7f.).

Die Präferenzen von Patienten sind heterogen und unterscheiden sich u. a. in der Art und dem Zeitpunkt der Nachfrage nach einer medizinischen Behandlung. Notfallpatienten sind im Vergleich zu Patienten mit elektiven Eingriffen besonders hilfsbedürftig (Beivers und Dodt 2014, S. 191). Bei einem Notfall mit dringlichem Behandlungsbedarf muss eine schnelle und bedarfsgerechte Versorgung erfolgen. Auch die Rettungsdienstgesetze der Länder greifen diese Kriterien auf (vgl. z. B. § 3 Hessisches Rettungsdienstgesetz (HRDG) 2017).

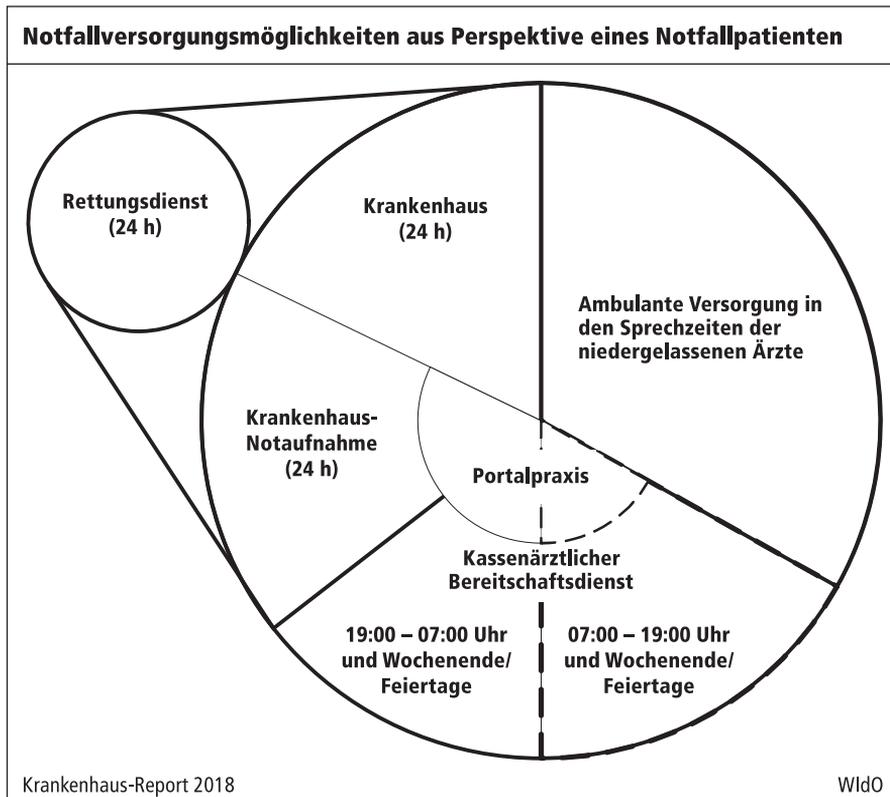
Für eine Ersteinschätzung bzw. -versorgung stehen Notfallpatienten gegenwärtig drei unabhängig voneinander organisierte Leistungserbringer zur Verfügung (vgl. Abbildung 13–1). Evaluationen bzw. Studien zu den Präferenzen von Notfallpatienten existieren nur in begrenztem Umfang. Die Beweggründe, warum die Patienten ohne oder mit vorhergehender Terminsuche bei einer oder mehreren Arztpraxen sofort eine Zentralen Notaufnahme (ZNA) aufsuchen, können vielfältig sein. Schmiedhofer et al. (2017, 2016b), Somasundaram et al. (2016) und Schleef et al. (2017) untersuchen in qualitativen und quantitativen Studien im Großraum Berlin, Hannover und Sachsen-Anhalt die Beweggründe für die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen in einer ZNA und das allgemeinmedizinische Potenzial.

Dabei konzentrieren sich die Studien auf Patienten, die eigentlich von einem Haus- oder Facharzt hätten behandelt werden können und deren Aufenthalt in einer Notaufnahme medizinisch nicht zwingend notwendig ist. Im Ergebnis konstatieren die Autoren, dass die Patienten die sektorale Trennung zwischen ambulanten und stationären Strukturen nicht wahrnehmen und diese für sie auch keine Rolle spielt; über 90% der Patienten betrachten sich nach subjektiver Einschätzung als Notfall (Somasundaram et al. 2016, o. S.).

Als Beweggründe geben die in persönlichen und ergebnisoffenen Interviews oder Fragebögen untersuchten Patienten folgende Gründe für die Inanspruchnahme von ZNAs an (vgl. Schmiedhofer et al. (2017, 2016); Somasundaram et al. (2016):

2 Durch das Präventionsgesetz werden Kassen verpflichtet, ihren Versicherten allgemeines Informationsmaterial zur persönlichen Vorsorge für die letzte Lebensphase zur Verfügung zu stellen – insbesondere zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung. Im Transplantationsgesetz wurde bereits geregelt, dass die Versicherten alle zwei Jahre zur Möglichkeit der Organspende informiert werden.

Abbildung 13–1



- **Schwer verfügbare Haus- und Facharzttermine – „Doc to Go“ 24h/7d-Zugang**

Jüngere Notfallpatienten haben mehrheitlich keinen festen Hausarzt mehr und sehen auch keine Notwendigkeit, einen aufzusuchen (vgl. Schmiedhofer et al. (2016b), S. 4). Darüber hinaus sehen viele Versicherte die Behandlung in einer ZNA trotz der Wartezeit als effizienter an als die Behandlung bei einem niedergelassenen Arzt während der Sprechstundenzeiten.

- **Sorgen über den eigenen Gesundheitszustand/komplizierte Diagnosen**

Die Mehrheit der von Schmiedhofer et al. (2017, 2016) interviewten Notfallpatienten leidet an chronischen Krankheiten, die nicht im direkten Zusammenhang mit der in die ZNA führenden Symptomatik stehen, oder an wiederholt auftretenden Schmerzen. Versicherte mit höherer Sensibilität für körperliche Beschwerden oder überdurchschnittlicher Krankheitserfahrung sehen die ZNA als komplementär zur üblichen ambulanten Versorgung an (vgl. Schmiedhofer et al. 2017, S. 841; Schmiedhofer et al. 2016, S. 8).

- **Zeitautonomie**

Patienten wollen einen niedergelassenen Arzt in der Nacht und am Wochenende nicht kontaktieren oder ziehen bei Unerreichbarkeit des Hausarztes den Besuch in einer Notaufnahme als beste Alternative vor (vgl. Rissbacher et al. 2010, S. 179). Für einen Großteil der jüngeren Befragten sind die regulären Sprechstundenzeiten mit den Anforderungen ihrer Erwerbstätigkeit nur schwer vereinbar (vgl. Schmiedhofer et al. 2017, S. 840). Auch Somasundaram et al. (2016) konstatieren, dass gut ein Drittel der interviewten Patienten die Notaufnahme aufsuchen, obwohl die Option besteht, während der regulären Sprechzeiten einen Haus- oder Facharzt zu kontaktieren, allerdings nehmen diese Option nur 57% dieser Gruppe wahr (vgl. Somasundaram et al. 2016, o.S.).

- **Möglichkeit einer Röntgenuntersuchung oder Computertomographieuntersuchung**

Vor allem Patienten aus ländlichen Bevölkerungsgebieten suchen eine Notaufnahme auf, wenn ein bildgebendes Verfahren nötig ist (vgl. Schmiedhofer et al. (2016b), S. 5).

- **„High-Tech“ statt Hausarzt und „All-inclusive“-Dienste – qualitativ hochwertige Versorgung im Krankenhaus**

Die schnelle Bereitstellung diagnostischer Untersuchungsergebnisse und die Konsultation verschiedener Fachärzte an einem Standort ist ein systembedingter Vorteil gegenüber der Behandlung in einer ambulanten Praxis (vgl. Schmiedhofer et al. 2017, S. 841)

- **Empfehlung des niedergelassenen Arztes, die Notaufnahme aufzusuchen**

Schmiedhofer und Kollegen konstatieren, dass sowohl niedergelassene Ärzte und deren Praxismitarbeiter als auch der KV-Dienst die ZNA als Anlaufstelle empfehlen, um eine Weiterbehandlung zu gewährleisten oder die Wartezeiten im ambulanten Sektor zu überbrücken (Schmiedhofer et al. (2017), S. 338).

- **Unkenntnis über Behandlungsstrukturen**

Fast 90% der interviewten Notfallpatienten kontaktieren den KV-Notdienst überhaupt nicht. Mehr als der Hälfte dieser Personen ist auch nicht bekannt, dass diese Angebotsstrukturen existieren. Auch wenn der Notdienst in Anspruch genommen wird, so werden fast drei Viertel der Versicherten direkt am Telefon an die Notaufnahme verwiesen (Somasundaram et al. (2016), o.S.).

Von den Umfrageteilnehmern, die eigenständig eine Notaufnahme aufsuchen, hatte die Hälfte vor ihrem Gang zur Notaufnahme erfolglos versucht, einen kurz- oder mittelfristigen Termin bei einem Haus- oder Facharzt zu bekommen (Schmiedhofer et al. (2017), S. 838). Die ZNA wird somit von einem Großteil der Befragten als Substitution niedergelassener Versorgungsstrukturen interpretiert. Bei der Selbsteinschätzung der Dringlichkeit beschreibt die Mehrheit der Patienten ihre Beschwerden so, dass sie sofort oder möglichst schnell behandelt werden wollen. Die Forscher vermerken in den Studien, dass die Patienten die Terminsuche für einen ambulanten Leistungserbringer unterschiedlich intensiv betrieben haben. Trotz der

hohen Inanspruchnahmeraten ambulanter Notfallleistungen im Krankenhaus befürwortet der überwiegende Teil der befragten Notfallpatienten eine Einrichtung mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten außerhalb des Krankenhauses. Der größte Nutzen wäre dabei vor allem für die Gruppe der Patienten mit nichtdringlichem Behandlungsbedarf gegeben (Somasundaram et al. (2016) o. S.).

Die Studien betrachten insgesamt nur eine Auswahl an Patienten vor Ort in den Notaufnahmen. Zum Teil stammen die Personen etwa zu gleichen Teilen aus einer Großstadt oder dem ländlichen Raum. Die Ergebnisse sind somit aufgrund der gewählten Untersuchungsmethode nicht repräsentativ. Da nur Patienten in Notaufnahmen befragt wurden, können die Informationen zur Erreichbarkeit der Praxen nicht auf alle Notfallpatienten übertragen werden. Auch Schlussfolgerungen hinsichtlich der Inanspruchnahme in strukturschwachen oder ländlichen Regionen und Kontakte in Krankenhäusern mit Grundversorgungsauftrag können nur bedingt gezogen werden (vgl. Schmiedhofer et al. (2017), S. 843; Somasundaram et al. (2016), o. S.).

An den oben aufgeführten Ergebnissen lässt sich jedoch erkennen, dass Patienten in urbanen Strukturen die ZNA als erstes Versorgungsangebot präferieren und dorthin auch aus dem ambulanten Bereich weitergeleitet werden. Um Steuerungsmodelle für das Nachfrageverhalten zu entwickeln, ist es notwendig, sich mit den Erwartungen der Versicherten, die durch selbständige Inanspruchnahme die Sektorentrennung überschreiten, auseinanderzusetzen. Patienten in strukturschwachen Regionen finden durch längere Fahrtzeiten und begrenzte Nahverkehrsstrukturen ein restriktiveres Angebot an stationären Einrichtungen vor. Vor allem der Landbevölkerung steht ein sehr begrenztes Notfallportfolio zur Verfügung. In der Konsequenz könnten Rettungswagen oder die Luftrettung zunehmend in Anspruch genommen werden.

### 13.2.2 Ambulante Notfallversorgung an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Vertragsärzten

(EBM-)Leistungen der ambulanten vertragsärztlichen Notfallversorgung unterscheiden sich für sich genommen nicht von (EBM-)Leistungen der ambulanten Versorgung niedergelassener Vertragsärzte.<sup>3</sup> Allerdings wird die vertragsärztliche Versorgung inklusive der ambulanten Notfallversorgung der Vertragsärzte über die Kassenärztlichen Vereinigungen organisiert und sichergestellt, während – vereinfacht ausgedrückt – die Notfallleistungen der Notfallaufnahmen grundsätzlich in Eigenregie der Krankenhäuser geplant und organisiert werden.<sup>4</sup> Eine Diskussion

3 Im Rahmen der Auswertungen von AOK-Versicherten werden alle Leistungen zur ambulanten Notfallversorgung gezählt, welche die gesetzlichen Krankenkassen über die Gesamtvergütung nach § 85 SGB V vergüten und die Leistungserbringer zusammen mit den Notfallpauschalen des EBM-Kapitels 1.2 „Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst“ oder ihnen gleichgestellten Abrechnungspositionen abrechnen.

Schleef et al. (2017) berichten auf der Basis eines eigens entwickelten Dokumentationsbogens, dass die Behandlungsgründe der ambulanten Notfallversorgung in einer Notaufnahme einer Universitätsklinik vor allem Rückenschmerzen, Gastroenteritis und arterielle Hypertonie waren. Bei den klinischen Untersuchungen dominierten kardiopulmonale Untersuchungen, Checks des Bewegungsapparates oder abdominale Untersuchungen (Schleef et al. 2017, S. 848).

4 Davon unbenommen ist, dass viele Krankenhäuser Kooperationsvereinbarungen unterschiedlicher Art mit den Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen haben.

Tabelle 13–2

**Verteilung abgerechneter ambulanter Notfälle auf Werktage, Feiertage und Wochenendtage bei Notaufnahmen und Vertragsärzten im Jahr 2016**

Versorger	Werktage	Feiertage	Wochenende	Gesamt
Notaufnahmen der Krankenhäuser	62,8 %	3,1 %	34,1 %	100,0 %
Vertragsärzte inkl. Anlauf- und Portalpraxen	40,3 %	5,1 %	54,7 %	100,0 %

Quelle: Abrechnungsdaten von AOK-Versicherten mit Wohnort in Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und einer Inanspruchnahme ambulanter Notfalleleistungen in diesen Regionen

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

um die ambulante Notfallversorgung ohne integrierte Berücksichtigung der gegenwärtigen ambulanten Versorgung, die durch die Kassenärztliche Vereinigung u. a. auf Basis einer Bedarfsplanung sichergestellt wird, führt automatisch dazu, über eine neue und eigene ambulante Versorgung nachzudenken, die neben der jetzigen ambulanten Versorgung existiert.

Darüber hinaus erfüllt die Notfallversorgung der Notaufnahmen der Krankenhäuser Merkmale einer allgemeinen ambulanten Versorgung, auch weil sie in größerem Umfang nicht außerhalb, sondern innerhalb der üblichen Sprechzeiten von Vertragsärzten stattfindet. Etwa 63 % der in Notaufnahmen versorgten ambulanten Notfälle fallen werktags (vgl. Tabelle 13–2) und diese zu 61,6 % tagsüber in der Zeit von 7 bis 19 Uhr an (vgl. Tabelle 13–3).<sup>5</sup>

Aus den Abrechnungsdaten von AOK-Versicherten für die Jahre 2009 bis 2016 wird zudem deutlich, dass das Niveau der Notfallversorgung in den letzten Jahren uneinheitlich ausfällt (vgl. Abbildung 13–2). So wurden 2016 zwar so viele AOK-Versicherte ambulant notfallversorgt (19,8 %) wie in keinem der untersuchten Jahre

13

Tabelle 13–3

**Verteilung ambulanter Notfälle in Notaufnahmen im Jahr 2016 nach Tageszeitpunkt der Versorgung je Werktag**

Zeitpunkt der Versorgung	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Gesamt
tagsüber (07–19 Uhr)	58,3 %	63,2 %	65,3 %	60,7 %	60,7 %	61,6 %
abends und nachts (19–07 Uhr)	41,7 %	36,8 %	34,7 %	39,3 %	39,3 %	38,4 %

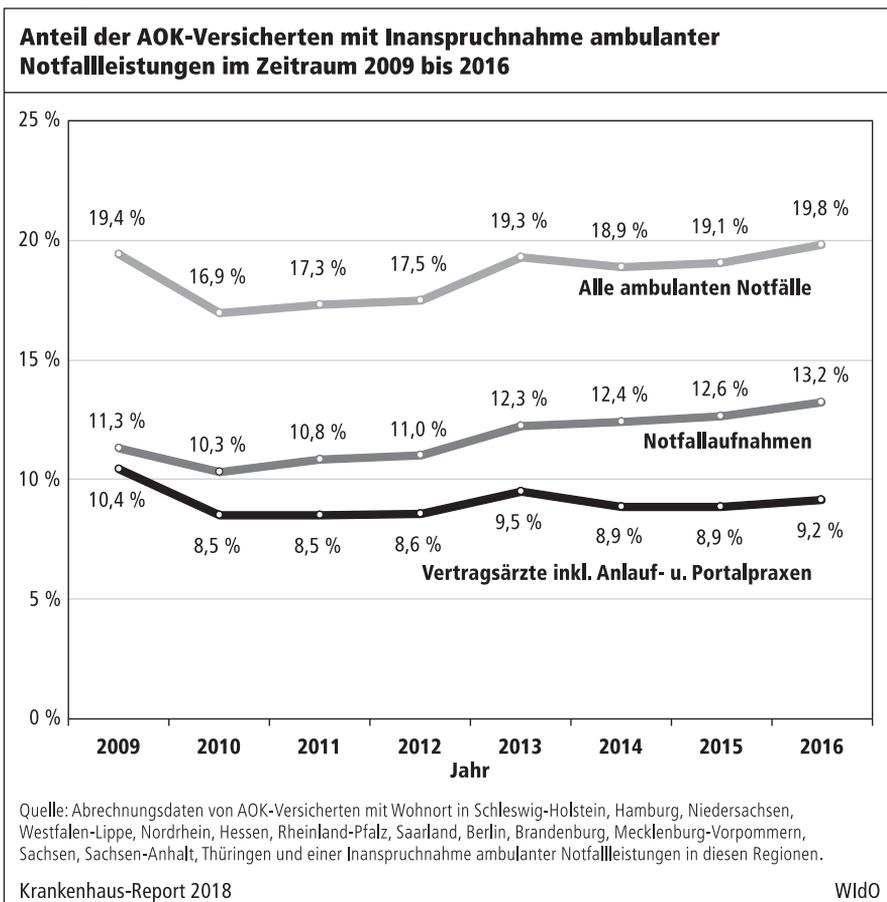
Quelle: Abrechnungsdaten von AOK-Versicherten mit Wohnort in Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und einer Inanspruchnahme ambulanter Notfalleleistungen in diesen Regionen

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

5 Die Krankenhäuser rechnen bereits heute ihre ambulanten Leistungen in der Notfallversorgung nahezu vollständig über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) oder über ergänzende Sonderregelungen ab. Mit den mit Wirkung zum 1.1.2015 eingeführten Tages- und Nachtpauschalen 01210 ff. des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs können erstmals Aussagen über die Verteilung der ambulanten Notfälle zu Tages- und Nachtzeiten getroffen werden.

Abbildung 13–2



zuvor. Im Jahr 2009 hatte jedoch ein fast so großer Anteil der AOK-Versicherten (19,4%) ambulante Notfallleistungen in Anspruch genommen. Ob es einen allgemeinen Trend zunehmender ambulanter Notfallversorgung gibt, lässt sich aus der Zeitreihenanalyse 2009 bis 2016 daher nicht zweifelsfrei ableiten, zumal es regional sehr heterogene Entwicklungen gibt.

Aus empirischer Sicht zeichnet sich aber ab, dass immer mehr Versicherte die Notfallaufnahmen aufsuchen. 2016 haben 13,2% der AOK-Versicherten diese aufgesucht, was für den untersuchten Zeitraum 2009 bis 2016 einen neuen Höchstwert darstellt. Im Vergleich zum Jahr 2010, in dem 10,3% der AOK-Versicherten in Notfallaufnahmen versorgt worden sind, fällt diese Inanspruchnahmerate im Jahr 2016 nicht nur um fast drei Prozentpunkte höher aus, sondern sie ist auch stetig gestiegen.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Diese Ergebnisse sind für die Bundesrepublik Deutschland nur eingeschränkt repräsentativ. Sie beruhen nicht nur ausschließlich auf Abrechnungsdaten von AOK-Versicherten, es fehlt zudem das Versor-

Tabelle 13–4

**Anteil der Notfallambulanzen an der Gesamtzahl ambulanter Notfallbehandlungen**

Versorger	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Notaufnahmen	50,1	52,8	54,5	54,8	55,2	57,5	58,2	58,6
Vertragsärzte inkl. Anlauf- und Portalpraxen	49,9	47,2	45,5	45,2	44,8	42,5	41,8	41,4

Quelle: Abrechnungsdaten von AOK-Versicherten mit Wohnort in Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und einer Inanspruchnahme ambulanter Notfallleistungen in diesen Regionen. Dieser Auswertung liegen zwischen 4,78 Mio. Notfälle in 2010 und und 5,6 Mio. Notfälle in 2016 zugrunde.

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

13

Gemessen an der Gesamtzahl abgerechneter ambulanter Notfälle entfällt seit 2009 ein stetig wachsender Anteil auf die Notfallaufnahmen. Waren es in den 14 betrachteten Bundesländern 2009 zunächst 50,1 % aller Notfälle, so ist dieser Anteil in den Folgejahren stetig auf nunmehr 58,6 % angestiegen (vgl. Tabelle 13–4). Diese bereits festgestellte Strukturverschiebung (vgl. Dräther und Schäfer 2017, S. 37) setzte sich somit 2015 und 2016 fort – allerdings im Vergleich etwa zu den Jahren 2009/2010 und 2013/2014 in abgeschwächter Form. Dies erklärt sich möglicherweise durch die schrittweise Etablierung von Portalpraxen (Notdienstpraxen) an/in Krankenhäusern, aber auch dadurch, dass die Notaufnahmen maximal ausgelastet sind, sodass dort keine zusätzliche ambulante Versorgung mehr übernommen werden kann. Dräther und Schäfer (2017) konstatieren zudem, dass es in einzelnen Regionen zu großen Schwankungen bei den Versorgungsanteilen kommt (Dräther und Schäfer 2017, S. 37).

Über die tatsächliche Anzahl der Krankenhäuser, die ambulante Notfallleistungen mit der KV abrechnen, ist nur wenig bekannt. Das liegt zum einen an Sonderregelungen in den vereinzelt KV-Bezirken und zum anderen an der intransparenten Standortliste und Zuordnung der Betriebsstättennummern zu einem Krankenhaussträger. In Auswertungen von Bockhorst et al. (2017) konnte gezeigt werden, dass ca. 72 % der untersuchten 1 362 Krankenhausstandorte mindestens 100 Fälle im Zeitraum Q1/2015 bis einschließlich Q2/2016 mit der KV abrechneten (Bockhorst et al. 2017, S. 187).<sup>7</sup>

Basierend auf den Auswertungen lässt sich eine Umverteilung der medizinischen Notfälle aus dem kassenärztlichen Bereich in die Notaufnahmen der Krankenhäuser feststellen. Ob diese Umverteilung aus der fehlenden Abdeckung durch den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst oder durch ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten resultiert, lässt sich aktuell nicht belastbar untersuchen.

gungsgeschehen in Bayern und Baden-Württemberg, das aus datentechnischen Gründen unberücksichtigt bleiben musste.

<sup>7</sup> Vgl. auch Dräther und Mostert 2016, S. 50 ff.

### 13.2.3 Fehlende einheitliche und verbindliche Planungsgrößen

Gemäß § 75 Abs. 1 b SGB V umfasst der Sicherstellungsauftrag der KVen und der KBV „[...] die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nicht anderes bestimmt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen; hierzu sollen sie entweder Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden. [...] Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren“.

Die regionale Gestaltungshoheit und Verantwortung ist damit bei den KVen der Länder, wobei die Sicherung durch die teilnehmenden Vertragsärzte im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst und durch die Krankenhausärzte in den Notaufnahmen erfolgt. Die unterschiedlichen Organisationen und Strukturen der KVen bilden eine sehr heterogene Versorgungslandschaft für ambulante Notfallpatienten. So finden sich in einigen Bundesländern besondere Bereitschaftsdienstpraxen, dagegen gibt es in anderen Ländern die Regelung, dass die Behandlung in der Praxis des diensthabenden Arztes stattfindet. Es gibt auch die Möglichkeit einer häuslichen Versorgung durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst („fahrenden Bereitschaftsdienst“). Seit 2012 wird bundesweit die einheitliche Rufnummer 116117 beworben und angeboten, um einen Arzt (Bereitschaftsdienst) auch außerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten zu erreichen. Unabhängig von der Zulassung als niedergelassener Kassenarzt besteht darüber hinaus für alle niedergelassenen Privatärzte eine Verpflichtung zur Teilnahme am Notfalldienst.

Grundsätzlich wird zwischen allgemeinärztlich und fachärztlich ausgerichteten Notdienstpraxen unterschieden. Die allgemeinärztlich ausgerichteten Notdienstpraxen versorgen Notfallpatienten, die sonst einen Hausarzt aufsuchen. Die fachärztlichen Notdienstpraxen umfassen Versorgungsangebote für die Kinder- und Jugendmedizin, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Augenheilkunde oder Chirurgie. Vorrangig werden die Praxen bereits an Krankenhausstandorten etabliert. In der Bildung der Portalpraxen lässt sich gleichwohl ein starkes Ost-West-Gefälle erkennen. Im Osten finden sich aufgrund der geringeren Krankenhausedichte weniger Portalpraxen. Zwar existieren in Bayern auch nur sehr wenige Portalpraxen, umfassende Reformen sollen dies jedoch ändern (vgl. aQua 2016, S. 13). Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) nimmt bei der Diskussion um die Anzahl der einzurichtenden Portalpraxen eine restriktive Position ein. Nach Berechnungen des Zi ist die Etablierung von Portalpraxen an allen Krankenhäusern nicht durchsetzbar, da in den strukturschwachen Regionen nicht genügend niedergelassene Ärzte zur Verfügung stehen würden (vgl. Zi 2016)<sup>8</sup>. Auch

<sup>8</sup> Das Institut geht in seiner Modellrechnung von 1 600 Klinikstandorten aus, die in Deutschland an der Notfallversorgung teilnehmen. Um diese Praxen von 7 bis 23 Uhr zu besetzen, wäre ein Zwei-Schicht-Betrieb von je acht Stunden notwendig. Dies würde bedeuten, dass jeder der 55 400 Hausärzte in Deutschland zusätzlich zu den bestehenden Bereitschaftsdiensten im Schnitt 21 Dienste im Jahr leisten müsste, also jede zweite Woche eine Schicht in einer Portalpraxis.

mit einer möglichen Strukturbereinigung für die Teilnahme an der stationären Notfallversorgung durch das zukünftige Notfallstufenkonzept ist die flächendeckende Etablierung von Portalpraxen an allen stationären Notfallversorgern nicht zielführend. Aus Sicht des Zi ist es hingegen zur Verminderung von Qualitätsdefiziten erforderlich, insbesondere in Ballungszentren, die Standorte der Krankenhausnotaufnahmen zu konzentrieren, um an diesen Hauptstandorten qualifizierte Bereitschaftspraxen einzurichten (Stillfried et al. 2017).

Hinweise auf einen in Teilen nicht funktionierenden kassenärztlichen Bereitschaftsdienst verdichten sich in den letzten Jahren. Vor allem in ländlichen Regionen herrschen große Herausforderungen für eine flächendeckende Versorgung. Ursachen sind nicht nur das zunehmende Verteilungsproblem von Ärzten in strukturschwachen Regionen und die immer größer werdenden Notdienstbezirke<sup>9</sup>, sondern auch das Wertesystem der jüngeren Generationen. Für viele angehende Ärztinnen und Ärzte ist für die Standortwahl entscheidend, ob die Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst notwendig ist. In einer Befragung von Kittel et al. (2016) wird deutlich, dass der Bereitschaftsdienst für die Niederlassung von Ärzten im ländlichen Raum eine hohe Relevanz hat. Die befragten Mediziner machen dabei deutlich, dass der Faktor Freizeit ihnen wichtiger ist als eine angemessene pauschale Vergütung durch die Sicherstellung bzw. Teilnahme am kassenärztlichen Bereitschaftsdienst (Kittel et al. 2016, S. 142).

## 13

## 13.3 Neuordnung der Notfallversorgung

Die Neuordnung der ambulanten und stationären Notfallversorgung sowie die Schaffung eines integrierten Angebots im Notfall verfolgen das Ziel, Patienten zu den richtigen Versorgungseinheiten zu navigieren und somit eine effiziente, effektive und qualitativ hochwertige Versorgung zu jeder Tages- und Nachtzeit zu gewährleisten. Die wesentlichen Bausteine dazu werden im Folgenden skizziert.

### 13.3.1 Definition von Notfällen

Geissler et al. (2017) stellen in einer gezielten Literatursuche und Analyse verschiedener europäischer Länder fest, dass es keine einheitliche Definition eines Notfalls oder der Notfallversorgung gibt (Geissler et al. 2017, S. 43). Bei einem Notfall ist die Bandbreite des Schweregrads von leichten (nicht dringlicher Behandlungsbedarf) bis zu lebensbedrohlichen (dringlicher Behandlungsbedarf) Krankheits- und Verletzungsbildern zu unterscheiden. Behringer et al. (2013) definieren den Notfall aus Patientensicht vor Diagnostik: „Als medizinischer Notfall bzw. als Notfallpatienten werden alle Personen definiert, die körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweisen, für welche der Patient selbst oder eine Drittperson unverzügliche medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachtet“ (vgl. Behringer et al. 2013, S. 174). Eine normative und verbindliche

<sup>9</sup> Um die Anzahl der Dienste pro Arzt zu verringern, wurden die Bezirke erweitert.

Definition von Notfallpatienten existiert jedoch nicht. Wer sich subjektiv in seiner Gesundheit bedroht fühlt, gilt als Notfall (vgl. Augurzky und Beivers 2015, S. 20).

Herausfordernd für die Etablierung einer einheitlichen Definition ist, dass die Definition des medizinischen Notfalls gegenwärtig inhaltlich von der Zuständigkeit des Notdienstes zu trennen ist. So wird zwischen dem lebensbedrohlichen medizinischen Notfall – dieser erfordert einen rettungsdienstlichen Einsatz – und der akuten Notsituation unterschieden (vgl. Niehues (2012), S. 31). „Akute Situationen beschreiben einen Gesundheitszustand ohne vitale Gefährdung, [...] aufgrund dessen der Patient erfahrungsgemäß auch außerhalb der Sprechstunde dringend ärztliche Hilfe sucht“ (Lander 2006, S. 616).

Die Begriffsdefinition „Notfall“ wird somit bei der Versorgung sowohl von den Patienten als auch den Leistungserbringern unterschiedlich interpretiert. Neben der Notwendigkeit zur Definition des Begriffs Notfall ist die Einführung weiterer Begriffe zur Entwicklung eines sektorenübergreifenden Notfallversorgungskonzeptes zwingend notwendig. Als Grundlage für die Definition von Notfällen können im Folgenden die Rettungsdienstgesetze der Länder dienen (bspw. Hessisches Rettungsdienstgesetz (HRDG)). Hierbei ist zwischen dem Notfall aus medizinischer sowie rechtlicher Perspektive zu differenzieren. Während sich der medizinische Notfall ausschließlich am Gesundheitszustand und der Behandlungsnotwendigkeit orientiert, stehen bei der rechtlichen Auslegung Zuständigkeiten und Abrechnungsfragen im Vordergrund. In der Fachliteratur lässt sich keine genaue Definition eines stationären oder ambulanten Notfalls finden (Beivers und Dodt 2014, S. 194).

Abbildung 13–3

<b>Definition des Notfallbegriffs</b>	
<p><b>Stationärer Notfall</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stationäre Notfallpatienten sind Verletzte oder Kranke, die sich in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erhalten.</li> </ul>	<p><b>Ambulanter Notfall</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein ambulanter Notfall bleibt ambulant nach entsprechender Diagnostik und sicherem Ausschluss von Lebensgefahr und stationärer Notfalltherapie.</li> <li>• Patient wird nach Hause entlassen oder in den vertragsärztlichen Bereich während der Regelöffnungszeiten überwiesen.</li> </ul>
<p><b>Stationärer Akutfall</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stationärer Akutfall ist die plötzliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit dringendem Behandlungsbedarf, aber ohne die Kennzeichen eines Notfalls.</li> <li>• Es besteht hier aktuell <u>keine</u> Lebensgefahr und die Entwicklung eines lebensgefährlichen Zustands ist mittelfristig (24 – 48 h) nicht zu erwarten. Bei stationärer Versorgung muss nicht mit erheblichen gesundheitlichen Folgen gerechnet werden.</li> </ul>	<p><b>Bagatellfall</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akutfälle, die aus medizinischer Sicht keiner Versorgung bedürfen, sind Bagatellfälle.</li> </ul>
<p>Quelle: Eigene Definitionen in Anlehnung an die Landesrettungsdienstgesetze sowie Riessen et al. 2015.</p>	
<p>Krankenhaus-Report 2018 <span style="float: right;">WIdO</span></p>	

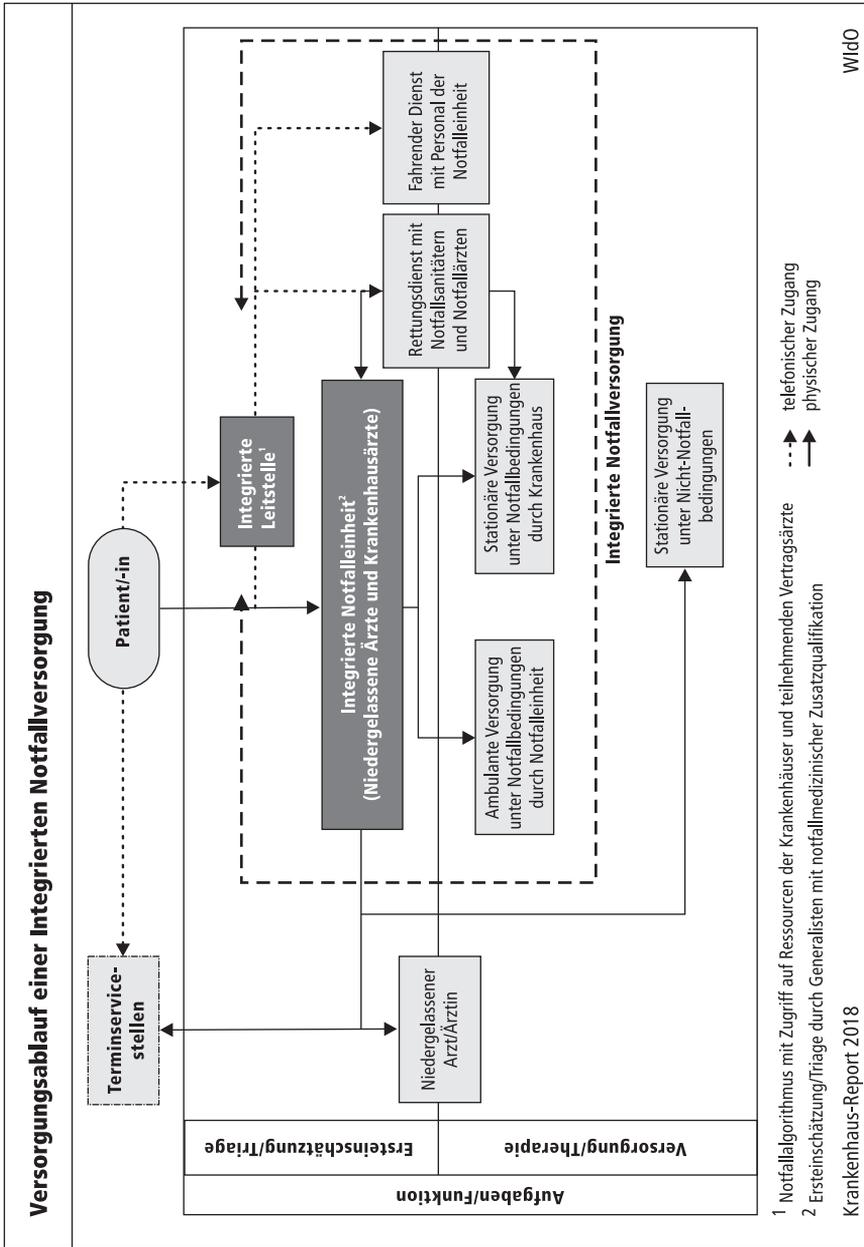
Nach erfolgter Ersteinschätzung und Diagnostik können vier unterschiedliche Fallarten unterschieden werden, die unterschiedliche Versorgungskapazitäten nach sich ziehen (vgl. Abbildung 13–2). Eine frühzeitige Ersteinschätzung und Wegweisung der unterschiedlichen Notfallarten ist somit unabdingbar, da die Notfallversorgung kein eigener Versorgungssektor ist, sondern unterstützende und ergänzende Aufgaben sowohl für die ambulante als auch die stationäre Versorgung erfüllt. Insbesondere bei der steigenden Inanspruchnahme der Notaufnahmen der Krankenhäuser wird es als besonders kritisch betrachtet, dass sich dort auch ein Großteil von Patienten mit nichtdringlichem Behandlungsbedarf vorstellt. Diese Patienten weisen Krankheiten auf, die in einem regulären vertragsärztlichen Setting behandelt werden könnten. Für eine Aufklärung und Navigation von Patienten im Notfall ist daher eine Differenzierung nach Versorgungsbedarf bei medizinischem Behandlungsersuchen unabdingbar. Dies ermöglicht eine bessere Planung und Organisation der Notfallversorgungskapazitäten. Patienten, Leistungserbringer und Kostenträger erhalten somit mehr Transparenz über die Leistungsangebote und Versorgungsprozesse im Notfall.

Die Unterscheidung zwischen den in Abbildung 13–3 präsentierten Definitionen verdeutlicht, dass die Notaufnahmen der Krankenhäuser, die Rettungsdienste oder kassenärztlichen Bereitschaftsdienste in der Regel nicht nur Notfälle versorgen. In den Notaufnahmen sind in der Regel weniger als 10% der Patienten lebensbedrohlich erkrankt (Beivers und Dodt 2014, S. 194). Die Unterscheidung bzw. Zuordnung ist auch mit einer subjektiven Wahrnehmung des Gesundheitszustandes verbunden. Die diagnostische Abklärung und Versorgung bei einem Akutfall muss primär mit ambulanten Mitteln erfolgen. Nach Diagnostik und ggf. Stabilisierung kann eine Aufnahme als stationärer Fall erfolgen, Weiterverlegung in eine Einrichtung als „stationärer Notfall“ oder Entlassung in die vertragsärztliche Versorgung sind auch möglich (vgl. Slowik und Malzahn 2017, S. 25–26).

### 13.3.2 Notfallversorgung in Integrierten Notfalleinheiten (INE) organisieren

Durch die aufgezeigten Strukturverschiebungen und strukturellen Hindernisse zwischen kassenärztlichem Notdienst und Krankenhäusern (vgl. Abschnitt 13.2) kommt es zunehmend zu einer Fehlinanspruchnahme der ambulanten Notfallpatienten in den Krankenhäusern und des Rettungsdienstes. Die Mehrheit der medizinischen Notfälle im somatischen Bereich weist keine unmittelbar lebensbedrohenden Symptome auf. Eine schnelle Einschätzung der gesundheitlichen Risiken ist daher umso wichtiger, um die Behandlungsdringlichkeit der Notfallpatienten festzulegen (vgl. Beivers und Dodt 2014, S. 194). Um eine bedarfsgerechte und schnelle Ersteinschätzung zu gewährleisten, sollte die Notfallversorgung nach Meinung der Autoren in Integrierte Notfalleinheiten (INE) am/im Krankenhaus in urbanen und ländlichen Regionen überführt werden. Patienten hätten somit eine zentrale Anlaufstelle für das medizinische Behandlungsersuchen im Notfall. Die Integrierten Notfalleinheiten sollten durch niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte gemeinsam betrieben werden. In der Notfalleinheit wird entschieden, ob der Patient mit ambulanten oder stationären Notfallmitteln und -kapazitäten versorgt werden muss oder in die vertragsärztliche Regelversorgung entlassen werden kann bzw. ein Termin

Abbildung 13–4



bei einem Vertragsarzt nötig ist. Die Grundsatzidee der Portalpraxen wird somit etabliert und weiterentwickelt (vgl. Abbildung 13–4).

Die Ersteinschätzung sollte nach internationalen Qualitätskriterien und anerkannten Triage-Methoden durchgeführt werden. An einem gemeinsamen Tresen entscheidet dabei eine Triage-Kraft nach Dringlichkeit und medizinischem Bedarf über die weitere Behandlung der Patienten. Diejenigen Patienten, die keiner stationären Behandlung bedürfen, werden von der Integrierten Notfalleinheit direkt am Krankenhaus oder im vertragsärztlichen Bereich versorgt. Perspektivisch kann auch die Integrierte Notfalleinheit eine neue Art der „Notaufnahme“ mit eigenem Personal darstellen. Da die Notfalleinheit idealtypisch an einem Krankenhaus angesiedelt ist, sind bereits alle notwendigen technischen Voraussetzungen der Diagnostik erfüllt. Nach Berechnung von Dräther und Schäfer (2017) sind 99% der diagnostischen Untersuchungen in der ambulanten Notfallversorgung bereits durch die technische Ausstattung eines Krankenhauses abgedeckt (Vgl. Dräther und Schäfer 2017). Es müssen somit keine Doppelstrukturen bzw. „das Krankenhaus neben dem Krankenhaus“ etabliert werden.

Um die bedarfsgerechte Kapazitätsplanung an den richtigen Versorgungseinheiten zu gewährleisten, sollte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine neu zu erarbeitende Notfallversorgungs-Richtlinie (bspw. Strukturvorgaben, Qualifikation und Ausbildung des Personals, Erreichbarkeiten) für die Integrierten Notfalleinheiten erlassen, die flächendeckend verfügbar sind. Im Idealfall erfolgt die Einrichtung an einem regionalen Krankenhaus, das an der stationären Notfallversorgung gemäß dem Notfallstufenkonzept nach § 136c Abs. 4 SGB V teilnimmt. In weniger besiedelten Regionen werden die Integrierten Notfalleinheiten an zentralen Orten – bspw. durch ein MVZ oder durch eine Praxisklinik – geplant und zugelassen. Um die Versorgung von immobilen Akutpatienten auch weiterhin zu gewährleisten, sollte ein fahrender Dienst mit qualifiziertem Personal in der Verantwortung der Integrierten Notfalleinheit etabliert werden. Dadurch wären nicht nur Vertragsärzte für den fahrenden kassenärztlichen Bereitschaftsdienst verantwortlich.

Um Diagnostik und therapeutische Maßnahmen zu finanzieren, ist die Vergütung der Leistungserbringung in den Integrierten Notfalleinheiten leistungsorientiert und aufwandsgerecht auszugestalten. Wie in Abschnitt 13.1.2 dargestellt, verfolgen die diversen Interessenvertretungen der Leistungserbringer und Kostenträger unterschiedliche Ziele bei der Neuordnung des Vergütungssystems. Grundsätzlich kann konstatiert werden, dass die Vergütung ambulanter Notfallleistungen Teil der kassenärztlichen Gesamtvergütung ist – diese Leistungen sind somit bereits vollständig finanziert. Stationäre Notfälle und Akutfälle sind über das bestehende Fallpauschalensystem finanziert. Infolge des Krankenhausstrukturgesetzes müssen die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 30.06.2018 die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung vereinbaren. Stationären Notfallversorgern stehen somit neben der fallbezogenen Regelvergütung zukünftig prozedur-unabhängige Zuschläge für eine Teilnahme an der Notfallversorgung zur Verfügung. Die Finanzierung der Notfalleinheiten kann somit auf Basis der bisherigen Budget- und Abrechnungsmodalitäten (DRG, Notfallzu- und -abschläge, EBM) geschehen, wobei weitere ergänzende Vergütungsziffern denkbar wären. Auch eine

Direktfinanzierung ohne Abkehr von den bisherigen Abrechnungskatalogen und dem damit verbundenen Preissystem ist nicht ausgeschlossen.

Für die Integrierte Notfalleinheit und die Notfallmedizin sollten pflegerische und ärztliche Fachkräfte sowie eine entsprechende Infrastruktur bestimmten Strukturqualitätskriterien folgen. Um sicherzustellen, dass die Anforderungen an das notfallmedizinische Personal erfüllt werden können und ausreichend Fachkräfte zur Verfügung stehen, muss das Berufsfeld „Notfallversorgung“ attraktiver werden. Um die hohe Qualität der Notfallversorgung auch zukünftig zu gewährleisten, ist der Facharzt für Notfallmedizin somit zukunftsweisend und langfristig anzustreben.

### 13.3.3 Planungsverantwortung neu regeln und sicherstellen

Die Planung, Sicherstellung und Leistungserbringung ist je nach Akteur bislang unterschiedlich geregelt. Ziel muss es sein, die Verantwortung in einem gemeinsamen Interessenausgleich der Akteure auf Landesebene zu verschmelzen.

Die Kriterien zur Feststellung des Bedarfs an Integrierten Notfalleinheiten müssen auf Basis einer neu zu erarbeitenden Notfallversorgungs-Richtlinie im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erfolgen. Die Richtlinie muss unter Beteiligung von Deutscher Krankenhausgesellschaft, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Krankenkassen erarbeitet werden. Der regionale Bedarf wird anschließend in einem neu zu gründenden gemeinsamen Gremium auf Landesebene festgestellt. Dies garantiert eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung aller Akteure, um sowohl die ambulanten als auch die stationären Notfallversorgungskapazitäten optimal zu gestalten. Die Planungskriterien der Notfallversorgungs-Richtlinie müssen dabei Handlungsspielräume für regionale Gestaltungsmöglichkeiten weiterhin zulassen. Die Integrierten Notfalleinheiten werden nicht Bestandteil der gegenwärtigen Bedarfsplanung der vertragsärztlichen Versorgung oder der Krankenhausplanung der Länder, sondern ergänzen oder substituieren diese. Die neue Notfallversorgungsplanung berücksichtigt somit auch das gestufte System von Notfallstrukturen im Krankenhaus.

Die Umsetzung und Standortfestlegung der Integrierten Notfalleinheiten übernimmt auf der Landesebene ein neu zu gründendes gemeinsames Gremium, das auch die Verantwortung für die Sicherstellung wahrnimmt. Die KVen hätten somit nicht mehr die alleinige Sicherstellungsverantwortung in der ambulanten Notfallversorgung. Das Gremium sollte nach Meinung der Autoren paritätisch mit Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenhäusern und Kassen besetzt sein. Die Länder übernehmen bei diesem Modell die Rechtsaufsicht und können an den Beratungen des Gremiums beteiligt werden (3+1-Modell). Landesindividuelle Lösungen und Kooperationen sind weiterhin möglich.

### 13.3.4 Integrierte Leitstellen einrichten

Ein zentrales Element einer zukünftigen Notfallversorgung ist die Etablierung Integrierter Leitstellen. Die Patientensteuerung sollte zukünftig über eine sektorenübergreifende Leitstelle mit einer einheitlichen Telefonnummer und einer Verfügbarkeit von 24 Stunden an sieben Tagen der Woche erfolgen. In vielen europäischen Ländern ist dieses Konzept seit vielen Jahren erfolgreich etabliert (vgl. Van de Heede und Van de Voorde, S. 1343).

Viele Patienten sind gegenwärtig verunsichert bei der Entscheidung über die Wahl der richtigen Versorgungseinheit und wohin sie sich für medizinische Hilfe im Notfall wenden sollen (vgl. Abschnitt 13.2.1). Wer sich unwohl fühlt, soll derzeit den Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung aufsuchen oder die 116117 anrufen. Einen einheitlichen Ansprechpartner erreichen Patienten bundesweit jedoch nicht, da die Dienste regional variieren und unterschiedlich organisiert sind.

Zukünftig sollten bundesweite Integrierte Leitstellen navigieren und beraten. Diese agieren als zentrale Kontaktstelle für die Anrufer und könnten als virtueller Versorgungsnavigator fungieren, der zu den richtigen Versorgungseinheiten steuert und disponiert. Die Leitstelle muss verpflichtend standardisiert und strukturiert abfragen. Hierzu wird ein strukturierter Abfragekatalog verwendet und entsprechend qualifiziertes Personal eingesetzt. Den Patienten steht somit ein zentraler Ansprechpartner für ein medizinisches Behandlungsersuchen zur Verfügung. Campell et al. (2014) zeigen, dass eine telefonische Triage die Steuerung der Patienten in die richtigen Versorgungsebenen verbessern kann (Campell et al. 2014, S. 1 866). Langfristig hat diese Leitstelle den Überblick über die aktuelle Lokalisation der Rettungsdienste, den Ort des Notfalls sowie die Erreichbarkeiten, Auslastung und auch Wartezeiten bei den an der Notfallversorgung beteiligten Akteuren, insbesondere der Integrierten Notfalleinheit.

### 13.3.5 Qualität der Versorgung durch Aufklärung der Versicherten verbessern

13

Wie in Abschnitt 13.2.1 dargestellt ist die Gesundheitskompetenz der Notfallpatienten gegenwärtig nur unzureichend ausgebildet. Außerhalb und während der regulären Sprechzeiten wählen Notfallpatienten in der Folge verstärkt die Klinik-Notaufnahmen als erste Versorgungseinheit und nicht den organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst bzw. ärztlichen Notdienst. Aufgrund der wachsenden Inanspruchnahme der Notaufnahmen durch Patienten mit nichtdringlichem Behandlungsbedarf steigt dadurch die Gefahr, dass Notfallpatienten mit dringlichem Behandlungsbedarf aufgrund von Überlastungen unterversorgt werden und es zu Zeitverzug und Transferbedarf in eine höherwertige Versorgungsstufe kommt (Behringer et al. 2013, S. 625).

Es bedarf somit einer umfassenden Informations- und Schulungskampagne für die Versicherten zu den Versorgungsmöglichkeiten im Notfall. Mittelfristig sollte ein elektronischer bzw. mobiler Navigator (bspw. als App) entwickelt werden. Versicherte haben dadurch alle Leistungserbringer in der näheren Umgebung mit den verfügbaren Servicezeiten im Überblick. Dabei erfolgt eine Verknüpfung mit den optionalen Transportdiensten. Die flächendeckende Stärkung der Wiederbelebungskompetenz und der Hilfsmotivation der Bevölkerung sollte durch gezielte Aktivierungs- und Bildungsmaßnahmen sichergestellt werden.

### 13.3.6 Rettungsdienst weiterentwickeln

Notfallpatienten sollten nicht in die am besten zu erreichende Klinik gebracht werden, sondern in die nach Leistungsspektrum und Qualität geeignete Klinik. Die Qualitätssicherung ist gegenwärtig lückenhaft und regional unterschiedlich. Eine

Nutzung von Routinedaten ist kaum vertreten. Nach Angaben der Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg wurde festgestellt, dass über ein Viertel der polytraumatisierten Patienten nicht primär in ein dafür geeignetes Zentrum transportiert wurde (SQRBW 2017). Zwischen den Ergebnissen der einzelnen Rettungsdienstbereiche zeigen sich zudem große Unterschiede.

Die Qualitätssicherung des Rettungsdienstes sollte daher in der Zukunft stärker mit Routinedaten erfolgen. Den Kostenträgern und Institutionen der Qualitätssicherung müssen dazu Rettungsdiensteinsatzdaten digital zur Verfügung stehen (einheitliches Format und Datenverarbeitungsstellen). Hilfsfristen sollten einheitlich definiert und gemessen werden. Zukunftsorientiert ist eine zeitliche Betrachtung der gesamten Versorgungskette und damit einhergehend eine Etablierung von einheitlichen „Versorgungsfristen“.

Der Rettungsdienst hat neben dem Transport in ein geeignetes Krankenhaus auch eine wichtige Rolle bei der Erstversorgung von Notfallpatienten. Eine Erweiterung des Kompetenzbereichs der Rettungsdienste ist zwingend erforderlich. Die bereits ausgebildeten und hochqualifizierten Notfallsanitäter müssen mittelfristig umfassendere Rechte für die unmittelbare Versorgung von Patienten erhalten. Dies kann auch derzeit noch notärztliche Tätigkeiten umfassen. Die Einbindung/Etablierung telemedizinischer Anwendungen kann dabei zur Verbesserung der Kommunikation mit Rettungskräften zur Übermittlung von Anweisungen oder Absprachen für die Behandlung beitragen.

## 13.4 Fazit

Ziel der gesamten Reform muss es sein, eine effiziente, am Patientenwohl orientierte Notfallversorgung sicherzustellen. Dies gelingt sicherlich nicht dadurch, dass Partikularinteressen der unterschiedlichen Beteiligten bedient werden, sondern nur durch den Blick auf alle Komponenten der Notfallversorgung, die sich aus Rettungsdienst, Vertragsärzteschaft und Krankenhäusern zusammensetzt. Zwar fehlt ein umfassender gesetzlicher Auftrag entsprechend vorzugehen, doch kann der Gesetzgeber dies mit einem neuen Gesetz mit dem Fokus auf die sektorenübergreifende Notfallversorgung entscheidend verändern. Positiv zu werten ist, dass alle gesundheitspolitischen Akteure die Steuerung von Notfallpatienten und eine Kapazitäts-/Raumplanung als wichtigen Schritt ansehen. Moderne Notfallversorgung kann nur mit sektorenübergreifenden Ansätzen funktionieren. Andere Länder in der Europäischen Union haben bereits bewiesen, dass dies funktionieren kann. Es bedarf daher nur noch des versorgungspolitischen Willens für ein sektorenübergreifendes Vorgehen.

## Literatur

- Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (aQua). Ambulante Notfallversorgung – Analyse und Handlungsempfehlungen. Göttingen 2016. <https://www.aqua-institut.de/projekte/ambulante-notfallversorgung/> (12 September 2017).
- Augurzky B, Beivers A, Dodt C. Handlungsbedarf trotz Krankenhausstrukturgesetz: Elf Thesen zur Reform der Notfallversorgung. RWI-Positionen (#068). Essen 2017. <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/162134/1/889960267.pdf> (12 September 2017).
- Augurzky B, Beivers A. Rettung für die Notfallmedizin. *Gesundheit und Gesellschaft* 2015; 18 (10): 19–23.
- Behringer W, Buergi U, Christ M, Dodt C, Hogan B. Fünf Thesen zur Weiterentwicklung der Notfallmedizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz. *Notfall + Rettungsmedizin* 2013; 16 (8): 625–6.
- Bockhorst K, Leber WD, Wolff J. Neustrukturierung der Notfallversorgung. In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg). *Gesundheitswesen aktuell*. 2017; 177–97.
- Beivers A, Dodt C. Ökonomische Aspekte der ländlichen Notfallversorgung. *Notfall + Rettungsmedizin* 2014; 17 (3): 190–8.
- Bundestagsdrucksache 18/4095. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). Deutscher Bundestag. 18. Wahlperiode. Berlin 2015.
- Bundestagsdrucksache 18/5372. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG). Deutscher Bundestag. 18. Wahlperiode. Berlin 2015.
- Campbell JL, Fletcher E, Britten N, Green C, Holt TA, Lattimer V et al. Telephone triage for management of same-day consultation requests in general practice (the ESTEEM trial): a cluster-randomised controlled trial and cost-consequence analysis. *Lancet* 2014; 384 (9957): 1859–68.
- DKG. Positionspapier der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die 19. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags vom 29.03.2017. [http://www.dkgev.de/media/file/45651.2017-03-29\\_DKG\\_Positionen\\_2017.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/45651.2017-03-29_DKG_Positionen_2017.pdf) (12 September 2017).
- Dräther H, Schäfer T. Die ambulante Notfallversorgung in Notfallambulanzen und bei Vertragsärzten im Zeitraum 2009 bis 2014. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2017*. Stuttgart: Schattauer 2017; 25–40.
- Eckpunkte des Marburger Bundes für eine Strukturreform der medizinischen Notfallversorgung 2017: ECKPUNKTE des Marburger Bundes für eine Strukturreform der medizinischen Notfallversorgung und eine Integrative Notfallversorgung vom 09.05.2017. <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/artikel/downloads/2017/notfallversorgung-durch-integration-neu-strukturieren/170509-eckpunkte-notfallversorgung.pdf> (12 September 2017).
- Fricke A. KBV-Chef Gassen – Hunderte Klinik-Ambulanzen überflüssig. 2017. [https://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/bedarfsplanung/article/945197/gassen-einige-hundert-ambulanzen-koennten-wegfallen.html?wt\\_mc=nl.upd.AEZ\\_NL\\_NEWSLETTER.2017-10-12.Bedarfsplanung.x](https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/bedarfsplanung/article/945197/gassen-einige-hundert-ambulanzen-koennten-wegfallen.html?wt_mc=nl.upd.AEZ_NL_NEWSLETTER.2017-10-12.Bedarfsplanung.x) (12 September 2017).
- Haas C, Larbig M, Schöpke T, Lübke-Naberhaus KD, Schmidt C, Brachmann M, Dodt C. Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus – Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse der Management Consult Kestermann GmbH (MCK) erstellt in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA). Management Consult Kestermann. Hamburg 2015. [http://www.dkgev.de/media/file/19401.2015-02-17\\_Gutachten\\_zur\\_ambulanten\\_Notfallversorgung\\_im\\_Krankenhaus\\_2015.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/19401.2015-02-17_Gutachten_zur_ambulanten_Notfallversorgung_im_Krankenhaus_2015.pdf) (12 September 2017).
- Hessisches Rettungsdienstgesetz (HRDG) 2017. zuletzt geändert am 16.12.2010.
- Geissler A, Quentin W, Busse R. Umgestaltung der Notfallversorgung: Internationale Erfahrungen und Potenziale für Deutschland. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2017*. Stuttgart: Schattauer 2017; 41–59.
- Kittel B, Kaczynski A, Bethge S, Mühlbacher AC. Was braucht der neue Landarzt? – Ein Analytic Hierarchy Process (AHP). *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2016; 21 (03): 137–44.
- KBV und Marburger Bund. Konzeptpapier von KBV und Marburger Bund. Integrative Notfallversorgung aus ärztlicher Sicht – Konzeptpapier von KBV und Marburger Bund vom 18.09.2017,

- <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/artikel/downloads/2017/integrative-notfallversorgung-aus-aerztlicher-sicht/17-9-18-mb-kbv-konzeptpapier-notfallversorgung.pdf> (19 September 2017).
- Kurscheid C, Kloepfer A, Wagner SVM, Balke N. Fokus Gesundheitspolitik – Die kommende Legislaturperiode aus Sicht der Akteure und der Parteien. Köln/Berlin 2017.
- Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. 2013. Health literacy- The solid facts. WHO 2013. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf) (12 September 2017).
- KV und KBV zur Weiterentwicklung der ambulanten Notfallversorgung. Eckpunkte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Weiterentwicklung der ambulanten Notfallversorgung vom 29.03.2017. [http://www.kbv.de/media/sp/2017\\_03\\_29\\_Eckpunkte\\_Weiterentwicklung\\_ambulante\\_Notfallversorgung.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2017_03_29_Eckpunkte_Weiterentwicklung_ambulante_Notfallversorgung.pdf) (12 September 2017).
- Lander HJ. Die Verpflichtung des Arztes zur Notfallbehandlung und zur Teilnahme am Ärztlichen Notfalldienst. In: Knuth P, Sefrin P (Hrsg). Notfälle nach Leitsymptomen. Köln 2006; 616–9.
- Niehues C. Notfallversorgung in Deutschland – Analyse des Status quo und Empfehlungen für ein patientenorientiertes und effizientes Notfallmanagement. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer 2012.
- Riessen R, Gries A, Seekamp A et al. Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in deutschen Notaufnahmen. *Notfall + Rettungsmedizin* 2015; 18 (3): 174–85.
- Rissbacher C, Rissbacher C, Tilg B. Gründe für die ungerechtfertigte Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2010; 15: 176–84.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Gutachten 2003. Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/005/1500530.pdf> (12 September 2017).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR). Gutachten 2014. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465> (12 September 2017).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR). 2017: Weiterentwicklung der Notfallversorgung in Deutschland. [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/2017-09-08\\_Notfall\\_Webseite.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/2017-09-08_Notfall_Webseite.pdf) (30 September 2017).
- Schleef T, Schneider A, Tecklenburg A, Junius-Walker U, Krause O. Allgemeinmedizin in einer universitären Notaufnahme – Konzept, Umsetzung und Evaluation. *Das Gesundheitswesen* 2017; 79: 845–51.
- Schmiedhofer MH, Searle J, Slagman A, Möckel M. Inanspruchnahme zentraler Notaufnahmen: Qualitative Erhebung der Motivation von Patientinnen und Patienten mit nichtdringlichem Behandlungsbedarf. *Das Gesundheitswesen* 2017; 79: 835–44.
- Schmiedhofer MH, Möckel M, Slagman A, Frick J, Ruhla S, Searle J. Patient motives behind low-acuity visits to the emergency department in Germany: a qualitative study comparing urban and rural sites. *BMJ Open* 2016; 6; DOI: 10.1136/bmjopen-2016-013323.
- Slowik M, Malzahn J. Erste Hilfe für den Notfall. *Gesundheit und Gesellschaft* 2017; 20 (10): 23–27.
- Somasundaram R, Geissler A, Leidel BA, Wrede CE. Beweggründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen – Ergebnisse einer Patientenbefragung. *Das Gesundheitswesen* 2016; DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-112459>.
- Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg (SQRBW). Qualitätsbericht des Rettungsdienstes Baden-Württemberg für das Jahr 2016 vom September 2017. <https://www.sqrbw.de/de/sqr-bw/qualitaetsberichte> (12 September 2017).
- Stillfried D, Czihal T, Erhart M. Rolle der Krankenhäuser in der Notfallversorgung in Deutschland. Daten belegen massiven Reformbedarf. Zi-Paper 11/2017. [https://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/Publikationen/Zi-Paper\\_11-2017\\_Notfallversorgung.pdf](https://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/Publikationen/Zi-Paper_11-2017_Notfallversorgung.pdf).
- Van de Heede K, Van de Voorde C. Interventions to reduce emergency department utilisation: A review of reviews. *Health Policy* 2016; 120 (12): 1337–49.
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Portalpraxen-Pläne der Politik realitätsfern – weniger Krankenhäuser in der Notfallversorgung und strengere Aufnahmekriterien notwendig. Berlin 2016. <https://www.zi.de/cms/presse/archiv/2016/13-oktober-2016/> (12 September 2017).

This page intentionally left blank

Teil II

# Zur Diskussion

---

(Kapitel 14–16)

This page intentionally left blank

# 14 Routinedatenbasierte Versorgungsforschung in der klinischen Notfallmedizin – Herausforderungen und Möglichkeiten

Felix Greiner und Dominik Brammen

## Abstract

Aus Sekundärdaten kann nur über die Diagnose auf das Versorgungsgeschehen in Notaufnahmen geschlossen werden. Die Dokumentation von Diagnosen divergiert jedoch zwischen den Vergütungssystemen der Versorgungssektoren. Aus Sicht der Notaufnahme stellt sich ein Patient hingegen mit gesundheitlichen Beschwerden oder einem Symptom vor. Mit der standardisierten Erhebung von Vorstellungsgründen wird die Basis für Versorgungsforschung aus einer Ex-ante-Perspektive und somit aus Sicht der Mediziner gelegt. Dabei ist wegen großer Fallzahlen eine elektronische Dokumentation anzustreben. Durch elektronische Dokumentenaustauschstandards wie z. B. HL7-CDA wird eine eindeutige Kommunikation zwischen verschiedenen IT-Systemen sichergestellt.

Coded diagnoses from claims data are a proxy to get an insight of health care provided in emergency departments. Due to different reimbursement regulations of the inpatient and outpatient sector, the documentation of diagnoses varies. The patient in emergency care, however, shows health problems or a symptom. Standardised documentation of presenting complaints allows for symptom-based health care research. This prospective view is actually the perspective of the emergency physician. Due to large numbers of cases in emergency departments, the implementation of electronic medical record systems is crucial. The use of exchange standards for clinical documents such as HL7-CDA facilitates unambiguous communication between different IT systems.

14

## 14.1 Einführung

Die klinische Notfallversorgung befindet sich seit mehreren Jahren im Umbruch. Auf Seiten der Krankenhäuser ist eine Zusammenführung der ehemals fachspezifischen Notaufnahmen zu eigenständig organisierten und interdisziplinär geführten zentralen Notaufnahmen zu beobachten (Schöpke et al. 2014). Zur Notfallversorgung in Krankenhäusern existiert keine bundesweite Statistik; Hochrechnungen gehen von ungefähr 21 Mio. Notfallbehandlungen jährlich aus, die Zahl der zentralen Notaufnahmen wird mit ca. 1000 angegeben (Schöpke und Plappert

2011). Auf regionaler Ebene ist davon auszugehen, dass der Trend zur Zentralisierung von Notaufnahmen und der Notfallversorgung durch Schließung von Krankenhausstandorten und Fusionen von Kliniken weiter forciert wird.

Neben einer jährlichen Steigerung der Fallzahlen ist eine Veränderung des Patientenspektrums zu verzeichnen. Aktuell wird eine Verlagerung von leichten Notfällen aus dem Versorgungsbereich der niedergelassenen Ärzte in die Notaufnahmen der Krankenhäuser beschrieben (Dräther und Schäfer 2017). Dieser Trend setzt sich offensichtlich trotz oder möglicherweise auch gerade wegen Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen (z. B. Zentralisierung der ambulanten Notfallversorgung in Portalpraxen) fort.

In der Medizin existiert keine klare Definition eines Notfallpatienten; die Patienten werden aus unterschiedlichsten Gründen in einer Notaufnahme vorstellig. Das Spektrum der Krankheitsbilder reicht von akut lebensbedrohlichen Erkrankungen bis hin zu objektiv geringfügigen Beschwerden, die theoretisch in gleicher Qualität im ambulanten Sektor versorgt werden könnten. Eine Person, die aufgrund von Veränderungen im Gesundheitszustand für sich selbst umgehende medizinische Hilfe als notwendig erachtet, gilt ebenso als Notfallpatient wie der vom Rettungsdienst mit Notarztbegleitung eingelieferte Patient (Behringer et al. 2013).

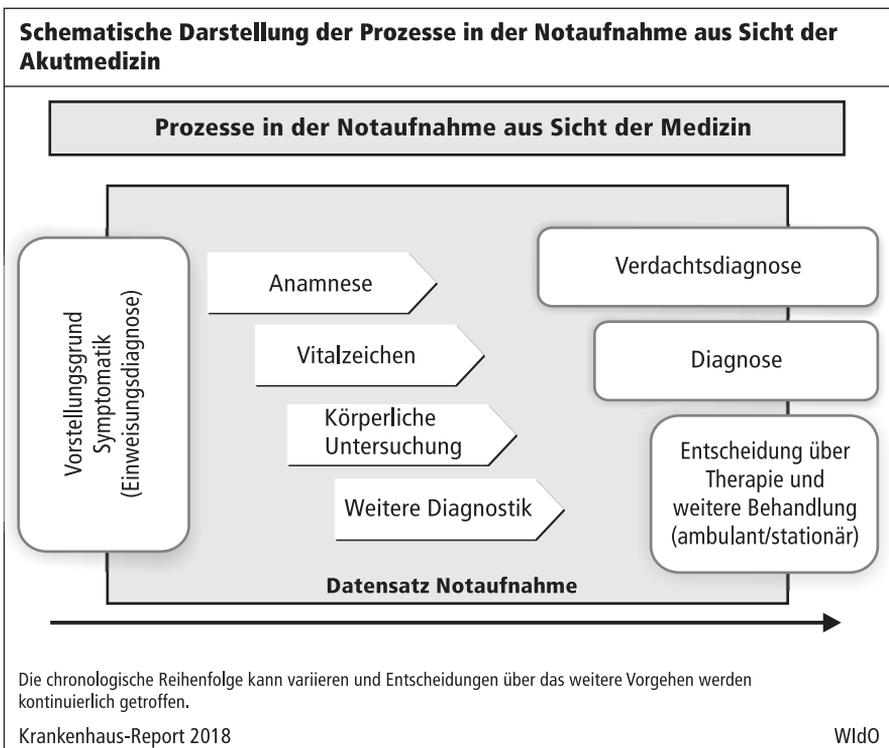
Aus diesen vielfältigen Gründen sind die Strukturen und Prozesse in der Notfallversorgung in der Zwischenzeit auf die politische Agenda gerückt. Da die Patientenversorgung in Notaufnahmen mehr Ressourcen beansprucht als in der ambulanten Versorgung, werden derzeit mehrere Möglichkeiten diskutiert und bereits erprobt, um die Patientenströme in die am besten geeigneten Versorgungseinrichtungen zu steuern (Köster et al. 2016). Gemäß Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) ist eine stärkere Verzahnung von stationärer und kassenärztlicher Notfallversorgung vorgesehen, beispielsweise durch Einrichtung von Portalpraxen an Krankenhäusern. Der Gemeinsame Bundesausschuss erarbeitet derzeit auf Grundlage des KHSG ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern.

Unabhängig vom aktuellen Datenbedarf gibt es aus Sicht der Versorgungsforschung erhebliche Limitationen bei routinedatenbasierten Analysen im Bereich der Notfallmedizin. Trotz einer allgemeinen Dokumentationspflicht werden klinische Daten weder strukturiert noch standardisiert erhoben. Das Problem der Sekundärdatenforschung in der Notfallmedizin besteht in der Divergenz der sektorenspezifischen Vergütungssysteme und den damit einhergehenden Unterschieden der routinemäßig erhobenen Diagnosen.

## 14.2 Herausforderungen der routinedatenbasierten Forschung zur Versorgung durch Notaufnahmen

Die Pflicht zur Dokumentation in der medizinischen Versorgung ergibt sich aus § 630f<sup>1</sup> des Bürgerlichen Gesetzbuchs sowie § 10 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte<sup>2</sup>. Demnach hat die Dokumentation nachvollziehbar und beweissicher in Papierform oder elektronisch zu erfolgen. Als Inhalte werden unter anderem Anamnese, Untersuchungen, Befunde, Therapien und Ergebnisse genannt; eine standardisierte Dokumentation oder strukturierte Aufbereitung der medizinischen Inhalte ist nicht festgelegt. Eine Standardisierung von Inhalten erfolgt in der Regel nur im Rahmen der Abrechnung mit den Kostenträgern oder in den letzten Jahren zunehmend auch im Rahmen verpflichtender Qualitätssicherung oder freiwilliger Zertifizierungen. Teilweise wird eine standardisierte Dokumentation auch über die Abrechenbarkeit bestimmter Leistungen getriggert, z. B. im Fall von neurologischen Komplexbehandlungen (Kulla et al. 2015). Der über-

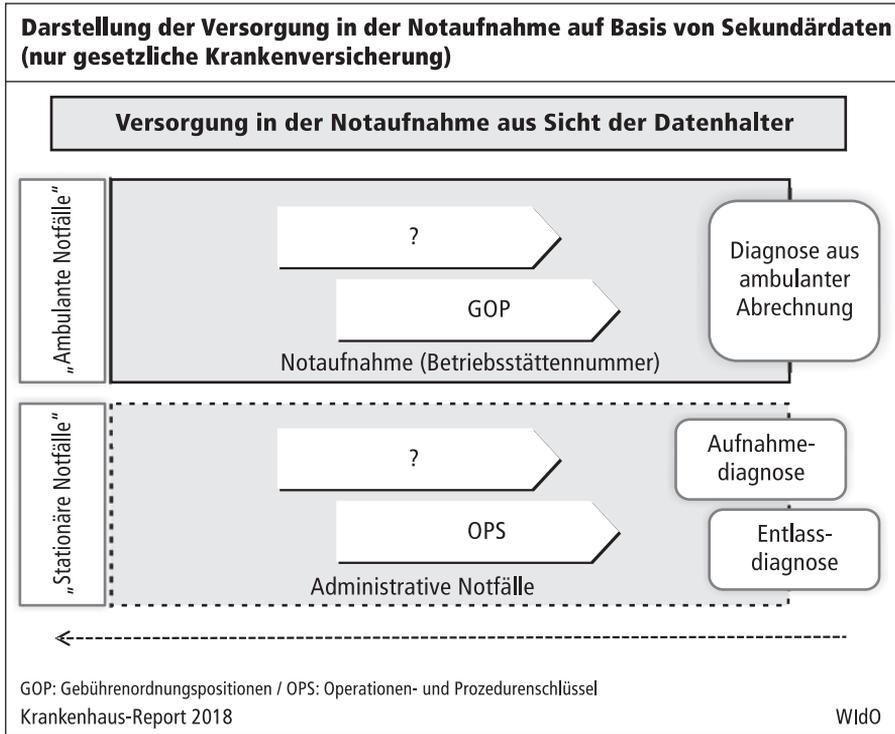
Abbildung 14–1



1 [https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/\\_630f.html](https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_630f.html).

2 (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte in der Fassung des Beschlusses des 118. Deutschen Ärztetages 2015 in Frankfurt am Main.

Abbildung 14–2



wiegende Anteil der medizinischen Dokumentation steht aufgrund der unstrukturierten Erhebung und nach wie vor häufig noch papierbasierten Dokumentation für Zwecke der Versorgungsforschung nicht zur Verfügung.

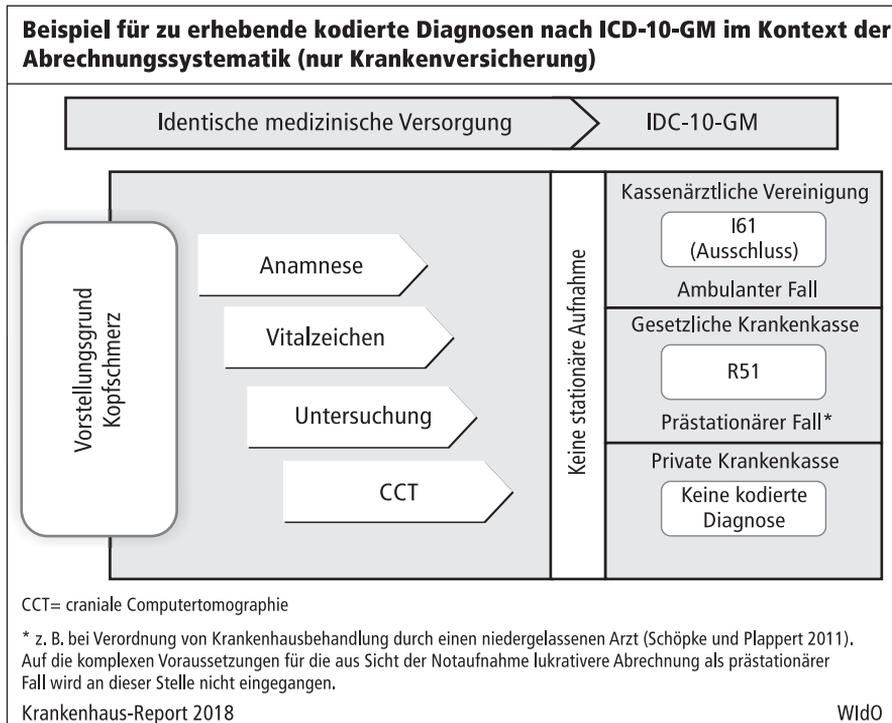
Routinedatenbasierte Versorgungsforschung stützt sich in der Regel auf Diagnosen. Eine Diagnose steht jedoch erst am Ende der Notfallversorgung fest. Manchmal kann ein Patient auch lediglich mit einer *Verdachtsdiagnose* entlassen oder weitergeleitet werden, nachdem eine symptombasierte Anamnese, eine klinische Untersuchung und ggf. weitere Diagnostik durchgeführt wurden (Abbildung 14–1). Aus den Diagnosen lassen sich zwar bestimmte Eigenschaften der Patientenkollektive einzelner Notaufnahmen ableiten, es handelt sich jedoch grundsätzlich um eine Ex-post-Betrachtung der Notfallversorgung (Abbildung 14–2). Der Vorstellungsgrund bzw. ein Leitsymptom wurden bislang nicht standardisiert erfasst. Für einzelne Krankheitsbilder bzw. Studien ist eine Klassifizierung von Symptomen retrospektiv aus Freitextangaben der klinischen Dokumentation zwar möglich, für alle Notfallpatienten bei im Median 34 000 jährlichen Patientenkontakten pro Notaufnahme jedoch nicht zu leisten (Schöpke et al. 2014; Meier et al. 2015). Erschwerend kommt hinzu, dass viele Notaufnahmen noch papiergestützt und nicht elektronisch dokumentieren.

Kodierte Diagnosen sind in der deutschen Gesundheitsversorgung nur zu Abrechnungszwecken obligatorisch zu erfassen. Deren Kodierung erfolgt auf Basis der deutschen Version der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – German Modification* (ICD-10-GM). Hierbei handelt es

sich um einen internationalen Standard, der eigentlich direkte Vergleichbarkeit gewährleisten sollte. Die Schnittstellenfunktion von Notaufnahmen zwischen ambulantem und stationärem Sektor sowie verschiedene abrechnungstechnische Zuständigkeiten bedingen die Existenz verschiedener Datenhalter und unterschiedlicher Kodier-Anforderungen von Diagnosen. In einer interdisziplinären Notaufnahme werden unabhängig vom Kostenträger ca. 38% der Patienten vollstationär aufgenommen, die ambulant verbleibenden Patienten werden hauptsächlich über die kassenärztlichen Vereinigungen (ca. 42%) abgerechnet. Weitere relevante Gruppen sind ambulante Patienten der gesetzlichen Unfallversicherung, vorstationäre Fälle sowie privatärztlich abgerechnete Patienten (Haas et al. 2015). Die unterschiedlichen Abrechnungsarten können dazu führen, dass Diagnosen medizinisch ähnlich gelagerter Fälle unterschiedlich kodiert werden, wobei es an dieser Stelle um rein formale Kodier-Anforderungen und ausdrücklich nicht um ein „Up-Coding“ mit dem Ziel der Erlösoptimierung in der Leistungsabrechnung geht (Abbildung 14–3). Für die einzelnen Versorgungssektoren sind die Limitationen der kodierten Diagnosen hinreichend beschrieben und können bei Auswertungen entsprechend berücksichtigt werden (Swart et al. 2014).

Bespielhaft sei ein ambulant behandelter Patient genannt, der nach einem Sturz aufgrund von Kopfschmerzen eine craniale Computertomographie (CCT) erhält, um eine intrazerebrale Blutung auszuschließen. Für die kassenärztliche Abrechnung könnte der Patient mit der Diagnose „I61“ mit Zusatzkennzeichen „A“ (Aus-

Abbildung 14–3



schluss einer intrazerebralen Blutung) kodiert werden, um so das CCT zu begründen. Selbiger Patient könnte bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen auch über die gesetzliche Unfallversicherung, prästationär oder als stationärer Stundenfall abgerechnet werden. Hier könnte die Diagnose dann „R51“ (Kopfschmerzen) lauten. In derartigen Fällen ließe sich durch Einbeziehung des Vorstellungsgrundes das Versorgungsgeschehen besser beschreiben (Abbildung 14–3).

In der Krankenhausstatistik tauchen ambulant abgerechnete Notaufnahmebehandlungen nicht auf. Aufgrund eines fehlenden Fachabteilungsschlüssels werden in der Krankenhausstatistik nur die administrativen Notfälle ausgewiesen, die nicht deckungsgleich mit den medizinischen Notfällen sind (Huke und Robra 2015).

### 14.3 Inhaltliche und technische Standardisierung der Dokumentation in der Notaufnahme

#### Der Datensatz Notaufnahme

Im Gegensatz zur prähospitalen Notfallmedizin und zur Anästhesie, wo sich eine standardisierte Dokumentation bereits frühzeitig entwickelt hat (Herden und Moecke 1991; Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin 1993), ist im klinischen Alltag ein einheitlicher Dokumentationsstandard nach wie vor eher die Ausnahme als die Regel. Selbst innerhalb von Klinikverbänden oder in ähnlichen Abteilungen innerhalb eines Krankenhauses werden oft eigene Formulare entwickelt bzw. generische Vorlagen an die eigenen Bedürfnisse angepasst. Das trifft sowohl für papierbasierte als auch für elektronische Dokumente zu. In einer Arbeitsgruppe der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI) wurde zwischen 2007 und 2010 nach einer Bestandsaufnahme und Anforderungsanalyse der „Datensatz Notaufnahme“ und – als papierbasierte Umsetzung des Datensatzes – das „Notaufnahmeprotokoll“ entwickelt (Walcher et al. 2012; Kulla et al. 2014). Hierbei handelt es sich um einen standardisierten Datensatz zur Dokumentation der Versorgung in der Notaufnahme. Als Ziele wurden Informationsweitergabe, Rechtssicherheit, Leistungsdokumentation für die Abrechnung sowie Nutzbarkeit für Qualitätsmanagement und Versorgungsforschung postuliert. Zusätzlich erfolgte ein Abgleich mit dem Datensatz des TraumaRegisters DGU® der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie. Dessen Dokumentationsanforderungen aus der präklinischen und Notaufnahmeversorgung sollten vollständig über den Datensatz Notaufnahme abgedeckt werden. Der Datensatz Notaufnahme wurde interprofessionell und interdisziplinär erarbeitet und schließlich 2010 in seiner ersten Version durch das Präsidium der DIVI als Dachverband von 18 medizinischen Fachgesellschaften konsentiert. Er ist modular aufgebaut, wobei das Basismodul die wichtigsten Informationen aller Patienten enthält und für ambulant versorgte Patienten gleichzeitig als Arztbrief nutzbar ist. Eine erste Überarbeitung unter Berücksichtigung der bis dahin gemachten Erfahrungen zur Version 2015.1 erfolgte 2015 (Kulla et al. 2016). Auch wenn der Datensatz Notaufnahme anfangs hauptsächlich als papierbasiertes Notaufnahmeprotokoll Verbreitung fand, so handelt es sich unabhängig von der lokalen Implementierung primär um eine Datensatzdefinition und damit um eine *inhaltliche* Standardisierung.

### **Elektronische Implementierung des Datensatzes Notaufnahme**

Für eine standardisierte und rechtssichere Dokumentation ist ein papierbasiertes Protokoll ausreichend, das Potenzial standardisierter Daten lässt sich aber erst im Rahmen von elektronischer Datenerhebung und -verarbeitung nutzen. Viele Dateninhalte des Notaufnahmeprotokolls lassen sich auch als Grundlage zur kennzahlbasierten Steuerung einer Notaufnahme nutzen. So weisen Patientenzahlen in Notaufnahmen typische tageszeitliche und wochentägliche Verlaufskurven auf (Dräther und Mostert 2016; Schmiedhofer et al. 2016). Um einem sogenannten „Overcrowding“ vorzubeugen, lassen sich auf Basis einer Analyse der Aufnahmezeiten der Patienten die Dienstpläne der Mitarbeiter entsprechend anpassen. Bei ca. 34 000 Patientenkontakten pro Notaufnahme und Jahr ist dazu eine elektronische Dokumentation als Basis für Auswertungen unumgänglich. Gleichzeitig lassen sich im Rahmen eines lokalen Qualitätsmanagements bestimmte Prozesszeiten auswerten (z. B. Wartezeit der Patienten bis zum Arztkontakt, Gesamtaufenthaltsdauer) und bei Bedarf optimieren (Hörster et al. 2016). Ebenso ist eine Nutzung für klinikinterne Versorgungsforschung möglich.

Unabdingbare Voraussetzung für eine erfolgreiche, also vollzählige und vollständige Dokumentation ist neben der Akzeptanz der geforderten klinischen Dateninhalte auch die Akzeptanz der lokalen Bedienoberfläche durch die Anwender. Die erfolgreiche Umsetzung elektronischer Datenerhebung ist nicht möglich, wenn eine papierbasierte Dokumentation im Arbeitsalltag als die bequemere Variante wahrgenommen wird (Grudin 1991). Die Dokumentation muss sich in die jeweiligen Arbeitsprozesse einfügen und möglichst viele Variablen, insbesondere Zeitstempel (z. B. Ankunftszeit des Patienten wird als Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte definiert), automatisch erfassen.

### **Klinikübergreifende Auswertungen über ein Notaufnahmeregister**

Wenn Daten aus dem Datensatz Notaufnahme als Basis für klinikübergreifende Auswertungen für Zwecke der Versorgungsforschung oder auch eines Benchmarkings dienen sollen, ist eine technische Standardisierung der elektronisch zu erfassenden Dateninhalte unumgänglich. Um eine Standardisierung der Dateninhalte aus klinischen Informationssystemen unterschiedlicher Hersteller zu erreichen, wurde im Rahmen des BMBF-Projekts AKTIN („Verbesserung der Versorgungsforschung in der Akutmedizin in Deutschland durch den Aufbau eines nationalen Notaufnahmeregisters“, Förderkennzeichen 01KX1319A-E) der Datensatz Notaufnahme (Basismodul) unter Verwendung von internationalen Interoperabilitätsstandards (sogenannten eHealth-Standards) als Health Level 7 Clinical Document Architecture (HL7-CDA) Level 3 modelliert und damit syntaktisch standardisiert. Zur semantischen Kodierung der strukturierten Dateninhalte wurde weitestgehend auf internationale und etablierte medizinische Terminologien und Nomenklaturen wie ICD10, OPS, LOINC und SNOMED CT zurückgegriffen (Dolin und Alschuler 2011). Im Ergebnis liegt der Datensatz Notaufnahme (Basismodul) seit 2016 als HL7-CDA vor und erfüllt damit auch die Anforderungen zur Interoperabilität des E-Health-Gesetzes<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz).

Im Projekt AKTIN werden die erhobenen Daten aus dem primären Dokumentationssystem von teilnehmenden Modellkliniken als HL7-CDA zunächst in ein lokales Data Warehouse exportiert, von wo aus sie in einem weiteren Schritt durch eine datenschutzkonforme Abfrageinfrastruktur dem Prototypen eines Notaufnahmeregisters zur Verfügung gestellt werden (Ahlbrandt et al. 2014). Im Gegensatz zu anderen Registern ist damit keine zeit- und mitarbeiteraufwendige manuelle und dabei oft redundante Eingabe von Daten notwendig.

## 14.4 Symptombasierte Auswertungen der Versorgungsrealität

Der Prozess „vom Symptom zur Diagnose“ beschreibt das Hauptgeschehen einer Notaufnahme (Fleischmann 2016). Aus Sicht der dort tätigen Mitarbeiter ist der subjektiv berichtete Vorstellungsgrund bzw. die Symptomatik des Patienten die wegweisende Information für alle weiteren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Eine (ggf. nur vorläufige) Diagnose wird erst im weiteren Verlauf gestellt.

Im Gegensatz zur Diagnoseklassifikation nach ICD-10-GM fehlte in Deutschland bislang ein System zur Klassifizierung von Vorstellungsgründen in der Notfallversorgung. Ein Vorstellungsgrund wurde nicht standardisiert, sondern nur in Freitextform erfasst. Damit wurden die Anforderungen an klinische Dokumentation hinsichtlich Dokumentationspflicht, Rechtssicherheit und Informationsweitergabe erfüllt, für datenbasierte Analysen sind hingegen strukturierte Daten erforderlich.

### 14

#### **Integration einer „Presenting Complaint List“ in den Datensatz Notaufnahme**

In Kanada hat das Canadian Emergency Department Information System (CEDIS) 2001 einen Notaufnahmedatensatz veröffentlicht, der eine „Presenting Complaint List“ beinhaltet (Grafstein et al. 2003). Diese Liste enthält in der dritten Version 171 Vorstellungsgründe, die in 17 Kategorien gegliedert sind, und findet inzwischen internationalen Einsatz. Da sie bisher nur in Englisch und Französisch vorlag, war vor der Implementierung in den Datensatz Notaufnahme eine Übersetzung notwendig (Tabelle 14–1) (Brammen et al. 2017). Diese wurde entsprechend den Empfehlungen der International Society for Pharmacoeconomics and Outcome Research zur Übersetzung und kulturellen Adaptierung von Erhebungsinstrumenten (Wild et al. 2005) erstellt. In erster Linie für „Patient-Reported Outcomes“ entwickelt, kamen die Empfehlungen bereits für die Übersetzung eines Instruments zur Erstein-schätzung von Notfallpatienten zum Einsatz (Grossmann et al. 2011). Diese Empfehlungen sehen einen standardisierten Prozess mit Vorwärts- und Rückwärtsübersetzungen durch mehrere Übersetzer vor. Zwischen- und nachgeschaltet werden die übersetzten Begriffe überprüft und bei unterschiedlichen Ergebnissen konsentiert abgestimmt. Eine Änderung der Liste war explizit nicht vorgesehen, um die internationale Vergleichbarkeit der Vorstellungsgrundliste zu gewährleisten. Im Rahmen der Übersetzung identifizierte Schwächen lassen sich bei kommenden Auswertungen berücksichtigen. In manchen Fällen gibt es mehrere gleichwertige Auswahlmöglichkeiten, z. B. werden verletzungsbedingte Schmerzen der Extremitäten teils als Verletzungen und teils als Schmerzen bewertet. Im Bereich der Gynäkologie

Tabelle 14–1

**Auszug aus der deutschsprachigen Version\* der CEDIS Presenting Complaint List**

Vorstellungsgrund	Code
<b>Kardiovaskulär (001-050)</b>	<b>#</b>
Herzstillstand (nicht traumatisch)	001
Herzstillstand (traumatisch)	002
Brustschmerz (kardial)	003
Brustschmerz (nicht kardial)	004
Palpitationen/unregelmäßiger Herzschlag	005
Hypertonie	006
Allgemeine Schwäche	007
Synkope/Präsynkope	008
Ödem, generalisiert	009
Beinschwellung/Ödem	010
Kühle, pulslose Extremität	011
Eine Extremität gerötet, überwärmt	012
<b>HNO (Ohren) (051-100)</b>	<b>#</b>
Ohrenscherzen	051
Fremdkörper im Ohr	052
Hörverlust	053
Tinnitus	054
Ausfluss aus dem Ohr	055
Ohrverletzung	056

\* <http://links.lww.com/EJEM/A156>

Jeweils Bezeichnung des Vorstellungsgrunds und dazugehöriger Code (Brammen et al. 2017)

Krankenhaus-Report 2018

Wido

lassen sich beispielsweise vaginale Blutungen während der Schwangerschaft den vaginalen Blutungen oder auch den Schwangerschaftsproblemen zuordnen. Ebenso kommt es häufig vor, dass ein Patient mit einem Symptomkomplex statt mit einem einzelnen Symptom die Notaufnahme aufsucht.

**Erhebung von Vorstellungsgründen in der Routine und erste Auswertungen**

Im Rahmen der Umstellung auf den Datensatz Notaufnahme V2015.1 wurde in das elektronische Notaufnahmeinformationssystem (Emergency Department Information System, EDIS) der AKTIN-Modellkliniken die Vorstellungsgrundliste nach CEDIS implementiert. Die vertiefte explorative Auswertung einer Modellklinik zeigte, dass sich mit Daten aus dem Routinebetrieb das Versorgungsgeschehen in Notaufnahmen anlass- bzw. symptomorientiert analysieren lässt (Greiner et al. 2017). Innerhalb der einzelnen Vorstellungsgründe zeigten sich plausible Alters- und Geschlechtsverteilungen, auch der Anteil stationärer Aufnahmen im Anschluss an die Versorgung in der Notaufnahme entsprach den Erwartungen. Beispielsweise wurden Patienten mit Luftnot überwiegend als dringlich eingeschätzt und anschließend stationär aufgenommen. Patienten mit Schmerzen bzw. Verletzungen der Extremitäten

täten waren jünger als der Durchschnitt, Patienten mit Schlaganfallsymptomatik oder Luftnot tendenziell älter. Patienten, die sich mit Harnverhalt in der Notaufnahme vorstellten, waren überwiegend männlich. Ca. ein halbes Jahr nach Implementierung lag der Anteil fehlender Angaben bzw. der als unbekannt kodierten Vorstellungsgründe unter 5% (Greiner et al. 2017). Unter Berücksichtigung von Pilotauswertungen aus weiteren Modellkliniken scheint es sich hierbei um eine realistische Zielgröße in Bezug auf fehlende Angaben zu handeln.

## 14.5 Einführung einer führenden Notaufnahmediagnose

Entsprechend dem Datensatz Notaufnahme ist die Dokumentation einer oder mehrerer kodierter Abschlussdiagnosen der Notaufnahmebehandlung gemäß ICD-10-GM vorgesehen. Im Rahmen einer elektronischen Dokumentation und IT-basierten Umsetzung wurden hier weitere Festlegungen notwendig, die bei papierbasierter Dokumentation nicht ins Gewicht fallen. Die Abschlussdiagnose soll in erster Linie die medizinische Information enthalten und keiner Abrechnungssystematik folgen. Gleichzeitig sind im Rahmen der Notaufnahmebehandlung für die meisten Patienten kodierte Diagnosen obligatorisch nach den unterschiedlichen Systematiken der Abrechnung zu dokumentieren (Abbildung 14–3). Im Gegensatz zur Hauptdiagnose nach einem stationären Aufenthalt ist bei ambulanter Abrechnung und bei Aufnahmediagnosen für stationäre Fälle nicht vorgesehen, eine führende Diagnose zu definieren. Bei Erfassung mehrerer gleichwertiger Diagnosen lässt sich retrospektiv aus Sicht der Datenhalter die führende Diagnose nicht herleiten. Auf Krankenhausenebene können interne Standards eingeführt werden, sodass beispielsweise die erste Diagnose die führende Diagnose darstellt. Bei Weiterleitung der Daten in andere Systeme ist die Übernahme dieser Hierarchie jedoch nicht gewährleistet, sofern das Merkmal „führend“ nicht auf IT-Ebene definiert ist.

Aus diesem Grund wurde in den Datensatz Notaufnahme eine führende Diagnose aufgenommen und auch im Dokumentenaustauschstandard HL7-CDA umgesetzt. Damit ist sichergestellt, dass bei Nutzung von eigentlich gleichwertigen „Abrechnungsdiagnosen“ diese Information in das Notaufnahmeregister übernommen werden kann. Hierdurch werden potenzielle Auswertungen vereinfacht bzw. es wird vermieden, dass eine medizinisch führende Notaufnahmediagnose separat dokumentiert werden muss. Gleichzeitig wurden die Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit<sup>4</sup> aus der ambulanten Abrechnung nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in das HL7-CDA integriert.

4 Mögliche Zusatzkennzeichen: V – Verdacht auf, G – gesichert, A – ausgeschlossen, Z – Zustand nach (DIMDI 2010).

## 14.6 Diskussion und Ausblick

Diskussionen über die Weiterentwicklung und Neuordnung der Notfallversorgung im Kontext der aktuellen demografischen und gesundheitspolitischen Entwicklungen werden häufig von einem Verteilungsstreit zwischen ambulantem und stationärem Sektor dominiert. Die Versorgungsforschung sieht sich in diesem Bereich mit extrem großen Fallzahlen, einer bislang unzureichend standardisierten Dokumentation und unterschiedlich strukturierten Routinedaten konfrontiert.

Zusammengefasst ist aus diesen Gründen ein nüchterner Blick auf das heterogene Versorgungsgeschehen kaum möglich. Eine identische medizinische Behandlung kann zu unterschiedlichsten Abrechnungsarten (und damit auch Vergütungsbeiträgen) führen (Niehues 2012). Bereits auf Ebene einzelner Notaufnahmen ist es unter den vorgestellten Rahmenbedingungen extrem schwierig, einen einheitlichen Datensatz zu allen Notfallpatienten zu generieren. Die sektoral bedingten Divergenzen sind an dieser Stelle kaum aufzulösen.

Die administrativ geprägte Sichtweise von ambulanter und stationärer Notfallversorgung entspricht nicht der klinischen Realität (Abbildung 14–1 und 14–2). Ein „ambulanter Notfallpatient“ ist ein Patient, der über die kassenärztlichen Vereinigungen nach EBM abgerechnet wurde, auch wenn die Notfallversorgung im Krankenhaus stattfand. Ein „stationärer Notfallpatient“ ist ein Patient, der mit den Krankenkassen abgerechnet wurde. Aus administrativer Sicht zählen dazu auch „pseudostationäre“ Behandlungen, die als stationäre Stundenfälle oder prästationäre Fälle in die Krankenhausstatistik eingehen (Leber und Wasem 2016). Diese sektoral geprägte Begrifflichkeit impliziert bei manchen Akteuren, dass ein ambulant abgerechneter Patient grundsätzlich auch im Bereich der niedergelassenen Ärzte hätte versorgt werden können oder dass die Zugehörigkeit eines Patienten zum ambulanten bzw. stationären Sektor bereits ex ante zu ermitteln sei (Haas et al. 2015). Der Eintritt eines Patienten in die Notfallversorgung kann jedoch grundsätzlich nur „ergebnisoffen“ erfolgen, selbst wenn je nach Symptom oder gesundheitlichen Beschwerden die Wahrscheinlichkeit einer anschließenden stationären Aufnahme unterschiedlich groß sein kann (Möckel et al. 2013; Greiner et al. 2017). Die Herausforderung für Notaufnahmen besteht gerade darin, dass die zuströmenden Patienten nicht nach Diagnosen, Schweregrad, Dringlichkeit oder ambulanter vs. stationärer Abrechnung „vorsortiert“ sind.

Die einzelne Notaufnahme kann wenig dazu beitragen, dass sie nur von den „richtigen“ Notfällen angesteuert wird. Jeder einzelne in der Notaufnahme eintreffende Patient ist primär als Notfall zu betrachten, da er eigenständig den Zustand seiner Erkrankung als Notfall einschätzen kann. Auf Systemebene hingegen ist davon auszugehen, dass bestimmte Patientengruppen im kassenärztlichen Notfalldienst mit geringerem Ressourcenaufwand ebenfalls adäquat versorgt werden können. Hier lassen sich auf Basis des Datensatzes Notaufnahme ggf. standardisierte Instrumente entwickeln, um in einer tatsächlich integrierten Notfallversorgung den Patienten frühzeitig in die für ihn richtige Versorgungseinrichtung zu lenken (Köster et al. 2016). Das kann eine Notaufnahme, eine Notdienstpraxis oder auch der Hausarzt oder ein niedergelassener Facharzt sein. Neben der Zuweisung durch Hausarzt, Rettungsdienst oder Notarzt wird über den Datensatz Notaufnahme auch ein Vorstellungsgrund einschließlich der Dauer der Symptomatik erfasst. Eine

prognostische Validierung einer möglichen Patientenklassifikation lässt sich anhand der durchgeführten Diagnostik, der kodierten Diagnose und der stationären Aufnahmequote vornehmen.

Eine ähnliche standardisierte elektronische Dokumentation wäre für die anderen Akteure in der Notfallversorgung wünschenswert. Das betrifft insbesondere die kassenärztliche Notfallversorgung und den Rettungsdienst. Für letzteren existiert bereits eine Schnittstellendefinition, allerdings ohne Nutzung etablierter Interoperabilitätsstandards. Die medizinische Versorgung einiger Patienten in Notaufnahmen beginnt bereits auf dem Transport durch den Rettungsdienst dorthin. Nach einer inhaltlichen und interoperablen technischen Standardisierung ließen sich die Inhalte einer elektronischen Dokumentation aus dem Rettungsdienst über eine HL7-CDA-Schnittstelle an die Notaufnahme übermitteln, ganz unabhängig von der vorhandenen IT-Ausstattung. Damit stünden die Daten für die individuelle Patientenversorgung in der Klinik zur Verfügung. Gleichzeitig ließe sich so die erweiterte Versorgungskette der Notfallversorgung in die Versorgungsforschung einbeziehen. Zur vollständigen Abbildung der Versorgungsrealität wäre eine entsprechende Standardisierung der Notfalldokumentation auch im kassenärztlichen Sektor notwendig.

Die von Berufsverbänden geforderte Einführung eines Fachabteilungsschlüssels für zentrale Notaufnahmen würde die Datenlage für die Versorgungsforschung verbessern. Im Gegensatz zu Krankenkassen können die Kassenärztlichen Vereinigungen eine Notaufnahme eindeutig über deren Betriebsstättennummer identifizieren (Abbildung 14–2). Die beschriebenen Limitationen der im Rahmen der klinischen Notfallversorgung erfassten kodierten Diagnosen lassen sich durch die Definition einer führenden Notaufnahmeidiagnose teilweise kompensieren. Obwohl unwahrscheinlich, wird im Rahmen der Weiterentwicklung der Notfallversorgung eine sektorenübergreifende einheitliche Kodierung von Diagnosen an dieser Stelle explizit befürwortet. Damit einhergehend sollte auch eine einheitliche Leistungsdokumentation diskutiert werden. Kein anderer Bereich im Gesundheitswesen muss derart viele und unterschiedliche Abrechnungsbestimmungen berücksichtigen (Niehues 2012). Die sektorale Trennung innerhalb einer Versorgungseinheit bindet an dieser Stelle auch administrative Ressourcen. In der hier geforderten Harmonisierung sollte zudem die gesetzliche Unfallversicherung grundsätzlich mit berücksichtigt werden, da ihr Anteil in der Versorgungsforschung bislang noch unterrepräsentiert ist.

Ganz unabhängig von einer internen oder krankenhausesübergreifenden Umsetzung erlauben die hier vorgestellten Möglichkeiten einen vertieften Einblick in die heterogene und sich wandelnde Versorgungsrealität in Notaufnahmen. Bei weitgehendem Verzicht auf redundante Datenerfassung handelt es sich um wegweisende Schritte auf dem Weg zur geforderten Verbesserung der Datenlage in der Notfallversorgung.

## Literatur

- Ahlbrandt J, Brammen D, Majeed RW, Lefering R, Semler SC, Thun S, Walcher F, Rohrig R. Balancing the need for big data and patient data privacy – an IT infrastructure for a decentralized emergency care research database. *Stud Health Technol Inform* 2014; 205: 750–4.
- Behringer W, Buergi U, Christ M, Dodt C, Hogan B. Fünf Thesen zur Weiterentwicklung der Notfallmedizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz. *Notfall Rettungsmed* 2013; 16 (8): 625–6.
- Brammen D, Greiner F, Dormann H, Mach C, Wrede C, Ballaschk A, Stewart D, Walker S, Oesterling C, Kulla M. Lessons learned in applying the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research methodology to translating Canadian Emergency Department Information System Presenting Complaints List into German. *Eur J Emerg Med* 2017.
- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Empfehlungen der DGAI zur Qualitätssicherung: Kerndatensatz Anästhesie. *Anästh Intensivmed* 1993; 34: 330–6.
- DIMDI. Basiswissen Kodieren: Eine kurze Einführung in die Anwendung von ICD-10-GM und OPS. Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 2010.
- Dolin RH, Alschuler L. Approaching semantic interoperability in Health Level Seven. *J Am Med Inform Assoc* 2011; 18 (1): 99–103.
- Dräther H, Mostert C. Ambulante Notfallversorgung an Krankenhäusern und durch ambulante Leistungserbringer. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. *Krankenhaus-Report 2016: Ambulant im Krankenhaus*. Stuttgart: Schattauer 2016; 43–62.
- Dräther H, Schäfer T. Die ambulante Notfallversorgung in Notfallambulanzen und bei Vertragsärzten im Zeitraum 2009 bis 2014. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. *Krankenhaus-Report 2017: Zukunft gestalten*. Stuttgart: Schattauer 2017; 25–40.
- Fleischmann T. Schnittstelle Zentrale Notaufnahme. *Dtsch Med Wochenschr* 2016; 141 (01): 19–23.
- Grafstein E, Unger B, Bullard M, Innes G. Canadian Emergency Department Information System (CEDIS) Presenting Complaint List (Version 1.0). *CJEM* 2003; 5 (1): 27–34.
- Greiner F, Brammen D, Kulla M, Walcher F, Erdmann B. Standardisierte Erhebung von Vorstellungsgründen in der Notaufnahme. *Med Klin Intensivmed Notfallmed* 2017: 1–9.
- Grossmann FF, Nickel CH, Christ M, Schneider K, Spirig R, Bingisser R. Transporting clinical tools to new settings: cultural adaptation and validation of the Emergency Severity Index in German. *Ann Emerg Med* 2011; 57 (3): 257–64.
- Grudin J. Systematic Sources of Suboptimal Interface Design in Large Product Development Organizations. *Human-Computer Interaction* 1991; 6: 147–96.
- Haas C, Larbig M, Schöpke T. Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus 2015 MCK DGfNA: Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse 2015.
- Herden H, Moecke H. Bundeseinheitliches Notarzteinsetzprotokoll. *Anästh Intensivmed* 1991; 33: 166–9.
- Hörster AC, Kulla M, Brammen D, Lefering R. Potenzial zur Erfassung von international etablierten Qualitätsindikatoren durch ein nationales Notaufnahmeregister. *Med Klin Intensivmed Notfallmed* 2016: 1–9.
- Huke T, Robra BP. Notfallversorgung im stationären Sektor. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. *Krankenhaus-Report 2015: Strukturwandel*. Stuttgart: Schattauer 2015; 61–76.
- Köster C, Wrede S, Herrmann T, Meyer S, Willms G, Broge B, Szecsenyi J. *Ambulante Notfallversorgung. Analyse und Handlungsempfehlungen*. Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH 2016.
- Kulla M, Baacke M, Schöpke T, Walcher F, Ballaschk A, Röhrig R, Ahlbrandt J, Helm M, Lampl L, Bernhard M, Brammen D. Kerndatensatz „Notaufnahme“ der DIVI. *Notfall Rettungsmed* 2014; 17 (8): 671–81.
- Kulla M, Brammen D, Greiner F, Hörster A, Lefering R, Somasundaram R, Wrede C, Röhrig R, Erdmann B, Walcher F, für die Sektion Notaufnahmeprotokoll der DIVI. Vom Protokoll zum Register – Entwicklungen für ein bundesweites Qualitätsmanagement in deutschen Notaufnahmen. *DIVI* 2016; 7 (1): 12–20.

- Kulla M, Friess M, Schellinger PD, Harth A, Busse O, Walcher F, Helm M. Berücksichtigung von Leitlinien, Empfehlungen und Qualitätsindikatoren zur Schlaganfalltherapie im Datensatz Notaufnahme der DIVI. *Nervenarzt* 2015; 86 (12): 1538–48.
- Leber WD, Wasem J. Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. Krankenhaus-Report 2016: Ambulant im Krankenhaus. Stuttgart: Schattauer 2016; 3–28.
- Meier F, Bauer K, Schöffski O, Schöpke T, Dormann H. Zur Ökonomie ambulanter Notaufnahmepatienten. *Notfall Rettungsmed* 2015; 19 (1): 33–40.
- Möckel M, Searle J, Müller R, Slagman A, Storchmann H, Oestereich P, Wyrwich W, Ale-Abaei A, Vollert JO, Koch M, Somasundaram R. Chief complaints in medical emergencies: do they relate to underlying disease and outcome? The Charite Emergency Medicine Study (CHARITEM). *Eur J Emerg Med* 2013; 20 (2): 103–8.
- Niehues C. Notfallversorgung in Deutschland: Analyse des Status quo und Empfehlungen für ein patientenorientiertes und effizientes Notfallmanagement. Stuttgart: Kohlhammer 2012.
- Schmiedhofer M, Möckel M, Slagman A, Frick J, Ruhla S, Searle J. Patient motives behind low-acuity visits to the emergency department in Germany: a qualitative study comparing urban and rural sites. *BMJ Open* 2016; 6 (11).
- Schöpke T, Dodt C, Brachmann M, Schnieder W, Petersen PF, Böer J. Statusbericht aus deutschen Notaufnahmen. *Notfall Rettungsmed* 2014; 17 (8): 660–70.
- Schöpke T, Plappert T. Kennzahlen von Notaufnahmen in Deutschland. *Notfall Rettungsmed* 2011; 14 (5): 371–8.
- Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D. Routinedaten im Gesundheitswesen: Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Hans Huber 2014.
- Walcher F, Kulla M, Klinger S, Röhrig R, Wyen H, Bernhard M, Gräff I, Nienaber U, Petersen P, Himmelreich H, Schweigkofler U, Marzi I, Lefering R. Standardisierte Dokumentation im Schockraum mit dem Kerndatensatz „Notaufnahme“ der DIVI. *Unfallchirurg* 2012; 115 (5): 457–64.
- Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, Erikson P. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health* 2005; 8 (2): 94–104.

# 15 Digitalisierung im Krankenhaus – Versorgungsoptimierung bei Herzerkrankungen

Bernd Hillebrandt

## Abstract

Sektorenübergreifende Kooperationen zwischen den Leistungserbringern im Gesundheitswesen setzen strukturierte Informationen und eine elektronische Kommunikation zwischen allen am Heilungsprozess Beteiligten voraus. Dabei muss der Zugang zu allen für die Gesundheitsversorgung erforderlichen Informationen unabhängig von Ort und Zeit sein. Dies ist nicht nur, aber vor allem in dünn besiedelten Flächenländern die Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung. Trotzdem steht Deutschland bei der digitalen Patientenversorgung immer noch am Anfang.

Insbesondere die Versorgung von Patienten mit Herzerkrankungen ist in Mecklenburg-Vorpommern (MV) im Bundesvergleich unterdurchschnittlich (z. B. höhere Sterblichkeit beim Myokardinfarkt). Ein Grund dafür ist die geringere Dichte und damit die Erreichbarkeit von Spezialisten und spezialisierten Einrichtungen in der Herzmedizin. Am Beispiel des Projektes „HerzEffekt MV“ wird beschrieben, wie Patienten mit bestimmten herz-medizinischen Problemen unabhängig von ihrem Wohnort „aus der Ferne“ beobachtet und nachgesorgt werden. Wichtige Informationen werden zentral gesammelt und verarbeitet, um den Patienten und Ärzten vor Ort Hinweise zur adäquaten Versorgung zu geben. Dazu werden die häufigen Krankheitsbilder über eine Telemedizin-gestütztes Care-Center in Prävention, Diagnostik und Therapie gesteuert. Die Behandlung wird zentriert über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg zusammen mit dem Hausarzt/Kardiologen und den weiteren an der Versorgung Beteiligten koordiniert. Die Fernversorgung orientiert sich im ersten Schritt an ausgewählten kardiologischen Indikationen, die später ausgeweitet werden können.

Cross-sectoral cooperation between health care providers requires structured information and electronic communication between all actors involved in the recovery process. Here it is absolutely necessary that access to all information needed is independent of time and place. This is not only, but above all in thinly populated areas a requirement for the provision of high-quality healthcare. Nevertheless, Germany is still at the beginning of digital patient administration.

In Mecklenburg-Western Pomerania (MV), in particular, the treatment of patients with cardiac disorders is below average compared to the rest of Germany. (e. g. higher mortality in case of acute myocardial infarction). One reason for this is the low density and thus the accessibility of medical experts and specialized institutions in heart medicine. Illustrated by the example of the project

„HeartEffect“, the paper describes how patients with specific heart conditions are monitored and provided with aftercare “remotely” regardless of where they live. Important information is collected and processed centrally to provide patients and doctors on-site with further details on appropriate medical care. For this purpose, the most frequent conditions are managed centrally by a technical monitoring Care-Center for prevention, diagnostics and therapy and the treatment coordinated with the general practitioner/cardiologist and other parties involved. In the first step, the remote consultation is oriented towards selected cardiological indications which can later be expanded.

## 15.1 Ausgangssituation

Die Begriffe „eHealth“, „Medizin 4.0“ oder „Digital Health“ werden immer wieder synonym verwendet und umschreiben in erster Linie die Anwendung von zeit- und ortsunabhängigen Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen. Aufgrund zahlreicher neuer Technologien, die der Vorbeugung, Diagnose, Behandlung, Überwachung und Verwaltung dienen, wächst nicht nur der Markt für neue Informations- und Kommunikationsmedien rasant, sondern besonders deren Angebotsformen und Nutzungspotenzial. Es ist besonders das Merkmal der orts- und zeitungebundenen Interaktion zwischen Patienten/Bürgern, Leistungserbringern und Kostenträgern, das diese Entwicklung auszeichnet. Bemerkenswert ist, dass in der Gesundheitswirtschaft immer noch eine deutliche Kluft zwischen dem modernen, in der digitalen Welt angekommenen Patienten und veralteten Strukturen und Medien auf der Leistungserbringerseite herrscht. So sind die Patienten heute immer umfangreicher über ihre Krankheiten und Therapiemöglichkeiten informiert und das Wissen ist an jedem Ort und zu jeder Zeit abrufbar. Zumindest dieses Wissen ist nicht mehr das Monopol der Ärzteschaft. Zudem erwarten junge Ärzte, die in der digitalen Welt zuhause sind, einen gewissen Standard an Digitalisierung besonders an ihrem Arbeitsplatz.

Der Markt für digitale Anwendungen im Gesundheitswesen ist mittlerweile für alle Beteiligten gleichermaßen intransparent. Dies liegt nicht nur an der großen Zahl der Angebote (unzählige Webseiten, Portale und mobile Apps in den Bereichen Fitness, Wellness und Gesundheit), sondern auch an der starken Marktdynamik (permanente Neuzugänge, Produkterweiterungen und Marktabgänge). Dennoch lassen sich die Möglichkeiten der digitalen Medizin nach deren Hauptfunktionen systematisieren:

**Information:** Dies reicht von der Bereitstellung von Informationen für Patienten und/oder Ärzte über Internet-/Gesundheitsportale bis zum elektronisch gestütztem Krankheits- und Wissensmanagement (Big-Data-Diagnostik).

**Kommunikation:** Austausch von Informationen Patient-Arzt (Online-Diabetestagebuch) oder Arzt-Arzt (Telekonsultation, Videokonferenzen, sektorenübergreifende Konsiliardienste).

**Transaktion:** Gezielter Datenaustausch zwischen verschiedenen Akteuren, um die Erbringung medizinischer Leistungen vollständig elektronisch zu erfassen und abwickeln zu können (elektronische Patientenakte, elektronische Abrechnungssysteme).

**Interaktion:** Informations- und Datenaustausch zwischen verschiedenen Beteiligten mit unmittelbarer Reaktion des Kommunikationspartners (Home Monitoring, Telemedizinische Anwendungen unter Nutzung neuer Endgeräte wie Smartphones, Tablets).

**Integration:** Aufzeichnung von Daten des Patienten, Zusammenführung aller Daten aus medizinischen und paramedizinischen Bereichen und Ergänzungen durch den Patienten selbst (elektronische Gesundheitsakte, Vitaldatenüberwachung, Apps, Wearables, Assisted Living).

Smart Devices, Telemedizin, Cloud Computing oder Big Data sind Begriffe, die im Zusammenhang mit Digital Health immer wieder genannt werden. Vielen Innovationen haben dabei eine Gemeinsamkeit: Sie haben als branchenübergreifende technische Innovation gesundheitspezifische Ausprägungen erhalten.

Innerhalb der Telemedizin haben sich bereits vielfältige Disziplinen etabliert. Hierzu zählen u. a. Telediagnostik, Telekonsultation, Teleradiologie, Telekardiologie, Telemonitoring. Hinsichtlich der Funktionalitäten kann weiter unterteilt werden in

- Datenaustausch (z. B. ePA, Befunde, Bilder)
- Konsile (Arzt-Arzt, Arzt-Patient)
- Überwachung und Steuerung (Fernuntersuchung, -diagnose, -überwachung des Patienten)

Allen gemein ist, dass es einer infrastrukturellen Voraussetzung bedarf, die in der Lage ist, die Anforderungen an Datenschutz und systemübergreifende Funktionalität zu gewährleisten. Die Schaffung dieser Voraussetzung in Form von „vernetzten Datenautobahnen“ stellt eine entscheidende Einstiegshürde für eine hinreichend funktionierende telemedizinische Anwendung dar. Telemedizinische Anwendungen bieten eine hervorragende Plattform, um ergänzende bzw. unterstützende Systeme zu etablieren, die sich auf Schwerpunkte von Krankheitsbildern bzw. Indikationen konzentrieren. Der Einsatz der Telemedizin birgt großes Potenzial für eine Qualitätsverbesserung und -sicherung in der medizinischen Versorgung. Patienten können von Fachärzten und Spezialisten kontinuierlich betreut werden, ohne räumlich an den entsprechenden Arzt gebunden zu sein. Ärzte aus anderen Krankenhäusern können Untersuchungen durchführen und die Ergebnisse sofort übermitteln. Damit verringern sich unnötige Krankentransporte und Mehrfachuntersuchungen.

Der Nutzen von telemedizinischen Modellen liegt dabei in der verstärkten Individualisierung von Behandlungsmethoden und Produkten im Bereich der diagnostischen und therapeutischen Intervention mit dem Ziel, das Therapieergebnis durch Einbeziehung individueller Daten des Patienten maßgeblich zu verbessern. Multiple implantierte und externe Sensoren sowie ein kontinuierliches Fallmanagement ermöglichen eine lückenlose Informationsbasis über den Gesundheitszustand der Patienten. Diese Informationen werden jedoch erst dann therapie relevant, wenn sie gezielt ausgewertet werden und zu Behandlungsempfehlungen führen. Das volle Optimierungspotenzial entfaltet diese Lösung, wenn das Leistungsangebot die gesamte Versorgungskette umfasst und gleichzeitig in ein ganzheitliches Monitoring eingebettet ist. Insbesondere durch das sog. Home-Monitoring (z. B. durch die elektronische Waage oder das Blutdruckmessgerät) in Zusammenspiel mit einem Fallmanagement via Call-Center erhält der medizinische Leistungserbringer „Alles aus

einer Hand“ – von der Primärprävention über die Diagnostik samt Stratifizierung hin zur Therapie und Nachsorge – und kann so selbst wiederum dem Patienten eine bessere Versorgung anbieten. Die Implementierung eines sektorenübergreifenden und zentralisierten Informationssystems erlaubt es, patientenbezogene behandlungsrelevante Daten kontinuierlich zu erheben und auszuwerten sowie in den weiteren Versorgungsablauf und die Wissensmanagementsysteme zu integrieren, sodass die Grundlage für eine leitliniengerechte und evidenzbasierte Therapie weiter ausgebaut werden kann.

## 15.2 Die demografischen Veränderungen bestimmen den Bedarf und die digitalen Lösungen

Für die Gesundheitsversorgung einer immer älter werdenden Gesellschaft, in der auch immer mehr Menschen chronisch erkranken, bietet Digitalisierung eine große Chance. Die demografische Entwicklung in Deutschland sowie die Veränderung von soziokulturellen Faktoren wie Lebensweise und Ernährung führen zu einem deutlichen Anstieg chronischer Krankheiten. Herzkrankheiten zählen noch immer zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland, wobei es ein deutliches Ost-West-Gefälle zeigt. Weiterhin zeigt sich, dass die östlichen Bundesländer auch bei den Risikofaktoren an der Spitze liegen (vgl. Deutsche Herzstiftung 2016). Neben einer hohen Mortalität führen chronische Herzerkrankungen auch zu einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität der Patienten. Zudem leiden diese Patienten sehr häufig unter Komorbiditäten, die oftmals nur inadäquat in der Diagnose und Therapie berücksichtigt werden. So weisen etwa Patienten mit einer chronischen Herzerkrankung ein deutlich höheres Risiko für einen kryptogenen Schlaganfall auf. Jedoch werden durch die derzeitige punktuelle Untersuchung der Patienten keine kontinuierlichen Daten erhoben, die es adäquat ermöglichen, Risikopatienten zu identifizieren und zeitnah zu intervenieren bzw. die therapeutische Nachsorge zu organisieren. Gerade die Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern (MV) ist durch eine hohe Prävalenz wichtiger Risikofaktoren wie bspw. Adipositas, Hypertonie, Diabetes, Allergien, Alkohol- und Tabakkonsum sowie Bewegungsmangel gekennzeichnet. Gleichzeitig steigt in MV der Ärztemangel, insbesondere im vertragsärztlichen Bereich. Erschwerend kommt hinzu, dass – strukturell bedingt – fachärztliche Expertise nicht jedem Patienten unmittelbar zur Verfügung steht, sondern dass oftmals lange Wege und Zeiten überwunden werden müssen, um in den Genuss fachärztlicher Expertise zu gelangen. Um die Lebensbedingungen und die Lebensqualität von älteren Menschen in Mecklenburg-Vorpommern detaillierter abzubilden, hat der Landtag die Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ initiiert. Im Bereich der gesundheitlichen Versorgung stellt die Kommission fest, dass es insgesamt zwölf von Unterversorgung bedrohte Planungsregionen im Bundesland gibt. Größere Städte ab 50 000 Einwohner sind davon allerdings nicht betroffen (Landtag Mecklenburg-Vorpommern 2016).

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat bereits in seinem Gutachten im Jahr 2014 konstatiert, dass nicht nur die

Fachkräftesicherung und Entwicklung in ländlichen Regionen wichtig ist, sondern dass es in der Bundesrepublik Deutschland bereits eine große Differenz in der Versorgungssituation zwischen urbanem und ländlichem Raum gibt. Der Rat nennt dabei die Etablierung von multiprofessionellen Teams sowie interdisziplinäre und sektorenübergreifende Versorgungsmodelle als wichtige Instrumente, um diese Defizite auszugleichen (SVR 2014). Die Herausforderung besteht darin, den steigenden Bedarf bei der Versorgung von multimorbiden, chronisch kranken Patienten mit den zur Verfügung stehenden, knapper werdenden Ressourcen zu decken sowie die Lebensqualität der Patienten zu verbessern. Um einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung in allen Teilen des Landes gerecht zu werden, gewinnt der Auf- und Ausbau einer telemedizinischen Infrastruktur in der Gesundheitswirtschaft vor dem Hintergrund einer überalterten und mittelfristig abnehmenden Anzahl an niedergelassenen (Fach-)Ärzten an Bedeutung.

Die Digitalisierung kann dabei helfen, Krankheiten früher zu erkennen, die Dauer der Klinikaufenthalte zu verkürzen und durch Telemedizin, Apps oder Pflegeroboter länger mobil zu bleiben und in der eigenen Wohnung zu leben. Im Rahmen von Digital Health steht besonders das Datenmanagement im Fokus. Täglich entstehen große Mengen heterogener Daten, ob bei CT, MRT, Röntgen oder Laboruntersuchungen. Aber auch Arztberichte, Kostenabrechnungen, persönliche Patientendaten und historische Krankheitsverläufe enthalten wichtige Informationen in Form unstrukturierter Daten. Diese Masse an Daten lässt sich mittlerweile mit neuen Technologien der Datenverarbeitung strukturieren, auswerten und verfügbar machen. Besonders Krankenhäuser – und hier besonders die forschenden Universitätsklinika – können davon profitieren. Einige ausgewählte Beispiele sind:

**Cloud-Lösungen**, bei denen unterschiedliche Datenbestände zusammengefasst, gegliedert und ausgewertet werden. Die lokale Infrastruktur im Krankenhaus wird ergänzt durch die Infrastruktur „in der Wolke“ sowie die Evaluation durch Big-Data-Warehouse-Lösungen.

**Therapiesimulation mit einem 3D-Herzmodell** für Herzinsuffizienzpatienten. Ausgehend von einem 3D-Computer-Durchschnitts Herz, das aus einer großen Anzahl unterschiedlicher Datensätze aus CT- oder MRT-Scans entwickelt wurde, füttert die Software dieses Herzmodell mit den individuellen Patientendaten und personalisiert es. Ärzte können dann am Computer simulieren, wie das Herz des Patienten auf einen Schrittmacher reagiert. Somit kann schon vor der Implantation geklärt werden, ob diese Therapie für diesen Patienten die Richtige ist.

**Digitale Spracherkennung**, die z. B. das zeitintensive Schreiben von Arztbriefen selbständig in die IT überträgt.

**App-Lösungen** zur Compliance-Verbesserung. Der Patient bekommt einen detaillierten, auf ihn zugeschnittenen Therapieplan vom Arzt auf sein Smartphone gesendet und dieser sendet wiederum die von ihm gemessenen Daten an seinen Arzt zurück. Der Arzt kann dann zu jedem Zeitpunkt und an jedem Ort den Patientenstatus einschätzen und ggf. intervenieren.

**3-D-Drucker** in der Orthopädie zur Anfertigung individueller maßgeschneiderter Knieprothesen. Auch Herzoperationen sind mit Hilfe von gedruckten Organen besser plan- und durchführbar.

Die Digitalisierung ist mittlerweile nicht nur für Ärzte ein Thema, sondern bei Mitarbeitern und Patienten längst angekommen. Die Mitarbeiter, insbesondere die

Berufsanfänger, erwarten gerade in den Krankenhäusern ein zeitgemäßes Umfeld. Dies äußert sich vereinfachend in dem Wunsch nach Nutzung von Tablets oder Smartphones, ist im Kern aber dadurch getrieben, dass man im privaten Umfeld schon viele Kommunikationsprozesse digitalisiert hat und nicht verstehen kann, warum dies im Arbeitsumfeld nicht auch so ist. Die Liste der unbesetzten Stellen der Krankenhäuser ist lang und auch im Bereich der IT werden Aufstockungen notwendig. Dazu muss ein Krankenhaus auch als Arbeitgeber attraktiv sein. Ein kleines Krankenhaus, das über Kooperationen mit interessanten Partnern in digitalen Konferenzen und Konsilen den Zugang zu weiteren Fachexperten bietet, ist für Berufseinsteiger sicherlich attraktiver als wenn sich der fachliche Austausch auf Briefe und Fax und einzelne Kongresse beschränkt.

Auch die Patienten bringen ihre Vorstellungen und ihre Lebenswelt mit in die Arztpraxis bzw. ins Krankenhaus. Dies betrifft nicht nur die jüngeren Patienten. Mehr und mehr Personen im Rentenalter nutzen Smartphones und Tablets selbst oder begleitende Angehörige unterstützen sie dabei. Aufgrund von Gesundheitsinformationen aus dem Internet und über Apps verfügt der Patient nicht nur über Vorwissen, sondern zum Teil auch schon über Diagnosedaten aus seiner App, die der Arzt berücksichtigen kann. Der Arztbrief wird nicht mehr auf Papier erwartet, sondern er wird digital eingefordert. Zukünftig werden in diese Landschaft auch mobile Geräte wie Smartphones oder Tablets eingebunden werden, um z. B. die Medikamenteneinnahme zu überprüfen, die Herzfrequenz und andere Parameter im Alltag aufzuzeichnen und Therapiehinweise zu geben. Hier ist eine Schnittstelle und Integration in das Arzt- bzw. Krankenhaus-Informationssystem sinnvoll. Fitness-Monitoring-Systeme und andere Apps könnten Daten zuliefern, die bisher nicht in den Diagnose- und Therapieprozess einfließen konnten.

### 15.2.1 Mehr Effizienz durch digitale Kommunikation

Die digitale Kommunikation innerhalb und zwischen den Versorgungssektoren kann die Versorgung optimieren. Voraussetzung ist, dass die verschiedenen Systeme interoperabel sind. Die Möglichkeit, Patienten aktiver in die Selbstverantwortung zu nehmen, wird derzeit schon durch zahlreiche Dienstleistungsangebote erreicht. So wird das Patienten-/Versichertencoaching sowohl von privaten Unternehmen als auch von Krankenkassen durchgeführt und oftmals telemedizinisch unterstützt. Im Homecare-Bereich werden ausgewählte Messparameter (z. B. Vitalwerte, Bewegungsintensität oder Sturz) erfasst und beim Überschreiten bestimmter Grenzen an medizinische Zentren weitergeleitet<sup>1</sup>. Die technischen Voraussetzungen ermög-

<sup>1</sup> So etwa im Projekt „Vernetztes Wohnen im Quartier“ in Hamburg ([www.vernetztes-wohnen-hh.de](http://www.vernetztes-wohnen-hh.de)) sowie das Nachfolgeprojekt „AGQua – Aktive und Gesunde Quartiere Uhlenhorst und Rübenkamp“ ([www.agqua.de](http://www.agqua.de)). Siehe auch den IV-Vertrag „Telemedizin Herz“, der zwischen der Techniker Krankenkasse, dem Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart und Philips geschlossen wurde (<https://www.philips.de/a-w/about/news/archive/standard/news/healthcare/20171509-telemedizin-herz-philips-startet-kooperationsprojekt.html>). Siehe auch die telefonische Betreuung von Herzinsuffizienzpatienten im Rahmen des Gesundheitsprogramms AOK-Curaplan Herz Plus. Neben der telefonischen Betreuung über ein Call-Center kommen die elektronische Waage und das Blutdruckmessgerät bei Bedarf zum Einsatz.

lichen bereits heute, dass Betreuungszentren mit Patienten per Telefon, mit bei Patienten aufgestellten Bildschirmen oder Kameras Kontakt aufnehmen und sie auch über große Entfernungen hinweg betreuen. Gerade mit dem Einsatz einer telematischen Infrastruktur wird es zukünftig möglich sein, Prozessverbesserungen über Sektorengrenzen hinweg und interdisziplinär zu erreichen. Letztendlich geht es darum, Prozesse auch effizienter anbieten zu können. Prozessoptimierungen werden dann erreicht, wenn die Zusammenarbeit von Haus- bzw. Fachärzten und Krankenhaus sowie mit weiteren Dienstleistern (z. B. Pflege, Sanitätshäusern, Apotheken) über die gesamte Leistungskette der Patientenbetreuung hinweg von einem zuverlässigen elektronischen Informationssystem begleitet wird.

### 15.2.2 Mehr Qualität durch sektorenübergreifende Vernetzung

Medizinische Standards in der Versorgung von Patienten werden schon seit langem über Leitlinien ermittelt und den wissenschaftlichen Erkenntnissen laufend angepasst. Außerdem werden klinische Behandlungspfade im Krankenhaus und im ambulanten Bereich entwickelt, die an die Bedürfnisse der jeweiligen Kliniken, Abteilungen und Arztpraxen angepasst werden. In der integrativen Versorgung (IV-Verträge nach § 140a SGB V) existieren bereits zahlreiche Beispiele für eine integrative Vernetzung über Sektorengrenzen hinweg. Softwareanbieter haben bereits Lösungen im Einsatz, die es den Leistungserbringern ermöglichen, den für den Patienten zutreffenden IV-Vertrag auszuwählen. Die telemedizinische Vernetzung kann den Beteiligten dazu verhelfen, die Einschreibungszahlen von Patienten und Leistungserbringern in entsprechende Betreuungsprogramme zu erhöhen sowie den Behandlungsverlauf zu dokumentieren. Behandlungspfade werden allen elektronisch zugänglich gemacht und die Behandlungsschritte systematisch erfasst. Vertragsteilnehmer können anhand der Dokumentation das Qualitätsmanagement optimieren und die Behandlung schrittweise evidenzbasiert verbessern. Förderung der Adhärenz, Stabilisierung des Gesundheitszustandes, Vermeidung von Krankenhausaufenthalten und Doppeluntersuchungen, Vermeidung von Notfallsituationen durch frühzeitiges Erkennen bedrohlicher Symptome und die Steigerung der Lebensqualität des Patienten sind beispielsweise Evaluationsziele derartiger IV-Verträge. Die in diesen Programmen erhobenen Daten können in elektronischen Patientenakten erfasst werden, auf die – je nach Zustimmung des Patienten – die am Genesungsprozess Beteiligten von überall Zugriff haben. Dies erfordert allerdings eine strukturierte Dokumentation und eine homogene elektronische Vernetzung. Dies ermöglicht z. B. dem Arzt, seine Zeit patientenorientierter zu nutzen. Qualitätsverbesserungen sind dann erzielbar, wenn es dem Arzt und Apotheker ermöglicht wird, einen Abgleich der Medikamenteneinnahme vorzunehmen (Wechsel- und Nebenwirkungen, Unverträglichkeiten).

### 15.2.3 Ein Beispiel aus Mecklenburg-Vorpommern

Im Rahmen eines Innovationsfonds-Projektes baut die UMR Versorgungsstrukturen GmbH (eine 100%ige Tochter der Universitätsmedizin Rostock) zusammen mit der Firma Philips GmbH Market DACH, der AOK Nordost und der TK ein Care-Center zur Versorgungsoptimierung chronischer Herzerkrankungen in Mecklenburg-Vor-

pommern (MV) auf (HerzEffekt MV)<sup>2</sup>. Thematisch handelt es sich um den Aufbau eines sektorenübergreifenden Care-Centers zur Versorgungsoptimierung chronischer Herzerkrankungen. Herzstück dieses Projektes ist eine Vernetzungsplattform, die dem Care-Center zur Verfügung steht, über das die Daten der Patienten nach Risikoadjustierung ihrer Erkrankung eingepflegt und nachverfolgt werden. Die Vernetzungsplattform wird aus drei Ebenen bestehen: einem Care-Center mit Betreuungsfunktion, verschiedenen Versorgungsinstrumenten sowie einem umfassenden Datenmanagement-Tool, basierend auf einer IT-Plattform. Dazu werden verschiedene, leistungsfähige IT-Instrumente und -Strukturen unterstützend genutzt, um die oft räumlich großen Entfernungen bestmöglich überwinden zu können.

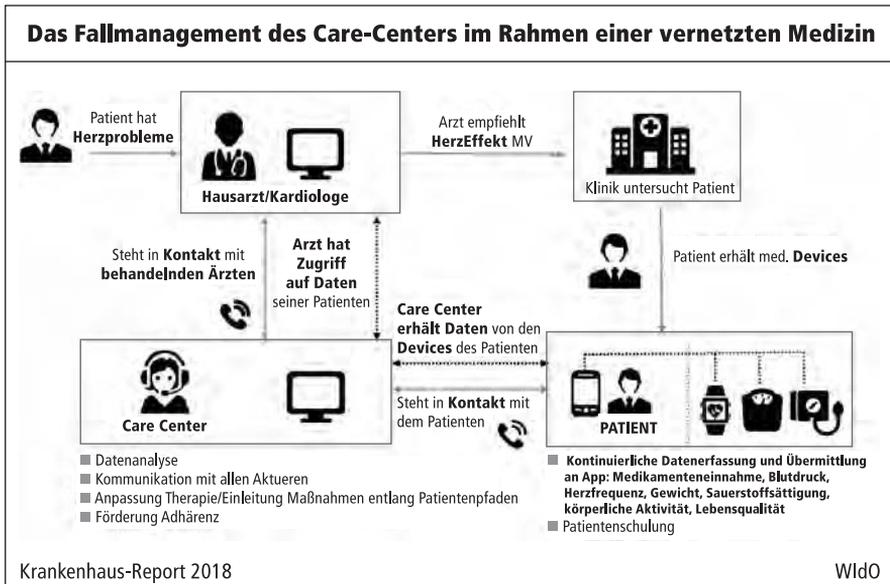
Das Care-Center umfasst:

- individuelles Fallmanagement durch medizinisch geschultes Personal und Service-Hotline
- Anbindung verschiedener interner (Allgemeinmedizin, Kardiologie, Herzchirurgie, Neurologie) und externer Akteure (z. B. Patient, Hausarzt, Apotheke etc.)
- transparente Darstellung der Patientenergebnisse, der medizinischen Geschichte und der Behandlungspfade
- Datenmanagement-Tool und IT-Plattform
- vollständige Datendokumentation des Patienten (Patientenakte) inkl. Vitalparameter und Medikation
- Anbindung unterschiedlicher Geräte zur Zustandserfassung der Patienten
- automatisierte und manuelle Eingabeoption der elektronischen Dokumentation (z. B. mit Vitalparametern oder Behandlungspfaden), je nach Bedarf

In Abbildung 15–1 ist beispielhaft das Zusammenspiel Arzt, Patient und Care-Center-Funktion dargestellt. Bei Eintritt eines Ereignisses ruft der Patient beim Care-Center an, über das Patienten nach Risikoadjustierung ihrer Erkrankung eingepflegt und nachverfolgt werden. Über eine digitale Plattform erfolgt dann der Austausch relevanter Daten, wie z. B. Arztbrief, Medikamentenplan und Allergieplan. Darüber hinaus sollen Daten – nach Zustimmung durch den Patienten – über spezielle Geräte wie z. B. die Waage und die Blutdruckmessung innerhalb dieser Plattform erfasst werden, um nach einem abgestuften Algorithmus den Patienten über ein Ampelsystem zu führen. Im Care-Center befinden sich geschultes medizinisches Fachpersonal (ehemalige Krankenschwestern) sowie Kardiologen, die dem Patienten rund um die Uhr zur Verfügung stehen. Der Fallmanager des Care-Centers wird dann die Plattform abfragen und die Daten der Patienten aus verschiedenen Quellen (Telefon, Arzt, Technik beim Patienten) zusammenführen. In Absprache mit dem im Care-Center sitzenden Kardiologen und dem betreuenden Haus- oder Facharzt werden weitere Therapieempfehlungen getroffen und mit dem Patienten besprochen. Die Fallmanager betreuen die Patienten ggf. engmaschig, entsprechend ihrem Risikoprofil bzw. dem Schweregrad ihrer Erkrankung, bis in die häusliche Umgebung. Bei Auffälligkeiten (medizinisch und psychosozial) stimmen sie sich mit den übr-

<sup>2</sup> Der ersten Patienten werden Anfang Dezember 2017 in das Projekt eingeschrieben. Beabsichtigt ist die Integration von mind. 1465 Patienten mit chronischen Herzerkrankungen in das Versorgungsprogramm via IV-Vertrag sowie 3000 Patienten in eine randomisierte kontrollierte Studie. Für eine ausführliche Darstellung des Projektes siehe auch Schmidt und Hillebrandt 2017.

Abbildung 15–1



gen Behandlungsbeteiligten nach der Dringlichkeitsstufe der festgestellten Probleme ab. Erst danach leiten sie eine angemessene Versorgung ein und beugen so einer Fehlversorgung vor.

Die Implementierung einer Plattform, die auch den medizinischen Leistungserbringern zur Verfügung gestellt wird (ambulanter Arzt erhält Einblick in die erfassten Daten seines Patienten), ermöglicht den Aufbau eines strukturierten Versorgungsnetzwerkes, das durch die fach- und sektorenübergreifende Behandlungs- und Therapiesteuerung Optimierungspotenzial für die Nutzung vorhandener Ressourcen offeriert. Die Behandlung wird nicht mehr in Abschnitte segmentiert, sondern als Gesamtprozess gestaltet, wodurch die Sicherstellung eines einheitlichen behandlungsübergreifenden Qualitätsstandards gewährleistet werden kann. Die Einbindung aller Leistungserbringer in ein derartiges integriertes Versorgungsnetzwerk von Praxen, Krankenhäusern und telemedizinischen Zentren sorgt für Behandlungskontinuität und hilft bei der frühzeitigen Erkennung bzw. Reduzierung von patientenbezogenen Komplikationen und gerätebezogenen technischen Problemen. Die Entwicklung und Einführung der skizzierten Lösung geht über medizintechnische Herausforderungen hinaus und umfasst gleichzeitig komplexe Fragestellungen des Informationsmanagements sowie der Dienstleistungs- und Versorgungsforschung. Es handelt sich um einen neuartigen Ansatz, der die Herausforderungen des demografischen Wandels mithilfe IT-gestützter medizintechnischer Produktinnovationen für eine individuelle Versorgung adressiert. Die Zusammenführung der Information und Verknüpfung mit leitliniengerechten Therapieempfehlungen in einer Plattform, die weitgehend automatisiert die Kommunikation der beteiligten Personen unterstützt, ist die wesentliche Herausforderung, die in diesem Projekt erprobt und mittels einer aufwendigen Studie von externer Stelle evaluiert wird.

Im Kern sollen alle an der Versorgung beteiligten Institutionen, angefangen beim Hausarzt über den niedergelassenen Facharzt und die Pflegedienste bis hin zur Universitätsmedizin, zusammengeführt werden. Auf diese Weise sollen die Hospitalisierungsraten, Morbidität und Mortalität verringert werden.

Die der Optimierung der Versorgung zugrunde liegende Hypothese ist, dass sich die Situation im derzeit unterdurchschnittlich mit herzmedizinischer Expertise und evidenzbasierten, standardisierten Patientenpfaden versorgte MV durch das Zusammenspiel von Fallmanagement und Telemedizin optimieren lässt. Insbesondere setzt das vorliegende Konzept auf dem Gedanken auf, dass eine konsequente Verbreitung von Best Practices unter den Patienten und Leistungserbringern zu einer nachhaltigen Optimierung des medizinischen Behandlungsergebnisses und der Servicequalität für Herzpatienten führt. Die aus den Interaktionen zwischen Patienten und Ärzten gewonnenen Erkenntnisse werden innerhalb des Care-Center nachgehalten und im Rahmen einer Studie validiert, um Behandlungs- und Verhaltensempfehlungen für standardisierte Präventions-, Diagnostik- und Therapiesituationen zu entwickeln, die wiederum sukzessive umgesetzt werden. Mit dem Care-Center (mit umfassender Patientenversorgung, basierend auf einem Ampelsystem) sollen folgende Ziele erreicht werden:

- zentrale Anlaufstelle für Ärzte und Patienten und betrieben durch medizinisch ausgebildetes Personal
- Anbindung des Care-Centers an kardiologische Experten
- sofortige elektronische Datendokumentation des Patienten mit visueller Ampelkennzeichnung
- Möglichkeit zur Vitaldatenabfrage beim Patienten
- Möglichkeit zur persönlichen Kontaktaufnahme mit dem Patienten
- automatisierte Integration der Vitaldatenparameter in die elektronische Dokumentation
- Möglichkeit zur manuellen Ergänzung der elektronischen Dokumentation bei Bedarf
- Aufbau unterschiedlicher Wissens- und Behandlungspfade
- Transparenz der Patientenergebnisse, medizinischen Geschichte und Behandlungspfade
- Identifikation von Abhängigkeiten (Muster), die auf konkrete medizinische Ereignisse hindeuten

Mit den Ergebnissen dieses Vorhabens erhält der Patient eine durchgängige, transparente und orts- sowie zeitunabhängige Nachsorge. Für das medizinische Personal werden alle detektierten Daten sowie weitere notwendige Parameter in einer Ampelkennzeichnung tagesgenau digital und übersichtlich dargestellt, sodass das Personal innerhalb weniger Stunden einen ersten Hinweis auf den Patientenzustand hat. Somit entfällt ein mühsames „Sichten“ der Patientenakten und eine Reaktion/Kontaktaufnahme auf kritische Situationen (rote Kennzeichnung der digitalen Patientendaten) kann unmittelbar erfolgen. In diesem Konstrukt fungiert eHealth als „Enabler“ dafür, dass die Kooperation und Kommunikation zwischen Leistungserbringern verbessert werden, indem individuelle Vitalparameter direkt nach Erhebung dem gesamten Behandlungsteam vorliegen und hierauf basierend eine verbesserte Therapie-Abstimmung erfolgen kann.

## 15.3 Ausblick

Die zunehmende Komplexität der Medizin im Zusammenspiel mit der demografischen Entwicklung, einer zunehmenden Anzahl multimorbider Patienten und einer abnehmenden Anzahl ambulant tätiger Ärzte führt zwangsläufig zu einer örtlichen Konzentration medizinischer Hochleistungszentren. Diese Entwicklung findet gerade in ländlichen Gebieten statt. Damit es nicht zu einer Unterversorgung der Bevölkerung kommt, bedarf es einer intensiven Vernetzung der Kompetenzzentren in den Metropolen mit Leistungserbringern in der Fläche. Eine der wichtigsten Voraussetzungen für diese Vernetzung ist die Einrichtung und Nutzung von telemedizinischen Konzepten. Doch im Gegensatz zu den Vereinigten Staaten und skandinavischen Ländern spielt die Telemedizin in Deutschland noch eine sehr untergeordnete Rolle, obwohl die technischen Voraussetzungen vorhanden wären. Als Gründe hierfür werden immer wieder die mangelnde Interoperabilität und (datenschutz)rechtliche Hürden angeführt. Es kommt sehr darauf an, dass Krankenhäuser den ambulanten Leistungserbringern attraktive Kooperationsangebote etwa im Sinne telemedizinischer Vernetzungen einerseits und den Kostenträgern sektorenübergreifende und patientenzentrierte Versorgungsalternativen andererseits anbieten können.

Neben dieser einzelwirtschaftlichen Perspektive ist der versorgungspolitische Blickwinkel von hoher Relevanz, denn vor allem Maximalversorger in ländlichen Regionen müssen künftig zusätzliche Aufgaben in der flächendeckenden Versorgung wahrnehmen – in der stationären, aber auch in der ambulanten Versorgung. Dabei entsteht insbesondere der Druck, die ambulante Versorgung bei steigender Patientenzahl kostendeckend abzubilden. Krankenhauseigene MVZ, Möglichkeiten der ambulanten Versorgung im Krankenhaus und das Arbeiten in telemedizinischen Strukturen werden daher in ländlichen Regionen an Bedeutung gewinnen.

## Literatur

- Deutsche Herzstiftung (Hrsg). Deutscher Herzbericht. Frankfurt/M., Dezember 2016.
- Landtag Mecklenburg-Vorpommern. Abschlussbericht der Enquete Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“. Schwerin, Juli 2016.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten. Bonn/Berlin 2014.
- Schmidt C, Hillebrandt B. Entwicklung und spezifischer Aufbau eines sektorenübergreifenden Care-Centers zur Versorgungsoptimierung chronischer Herzerkrankungen in MV: HerzEffekt MV. In: Amelung VE, Eble S, Hildebrandt H, Knieps F, Lägél R, Ozegowski S, Schlenker RU, Sjuts R (Hrsg). Innovationsfonds. Impulse für das deutsche Gesundheitssystem. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH&Co.KG 2017; 126–32.

This page intentionally left blank

# 16 Kann direkte Demokratie helfen, Bedarfsgerechtigkeit im Krankenhausmarkt adäquat zu erfassen?

Andreas Beivers und Lilia Waehlert

## Abstract

Die „Stimme des Volkes“ führt derzeit in vielen Demokratien zu erstaunlichen und unerwarteten Ergebnissen. So manches Krankenhaus verdankt auch in Deutschland sein Überleben einem Bürgerentscheid. Gerade diese Form der direkten Demokratie scheint hier eine bedeutende Rolle zu spielen. 62 Bürgerbegehren zum Oberthema „Krankenhaus“ listet dabei der Verein „Mehr Demokratie“ allein seit der DRG-Einführung im Jahr 2003 auf. In 17 Fällen waren die Bürgerbegehren erfolgreich. Ein tiefergehender Blick auf die erfolgreichen Bürgerbegehren zeigt, dass sich vor allem diejenigen Bürgerbegehren durchsetzen, die den Erhalt von Kapazitäten bzw. Standorten im Fokus haben oder sich gegen eine Privatisierung aussprechen. Paradoxiertweise kann aber gleichzeitig dazu eine Patientenabwanderung in spezialisierte Einrichtungen festgestellt werden. Ökonomen bezeichnen dieses bekannte Phänomen der direkten Demokratie als „Freerider-Problematik“. Daher stellt sich weniger die Frage, ob direkte Demokratie an sich sinnvoll ist, sondern vielmehr drängt sich der Verdacht auf, dass die Fragen nicht richtig gestellt werden. Der Beitrag gibt dabei einen Überblick über die vorhandenen Probleme der Anwendung der direkten Demokratie im Krankenhauswesen im Status quo und macht – unter Heranziehung volkswirtschaftlicher Besteuerungsmodelle – Vorschläge, wie ökonomische Faktoren in den Entscheidungsprozess einfließen können.

In many democracies, the “voice of the people” leads to astonishing and unexpected results. In Germany, many hospitals owe their survival to a referendum. This form of direct democracy seems to play an important role in this country. The association “Mehr Demokratie” (“more democracy”) lists as many as 62 referendums on the issue “hospital” since the introduction of DRGs in 2003 alone. In 17 cases, the referendum was successful. An in-depth look at successful citizens’ decisions shows that above all those referendums which focus on maintaining hospital capacities or locations or are opposed to privatisation are able to make their mark. Paradoxically, however, at the same time, a patient migration into specialized institutions can be observed. Economists call this well-known phenomenon of direct democracy a “freerider problem”. Therefore, the question is not whether direct democracy makes sense in itself, but rather whether the requests are formulated appropriately. The paper gives an overview of the existing problems of the status quo of direct democracy in the hospital sector and, using economic models of taxation, suggests how economic factors can influence the decision-making process.

## 16.1 Ausgangslage: Subjektive und objektive Bedarfsgerechtigkeit

Bereits der erste Paragraph des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) stellt eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern in den Mittelpunkt. Kaum ein anderer Begriff ist dabei so schwierig zu fassen und zu definieren wie der der Bedarfsgerechtigkeit. Nicht selten kommt es daher in diesem Zusammenhang zu kontroversen Debatten, gerade wenn es um die Schließung von Fachabteilungen oder ganzer Kliniken geht. Die Bedarfsgerechtigkeit gewinnt dann schnell an krankenhause- und regionalpolitischer Bedeutung. Nicht selten haben die unterschiedlichen Player divergierende Vorstellungen über den Begriff der bedarfsgerechten Versorgung und versuchen u. a. auch die lokale Bevölkerung zu diesem Thema direkt zu befragen, beispielsweise im Rahmen von Volks- bzw. Bürgerbegehren. Aus gesundheitsökonomischer Sicht geht es bei Bedarfsgerechtigkeit vor allem um die effiziente Versorgung der Bevölkerung, die Wirtschaftlichkeit einerseits und Qualität andererseits berücksichtigt. Hieraus abgeleitet ergibt sich die Frage, ob Bürgerbeteiligungen zu einer effizienten Lösung beitragen können. Um diese Frage zu beantworten, soll zunächst der Begriff der Bedarfsgerechtigkeit näher erläutert werden.

Als bedarfsgerecht sollte eine Versorgung dann bezeichnet werden, wenn sie in quantitativer und qualitativer Hinsicht dem Bedarf der Versicherten bzw. der Bürger entspricht (SVR 2014). Unterscheiden kann man dabei den objektiven Bedarf und den subjektiven Bedarf. Der objektive Bedarf kann über die Vermeidung der verschiedenen Arten von Fehlversorgung ermittelt werden (SVR 2001; Augurzky et al. 2016):

- **Qualitative Fehlversorgung:** Meint die bedarfsgerechte Versorgung mit nicht fachgerechter Erbringung der Leistungen. Qualitative Fehlversorgung kann zu medizinischen Schäden bei den Betroffenen sowie zu finanziellen Schäden für die Solidargemeinschaft führen. Messgrößen sind z. B. Komplikationsraten.
- **Unterversorgung:** Beschreibt die unterlassene oder nicht rechtzeitige Durchführung bedarfsgerechter Behandlungsleistungen. Eine Unterversorgung kann zu medizinischen Schäden bei den Betroffenen führen. Wichtiges Kriterium zur Vermeidung von Unterversorgung ist die Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen.
- **Übersversorgung:** Ist die Versorgung mit nicht bedarfsgerechten, medizinisch nicht notwendigen Leistungen, zum Beispiel aufgrund einer nicht adäquaten Indikationsstellung. Eine Übersversorgung kann zu medizinischen, vor allem aber zu finanziellen Schäden für die Solidargemeinschaft führen (Augurzky et al. 2016). Wichtige Messkriterien sind hier z. B. Fallzahlenentwicklungen von abgerechneten Leistungen.

Eine objektive Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung ist dann erreicht, wenn keine der drei aufgelisteten Arten von Fehlversorgung vorkommt. Der subjektive Bedarf orientiert sich im Wesentlichen am subjektiv empfundenen Bedarf der Patienten/Bevölkerung und wird durch Befragungen ermittelt. Verschiedene Befragungen (Mansky 2012; Friedrich und Beivers 2009, Geraedts 2006) zeigen ein relativ ein-

heitliches Bild der aus Bürgersicht wichtigsten Kriterien bei der Krankenhausauswahl:

- Medizinische Qualität: Bildet bereits bei leichteren Erkrankungen das wichtigste Kriterium für die Auswahl des Krankenhauses. Auskunft hierüber geben Qualitätskennzahlen der Kliniken.
- Reputation der Klinik: Steht mit deutlichem Abstand an zweiter Stelle der subjektiven Bedarfsgerechtigkeit. Die Ermittlung der Reputation ist allerdings schwierig und sehr stark abhängig vom Einzelfall. Hinzu kommt, dass Patienten auch teilweise das Krankenhaus wählen, das sie kennen (Private Universität Witten/Herdecke 2013).
- Erreichbarkeit der Klinik: Landet gemeinsam mit Komfortmerkmalen mit geringer Bedeutung auf Platz 3 der subjektiven Bedarfsgerechtigkeit, v. a. bei schweren Behandlungsanlässen (Augurzky et al. 2016).

## 16.2 Veränderung der Krankenhausstruktur vor dem Hintergrund des KHSG

Die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mittels direkter Demokratie kann jedoch nicht ohne die Berücksichtigung der aktuellen Krankenhausstrukturen und der Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitswesen diskutiert werden. Die Krankenhausversorgung in Deutschland ist aktuell in weiten Teilen geprägt von veralteten Strukturen, die teilweise zu einer objektiv nicht bedarfsgerechten Patientenversorgung und ineffizienten Verteilung der finanziellen Mittel im Gesundheitssystem führen. Strukturelle Anpassungen der Krankenhauslandschaft sind seit Längem notwendig und immer wieder das Ziel der deutschen Gesundheitspolitik (Beivers und Waehlert 2017; Beivers 2017). Die Einführung des pauschalierten Vergütungssystems über G-DRGs ab dem Jahr 2003 sollte die nötige Strukturanpassung auf dem deutschen Krankenhausmarkt vorantreiben. Auch lassen verschiedene Parameter deutliche Veränderungsprozesse vermuten: So ging die Zahl der Krankenhäuser von 1991 bis 2015 um rund 19% zurück. Vergleichbares ist bei der Zahl der Betten (-25%) und der Verweildauer (-48%) zu beobachten. Spiegelbildlich dazu ist es zu einem stetigen Anstieg der Zahl der vollstationär behandelten Fälle um knapp 32% gekommen – ein deutliches Zeichen einer Effizienzsteigerung und eines drastischen Marktwandels (Beivers 2010; Statistisches Bundesamt 2016). Jedoch zeigen Preusker et al. (2014) in ihrem Gutachten zu Marktaustritten von Krankenhäusern eindrucksvoll auf, dass von den insgesamt 204 seit der DRG-Einführung nicht mehr in der Statistik geführten Krankenhäusern de facto lediglich 74 auf vollständige Marktaustritte zurückzuführen sind. Parallel dazu ist es zu einer stetigen Zunahme der Krankenausgaben wie auch der Krankenhausfälle gekommen (Preusker et al. 2014). Neben einer ganzen Reihe anderer Effekte ist es insbesondere durch die DRG-Einführung zu einer drastischen Verkürzung der Verweildauer gekommen. Gleichzeitig dazu wurden die vorgehaltenen Bettenkapazitäten jedoch nur in einem unterproportionalen Maß abgebaut. So wurden die in Deutschland schon zuvor existierenden Überkapazitäten nochmals verstärkt. Summa summarum kann festgehalten werden, dass der von der Politik erwünschte Struktur-

wandel der Krankenhauslandschaft durch die DRG-Einführung nur partiell erfolgreich war. Nicht zuletzt deswegen hat der Gesetzgeber durch das im Jahr 2016 in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) noch einmal nachgelegt (Beivers und Waehlert 2017). So ist es das übergeordnete Ziel des KHSG, die Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Krankenhausversorgung voranzutreiben, sodass *„auch in Zukunft in Deutschland eine gut erreichbare, qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sichergestellt werden kann“* (BT-Drs 18/5372). U. a. mit dem Strukturfond (§§ 12–15 KHG) versucht der Gesetzgeber, den notwendigen und überfälligen Abbau von Überkapazitäten, Konzentration von Standorten und die Umwandlung von Krankenhäusern in alternative Versorgungseinrichtungen finanziell zu unterstützen (Beivers 2017).

Der von Gesundheitsökonomien bereits seit Langem geforderte bedarfsorientierte Umstrukturierungsprozess im Krankenhausesektor hin zu mehr nicht-akutstationären und sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bei gleichzeitigem Abbau von Überkapazitäten soll somit finanziell vorangetrieben werden. Gerade vor dem Hintergrund des KHSG sind die Krankenhausträger wie auch das Krankenhausmanagement aufgefordert, ihr Behandlungs- und Standortportfolio zu überprüfen und an die zukünftigen Bedürfnisse der Bevölkerung gemäß objektiv messbarer Kriterien anzupassen, ganz im Sinne des KHSG. Hinzu kommt, dass demografische Faktoren, die sich insbesondere in einer Zunahme älterer multimorbider Patienten manifestieren, schon heute vermuten lassen, dass die bereits existierende Verdichtung des Leistungsgeschehens durch die Verkürzung der Verweildauern im Krankenhaus nicht abnehmen, sondern sich tendenziell noch verstärken wird und hohe Anforderungen an das Krankenhauspersonal nach sich zieht. Dies lässt die Notwendigkeit struktureller Änderungen der Krankenhauslandschaft im Sinne der oben beschriebenen Erfordernisse umso dringlicher werden. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwiefern direkte Demokratie eine Lösung sein kann, um bei der Befragung der Bevölkerung nach einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung valide Antworten zu bekommen.

### 16.3 Direkte Demokratie als Lösung für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung?

Unter dem Begriff der direkten Demokratie versteht man in einem allgemeinen Sinne die Teilhabe der Bürger an politischen Entscheidungsprozessen. Dabei existiert eine Vielzahl von unterschiedlichen Zulässigkeits- und Verfahrensregelungen, Verfahrenstypen bzw. -formen und Ebenen, auf denen direktdemokratische Elemente greifen können. Insbesondere auf kommunaler Ebene können Bottom-up-Verfahren in Form von Bürgerinitiativen oder Bürgerbegehren eingesetzt werden, um die Bevölkerung am politischen Willensbildungsprozess zu beteiligen. Diese können in Bürgerentscheide münden, die sich auf das Ergebnis in einer Sache beziehen. Eine weitere Möglichkeit der direkten Demokratie ist ein sogenanntes Ratsreferendum, das ein Top-down-Verfahren darstellt: Hierbei handelt es sich auch um einen Bürgerentscheid, der aber aufgrund eines Ratsbeschlusses zustande kommt.

Wie bereits erwähnt, stößt der anvisierte und gewünschte Krankenhausstrukturwandel bei den Verantwortlichen vor Ort, sprich bei der Politik, aber auch bei der lokalen Bevölkerung nicht immer auf Begeisterung. Nicht selten werden daher entweder von Seiten der Politik oder von Seiten der Bevölkerung Formen der direkten Demokratie gewählt, um beispielsweise über den Erhalt eines Krankenhausstandorts „bedarfsgerecht“ abzustimmen. Durch Bürgerbegehren können in wichtigen Angelegenheiten die Bürger einer kommunalen Gebietskörperschaft einen Antrag auf Bürgerentscheid stellen und – wenn der Antrag genügend Unterschriften bekommt – ein Bürgerbegehren durchführen. Auf Landes- bzw. Bundesebene wird dieses Verfahren als Volksbegehren bezeichnet. Der Verein „Mehr Demokratie e. V.“ als größte Nichtregierungsorganisation für direkte Demokratie in Deutschland verfügt über eine Datenbank, in der alle Bürger- und auch Ratsbegehren (auch Ratsreferendum genannt) aufgeführt sind, aufgeteilt nach verschiedenen Rubriken. Im Allgemeinen kommt auf neun Bürgerbegehren ein Ratsreferendum. Laut Bundeszentrale für politische Bildung liegt die Erfolgsquote von Volksbegehren auf Länderebene bei durchschnittlich 29%. Die Stimme des Volkes führt derzeit hingegen in vielen Demokratien zu erstaunlichen und unerwarteten Ergebnissen. Viele sprechen gar von einer noch nie dagewesenen Periode des Populismus. Auch im Gesundheitswesen ist dies längst angekommen. Dabei ist nicht nur der allgemeine Diskurs um gesundheitspolitische Themen u. a. im Wahlkampf gemeint, sondern auch die Vielzahl von Bürgerbegehren, beispielsweise bei Krankenhausschließungen, -umwandlungen oder -privatisierungen. Gerade diese Form der direkten Demokratie scheint hier eine bedeutende Rolle zu spielen. 62 Bürgerbegehren zum Oberthema „Krankenhaus“ listet dabei der Verein „Mehr Demokratie“ allein seit der DRG-Einführung im Jahr 2003 auf. Vorreiter der zehn Bundesländer, in denen derartige Bürgerbegehren existieren, ist der Freistaat Bayern, in dem beinahe die Hälfte aller Bürgerbegehren stattfanden. Tabelle 16–1 zeigt eine Übersicht über alle Bürgerbegehren zum Oberthema „Krankenhaus“, Abbildung 16–1 gibt einen Überblick über die Verteilung nach Bundesländern:

Wie zu erkennen, sind die Themengebiete unterschiedlichen Inhaltes, jedoch geht es überproportional darum, Privatisierungen oder den Abbau von Versorgungskapazitäten zu verhindern.

Der Großteil der dort aufgeführten Verfahren (56) wurde bis dato bereits abgeschlossen. In 16 Fällen war das Bürgerbegehren erfolgreich, d. h. in sieben Fällen wurde der Beschluss des Bürgerbegehrens umgesetzt, in sieben weiteren Fällen kam es vor Beendigung des Begehrens zu einer „positiven Erledigung durch einen neuen Gemeinderatsbeschluss“ und in zwei Fällen zu einem Kompromiss, wie es „Mehr Demokratie e. V.“ klassifiziert. Dies bedeutet eine Erfolgsquote der Bürgerbegehren zum Oberthema „Krankenhaus“ von 27%, was in etwa der durchschnittlichen Erfolgsquote auf Länderebene entspricht. Ein tiefgehender Blick auf die erfolgreichen Bürgerbegehren zeigt, dass sich vor allem diejenigen Bürgerbegehren durchsetzen, die den Erhalt von Kapazitäten bzw. Standorten im Fokus haben oder sich gegen eine Privatisierung aussprechen. In nur insgesamt drei Fällen wurde sich gegen einen Klinikbau ausgesprochen, davon zweimal im Falle einer forensischen Klinik (s. Tabelle 16–2).

Generell stellt sich weniger die Frage, ob direkte Demokratie an sich sinnvoll ist. Vielmehr drängt sich der Verdacht auf, dass die Fragen nicht richtig gestellt

Tabelle 16–1

**Bürgerbegehren zum Oberthema „Krankenhaus“ seit 2003**

Jahr	Thema des Bürgerbegehrens	Bundesland	Ort
2017	Für den Erhalt des Klinikums in Emden	Niedersachsen	Emden, Ostfriesland
2017	Gegen den Bau einer Zentralklinik in Georgsheil	Niedersachsen	Aurich
2017	Gegen Klinikneubau an der Eichenallee	Bayern	Seefeld, Oberbayern
2017	Für Erhalt von Klinik/Über die Zukunft der med. Grundversorgung in Nordfriesland	Schleswig-Holstein	Ostfriesland, Husum
2016	Gegen Schlossklinik Heiligenhoven	Nordrhein-Westfalen	Lindlar
2016	Zukunft der Krankenhäuser im Kreis (Pro Gesundheit)	Bayern	Cham, Oberpfalz
2016	Gegen die Fusion der drei Kliniken Emden, Norden und Aurich sowie den Bau einer Zentralklinik in Georgsheil	Niedersachsen	Emden, Ostfriesland
2016	Gegen den Bau einer Zentralklinik in Georgsheil	Niedersachsen	Aurich
2016	Für den Erhalt der Geburtsabteilung in der Illertalklinik	Bayern	Illertissen
2016	Für Neubau des Klinikums Niederberg in Trägerschaft des Zweckverbandes Klinikum Niederberg und Übernahme einer Ausfallbürgschaft durch die Stadt Velbert	Nordrhein-Westfalen	Velbert
2016	Gegen den Erhalt der Geburtsabteilung in der Illertalklinik	Bayern	Illertissen
2016	Für Krankenhaus-Standort in Gemünden	Bayern	Gemünden am Main
2016	Für den Bau eines Zentralklinikums	Niedersachsen	Emden, Ostfriesland
2016	Gegen Privatisierung Krankenhaus	Schleswig-Holstein	Neumünster
2015	Gegen die Änderung des Bauplans des Benedictus-Krankenhauses	Bayern	Feldafing
2015	Gegen die Reduzierung der Klinikstandorte im Landkreis	Bayern	Main-Spessart-Kreis (Karlstadt)
2014	Gegen die Schließung einer Klinik	Bayern	Burghausen, Salzach
2014	Für ein ambulantes Gesundheitszentrum in Burghausen (Für die Schließung einer Klinik)	Bayern	Altoetting
2014	Für den Erhalt der Klinik in Burghausen	Bayern	Emmerting
2013	Gegen die Privatisierung des Klinikums	Hessen	Offenbach am Main
2012	Gegen die Klinikfusion	Baden-Württemberg	Singen, Hohentwiel
2012	Gegen Teilprivatisierung der Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken (HSK)	Hessen	Wiesbaden
2012	Gegen den beschlossenen Verkauf des alten Krankenhauses in Klosterstadt	Baden-Württemberg	Alpirsbach
2012	Erhalt aller fünf Klinik-Standorte – Fortführung des Kommunalunternehmens	Bayern	Ostallgäu (Marktoberdorf)
2011	Gegen die Privatisierung städtischer Krankenhäuser	Sachsen	Dresden
2011	Für den Erhalt des örtlichen Krankenhauses/für Alternativen zur Strukturreform	Bayern	Cham

Tabelle 16–1

**Fortsetzung**

<b>Jahr</b>	<b>Thema des Bürgerbegehrens</b>	<b>Bundesland</b>	<b>Ort</b>
2011	Erhalt der vier Kreiskliniken – Austritt aus dem Kommunalunternehmen	Bayern	Ostallgäu (Marktoberdorf)
2011	Für den Erhalt der Finkelstein-Kinderklinik in Soltau	Niedersachsen	Soltau-Fallingb.-bostel
2011	Für den Erhalt der vier Landeskrankenhäuser, für Austritt aus Verbund	Bayern	Ostallgäu (Marktoberdorf)
2011	Über die Strukturen der Krankenhäuser im Landkreis Rottal-Inn	Bayern	Pfarrkirchen, Niederbayern
2010	Zum Erhalt des alten städtischen Krankenhauses	Bayern	Schweinfurt
2009	Nachnutzung ehemaliges Krankenhaus	Bayern	Roding
2009	Kreiskrankenhäuser Rottal-Inn	Bayern	Rottal-Inn (Pfarrkirchen)
2009	Gegen den Verkauf der Regio-Kliniken	Schleswig-Holstein	Pinneberg
2009	Gegen die Pläne zur Umstrukturierung des Bad Windsheimer Krankenhauses	Bayern	Bad Windsheim
2009	Gegen Fachklinik für Suchtkranke am Standort Schädlerstraße/Witthöftstraße	Hamburg	Hamburg-Wandsbek
2008	Gegen den Verkauf der Kreiskrankenhäuser	Sachsen-Anhalt	Landkreis Mansfeld-Südharz
2008	Für gesundheitsspezifische Weiternutzung einer Klinik	Nordrhein-Westfalen	Bad Salzuflen
2007	Gegen Privatisierung des Klinikums	Nordrhein-Westfalen	Krefeld
2007	Gegen Privatisierung OhreKreis-Klinikum	Sachsen-Anhalt	OhreKreis
2007	Gegen Klinikverkauf	Nordrhein-Westfalen	Duisburg
2007	Gegen Privatisierung des Klinikums	Sachsen-Anhalt	BördeKreis
2006	Gegen den mehrheitlichen Verkauf der Elblandkliniken	Sachsen	Meissen
2005	Gegen Privatisierung des Krankenhauses	Brandenburg	Schwedt
2004	Gegen den Verkauf von Anteilen der kommunalen Krankenhäuser und Sozialbetriebe	Sachsen	Pobershau
2004	Erhalt eines Krankenhauses	Nordrhein-Westfalen	Lippe (Detmold)
2004	Erhalt Klinikum in kommunaler Trägerschaft	Bayern	Hof, Saale
2004	Für Erhalt Krankenhaus Peißenberg	Bayern	Peißenberg
2004	Privatisierung des Kreiskrankenhauses (DE)	Bayern	Lindau
2004	Gegen Krankenhausprivatisierung	Niedersachsen	Hildesheim
2004	Erhalt des Kreiskrankenhauses in kommunaler Trägerschaft (DE)	Bayern	Lindau
2004	Gegen Bau forensische Klinik	Hessen	Riedstadt
2004	Gegen Schließung der Klinik in Uetersen	Schleswig-Holstein	Uetersen
2004	Gegen Privatisierung der Frankenwaldklinik	Bayern	Kronach

Tabelle 16–1

## Fortsetzung

Jahr	Thema des Bürgerbegehrens	Bundesland	Ort
2004	Gegen Klinikbau Kastanienallee (für Erhalt Grünanlagen)	Schleswig-Holstein	Ahrensburg
2004	Gegen Bau forensische Klinik	Hessen	Riedstadt
2003	Gegen den Bau einer Klinik für Drogenkranke	Bayern	Parsberg
2003	Erhalt von Krankenhäusern	Bayern	Hassberge (Hassfurt)
2003	Gegen Schließung des Krankenhauses im Ortsteil Bad	Niedersachsen	Salzgitter
2003	Pro Krankenhaus Cham (DE)	Bayern	Cham
2003	Gegen Krankenhausreform	Bayern	Miltenberg
2003	Gegen Bau einer forensischen Klinik für Männer	Bayern	Taufkirchen, Vils

Datenquelle: Datenbank Bürgerbegehren, Mehr Demokratie e.V. 2017

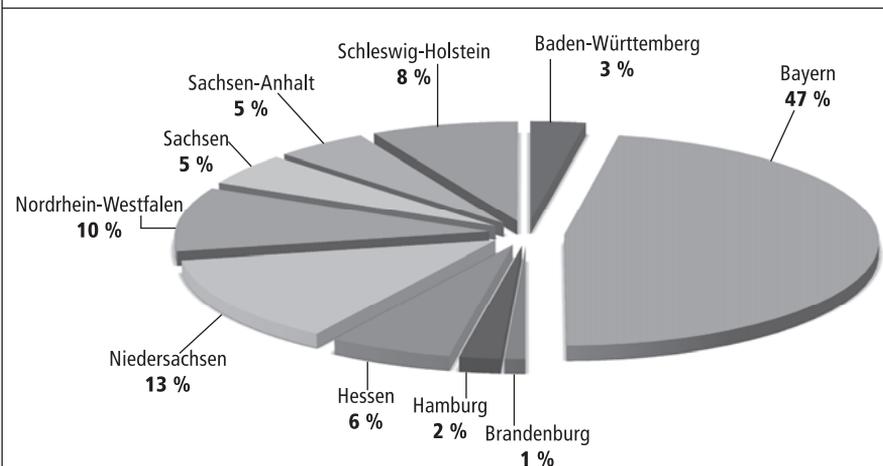
Krankenhaus-Report 2018

WIdO

werden. Sicherlich ist es sinnvoll, die Bevölkerung zu befragen und somit nicht nur die Meinung der Patientinnen und Patienten zu evaluieren, sondern auch die des gesamten regionalen Souveräns. Betrachtet man jedoch den Ausgang der Bürgerbegehren, so könnte man zu dem Schluss gelangen, dass vor allem die wohnortnahe Versorgung für die Bevölkerung eine zentrale Rolle spielt. Dies wäre jedoch ein ganz anderes Ergebnis, als es die datenbasierte Untersuchung zur Bedarfsgerechtigkeit

Abbildung 16–1

## Verteilung der Bürgerbegehren zum Oberthema „Krankenhaus“ seit 2003 nach Bundesland



Datenquelle: Datenbank Bürgerbegehren, Mehr Demokratie e.V. (2017)

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Tabelle 16–2

## Liste erfolgreicher Bürgerbegehren zum Oberthema „Krankenhaus“ seit 2003

Thema	Bundesland	Ort	Jahr
<b>Bürgerentscheid im Sinne des Begehrens (Anzahl: 7)</b>			
Für den Erhalt des Klinikums in Emden	Niedersachsen	Emden, Ostfriesland	2017
Für den Erhalt der Geburtsabteilung in der Illerkllinik	Bayern	Illertissen	2016
Gegen die Privatisierung städtischer Krankenhäuser	Sachsen	Dresden	2011
Für den Erhalt der vier Landeskreiskrankenhäuser, für Austritt aus Verbund	Bayern	Ostallgäu (Markttoberdorf)	2011
Kreiskrankenhäuser Rottal-Inn	Bayern	Rottal-Inn (Pfarrkirchen)	2009
Nachnutzung ehemaliges Krankenhaus	Bayern	Roding	2009
Gegen Bau forensischer Klinik	Hessen	Riedstadt	2004
<b>Positiv erledigt durch neuen Gemeinderatsbeschluss (Anzahl: 7)</b>			
Gegen den beschlossenen Verkauf des alten Krankenhauses der Klosterstadt	Baden-Württemberg	Alpirsbach	2012
Für gesundheitspezifische Weiternutzung einer Klinik	Nordrhein-Westfalen	Bad Salzuflen	2008
Gegen den Verlauf der Kreiskrankenhäuser	Sachsen-Anhalt	Landkreis Mansfeld-Südharz	2008
Gegen den mehrheitlichen Verkauf der Elblandkliniken	Sachsen	Meissen	2006
Gegen Klinikbau Kastanienallee (für Erhalt Grünanlagen)	Schleswig-Holstein	Ahrensburg	2004
Erhalt von Krankenhäusern	Bayern	Hassberge (Hassfurt)	2003
Gegen Bau einer forensischen Klinik für Männer	Bayern	Taufkirchen, Vils	2003

Datenquelle: Datenbank Bürgerbegehren, Mehr Demokratie e.V. 2017

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

keit vermuten lässt. Paradoxerweise kann eine Patientenabwanderung in spezialisierte, nicht wohnortnahe Einrichtungen festgestellt werden (Beivers und Friedrich 2009), wie es ja auch das KHSG u. a. mit einer stärkeren Qualitätsorientierung fokussiert.

Daraus ergibt sich in Deutschland eine oftmals zu beobachtende Schiefelage in der Art, dass Bürgerbegehren an dem Erhalt von Krankenhausstandorten festhalten möchten, auch wenn diese weder objektiv bedarfsgerecht noch betriebswirtschaftlich sinnvoll sind. Ebenso könnte man aus den Ergebnissen den Schluss ziehen, dass bestimmte medizinische Klinikschwerpunkte, die weniger „beliebt“ oder in den Augen der Öffentlichkeit relevant sind, benachteiligt werden, deren objektiver Bedarf im Hinblick auf medizinische Qualität und Unter- und Überversorgung aber möglicherweise sinnvoll ist. Verstärkt wird dies durch eine nicht vorhandene direkte Beteiligung der Bürger an den Kosten der Bereitstellung. Ökonomen bezeichnen dieses bekannte Phänomen in der direkten Demokratie als „Freerider-Problematik“ oder, wie es Oberender formuliert, als „Ausbeutung aller durch alle“ (Oberender et al. 2001) als Effekt der Abkopplung von Leistung und tatsächlichen Kosten im deutschen Krankenversicherungssystem.

Problematisch hierbei ist es, die Zuzahlungsbereitschaft der Bevölkerung zu ermitteln. So zeigen Analysen der Volkswirtschaftslehre, dass die wahren Präferenzen der Bevölkerung in Abhängigkeit der Kostenbeteiligung variieren: Gehen sie von Zuzahlungen aus, besteht ein Anreiz zum Untertreiben. Muss nicht zugezahlt werden, besteht ein Anreiz zum Übertreiben.

Das Gibbard-Satterthwaite-Theorem geht sogar davon aus, dass es keinen nicht-diktatorischen Mechanismus gibt, der dafür sorgt, dass Individuen ihre wahren Präferenzen offenbaren (Varian 1992). Die Clark-Steuer hingegen, die auf den US-amerikanischen Ökonom der Neoklassik John Bates Clark zurückgeht, hat eine Methode skizziert, um die Nachfrage nach Kollektivgütern aufzudecken. Die Nachfrage wird demnach durch einen Wahlvorgang festgestellt, bei dem jeder Teilnehmer angeben muss, welchen Geldbetrag er auszugeben bereit ist, wenn sich bei der Wahl seine Güternachfrage durchsetzt. Damit jeder seine Präferenzen aufdeckt und keine Wahlstrategie betreibt, wird bei den Gewinnern der Wahl eine Steuer erhoben. Die Höhe dieser Clarke-Steuer für eine Veränderung des Angebots an öffentlichen Gütern (wie z. B. Krankenhäusern) entspricht den Nettoverlusten der anderen Wähler.

Dies ist sicherlich in praxi nicht trivial umzusetzen (Wellisch 2000; Varian 1992). In Anlehnung an diesen Mechanismus könnte aber das Problem, dass auf Kosten der Solidargemeinschaft Kapazitäten vorgehalten werden, welche die Bürger selbst im Bedarfsfall nur unterproportional nutzen, zumindest partiell durch die Einführung einer Direktsteuer (beispielsweise als Folge eines positiven Bürgerbegehrens für den Erhalt eines Krankenhausstandorts) gelöst werden. Dies würde es erforderlich machen, in die Befragung der Bevölkerung ihre finanziellen Präferenzen miteinzubeziehen. Ökonomisch betrachtet würden die Befragten damit – neben ihren Versorgungspräferenzen – auch preisreagibel abstimmen. Bei der Ausgestaltung der Direktsteuer müsste jedoch berücksichtigt werden, dass die Kaufkraft der Bevölkerung im Bundesgebiet nicht gleich verteilt ist. In finanzschwächeren Gegenden könnte dies daher zu einem zu geringen Steueraufkommen führen. Aus diesem Grund ist eine sozial gerechte, progressive Beteiligung ähnlich der Einkommensteuerprogression denkbar. Auf diese Weise könnte eine gemäß den Präferenzen und der Zahlungsbereitschaft der Bürger entsprechende Krankenhausversorgung vor Ort umgesetzt und gleichzeitig sichergestellt werden. Dies könnte dazu führen, dass die Bürger im Bedarfsfall die von ihnen zum Teil direkt mitfinanzierten Kapazitäten auch nutzen und direkte Demokratie so die richtigen Antworten liefert.

Ein ähnlicher Ansatz wird auch in den Vereinigten Staaten von Amerika angewendet. So erhalten dort ländliche Krankenhäuser häufig direkt von der Kommune bis zu 20% ihrer Kosten als Zuschüsse im Sinne eines direkten Sicherstellungszuschlags. Im Bundesstaat Texas kann beispielsweise der Verwaltungsrat eines Krankenhauses, der direkt von der Bevölkerung gewählt wird und weitgehend parteiunabhängig ist, eine eigene Grundstückssteuer erheben, eine so genannte *property tax*, um die Versorgung vor Ort zu finanzieren (Neubauer und Beivers 2008; Beivers 2010).

Auf diese Weise kann eine gemäß den Präferenzen und der Zahlungsbereitschaft der Bürger entsprechende Krankenhausversorgung vor Ort umgesetzt und gleichzeitig sichergestellt werden, dass die Bürger im Bedarfsfall die von ihnen zum Teil direkt mitfinanzierten Kapazitäten auch nutzen. Denkbar wären hier auch andere

Modelle der finanziellen Beteiligung der Bevölkerung, etwa im Rahmen kommunaler Betreibergesellschaften. Natürlich bleibt auch hier zu berücksichtigen, dass unabhängig von dem regionalen Steueraufkommen gewisse staatliche Rahmenvorgaben des Staates, wie die Vorgabe von Erreichbarkeitsstandards unabhängig vom lokalen Abstimmungsergebnis, vorgehalten werden müssen und der Staat dies im Zuge einer indikativen Rahmenplanung zu überwachen hat (Beivers 2010). Nicht zuletzt hat sich daher das KHSG dieses wichtigen Themas, sprich der Konkretisierung der Versorgungsrelevanz von Krankenhausstandorten, im Rahmen der Neufassung der Sicherstellungszuschläge angenommen. So hat auch der Gemeinsame Bundesausschuss am 24.11.2016 bundeseinheitliche Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen beschlossen. So können nun in ihrer Tragfähigkeit gefährdete, aber nach objektiven Kriterien versorgungsrelevante Krankenhäuser nach § 17 KHG Zuschläge beantragen. Handelt es sich daher um objektiv versorgungsrelevante Standorte, kann und darf die direkte Demokratie in diesem Zusammenhang nicht staatliche Rahmenvorgaben umgehen. Die Finanzierung sollte und muss in diesem Fall dann auch solidarisch übernommen werden, ganz im Sinne des Daseinsvorsorgeauftrags des Staates.

Natürlich stellen sich bei der richtigen Ausgestaltung direkt-demokratischer Umfragen weitere Fragen, die im Detail nicht trivial zu lösen sind. Beispielsweise müsste schon aus heutiger Perspektive geklärt werden, ob die lokale Bevölkerung – zumeist ist dies die des Landkreises, der Gemeinde oder der Stadt – eigentlich diejenigen sind, die richtigerweise befragt werden, oder ob nicht vielmehr das Einzugsgebiet des Krankenhauses als Grundlage für die Befragung zugrunde gelegt werden sollte. Bei der Ermittlung des Einzugsgebiets von Krankenhäusern könnte man u. a. den Vorgaben folgen, die beispielsweise auch bei der kartellrechtlichen Prüfung bei geplanten Krankenhauszusammenschlüssen angewendet werden.

Auch das Erheben von Finanzmitteln, wie im Modell der Kostenbeteiligung angedacht, dürfte in praxi nicht einfach zu lösen sein. Vielleicht kann aber schon die Einführung einer Art Publikationspflicht, woher beispielsweise die Mittel für eine Klinikrettung kommen, helfen, mehr Transparenz zu schaffen. Dies würde dann beispielsweise aufzeigen, dass durch die Klinikrettung gegebenenfalls andere Projekte, wie der Bau von Kindergärten oder Schulen, dann nicht mehr gefördert werden können. Gäbe es die Pflicht, jeder Befragung solche Informationen beizulegen – wie vielleicht auch die Patientenzufriedenheitsbefragungen des betroffenen Krankenhauses – könnte es den Befragten helfen, wissensbasierter zu antworten.

Summa summarum kann die direkte Demokratie einen Beitrag dazu liefern, um Bedarfsgerechtigkeit im Gesundheitswesen auch durch die Stimme des Volkes basisdemokratisch zu definieren und dann auch umsetzen zu können. Dies muss jedoch gekoppelt sein mit objektiven Bedarfskriterien und vor allem ökonomischen Kennzahlen sowie der Ermittlung der Preissensitivität möglicher Beteiligungskosten, um zu vermeiden, dass nicht effiziente und nicht bedarfsgerechte Krankenhausstrukturen aufrechterhalten oder ausgebaut werden. Aus diesem Grunde ist eine entsprechende Information und Transparenz sowie Anreicherung von Befragungen um Kostenfaktoren der Bedarfsgerechtigkeit unabdingbare Voraussetzung, um direktdemokratische Elemente in der Krankenhausplanung sinnvoll einzusetzen.

## Literatur

- Augurzky B, Beivers A, Straub N. Bedarfsgerechtigkeit zur Vermeidung von Über-, Unter und Fehlversorgung im Krankenhaussektor. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2016, Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Stuttgart: Schattauer 2016; 247–60.
- Beivers A. Ländliche Krankenhausversorgung in Deutschland: Eine gesundheitsökonomische Analyse. Europäische Hochschulschriften. Frankfurt am Main: Peter Lang Internationaler Verlag der Wissenschaften 2010.
- Beivers A. Die krankenhaushausstrategische Bedeutung des Geomarketings vor dem Hintergrund des Krankenhausstrukturgesetzes. In: Beivers A, Steidel G, Haag G, Wittig N (Hrsg) Geomarketing: Vernetzung im Gesundheitswesen. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2017; 67–80.
- Beivers A, Waehlert L. Steuerung der Mengendynamik nach dem KHSG: Implikationen für die Krankenhäuser. In: Da-Cruz P, Rasche C, Pfannstiel M (Hrsg) Entrepreneurship im Gesundheitswesen. Berlin: Springer; im Erscheinen (2017).
- Deutscher Bundestag. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG). Bundestags-Drucksache 18/5372 vom 30.06.2015). <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/053/1805372.pdf>.
- Friedrich J, Beivers A. Patientenwege ins Krankenhaus: Räumliche Mobilität bei Elektiv- und Notfallleistungen am Beispiel der Hüftendoprothesen. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg) Krankenhaus-Report 2008/2009, Schwerpunkt: Versorgungszentren. Stuttgart: Schattauer 2009; 155–80.
- 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: Bertelsmann Stiftung 2006; 154–70.
- Mansky T. Was erwartet der potenzielle Patient vom Krankenhaus? Gesundheitsmonitor 2012. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Neubauer G, Beivers A. Ländliche Krankenhausversorgung in Deutschland und in den USA: Globale Ursachen der Krankenhausrestrukturierung und ihre Folgen. Das Krankenhaus 2005; 11: 961–6.
- Oberender P, Ecker T, Fleischmann J. Grundelemente der Gesundheitsökonomie. Bayreuth: P.C.O.-Verlag 2001.
- Preusker U, Müschenich M, Preusker S. Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern Deutschland 2003–2013, Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. Berlin 2014. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/gutachten\\_marktaustritt\\_krankenhaeuser/Gutachten\\_Marktaustritte\\_KH\\_07-2014\\_gesamt.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/gutachten_marktaustritt_krankenhaeuser/Gutachten_Marktaustritte_KH_07-2014_gesamt.pdf) (12 Januar 2017).
- Private Universität Witten/Herdecke. Abschlussbericht: „Krankenhauswahlverhalten chronisch Kranker“. Laufzeit des Vorhabens: 1.7.2011 bis 31.12.2013, Förderkennzeichen: 01GX1047, Witten 2013. siehe auch: [http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht\\_geraedts\\_krankenhauswahlverhalten-bmbf-01gx1047.pdf](http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht_geraedts_krankenhauswahlverhalten-bmbf-01gx1047.pdf).
- Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser – Fachserie 12, Reihe 6.1.1 – 2015. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2016.
- SVR-Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsreiche. Baden-Baden 2014.
- SVR-Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Baden-Baden 2001.
- Varian HR. Microeconomic Analysis. 3. Auflage. New York: Norton & Company 1992.
- Wellisch D. Finanzwissenschaft Band I – Rechtfertigung der Staatstätigkeit. München: Vahlen 2000.

Teil III

# Krankenhauspolitische Chronik

---

(Kapitel 17)

This page intentionally left blank

# 17 Krankenhauspolitische Chronik

Dirk Bürger und Christian Wehner

Auch wenn auf den „letzten Metern“ der Großen Koalition die Reibungen zwischen den schwarz-roten Gesundheitspolitikern zugenommen haben, ist festzuhalten, dass diese den Koalitionsvertrag „Deutschlands Zukunft gestalten“ vereinbarungsgemäß erfüllten. Mit 25 Gesetzen und 18 Rechtsverordnungen, die vor allem die gesundheitliche Versorgung der Menschen in Deutschland betreffen, waren sowohl die Mitglieder des Gesundheitsausschusses im Deutschen Bundestag (AfG) als auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) äußerst feißig.

Neben den für den stationären Bereich besonders wichtigen Gesetzen – wie z. B. zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (KHSG), zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) oder zur Reform der Pflegeberufe (PflBRefG) – wurden auch vielfältige weitere gesetzgeberische Initiativen angestoßen. So wurde gleich zu Beginn dieser 18. Legislaturperiode der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) durch das 14. SGB-V-Änderungsgesetz damit beauftragt, bis zum Ende des Jahres 2016 Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für Krankenhäuser zum Zwecke der Krankenhausplanung zu entwickeln. Der G-BA hat diese Vorgaben auch fristgerecht zum 15. Dezember 2016 umgesetzt und für die Leistungsbereiche „gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie“ entsprechende Vorgaben entwickelt. Aber auch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) betraf die Krankenhäuser mit Regelungen zu den Vorgaben zur Kooperation bei der Sicherstellung der ambulanten Notfall(dienst)versorgung, der Verbesserung der Vergütung für Universitätskliniken und Hochschulambulanzen oder der Einführung eines verbindlichen Rechts von Patientinnen und Patienten auf Zweitmeinung bei mengenanfälligen planbaren Behandlungen. Auch zügiger als von vielen erwartet lagen die Ergebnisse der Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ vor. Deren Vorschläge zur Verbesserung der Personalsituation wurden mit dem „Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten“ auf den Weg gebracht. Somit wird es zukünftig für Krankenhausbereiche, in denen es aus Gründen der Patientensicherheit besonders notwendig ist, verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen geben, die durch den Krankenhausträger nicht ohne Sanktionen unterschritten werden dürfen.

Mit dem KHSG sollten jedoch nicht nur die finanziellen Rahmenbedingungen der Krankenhäuser verbessert – nur zur Erinnerung: Der Kabinettsbeschluss sah Einnahmesteigerungen bis zum Jahr 2020 von bis zu vier Mrd. Euro vor, nach Abschluss der parlamentarischer Beratungen hatten sich diese dann mit 10 Mrd. Euro mehr als verdoppelt –, sondern auch eine stärkere Qualitätsorientierung durchgesetzt und ein Strukturwandel angestoßen werden. Dies ist mittlerweile auch auf den Weg gebracht, aber es bedarf doch weitergehender sowie noch einiger mutiger Schritte, um „in den Prozess hin zur qualitätsorientierten Krankenhausplanung auch mit ersten Festlegungen“ wirklich einzusteigen. So umschrieb die parlamentarische

Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Annette Widmann-Mauz, auch während des 9. Nationalen Qualitätskongresses die Hausaufgaben für alle Verantwortlichen.

Darüber hinaus sind weitere zentrale Bausteine für einen echten Krankenhausstrukturwandel der Umgang mit den Mindestmengen sowie die Auswirkungen des Strukturfonds. Bei den Mindestmengen ist zu klären, ob es zur Steigerung der Versorgungsqualität und zur nachhaltigen Verbesserung der Patientensicherheit wirklich ausreichend ist, wenn lediglich als Mindestmenge zehn (!!!) Operationen pro Jahr beispielsweise an der Speiseröhre vorgegeben werden. Es ist kaum nachvollziehbar, dass für eine Steigerung der Qualität des Operationsergebnisses ein „Gelegenheitseingriff“, d. h. nur alle sechs Wochen eine Speiseröhren-Operation, um diese „immer mal wieder tun zu dürfen“, einem „routinierten Eingriff“ durch hohe Fallzahlen der Vorzug zu geben ist. In den Niederlanden wurden diese Mindestmengen mit mindestens 20 Eingriffen auch höher festgesetzt, wodurch die Überlebenschance der an der Speiseröhre operierten Patienten um ein Viertel gestiegen ist!

Der Strukturfonds, der mit einer Milliarde Euro – finanziert durch die Bundesländer und kofinanziert durch den Gesundheitsfonds – ausgestattet ist, ist sinnvoll, da dieser eine erste Grundlage für notwendige strukturverändernde Anpassungen der Krankenhauslandschaft schafft. Allerdings darf dies nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Fonds allein die Defizite in der Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer nicht beheben kann. Die Bundesländer stellen mit weiterhin rund 2,6 Milliarden Euro pro Jahr zu wenig bereit, um den alltäglichen Erneuerungsbedarf der Krankenhäuser zu finanzieren. Die Bundesländer müssen ihre Daseinsvorsorge für die Krankenhäuser stärker wahrnehmen und entsprechend der dualen Krankenhausfinanzierung ihrer Finanzierungsverantwortung für die Sicherung der Investitionskosten der Krankenhäuser gerecht werden, und zwar nicht nur im Rahmen eines überschaubaren Strukturfonds, der zudem nur versichertenseitig aus dem Gesundheitsfonds – und nicht etwa zusätzlich aus Mitteln der privaten Krankenversicherung oder aus Bundesmitteln – kofinanziert wird. Hier lohnt sich der Blick nach Dänemark, wo in zukunftsfähige und qualitativ hochwertige Krankenhausstrukturen finanziell umfangreich sowie langfristig ausgerichtet investiert wird – frei nach dem Motto des deutsch-amerikanischen Architekten Ludwig Mies van der Rohe (†): „Weniger ist mehr, aber die Wenigen machen es dann auch besser!“

In Verantwortung für Patientinnen und Patienten sowie der Versichertengemeinschaft, aber auch im Interesse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern, müssen die in dieser Legislaturperiode begonnenen Ansätze zur Qualitätsorientierung und Neustrukturierung konsequent um- und fortgesetzt werden. Denn Bundesgesundheitsminister Gröhe wird mit seiner Aussage „keinem wird die Arbeit ausgehen“ Recht haben. Aber die Arbeitsbedingungen müssen so gestaltet werden, dass die vorhandenen personellen und finanziellen Voraussetzungen so nachhaltig eingesetzt werden, um die bestmögliche Patientenversorgung und Mitarbeiterzufriedenheit zu gewährleisten. Dies geht nur mit zukunftsfähigen Strukturen, die vor allem auf bedarfsgerechte Spezialisierung und Zentralisierung bei medizinisch herausfordernden Leistungen setzen.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
26. Juni 2017	<b>Selbstverwaltung</b>	Bundesvereinbarung über Nachweise zur Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung	GKV-Spitzenverband (GKV-SV), PKV-Verband (PKV) und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) einigen sich auf die Psych-Personalnachweis-Vereinbarung, die die Nachweispflichten zur Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) für die Jahre 2016 bis 2019 regelt. Die Vereinbarung beinhaltet Vorgaben zum Geltungsbereich der Nachweispflicht, zum Umfang des für den Nachweis relevanten Personals sowie zum Übermittlungsverfahren und zu den Übermittlungsfristen und tritt zum 01.07.2017 in Kraft.
21. Juni 2017	<b>Wissenschaft</b>	Ländliche Lage allein hat keinen Einfluss auf die Bilanz eines Krankenhauses	Erstmals werden im „Krankenhaus Rating Report 2017“ Jahresabschlüsse der Krankenhäuser aus den Jahren 2007 bis 2015 ausgewertet und damit länger laufende Zeitreihen abgebildet. So bestätigte sich zum einen das gute Rating der ostdeutschen Kliniken und zum anderen wurde deutlich, dass ein hoher Grad an Spezialisierung sowohl für die wirtschaftliche Lage als auch für die Patientenzufriedenheit vorteilhaft ist. Die Ländlichkeit allein hat hingegen keinen Einfluss auf die wirtschaftliche Lage.
21. Juni 2017	<b>Politik</b>	Pflegeberufereform nimmt politische Hürde	Nach kontroversen Beratungen hat der Gesundheitsausschuss das Pflegeberufereformgesetz (BT-Drs. 18/7823) gebilligt. Dem in den Beratungen noch deutlich veränderten Entwurf stimmten die Koalitionsfraktionen zu, die Opposition votierte dagegen. Am 22. Juni erfolgt die Beschlussfassung im Deutschen Bundestag.
15. Juni 2017	<b>Selbstverwaltung</b>	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) entscheidet über veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren	Der G-BA hat die Qualitätsindikatoren festgelegt, zu denen die Krankenhäuser im Qualitätsbericht 2016 ihre Ergebnisse veröffentlichen müssen. Insgesamt sind 216 der 238 Qualitätsindikatoren aus der sogenannten externen stationären Qualitätssicherung abzubilden.
6. Juni 2017	<b>Selbstverwaltung</b>	Änderungsvereinbarung zum Rahmenvertrag zum Entlassmanagement konsentiert	DKG, GKV-SV und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einigen sich auf eine Änderungsvereinbarung zum Rahmenvertrag Entlassmanagement, die unter dem Vorbehalt der gesetzlichen Einführung einer Krankenhausarzt Nummer stand. Bis das darin geregelte bundeseinheitliche Verzeichnis der Krankenhausarzt Nummer steht, ist übergangsweise eine Pseudoarzt Nummer auf der ärztlichen Verordnung anzugeben.
2. Juni 2017	<b>Politik</b>	Deutscher Bundestag beschließt Pflegepersonaluntergrenzen	Den an das Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten angefügten Regelungen zur Einführung von Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen der stationären Versorgung stimmt der Deutsche Bundestag in 2./3. Lesung zu.
30. Mai 2017	<b>Selbstverwaltung</b>	Zahl der Arztfehler leicht rückläufig	Nach Erkenntnissen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ist 2016 die Zahl der Arztfehler leicht auf 3 564 gesunken. Zwei Drittel der 15 094 Beschwerden bezogen sich auf die stationäre Behandlung. Die meisten Vorwürfe richteten sich gegen die Fachrichtung Orthopädie und Unfallchirurgie (rd. 33 %).

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
24. Mai 2017	Politik	Abrissbirne muss Widerstand einer bayerischen Klinik brechen	Im bayerischen Marktobderdorf ist auch die zweite Sprengung des Krankenhauses misslungen. Nachdem bei einem ersten Versuch nur ein Teil der früheren Klinik in sich zusammengefallen war, brach nun bei der Nachsprengung ebenfalls nicht das komplette restliche Gebäude zusammen. Bei dem verbliebenen Kliniktrakt soll nun eine Abrissbirne den Rest erledigen.
18. Mai 2017	Selbstverwaltung	G-BA-Beschlüsse zu Qualitätsverträgen und Intensivpflege von Frühgeborenen	Der G-BA hat vier stationäre Leistungsbeziehungsweise Leistungsbereiche festgelegt, zu denen das gesetzlich neu vorgesehene Instrument der Qualitätsverträge erprobt werden soll. Diese sind die endoprothetische Gelenkversorgung, die Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patienten, die Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten sowie die Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus. Darüber hinaus hat der G-BA mit dem Beschluss zur Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) geregelt, wann Perinatalzentren die Personalvorgaben für die Intensivpflege von Frühgeborenen nicht erfüllen.
18. Mai 2017	Selbstverwaltung	G-BA beauftragt das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen zu „Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren“	Der G-BA hat das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) mit der Entwicklung von Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (PlanQI) beauftragt. Um weitere Qualitätsindikatoren zu identifizieren, soll das IQTIG bestehende Strukturrichtlinien und Regelungen des G-BA analysieren und hierbei insbesondere die Mindestmengenregelungen zu den Transplantationsleistungsbereichen berücksichtigen. Neben dieser Indikatorenentwicklung wird das IQTIG mit einer Konzepterstellung zur Neuentwicklung von gänzlich neuen PlanQI beauftragt, da die aus bestehenden Richtlinien abgeleiteten Indikatoren nicht zur Krankenhausplanung entwickelt wurden und deshalb nur bedingt für die Krankenhausplanung nutzbar sind. Abgabetermin für beide Aufträge ist der 30. April 2018.
17. Mai 2017	Politik	DKG lehnt Personaluntergrenzen ab	Im Rahmen der öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses lehnt die DKG allgemeine Personalvorgaben ab und verweist u. a. darauf, dass derzeit schon bis zu 10 000 Pflegestellen nicht besetzt werden könnten. Zudem seien die geplanten Vergütungsabschläge kontraproduktiv.
4. Mai 2017	Selbstverwaltung	Vorbericht des IQTIG zu Qualitätszu- und -abschlägen	Das IQTIG hat einen Vorbericht vorgelegt, mit dem zunächst eine Leistung oder ein Leistungsbereich gemäß QSKH-Richtlinie sowie das zugehörige Verfahren für Qualitätszu- und -abschläge empfohlen werden.
2. Mai 2017	Wissenschaft	10 919 Hebammen und Entbindungspfleger leisteten Geburtshilfe in Krankenhäusern	Laut Destatis versorgten im Jahr 2015 insgesamt 10 919 Hebammen und vier Entbindungspfleger werdende Mütter während der Geburt in Krankenhäuser; im Vergleich zum Vorjahr ein Plus von 1,4 %.
1. Mai 2017	Selbstverwaltung	Vereinbarung über die Vergütung von Fehlermeldesystemen beschlossen	GKV-SV, PKV und DKG vereinbaren finanzielle Zuschläge zur freiwilligen Beteiligung eines Krankenhauses an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen (üFMS). Diese werden ab dem 1. Juli 2017 ausbezahlt.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
26. April 2017	Politik	Bundesärztekammer (BÄK) lehnt neues Register für Krankenhausärzte ab	Die BÄK lehnt die Neuregelung zur Registrierung von Krankenhausärzten für das Entlassmanagement ab. „Statt Daten doppelt und dreifach zu erfassen, sollte das Verzeichnis bei den Landesärztekammern angesiedelt werden“ so der BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery in der öffentlichen Anhörung zum Blut- und Gewebegesetz des Bundestags-Gesundheitsausschusses.
26. April 2017	Politik	Gesundheitsausschuss beschließt öffentliche Anhörung zu Personaluntergrenzen	Die gesetzlichen Vorgaben zur Einführung von Personaluntergrenzen an Krankenhäusern soll als Änderungsantrag an den Gesetzentwurf zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten angedockt werden. Darüber hinaus beschließt der Gesundheitsausschuss, dass am 17. Mai die entsprechende öffentliche Expertenanhörung stattfinden wird.
20. April 2017	Selbstverwaltung	IGES-Institut wird mit Folgeabschätzung zur Notfallversorgung beauftragt	Der G-BA hat das IGES-Institut beauftragt, eine wissenschaftliche Folgeabschätzung des geplanten Notfallstufenkonzeptes zu erstellen.
19. April 2017	Politik	BMG-Bericht zu „Pflegepersonal im Krankenhaus“	Der Kabinettsbeschluss zur Festlegung von Personaluntergrenzen im Krankenhaus basiert auf den Vorschlägen der Expertenkommission, in welchen Bereichen Mindestvorgaben für Pflegepersonal sinnvoll sind. Dies geht aus dem 124-seitigen Bericht (Ausschuss-Nr. 18(14)240) des BMGs hervor, der den Mitgliedern des Bundestags-Gesundheitsausschusses übermittelt wird.
18. April 2017	Selbstverwaltung	Landesmittel für Krankenhausinvestitionen auf niedrigstem Niveau seit 1991	Laut DKG zahlten die Bundesländer im Jahr 2015 mit 2,79 Mrd. Euro zur Investitionsfinanzierung die geringste Förderung aus. Das Gesamtvolumen der KHG-Mittel auf Bundesebene liegt damit unterhalb des langfristigen Durchschnitts der vergangenen 24 Jahre und entspricht einem realen Wertverlust von fast 50 % gegenüber dem Jahr 1991.
6. April 2017	Selbstverwaltung	G-BA vergibt Auftrag: Studie zu verbindlichen Mindestvorgaben zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik	Der G-BA hat im Rahmen einer europaweiten Ausschreibung die Gesellschaft für Forschungs- und Wissenstransfer der Technischen Universität Dresden mbH (GWT-TUD GmbH) mit der Erstellung einer empirischen Studie zur Erhebung und Analyse des Ist-Zustandes der Personalausstattung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen beauftragt. Ziel der Studie soll es unter anderem sein, eine empirische Datengrundlage zur bestehenden Personalausstattung zu schaffen.
6. April 2017	Politik	Regierungskoalitionen einigen sich auf Kompromiss zur Reform der Pflegeausbildung	SPD- und Unionsfraktion haben sich auf den von Dr. Georg Nüßlein (CDU/CSU) und Prof. Karl Lauterbach (SPD) am 28. März 2017 vorgelegten Kompromiss zum Pflegeberufsgesetz verständigt. Künftig soll es die Möglichkeit einer generalistischen Pflege-Ausbildung geben, die Ausbildungsabschlüsse der Kinderkrankenpflege wie der Altenpflege bleiben jedoch bis zu einer Überprüfung in sechs Jahren erhalten; die Ausbildungswege sind durchlässig und es gibt den Berufsabschluss eines „Pflegeassistenten“ nach zweijähriger generalistischer Ausbildung.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
5. April 2017	Politik	Kabinetts beschließt Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen	Das Kabinetts hat zwei Formulierungshilfen zur Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus beschlossen. Sie werden im Zusammenhang mit dem „Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten“ in den Deutschen Bundestag eingebracht. Die Selbstverwaltung soll bis zum 30. Juni 2018 die gesetzlich vorgesehenen Vorgaben zu Personaluntergrenzen verbindlich vereinbaren. Einigen sich beide Seiten nicht, setzt das BMG mit Wirkung zum 1. Januar 2019 die Untergrößen per Rechtsverordnung fest.
4. April 2017	Rechtsprechung	Bewertungsportal verantwortlich für Aussagen über Kliniken	Der Bundesgerichtshof hat entschieden, dass der Betreiber eines Bewertungsportals die inhaltliche Verantwortung für die durch ihn vorgenommenen Änderungen an Äußerungen übernimmt und somit als unmittelbarer Störer selbst haftet (Az.: VI ZR 123/16).
4. April 2017	Rechtsprechung	250 000 Euro Schmerzensgeld nach ärztlichen Behandlungsfehlern bei Geburtshilfe	Das OLG Hamm – AZ.: 26 U 88/16 – hat einem Kind ein Schmerzensgeld in Höhe von 250 000 Euro zugesprochen, nachdem es nach einer aufgrund ärztlicher Behandlungsfehler verspätet durchgeführten Sectio mit schweren hypoxischen Hirnschäden geboren wurde und deswegen dauerhaft unter schweren Entwicklungsstörungen zu leiden hat.
30. März 2017	Selbstverwaltung	Vereinbarung zur Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB) gemäß § 115d Abs. 3 SGB V	Im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften haben GKV, PKV und DKG, die in Teilen konsentierten Leistungsbeschreibungen für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung sowohl von Erwachsenen als auch von Kindern und Jugendlichen vereinbart. Wesentliche Inhalte blieben dissent. Sowohl die konsentierten als auch die dissidenten Positionen wurden in das OPS-Vorschlagsverfahren beim DIMDI am 31.03.2017 eingebracht.
30. März 2017	Selbstverwaltung	Weiterentwicklung der Prozedurenklassifikation für die Psychiatrie und Psychosomatik vereinbart gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 7 BpflV	GKV, PKV und DKG haben einen Änderungsvorschlag am bestehenden OPS-Katalog vereinbart. Sie haben dazu eine OPS-Weiterentwicklungsvereinbarung geschlossen und an das DIMDI übermittelt. Einziger Konsens von zehn Vorschlägen ist die Zusammenlegung des Kodes für die Regelbehandlung bei Kindern und Jugendlichen. Vorschläge von DKG und GKV-Spitzenverband, über die sich beide Seiten nicht verständigen konnten, sind vom jeweiligen Selbstverwaltungspartner unabhängig in das OPS-Vorschlagsverfahren beim DIMDI eingebracht worden.
30. März 2017	Selbstverwaltung	GKV, PKV und DKG verständigen sich auf Vereinbarung zu Mehrkosten G-BA	GKV, PKV und DKG haben sich auf die Grundsätze sowie das Verfahren zur Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung (G-BA-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung) verständigt. Die Umsetzung der Finanzierung der Mehrkosten wird künftig in richtlinienspezifischen Anlagen zu dieser Vereinbarung geregelt. Aktuell wurde mit der G-BA-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung die Anlage zur Finanzierung der Mehrkosten der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) vereinbart. Dabei einigte man sich auf ein Mehrkostenvolumen bei vollständiger Umsetzung in Höhe der in der Gesetzesbegründung genannten 90 Mio. Euro.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
27. März 2017	Selbstverwaltung	Extremkostenbericht: Weiter sinkende Belastung durch Kostenausreißer	Die Fallpauschalen bilden das Leistungsgeschehen an deutschen Kliniken immer besser ab. Die finanzielle Belastung der Krankenhäuser durch sogenannte Kostenausreißer ging 2015 erneut zurück, die daraus folgende Unterdeckung sank auf 0,5 Mio. Euro. Das geht aus dem dritten Extremkostenbericht des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hervor.
24. März 2017	Selbstverwaltung	Planungsrelevante Indikatoren: Erstfassung der Richtlinie in Kraft getreten	Mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger ist die Erstfassung der Richtlinie zu PlanQI in Kraft getreten. Die vom G-BA veröffentlichten Indikatoren betreffen zunächst die Leistungsbereiche gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie.
13. März 2017	Politik	BMG legt Referentenentwurf für eine Zweite Verordnung zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung vor	Das BMG hat den Referentenentwurf einer Zweiten Verordnung zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung in die Verbändeanhörung gegeben. Die Regelungen dieser Verordnung zielen laut BMG darauf ab, Veränderungen in der Ausgestaltung der Strukturen, Organisationsformen, der Leistungserbringung sowie der personellen Ausstattung von Krankenhäusern, die sich in den vergangenen Jahren vollzogen haben, sachgerecht abzubilden.
9. März 2017	Selbstverwaltung	Perinatalzentren: Abweichungen von Personalvorgaben sind meldepflichtig	Können Perinatalzentren die Personalvorgaben auf ihren Intensivstationen nicht einhalten, müssen sie dies unverzüglich dem G-BA melden. Dies hat der GBA mit seiner Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) beschlossen.
8. März 2017	Wissenschaft	Erstmals Ergebnisse zur Zufriedenheit mit Geburtskliniken veröffentlicht	Acht von zehn Müttern würden das Krankenhaus, in dem sie entbunden haben, ihrer besten Freundin weiterempfehlen. Das zeigen die ersten Ergebnisse der Befragung von rund 34 000 Müttern in Hessen, die im AOK-Krankenhausnavigator veröffentlicht worden sind.
7. März 2017	Politik	Bericht der Expertenkommission Pflege veröffentlicht	Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat gemeinsam mit den Vertretern der Koalitionsfraktionen und der Länder die Schlussfolgerungen aus den Beratungen der Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ vorgelegt. Darin haben sich die Beteiligten auf Maßnahmen zur Verbesserung der Personalsituation in der pflegerischen Patientenversorgung verständigt. Unter anderem sollen Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche festgelegt werden.
6. März 2017	Politik	Ministerium veröffentlicht GKV-Finanzergebnis 2016	Die gesetzlichen Krankenkassen haben nach den vorläufigen Finanzergebnissen des Jahres 2016 einen Überschuss von rund 1,38 Mrd. Euro erzielt. Damit steigen die Finanzreserven der Krankenkassen auf mehr als 15,9 Mrd. Euro. Am Ende des vergangenen Jahres betrug die Gesamtreserve von Krankenkassen und Gesundheitsfonds zusammen 25 Mrd. Euro. Die Ausgaben für Krankenhausbehandlung stiegen 2016 je Versicherten um 2,8 % (absolut um 3,8 %). Insgesamt erhielten die Krankenhäuser allein von den gesetzlichen Krankenkassen 2016 rund 2,66 Mrd. Euro höhere Finanzmittel als im Jahr 2015. Dabei ist zu berücksichtigen, dass einige Maßnahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes und des Krankenhausstrukturgesetzes teilweise mit erheblichen Verzögerungen umgesetzt wurden und daher nicht vollständig finanzwirksam werden konnten.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
3. März 2017	Selbstverwaltung	Personalvorgaben für Frühchen-Stationen	Seit 1. Januar 2017 gelten auf Frühchen-Stationen neue Regeln für die Personalausstattung. So muss auf der neonatologischen Intensivstation eines Perinatalzentrums mindestens eine Kinderkrankenpflegerin oder ein -krankenpfleger je intensivtherapiepflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1500 Gramm verfügbar sein. Die entsprechende Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene ist jetzt in Kraft getreten.
3. März 2017	Selbstverwaltung	Kinderherzchirurgie: G-BA Beschluss zur Konkretisierung der Personalanforderungen in Kraft	Der am 24.11.2016 getroffene Beschluss zu den Anforderungen an die Facharztweiterbildungsquote für die Pflegekräfte in kinderardiologischen Intensivstationen tritt in Kraft. Gesundheits- und Kinderpflegekräfte mit mehrjähriger Berufserfahrung in der kinderardiologischen Intensivpflege dürfen nun dauerhaft auf die vorgegebene Fachweiterbildungsquote von 40 % bei den Pflegekräften angerechnet werden.
28. Februar 2017	Wissenschaft	Krankenhaus-Report 2017: Schärfere Mindestmengenregelungen für mehr Qualität	Je häufiger ein Eingriff erfolgt, desto besser sind die Behandlungsergebnisse für den Patienten. Das belegen wissenschaftliche Untersuchungen immer wieder. Neue Analysen dazu enthält der aktuelle Krankenhaus-Report 2017, den das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) und der AOK-Bundesverband in Berlin vorstellen.
24. Februar 2017	Politik	BMG teilt Nichtbeanstandung der Richtlinie zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren mit	Die Nichtbeanstandung der Richtlinie zu den PlanQI ist mit der Auflage verbunden, dass der G-BA bis zum 31.12.2019 weiterentwickelte Festlegungen mit stärker differenzierten Maßstäben und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse beschließen soll. Die Festlegungen müssen es den Ländern ermöglichen, auf fundierter Grundlage mindestens fachabteilungsbezogen auch eine in erheblichem Maße unzureichende Qualität festzustellen.
16. Februar 2017	Selbstverwaltung	Klage des GKV-SV gegen die Schiedsstellenfestsetzung zur Zentrumsvereinbarung	Der GKV-Spitzenverband reicht fristwährend Klage gegen die Schiedsstellenfestsetzung zur Zentrumsvereinbarung ein. Der Schiedsspruch zur Zentrumsvereinbarung inkl. Begründung wurde den Parteien am 19.01.2017 übermittelt. Die Vereinbarung wurde durch die Schiedsstelle gegen die Stimmen der GKV und der PKV festgesetzt.
16. Februar 2017	Selbstverwaltung	IQTIG: Arbeitsgrundlagen zur Kommentierung veröffentlicht	Das IQTIG hat eine Vorabversion seiner „Methodischen Grundlagen“ veröffentlicht. Die Fachöffentlichkeit, aber auch interessierte Bürger haben nun bis zum 31. März 2017 die Möglichkeit, das Dokument zu kommentieren und inhaltliche Ergänzungen vorzuschlagen
6. Februar 2017	Selbstverwaltung	Umsetzung der Ergänzungsvereinbarung zur gezielten Absenkung von DRG-Bewertungsrelationen	Das InEK stellt zur Umsetzung der Vereinbarung der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen eine aktualisierte Liste der Krankenhäuser zur Verfügung, die bei den abgestuften DRGs (I68D und I68E) mit ihrer Fallzahl unter bzw. auf dem im DRG-Katalog 2017 ausgewiesenen Median liegen, in der ein weiteres Krankenhaus ergänzt wurde.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
16. Januar 2017	Politik	Bundesrat fordert Hilfen für Hochschulambulanzen	Nach Ansicht des Bundesrates müssen die Hochschulambulanzen finanziell gestärkt werden. In einer Stellungnahme der Länderkammer zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz heißt es, die Hochschulambulanzen erhielten nach wie vor keine kostendeckende Finanzierung, obgleich ihnen im Zuge der Krankenhausreform zusätzlich 265 Mio. Euro pro Jahr in Aussicht gestellt worden seien. Die Verhandlungen in der Selbstverwaltung darüber seien gescheitert, die Umsetzungsfristen deutlich überschritten.
3. Januar 2017	Selbstverwaltung	Klinikpatienten haben Anspruch auf Entlassmanagement	Krankenhäuser müssen sich nun systematisch um die Versorgung ihrer Patienten im Anschluss an die Entlassung kümmern. Im Rahmen des Entlassmanagements können Klinikärzte Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmittel sowie häusliche Krankenpflege und Soziotherapie verordnen. Die Regelung tritt zum 1. Juli 2017 in Kraft.
3. Januar 2017	Selbstverwaltung	Beschluss zur Liste der PlanQI in Kraft getreten	Der Beschluss zur Liste der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ist im Bundesanzeiger veröffentlicht und tritt in Kraft.
20. Dezember 2016	Wissenschaft	Stationäre Behandlungskosten auf 84,2 Mrd. Euro angestiegen	Die Kosten für die stationäre Versorgung sind im Vergleich 2014 zu 2015 nach Berechnungen von Destatis um 3,8% auf rund 84,2 Mrd. Euro angestiegen. Umgerechnet auf rund 19,2 Mio. Patientinnen und Patienten liegen die stationären Krankenhauskosten je Fall bei durchschnittlich 4 378 Euro.
19. Dezember 2016	Politik	PsychVVG im Bundesgesetzblatt veröffentlicht	Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) ist im Bundesgesetzblatt veröffentlicht worden. Das Gesetz tritt in allen Teilen zum 01.01.2017 in Kraft.
15. Dezember 2016	Selbstverwaltung	Übergangsregelung für die Personalanforderungen in Perinatalzentren festgelegt	Der G-BA beschließt nach intensiven Beratungen über Hinweise auf Personalengpässe eine neue Übergangsregelung zur Erfüllung der verpflichtenden Personalanforderungen an die Intensivpflege in Perinatalzentren. Die neue Übergangsregelung ist an Bedingungen für das einzelne Zentrum geknüpft und kann längstens bis zum 31. Dezember 2019 in Anspruch genommen werden.
15. Dezember 2016	Selbstverwaltung	Planungsrelevante Qualitätsindikatoren fristgerecht beschlossen	Der G-BA beschließt erstmals PlanQI. Diese betreffen die Leistungsbereiche gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie – eine neue, begleitende Richtlinie „plan. QI-RL“ regelt die erforderliche Datenerhebung sowie das Verfahren zur Ermittlung der Qualitätsergebnisse.
9. Dezember 2016	Selbstverwaltung	Bundesschiedsstelle zur Hochschulambulanz-Struktur-Vereinbarung (Vergütungs- und Dokumentationskonzept)	Im Rahmen der Umsetzungen der Regelungen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) hat die Bundesschiedsstelle bundeseinheitliche Vorgaben für die Vergütungsstruktur und Leistungsdokumentation der Hochschulambulanzen gemäß § 120 Abs. 3 S. 4 SGB V festgelegt. Der Beschluss der Schiedsstelle sieht vor, dass Hochschulambulanzen künftig verstärkte Dokumentationspflichten haben.
8. Dezember 2016	Selbstverwaltung	Bundesschiedsstellenverfahren zur Zentrumsvereinbarung	Die Bundesschiedsstelle hat gegen die Stimmen der GKV und PKV eine Vereinbarung zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG (Zentrumsvereinbarung) festgesetzt.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
7. Dezember 2016	Rechtssprechung	Verfassungsklage gegen Vorgaben für Früh- und Neugeborenen-Stationen gescheitert	Das Bundesverfassungsgericht lehnt es ab, die Beschwerde von Krankenhausvertretern gegen die G-BA-Vorgaben für Früh- und Neugeborenen-Stationen zur Entscheidung anzunehmen. Das BVerfG führt in seiner Begründung (Az. 1 BvR 292/16) dazu aus, dass sich zum einen kommunale Kliniken nicht auf Grundrechte berufen können. Zum anderen haben die kirchlichen Träger nicht klar gemacht, warum ihnen wegen der Vorgaben wirklich Nachteile drohen – zumal sie im Schnitt mehr als 20 Level-1-Geburten im Jahr betreuen. Außerdem sei nicht berücksichtigt worden, dass inzwischen auch Ausnahmen und Übergangsregelungen vorgesehen sind.
6. Dezember 2016	Qualität	Prüfbericht Transplantationszentren – systematische Richtlinienverstöße und Manipulationen festgestellt	Die Prüfungskommission und Überwachungskommission (PÜK) in gemeinsamer Trägerschaft von BÄK, DKG und GKV-SV veröffentlichen den Zwischenstand ihrer Prüfungen der Transplantationszentren aus den Jahren 2013 bis 2015. Beim Lungentransplantationsprogramm des Universitätsklinikums Jena wurden bei elf von insgesamt 21 Transplantationen Verstöße festgestellt. Zudem wurden auch bei den Lungentransplantationsprogrammen der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf und Leipzig systematische Manipulationen und Auffälligkeiten ermittelt.
30. November 2016	Politik	Expertenanhörung zur Personalausstattung im Gesundheitswesen	Im Rahmen der Öffentlichen Anhörung des AfG zum Antrag der Fraktion Die Linke! „Gute Arbeit – Gute Versorgung: Mehr Personal in Gesundheit und Pflege“ (BT-Drs. 18/7568) weisen Betriebsräte aus Krankenhäusern auf einen gefährlichen Pflegenotstand hin und fordern den Gesetzgeber auf, verbindliche Personalstandards in den Kliniken einzuführen. In diesem Zusammenhang räumte die DKG ein, dass es in „pflegesensiblen Bereichen“ angemessen sein könne, qualitative und quantitative Personalvorgaben festzulegen. Allgemeinverbindliche Personalvorgaben seien jedoch weder sachgerecht noch zielführend. Der GKV-SV verwies auf das laufende zweite Pflegestellten-Förderprogramm und den Versorgungszuschlag, kritisierte aber, dass nicht belegbar sei, dass die zusätzlichen Finanzmittel auch tatsächlich für mehr Pflegepersonal eingesetzt würden.
25. November 2016	Selbstverwaltung	Ergänzungsvereinbarung zur gezielten Absenkung von DRG-Bewertungsrelationen	Zur Abrechnung der mit der Vereinbarung zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen vom 29.08.2016 abgestuften DRG-Fallpauschalen wird auf Bundesebene eine Ergänzungsvereinbarung konsentiert. Diese sieht vor, dass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) von den Krankenhäusern, die auf bzw. unter dem Median liegen, eine entsprechende Fallzahlmeldung bis zum 10.01.2017 entgegennimmt.
24. November 2016	Selbstverwaltung	Sicherstellungszuschläge für Krankenhäuser beschlossen	Der G-BA hat erstmals bundeseinheitliche Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen für Krankenhäuser beschlossen und setzt somit fristgerecht Vorgaben aus dem KHSG um. Statt bisher vier Kliniken können zukünftig bis zu 70 Kliniken vom Sicherstellungszuschlag profitieren.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
18. November 2016	Selbstverwaltung	Bundesschiedsamt definiert Versorgungsauftrag der Hochschulambulanzen	Im Rahmen der Umsetzungen der Regelungen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) hat das erweiterte Bundesschiedsamt der vertragsärztlichen Versorgung die Patientengruppen (Patientengruppenvertrag gemäß § 117 Abs. 1 S. 3 und 4 SGB V) und damit die vom Gesetzgeber geforderte Öffnung für die Hochschulambulanzen festgelegt. So sollen ausschließlich Patienten mit seltenen und komplexen Krankheitsbildern oder bei unklaren Diagnosen oder wenn die Möglichkeiten der niedergelassenen Ärzte ausgeschöpft sind behandelt werden. Die Behandlung muss jedoch von Fachärzten mit abgeschlossener Weiterbildung erfolgen.
10. November 2016	Politik	Bundestag beschließt Obergrenze für den Fixkostendegressionsabschlag	Neben den Regelungen zur psychiatrischen Versorgung und Vergütung wurden auch alle die Krankenhäuser betreffenden Vorgaben mit ins PsychVVG aufgenommen, so z. B. auch Vorgaben zum Fixkostendegressionsabschlag. Dieser wird für 2017 und 2018 auf 35 % festgelegt. Ursprünglich war im KHSG vorgesehen, dass die Höhe des Abschlags auf Landesebene verhandelt wird. Die Zustimmung des Bundesrates zum PsychVVG soll am 25. November erfolgen.
8. November 2016	Rechtsprechung	Verfassungsgericht bejaht länderübergreifende Kompetenzzentren des MDK	Die MDKs dürfen nach dem Urteil des BVerfG (Az.: 1 BvR 935/14) auch länderübergreifend zusammenarbeiten und für bestimmte medizinische Bereiche bundesweite Kompetenzzentren bilden. Derzeit gibt es solche Kompetenzzentren für Geriatrie, Onkologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement.
31. Oktober 2016	Selbstverwaltung	Erste Ziehung zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation des DRG-Systems	Zur Umsetzung der Vereinbarung zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation wurde auf Basis der Beratungen der Vertragsparteien auf Bundesebene die erste Ziehung von Krankenhäusern, die zur Teilnahme an der Kostenkalkulation verpflichtet werden, unter notarieller Begleitung durchgeführt. Insgesamt wurden 40 Ziehungen durchgeführt, bei denen jeweils ein Krankenhaus zufällig gezogen wurde.
29. Oktober 2016	Rechtsprechung	Schmerzensgeld aufgrund verspäteter operativer Versorgung eines Bandscheibenvorfalles sowie fehlerhaft ausgeführter Operation	Das Oberlandesgericht Koblenz hat einem Patienten ein Schmerzensgeld in Höhe von 180 000 Euro zugesprochen (Az.: 5 U 55/09), da den behandelnden Krankenhausärzten ein grober Behandlungsfehler unterlaufen ist. Zum einen wurde der Bandscheibenvorfall verspätet operativ versorgt und zum anderen die Operation fehlerhaft durchgeführt.
28. Oktober 2016	Rechtsprechung	Kein Schadenersatz für Krankenkassen trotz einer im Krankenhaus fehlerhaft behandelten MRSA-Infektion	Das Oberlandesgericht Hamm hat entschieden (Az.: 26 U 50/15), dass eine Krankenkasse, auch wenn einem Krankenhaus mehrere Behandlungs- und Befunderhebungsfehler unterlaufen sind, keinen Schadenersatzanspruch gegenüber diesem durchsetzen kann, da die Kosten einer sachgerechten Versorgung die tatsächlichen Behandlungskosten in jedem Fall überstiegen hätten.
28. Oktober 2016	Wissenschaft	Mehr als ein Drittel aller Krankenhauspatienten wird operiert	Nach statistischer Erhebung von Destatis wurde bei rd. sieben Mio. der knapp 18,7 Mio. im Jahr 2015 stationär behandelten Patientinnen und Patienten eine Operation durchgeführt. Gegenüber dem Vorjahr hat sich der Anteil – knapp 38 % – allerdings nicht verändert.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
24. Oktober 2016	Wissenschaft	330 Krankenhäuser reichen für eine effektive Versorgung	Die Nationale Akademie der Wissenschaften „Leopoldina“ führt in einem acht Punkte umfassenden Thesepapier u. a. aus, dass für eine effektive Versorgung in Deutschland 330 Krankenhäuser ausreichen würden. Sie begründet dies auch damit, dass von den 1371 Kliniken 359 nicht einmal einen Computertomografen und 261 noch nicht einmal ein Intensivbett hätten. Eine Anpassung der Kapazitäten würde zudem den Personal-mangel beheben und somit ausreichend medizinische und pflegerische Fachkräfte zur Verfügung stellen.
14. Oktober 2016	Selbstverwaltung	Auswahl der Krankenhäuser zur DRG-Kalkulation durch Losentscheid	Um die Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe zu erhöhen, haben DKG und Krankenkassen vereinbart, erstmalig per Losverfahren 40 Krankenhäuser auszuwählen, die verpflichtet werden, für fünf Jahre ihre wirtschaftlichen Daten (Strukturdaten und Kostenstellenauswertungen) für die Kalkulation der DRG-Vergütungssätze bereitzustellen.
12. Oktober 2016	Selbstverwaltung	Bundesschiedsamt beschließt Rahmenvertrag Entlassmanagement	Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz wurden DKG, KBV und Krankenkassen bis zum 31.12.2015 beauftragt, einen Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement abzuschließen. Nachdem durch die Selbstverwaltung das Scheitern gegenüber dem erweiterten Bundesschiedsamt erklärt wurde, hat dieses nun einen Rahmenvertrag zum Entlassmanagement festgesetzt, der am 01.07.2017 in Kraft treten wird.
11. Oktober 2016	Selbstverwaltung	Vereinbarung des Bundesbasisfallwerts für das Jahr 2017 abgeschlossen	Auf Basis des vom INEK im Krankenhaus übermittelten Berechnungsergebnisses wurde unter Berücksichtigung des Veränderungswerts (2,50 %) ein Bundesbasisfallwert für das Jahr 2017 in Höhe von 3 376,11 Euro vereinbart.
5. Oktober 2016	Wissenschaft	Mehr Geburten im Krankenhaus, aber weniger Kaiserschnitte	Laut Mitteilung des Statistischen Bundesamtes (Destatis) ist 2015 die Zahl der Krankenhausentbindungen in Deutschland um 3,5 % angestiegen. Im Vergleich zu 2014 sank der Anteil von Kaiserschnittentbindungen geringfügig um 0,7 Prozentpunkte auf 31,1 %.
30. September 2016	Wissenschaft	Orientierungswert 2017 beträgt 1,54 %	Das Statistische Bundesamt (Destatis) veröffentlicht gemäß den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes den sogenannten Orientierungswert für Krankenhäuser, der 1,54 % beträgt. Der Teilorientierungswert für Personalkosten liegt bei 2,39 % und für Sachkosten bei 0,19 %. Da der Orientierungswert die Grundlohnrate bzw. die Veränderungsrate unterschreitet, erübrigen sich sowohl im Bereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) als auch im Bereich der Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) die Verhandlungen der Veränderungswerte 2017. Die Veränderungswerte 2017 entsprechen in beiden Bereichen der Grundlohnrate in Höhe von 2,50 %.
23. September 2016	Selbstverwaltung	Vertragsparteien auf Bundesebene beschließen das DRG-System und PEPP-System 2017	Nach Beratung in den Fach- und Entscheidungsgremien der Vertragsparteien auf Bundesebene wurden der G-DRG-Fallpauschalenkatalog sowie das PEPP-System für 2017 und die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen vereinbart. Der Katalog 2017 berücksichtigt die Neuregelungen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) zur Korrektur der Anteile der Sachkosten in den Bewertungsrelationen und zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
23. September 2016	Selbstverwaltung	DKG und GKV-SV konsentieren Vereinbarung zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlages	Die Vereinbarung zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlages (FDA) wurde auf Bundesebene konsentiert. Es erfolgte eine Verständigung auf den Katalog nichtmengenanfälliger Krankenhausleistungen, der 88 der insgesamt 1 255 Fallpauschalen des DRG-Systems 2017 aus unterschiedlichen Leistungsbereichen umfasst (Umfang ca. 10 % des Casemix-Volumens). Die in dem Katalog ausgewiesenen Leistungen unterliegen lediglich einem hälftigen FDA. Daneben wurde erstmals eine Definition des Einzugsgebietes eines Krankenhauses vereinbart. Neben weiteren Regelungen zur Operationalisierung des FDA wird in der Vereinbarung festgelegt, welche Fallpauschalen einen Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln aufweisen und damit vollständig vom FDA ausgenommen sind.
23. September 2016	Politik	Bundesrat billigt den Gesetzesbeschluss zur Errichtung eines Transplantationsregisters und Änderung weiterer Gesetze	Das vom Deutschen Bundestag am 07. Juli 2016 beschlossene Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters und Änderung weiterer Gesetze (TxRegG) wird in der Plenarsitzung gebilligt. Das Register soll alle transplantationsmedizinischen Daten zusammenführen. Ziel ist es, Erkenntnisse zu gewinnen, die zu einer Verbesserung und Weiterentwicklung der transplantationsmedizinischen Versorgung und zu mehr Transparenz beitragen.
19. September 2016	Politik	Grundlohnrate 2017 liegt bei + 2,5 %	Das BMG hat die Grundlohnrate, also die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen, für das Jahr 2017 veröffentlicht. Sie liegt im gesamten Bundesgebiet bei + 2,5 %.
16. September 2016	Politik	PsychVVG: Beschlussempfehlung des Bundesrats	Die Beschlussempfehlung für die Stellungnahme des Bundesrats zum PsychVVG liegt vor. Die 1,5 Mrd.-€-Entnahme aus der Liquiditätsreserve für das Jahr 2017 (§ 271 SGB V) wird vom Bundesrat abgelehnt, da sie fachlich nicht zielführend und kurzsichtig ist.
9. September 2016	Wissenschaft	Faktencheck Gesundheit: Geringere Operationsrisiken für Patienten in spezialisierten Krankenhäusern	In Krankenhäusern, die bestimmte planbare Eingriffe wie Hüftoperationen häufig ausführen, erleiden Patienten weniger Komplikationen als in Kliniken mit deutlich niedrigeren Fallzahlen. Der aktuelle „Faktencheck Gesundheit“ der Bertelsmann Stiftung zeigt, dass eine stärkere Spezialisierung der Häuser und Fachabteilungen die Versorgungsqualität in Deutschland verbessern könnte. Deutlich längere Fahrzeiten müssten die Patienten deshalb nicht in Kauf nehmen.
9. September 2016	Wissenschaft	Kliniksimulator: Wie Strukturumbau die Versorgung verändert	Der Kliniksimulator des GKV-SV wird im Internet online geschaltet, der für rund 80 000 Wohnbezirke die PKW-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung mit den Basisabteilungen Chirurgie und Innere Medizin zeigt. Damit lassen sich aber auch Veränderungen der Klinikstrukturen simulieren.
8. September 2016	Rechtsprechung	BVerwG-Urteil zu Zentrumszuschlägen: Zuschläge für die besonderen Aufgaben eines Zentrums nur bei speziellem Versorgungsauftrag	Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) hat entschieden, dass der Anspruch eines Krankenhauses auf Zuschläge für die besonderen Aufgaben eines Zentrums einen speziellen Versorgungsauftrag des Krankenhauses für diese Aufgaben voraussetzt. Dazu muss das Krankenhaus im Regelfall im Krankenhausplan des Landes in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung als Zentrum ausgewiesen sein.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
5. September 2016	Politik	BMG veröffentlicht Finanzergebnisse der GKV (KV 45, 1. HJ 2016)	Die gesetzlichen Krankenkassen wiesen im 1. Halbjahr 2016 einen Überschuss von 598 Mio. Euro aus. Die Finanzreserven der Krankenkassen liegen nunmehr bei 15,1 Mrd. Euro. Die Ausgaben für Krankenhausbehandlung stiegen im 1. Halbjahr 2016 je Versicherten um 2,4 % (absolut um 3,3 %). Insgesamt erhielten die Krankenhäuser hierdurch allein von den gesetzlichen Krankenkassen in den Monaten Januar bis Juni rund 1,2 Mrd. Euro höhere Finanzmittel als im entsprechenden Vorjahreszeitraum.
2. September 2016	Selbstverwaltung	Vereinbarung zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe beschlossen	GKV, PKV und DKG haben sich auf eine Vereinbarung geeinigt mit dem Ziel der Weiterentwicklung der DRG-Kalkulation zu einer repräsentativeren Kalkulationsstichprobe. Grundlage dieser Vereinbarung ist ein vom InEK erstelltes Konzept, das im Kern vorsieht, auf Basis der gesetzlich vorgegebenen Kriterien „Trägerschaft“ und „Hauptleistungserbringer“ ein geeignetes Losverfahren zur Erweiterung der Stichprobe einzuführen.
29. August 2016	Selbstverwaltung	Vereinbarung zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen	Im Rahmen der Umsetzung der Neuregelungen KHSG haben GKV, PKV und DKG die Vereinbarung zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen geschlossen. Im Rahmen der Schiedsstelle haben sich die Vertragsparteien darauf verständigt, die Bewertungsrelationen für ausgewählte Fallpauschalen der operativen Leistungsbeiriche „Bandscheibenoperationen (I10D-I10H)“ und „Hüftendoprothetik (I47B)“ abzusenken. Zudem wird für ausgewählte nicht operative Fallpauschalen im Leistungsbereich „konservative Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen (I68D-I68E)“ eine Abstufung der Bewertungsrelationen durchgeführt. Hierbei werden die Leistungen bei Krankenhäusern, deren Fallzahlen unter dem Median liegen, nicht abgesenkt. Die Leistungen der Krankenhäuser, deren Fallzahlen über dem Median liegen, werden entsprechend der oben beschriebenen Systematik herabgesetzt. Dadurch entsteht eine Abstufung in Abhängigkeit von den erbrachten Fallzahlen.
24. August 2016	Selbstverwaltung	Sachkostenvereinbarung gemäß § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG: Personalkosten werden damit stärker gewichtet	Im Rahmen der Umsetzung der Neuregelungen des KHSG wurde auf Bundesebene die Vereinbarung zur Korrektur der Anteile der Sachkosten in den Bewertungsrelationen (Sachkostenvereinbarung) geschlossen. Im Kern sieht das InEK-Konzept vor, die Sachkostenübervergütung durch eine Anpassung der Bezugsgröße zugunsten der Personalkostenanteile in den Relativgewichten umzuverteilen.
16. August 2016	Wissenschaft	Mehr Patienten verursachen weniger Belegungstage	Die Zahl der Patienten, die die Krankenhäuser 2015 vollstationär behandelt haben, ist auf 19,2 Mio. gestiegen. Das waren fast fünf Mio. mehr als 1991. Gleichzeitig ging die Verweildauer der Patienten weiter zurück, von 14 Tagen Anfang der 1990er-Jahre auf zuletzt 7,4 Tage. Damit verursachen immer mehr Patienten immer weniger Berechnungs- und Belegungstage. Ihre Zahl nahm seit 1991 um 30 % ab.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
3. August 2016	Politik	Kabinettsentwurf zum PsychVVG	Das Kabinett beschließt den Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG). Gegenüber dem Referentenentwurf des PsychVVG wurden in der Kabinettsfassung wesentliche Instrumente zum Vergleich von Klinikleistungen gestrichen. Krankenkassen können zudem die Einhaltung der Personalvorgaben durch die Kliniken in den kommenden Jahren nicht kontrollieren. Neu hinzugekommen ist eine Aufstockung des Gesundheitsfonds um 1,5 Mrd. Euro aus Mitteln der Liquiditätsreserve.
26. Juli 2016	Selbstverwaltung	DRG-Erlöse steigen 2016 auf knapp 68 Mrd. Euro	2016 können somatische Krankenhäuser mit fast 68 Mrd. Euro Erlösen aus den Fallpauschalen rechnen. Die Preise für Krankenhausleistungen steigen im Durchschnitt um 2,4%. Die mit den Krankenkassen vereinbarte Leistungsmenge erhöht sich um 1,8%.
15. Juli 2016	Wissenschaft	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) warnt vor Gewinnstreben in Kliniken	In ihrem Positionspapier stellt die DGIM dar, dass Ärzte zunehmend unter den Druck gerieten, ihr Handeln einer betriebswirtschaftlichen Nutzenoptimierung des Krankenhauses unterzuordnen. Die DGIM fordert eine „Medical Corporate Governance-Leitlinie“. Die Gesundheitspolitik muss Prinzipien stärken, die weder falsche Anreize schaffen noch die Auswirkungen der Ökonomisierung wie Überdiagnostik/Übertherapie bei „lukrativen“ bzw. Unterversorgung bei „nicht-lohnenden“ Versorgungen begünstigen.
11. Juli 2016	Selbstverwaltung	G-BA legt Inhalte der Qualitätsberichte für das Jahr 2015 fest	Die Änderungen betreffen unter anderem Kaiserschnittgeburten sowie die kathetergestützte Untersuchung und Behandlung von Herzkranzgefäßen. Erstmals bezog sich der G-BA bei seiner Entscheidung auf die Vorarbeiten des neu gegründeten IQTIG.
8. Juli 2016	Politik	Bundesrat fordert finanzielle Unterstützung für Unikliniken	Der Bundesrat hat eine Entschließung verabschiedet, die fordert, den akuten Finanzbedarf von Unikliniken zu decken. Diese und andere Krankenhäuser der Maximalversorgung sind nach Ansicht des Bundesrates trotz mehrerer Gesetzesreformen weiterhin deutlich unterfinanziert. Ohne Eingreifen der Bundesregierung sei eine Verbesserung der angespannten wirtschaftlichen Lage zeitnah nicht absehbar. Die Entschließung wird nun der Bundesregierung zugeleitet.
7. Juli 2016	Politik	Bundestag beschließt Einrichtung eines nationalen Transplantationsregisters	Der Deutsche Bundestag beschließt das Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters. Medizinische Informationen über Organtransplantationen in Deutschland werden künftig an zentraler Stelle gesammelt. Die Daten von Organspendern und -empfängern, die bisher bei den beteiligten Institutionen in unterschiedlicher Form vorlagen, werden damit erstmals miteinander verknüpft.
6. Juli 2016	Selbstverwaltung	Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme von Krankenhäusern in Kraft getreten	Die Bestimmung von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme wurden im G-BA beschlossen und sind mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger nun in Kraft. Die Fehlermeldesysteme müssen in besonderem Maße geeignet erscheinen, Risiken und Fehlerquellen in der stationären Versorgung zu erkennen und auszuwerten und zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse beizutragen.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
4. Juli 2016	Selbstverwaltung	Beschluss des Schlichtungsausschusses Bund	Der Schlichtungsausschuss Bund hat eine grundsätzliche Kodierfrage zur Festlegung der Hauptdiagnose bei der Behandlung von Tumorfolgen und Komplikationen von Tumortherapie durch die Formulierung einer Auslegungsregel formuliert.
30. Juni 2016	Selbstverwaltung	Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm in den Jahren 2013 bis 2015	Der GKV-Spitzenverband hat den Bericht über das Hygienesonderprogramm 2013 bis 2015 an das BMG übermittelt. Der Bericht belegt, dass die GKV den Krankenhäusern in diesem Zeitraum zusätzliche Finanzmittel in Höhe von ca. 131,4 Mio. Euro zur Verfügung gestellt hat. Insgesamt werden die Krankenkassen ein Förder-volumen von über 460 Mio. Euro bis zum Ende des Programms zur Verfügung stellen. Anspruch auf Förder-gelder haben nur jene Krankenhäuser, die die verbind-lichen personellen und organisatorischen Vorausset-zungen zur Verhinderung nosokomialer Infektionen bisher noch nicht erfüllen. Das sind derzeit etwa zwei Drittel aller Kliniken in Deutschland.

Teil IV

# Daten und Analysen

---

(Kapitel 18–21)

This page intentionally left blank

# 18 Die Krankenhausbudgets 2015 und 2016 im Vergleich

Carina Mostert, Jörg Friedrich und Gregor Leclerque

## Abstract

Der Beitrag untersucht die Veränderungen in den jährlich zu vereinbarenden Budgets der Jahre 2015 und 2016 auf Basis 1 289 somatischer Krankenhäuser. Deren Budgets sind ausgleichsbereinigt um 5,0% gestiegen, was einem Mittelzuwachs von etwa 2,9 Mrd. Euro entspricht. Die ermittelte Budgetsteigerungsrate ist die höchste seit 2010. Sondereinflüsse auf die Preisentwicklung aus dem Psych-Entgeltgesetz (PsychEntgG) und dem Beitragsschuldengesetz wie in den Vorperioden fehlen, die Regelungen beider Jahre sind deckungsgleich. In der Summe resultiert ein ausgleichsbereinigter Preiseffekt von 2,3%, der sich mit der Veränderung der Landesbasisfallwerte nahezu deckt. Die vereinbarte Mengenentwicklung ist mit einem Plus von 2,7% so hoch wie seit vier Jahren nicht mehr. Die Unsicherheit über die künftigen Abschläge bei der Vereinbarung von Mehrmengen führt sehr wahrscheinlich zu spürbaren Vorholeffekten.

The paper examines the changes in the budgets to be agreed annually upon for the years 2015 and 2016 based on 1 289 hospitals. Their budgets have increased by 5.0% after adjustment, which corresponds to an increase in funds of around 2.9 billion euros. This is the highest budget increase rate since 2010. There are no special influences on the development of prices due to the Psychiatry Remuneration Act (PsychEntgG) and the Contribution Liabilities Act as in previous periods; the regulations of both years are identical. In total, there is a compensatory adjusted price effect of 2.3%, which is almost identical with the change in the base rates of the German states. The agreed volume increase of 2.7% is the highest in four years. Uncertainty about the future discounts in the agreement of excess quantities is very likely to lead to noticeable pre-emptive effects.

## 18.1 Einführung

Der vorliegende Beitrag analysiert die Veränderungen in den jährlich zu vereinbarenden Budgets somatischer Krankenhäuser der Jahre 2015 und 2016. Die Darstellung basiert auf den vorliegenden Unterlagen nach der amtlichen Aufstellungen der Entgelte und Budgetberechnung (AEB) aus 1 289 Kliniken. Es werden nur Einrichtungen betrachtet, zu denen in beiden Jahren Budgetvereinbarungen vorliegen und die über den beobachteten Zeitraum hinweg als eigenständige Leistungserbringer am Markt präsent waren. Einrichtungen, die 2016 durch Schließungen aus dem Markt ausgeschieden oder durch Fusionen in anderen Häusern aufgegangen sind, bleiben unberücksichtigt. Die Grundgesamtheit repräsentiert 87,1% der bundes-

weiten Leistungsmenge (DRG-Casemixsumme), wie sie im Rahmen der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte 2016 festgelegt worden ist.

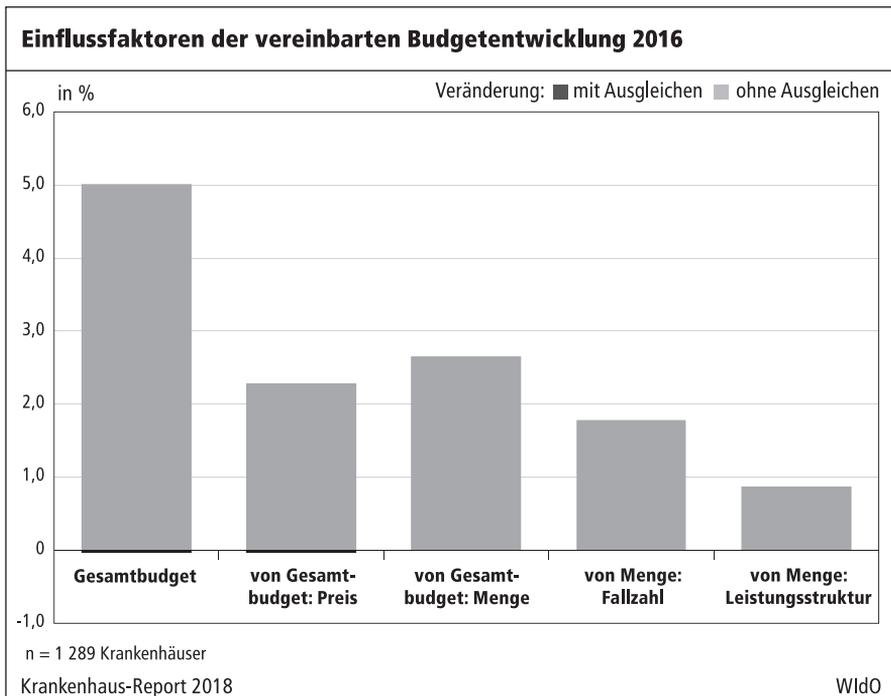
Der Beitrag beginnt in Abschnitt 18.2 mit der Darstellung der allgemeinen Budgetentwicklung und der Preis- und Mengenfaktoren. In Abschnitt 18.3 werden die Preis- und in Abschnitt 18.4 die Leistungsentwicklungen im DRG-Bereich und für Zusatzentgelte vertiefend analysiert.

## 18.2 Allgemeine Budgetentwicklung

Das vereinbarte Gesamtbudget steigt zwischen 2015 und 2016 um 5,0% auf 61 Mrd. Euro an und umfasst die Beträge für DRGs, Sonstige Entgelte nach § 6 KHEntgG sowie Zu- und Abschläge (Abbildung 18–1). Diese Veränderungsrate ist die höchste seit 2010. Von 2014 nach 2015 betrug der Anstieg noch 3,6%.

Maßgeblich für diesen vergleichsweise deutlichen Budgetanstieg ist das vereinbarte Mengenwachstum von 2,7%, das in den letzten Jahren deutlich geringer ausfiel und letztmals 2012 erreicht wurde (Tabelle 18–1).<sup>1</sup>

Abbildung 18–1



<sup>1</sup> Vgl. Kramer et al. 2011 und 2012 sowie Mostert et al. 2013, 2014, 2015, 2016 und 2017.

Tabelle 18–1

**Jährliche Budgetveränderung und der Einfluss von Menge und Preis (in %)**

Jahr	Gesamtbudget	Menge	Preis
2009	7,0%	3,6%	3,2%
2010	5,8%	3,3%	2,5%
2011	2,9%	2,9%	0,0%
2012	4,0%	2,7%	1,3%
2013	4,5%	1,6%	2,9%
2014	4,4%	1,5%	2,8%
2015	3,6%	1,9%	1,8%
2016	5,0%	2,7%	2,3%

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Mit rund 93,2% vom Gesamtbudget ist das DRG-Budget der Haupttreiber der Entwicklung: Dieser Bereich geht mit einem Plus von rund 2,7 Mrd. Euro bzw. 5,1% ein. Die Gesamtbeträge für Zusatzentgelte und Sonstige Entgelte weisen vergleichbare Veränderungsdaten auf. Die Summe der Zu- und Abschläge geht um –18,5% zurück (Tabelle 18–2). Details zu den Veränderungen bei Zusatzentgelten und Zu- und Abschlägen finden sich in den Abschnitten 18.3 und 18.4.

Wird das vereinbarte Budget überschritten, werden Rückzahlungen der Krankenhäuser fällig. Kommt es hingegen zu Budgetunterschreitungen, resultieren Nachzahlungen der Krankenkassen. Diese Ausgleiche werden mit den Budgets der Folgejahre verrechnet. Im Jahr 2016 sind die Nach- und Rückzahlungen nahezu ausgeglichen.

Tabelle 18–2

**Vereinbarte Budgets 2015 und 2016 (in Mio. Euro)**

	2015	2016	Veränderung
DRG-Budget	56 242,4	59 097,2	5,1%
davon: Zusatzentgelte	2 091,9	2 195,5	5,0%
Sonstige Entgelte	1 711,9	1 805,2	5,4%
Zu- und Abschläge (ohne Ausbildung)	155,0	126,3	–18,5%
Gesamtbudget	58 109,3	61 028,8	5,0%
Ausgleiche	15,4	2,3	–85,3%
Gesamtbudget mA	58 124,7	61 031,0	5,0%

n = 1 289 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

## 18.3 Vereinbarte Preisentwicklung

Das Vergütungsniveau stationärer Leistungen im somatischen Bereich wird wie oben beschrieben maßgeblich von der Preisentwicklung für DRG-Leistungen bestimmt. Im Folgenden werden die bedeutenden Einflussgrößen dargestellt sowie die Preisentwicklung insgesamt analysiert.

### **Obergrenze für die Preisentwicklung der Landesbasisfallwerte (Grundlohnrate/Orientierungswert/Veränderungswert)**

Mit Einführung der Landesbasisfallwerte im Jahr 2005 galt die Veränderungsrate nach § 71 SGB V Abs. 3 (Grundlohnrate) als Obergrenze für vereinbarte Preisveränderungen. Die Grundlohnrate spiegelt die Einnahmenentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen wider. Seit 2013 soll sich die Obergrenze stärker an den Kosten der Krankenhäuser orientieren. Dazu berechnet das Statistische Bundesamt mit dem sog. Orientierungswert die Kostenentwicklung der Inputfaktoren für Krankenhausleistungen. Diese entspricht einer krankenhausspezifischen Inflationsrate. Die aktuell gültige Regelung für die Obergrenze der Preisentwicklung wurde mit dem Beitragsschuldengesetz 2014 eingeführt. Ob sich die Preise kosten- oder einnahmeorientiert entwickeln sollen, hängt seitdem davon ab, ob der Orientierungswert oder die Grundlohnrate höher ist. Der höhere Wert gilt als Obergrenze.

Der vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte Orientierungswert für das Jahr 2016 liegt mit 1,57% fast eineinhalb Prozentpunkte unterhalb der veröffentlichten Veränderungsrate nach § 71 SGB V Abs. 3 in Höhe von 2,95%. Daher galt 2016 wiederholt die Grundlohnsumme als Obergrenze für die Veränderung der Landesbasisfallwerte. Im gewichteten Mittel stiegen die Landesbasisfallwerte von 3217 Euro im Jahr 2015 um 2,38% auf 3294 Euro im Jahr 2016. Somit blieb die vereinbarte Preisveränderung mit 0,58 Prozentpunkten deutlich unterhalb der geltenden Obergrenze.

### **Hygienesonderprogramm**

Ebenfalls mit dem Beitragsschuldengesetz wurde die Förderung der Krankenhaushygiene im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) eingeführt. Ursprünglich sollten Krankenhäuser zusätzliche Mittel für die Neueinstellung und Weiterbildung von ärztlichem und pflegerischem Hygienepersonal für die Jahre 2013 bis 2016 erhalten. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) aus 2016 wurde das Programm um weitere drei Jahre bis 2019 verlängert.

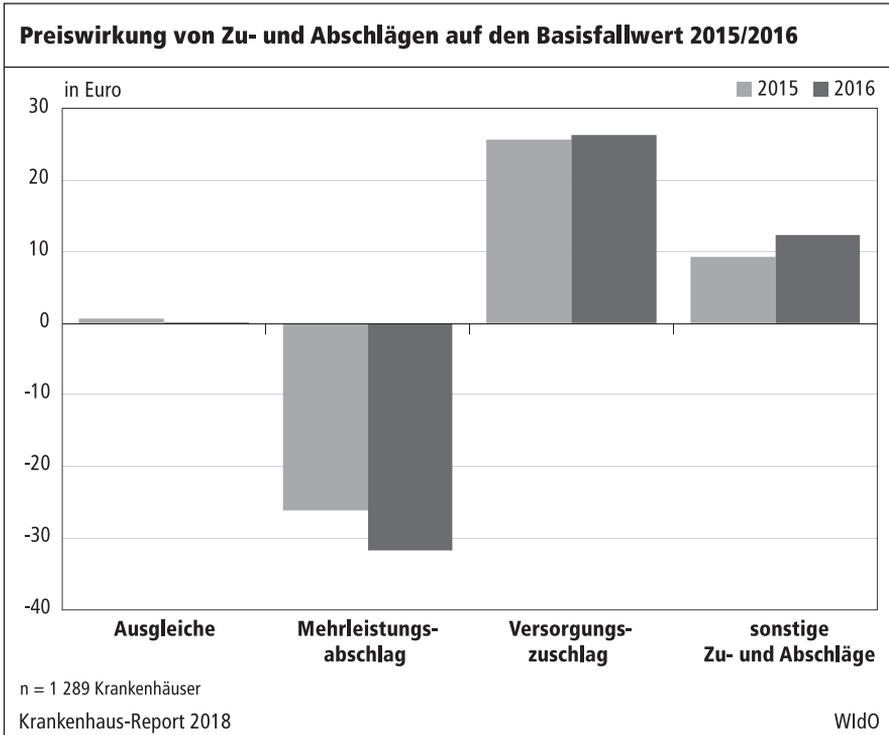
Für das Jahr 2015 beträgt das vereinbarte Budgetvolumen in den hier untersuchten Krankenhäusern für das Hygienesonderprogramm 66,5 Mio. Euro und steigt 2016 um 11,6% auf 74,2 Mio. Euro.<sup>2</sup>

### **Mehrleistungsabschlag**

Hinsichtlich der Vergütung von vereinbarten Leistungsveränderungen bestehen seit Beginn der Konvergenzphase im Jahr 2005 unterschiedliche gesetzliche Auflagen, die in den Budgetverhandlungen zu berücksichtigen sind. Hintergrund ist, dass stei-

<sup>2</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband 2017.

Abbildung 18–2



gende Mengen in den meisten Leistungsbereichen c. p. zu sinkenden Durchschnittskosten führen, da sich lediglich die variablen Kosten verändern und die Fixkosten konstant bleiben.

Mit dem in 2012 verabschiedeten Psych-Entgeltgesetz (PsychEntgG) wurde der Mehrleistungsabschlag ab 2013 mit einer Geltungsdauer von zwei Jahren auf 25 % festgelegt. Mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) aus 2014 wurde eine Verlängerung der Geltungsdauer auf drei Jahre geregelt. Von den Regelungen ausgenommen sind Mehrleistungen aus DRGs mit einem Sachkostenanteil von mehr als 66,7% oder solche, die aus krankhausplanerischen Maßnahmen resultieren.

Das vereinbarte Gesamtvolumen für den Mehrleistungsabschlag 2016 inkl. der weitergeltenden Beträge aus den Vorjahren beläuft sich auf 568,6 Mio. Euro. Dies entspricht einem vereinbarten Preiseffekt von –31,67 Euro. Im Jahr 2015 betrug dieser Effekt basierend auf einem Abschlagsvolumen von 457,9 Mio. Euro noch –26,17 Euro (vgl. Abbildung 18–2). Maßgeblich für die steigenden Beträge aus dem Mehrleistungsabschlag sind die deutlich höheren Mehrleistungen in den Vereinbarungen des Jahres 2016: In diesem Jahr vereinbarten 718 Häuser einen Mehrleistungsabschlag für neue Mehrleistungen, im Jahr 2015 waren es noch 632.

Die starke Zunahme vereinbarter Mehrmengen im Jahr 2016 ist weniger ein Indiz für eine erneute Dynamisierung der Mengenentwicklung, sondern ist mutmaßlich vielmehr auf Vorholeffekte zurückzuführen: Mit Inkrafttreten des Kran-

kenhausstrukturgesetzes (KHSKG) am 01. Januar 2016 wurden die Regelungen zur Steuerung und Budgetberücksichtigung von Leistungsveränderungen für das Folgejahr deutlich geändert: Ab dem Jahr 2017 entfällt der Mehrleistungsabschlag für neu vereinbarte Mehrmengen und mit dem Fixkostendegressionsabschlag (FDA) wird ein neues Instrumentarium eingeführt. Die konkrete Ausgestaltung des FDA stand im Verlauf des Jahres 2016 im Zentrum sehr kontroverser Diskussionen. Die Unsicherheit über die künftige Abschlagshöhe hat wahrscheinlich viele Krankenhäuser dazu bewogen, die Vereinbarung von Mengensteigerungen in das Jahr 2016 vorzuziehen.

### **Versorgungszuschlag**

Seit 2013 erhalten somatische Krankenhäuser einen Versorgungszuschlag. Dieser wurde mit dem Beitragsschuldengesetz eingeführt, um die sogenannte „doppelte Degression“ 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 preisdämpfend wirkten (s. o.). Der Versorgungszuschlag wurde aber nicht so konzipiert, dass er die Summe der Mehrleistungsabschläge ausschüttet, sondern als ein fixer prozentualer Aufschlag auf DRG-Fallpauschalen. Für die Jahre 2015 und 2016 betrug der Zuschlag 0,8 %.

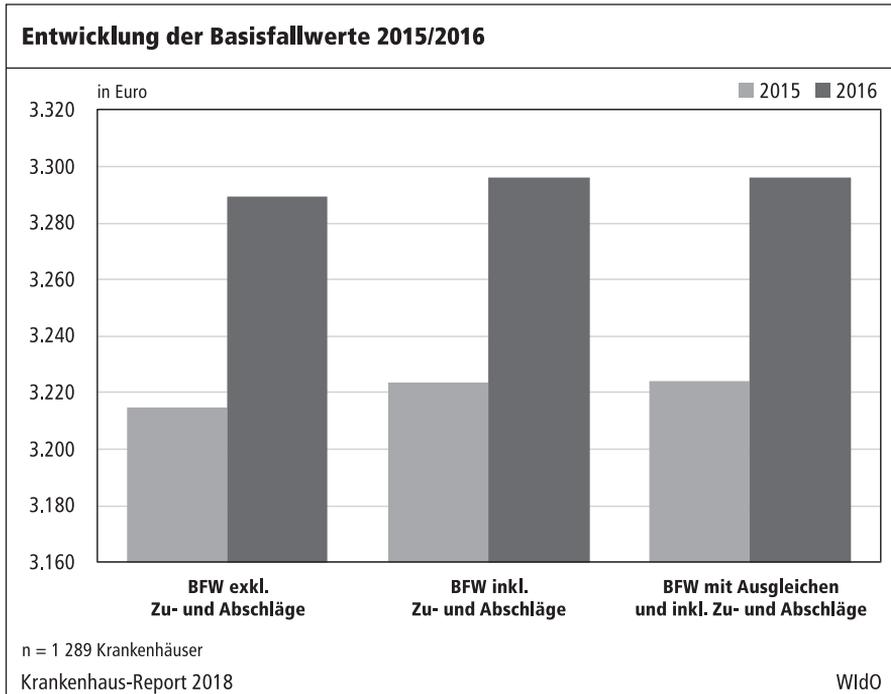
Für 2015 beläuft sich der Versorgungszuschlag für die hier untersuchten Krankenhäuser in Summe auf 449,9 Mio. Euro, was nahezu der Summe der Mehrleistungsabschläge entspricht. Aufgrund der großen Mehrmengenvereinbarungen unterschreitet der Versorgungszuschlag im Jahr 2016 mit 472,4 Mio. Euro erstmals die Beträge für den Mehrleistungsabschlag. (vgl. Abbildung 18–2). Der Preiseffekt in den Jahren 2015 und 2016 bleibt nahezu unverändert und beträgt +25,72 Euro bzw. +26,31 Euro.

### **Preisentwicklung im DRG-Bereich**

Die DRG-Preiskomponente setzt sich maßgeblich aus den Komponenten Basisfallwert, Zu- und Abschläge sowie periodenfremde Ausgleichs für Budgetabweichungen in Vorjahren zusammen. Die sogenannten Sonstigen Entgelte nach § 6 KHEntgG, deren Preise hausindividuell zu vereinbaren sind, spielen wie eingangs beschrieben für die Gesamtentwicklung auf Bundesebene eine nachgeordnete Rolle und werden daher im Weiteren nicht näher untersucht.

Der in den Budgetverhandlungen auf Krankenhausebene verwendete Basisfallwert entspricht dem Landesbasisfallwert. Für die hier untersuchten Einrichtungen beträgt dieser im Jahr 2015 im Mittel 3 215 Euro und steigt im Folgejahr um 2,33 % auf 3 289 Euro an (vgl. Abbildung 18–3). Unter Berücksichtigung der Zu- und Abschläge resultiert eine Veränderung um 2,26 %. Unter Berücksichtigung der Ausgleichszahlungen für Vorperioden liegt die Preissteigerung leicht verändert bei 2,24 %.

Abbildung 18–3



## 18.4 Vereinbarte Leistungsentwicklung

Die folgenden beiden Abschnitte widmen sich der vereinbarten Leistungsentwicklung in den Bereichen DRG und Zusatzentgelte. Die wesentlichen Determinanten werden mit der Methode der Komponentenzerlegung identifiziert und quantifiziert.

### 18.4.1 Leistungsveränderung im DRG-Bereich

Die Leistungsmenge im DRG-Bereich wird über den Casemix (CM) ausgedrückt. Er ergibt sich aus Multiplikation der Komponenten Fallzahl und durchschnittlicher Fallschwere (CMI). Für einen zutreffenden Vergleich der vereinbarten Leistungsvolumina zweier Jahre ist es erforderlich, die Veränderungen zwischen den jeweils gültigen DRG-Katalogen zu berücksichtigen. Die Effekte aus dem G-DRG-Katalogwechsel 2015/2016 werden im Folgenden dargelegt.

#### Auswirkungen aus der G-DRG-Katalogrevision 2015/2016 (Katalogeffekt)

Die seit 2006 für den G-DRG-Katalog verwendete Normierungsmethode soll sicherstellen, dass die Anwendung eines neuen Kataloges gegenüber der Vorgängerversion auf nationaler Ebene zum gleichen CM-Volumen führt. Die jährliche Kalkulation des G-DRG-Katalogs durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) führt aber neben der Neubewertung der jeweiligen Krankenhaus-

Tabelle 18–3

**Verteilung der Katalogeffekte auf Einzelhausebene**

	Katalogeffekt
1. Quintil	negativer als –0,68 %
2. Quintil	zwischen –0,68 % und –0,15 %
3. Quintil	zwischen –0,15 % und 0,17 %
4. Quintil	zwischen 0,17 % und 0,46 %
5. Quintil	positiver als 0,46 %

n = 1 289 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

leistungen auch zu strukturellen Veränderungen des Entgeltsystems. Die Auswirkungen dieser Revisionen werden im Weiteren Katalogeffekt genannt.

Auf tiefergegliederten Ebenen, wie den Major Diagnostic Categories (MDCs) und deren Partitionen, aber auch auf Krankenhaus- oder Landesebene sind zum Teil 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 2015 in den Katalog des Jahres 2016 überführt.<sup>3</sup>

Mit Überleitung der Vereinbarungen des Jahres 2015 auf den G-DRG-Katalog 2016 sinkt der CM für die hier betrachteten Einrichtungen um knapp 700 Bewertungsrelationen (BR), was einem neutralen Katalogeffekt gleichkommt. Die individuellen Katalogeffekte der Krankenhäuser liegen zwischen –10,0% und 13,2%. Die 20% der Häuser mit der negativsten katalogbedingten Veränderung verzeichnen einen CM-Rückgang von mehr als –0,7%. Für 20% der Krankenhäuser erfolgt eine Aufwertung des vereinbarten CM-Volumens um mindestens 0,5% (Tabelle 18–3). Somit fällt die Spreizung der Katalogeffekte auf Hausebene deutlich stärker aus als im Vorjahr.<sup>4</sup>

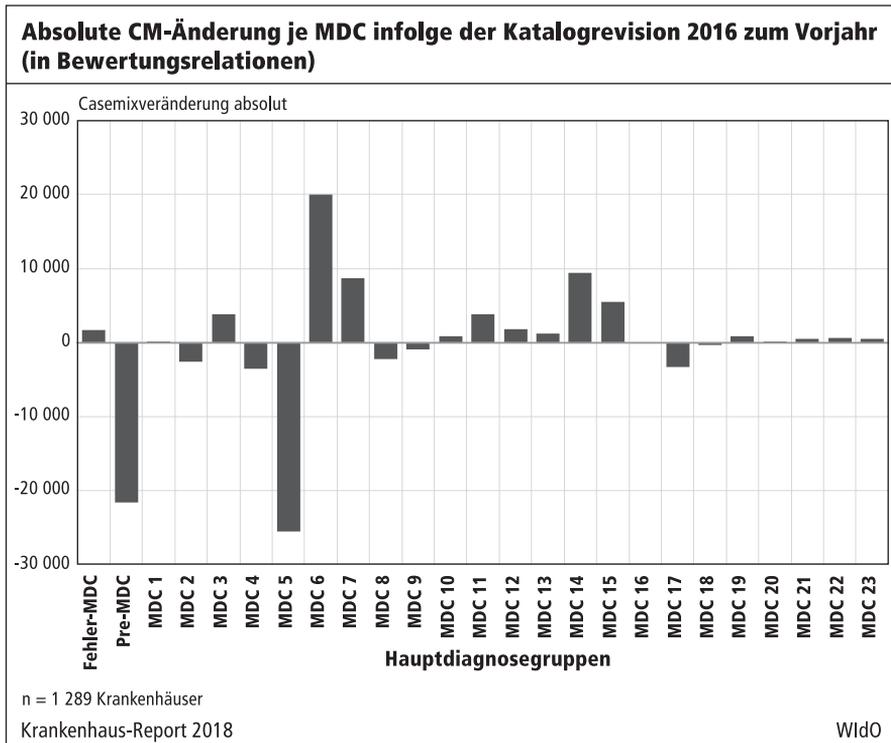
Auf Ebene der 25 Major Diagnostic Categories (MDCs)<sup>5</sup> sind die Veränderungen der in den vorangegangenen Jahren mengendynamischen MDC 5 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems) am deutlichsten (Abbildung 18–4). Sie verliert aufgrund der Katalogrevision 25 500 BR, was einem Effekt von –0,8% entspricht. Die MDC 6 (Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane) wurde wie in den Jahren zuvor erneut aufgewertet. Für die hier untersuchten Einrichtungen summiert sich der Katalogeffekt in der MDC 6 auf zusätzliche 19 900 BR, was einem Effekt von +1,3% gleichkommt.

3 Die Abbildung der Vereinbarungen des Jahres 2015 nach G-DRG-Katalog 2016 erfolgt mit dem Verfahren der „Vereinbarungsgewichteten Überleitung“. Dieses Verfahren gewichtet die vereinbarten Mengen des Jahres 2015 je DRG mit einer hausspezifischen Überleitungstabelle auf Basis von §301-Daten von AOK-Versicherten (vergl. Friedrich und Paschen 2005).

4 Vgl. Mostert et al. 2017.

5 Die deutsche Bezeichnung für MDC lautet Hauptdiagnosegruppe. Eine Aufstellung aller MDCs findet sich in Tabelle 18–4.

Abbildung 18–4



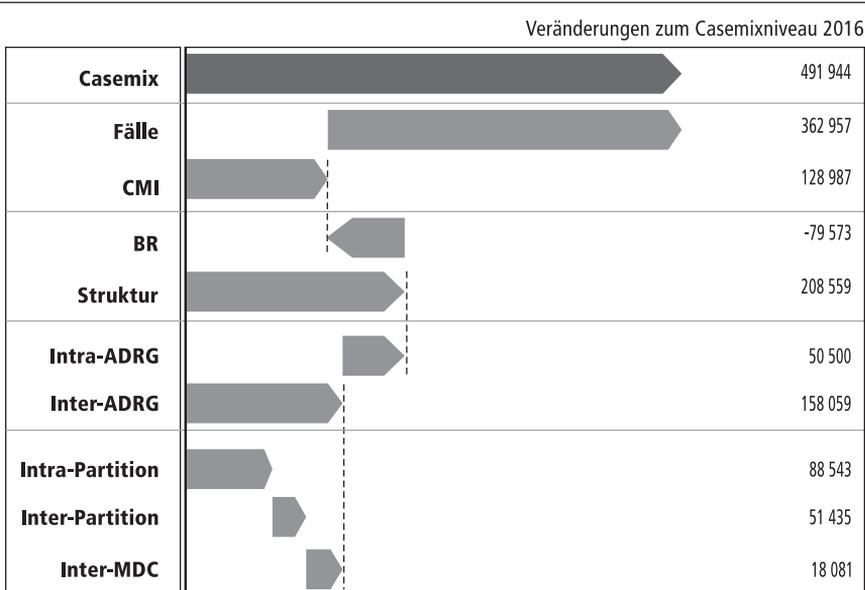
### Komponentenzerlegung der vereinbarten CM-Veränderung im DRG-Bereich

Nach Bereinigung des Katalogeffekts erhöht sich das vereinbarte Leistungsvolumen von 2015 nach 2016 um ca. 492 000 CM-Punkte (2,9%) (vgl. Abbildung 18–5). Im Jahr 2015 lag noch ein Anstieg von 320 000 (1,9%) Punkten vor. Zur detaillierten Analyse der Leistungsentwicklung im DRG-Bereich wird im Folgenden das Konzept der Komponentenzerlegung<sup>6</sup> angewendet. Sie quantifiziert den Einfluss von Fallzahl und Fallschwere (CMI) und zerlegt die CMI-Entwicklung in weitere Teilkomponenten.

Der CM-Anstieg von 2,9% ist zum größten Teil auf die Fallzahlkomponente zurückzuführen (vgl. Abbildung 18–5). 2016 werden im Vergleich zum Vorjahr 2,1% mehr DRG-Fälle vereinbart. Isoliert betrachtet führt demnach allein der Fall-

6 Für die Anwendung der Komponentenzerlegung müssen zwei Bedingungen erfüllt sein: eine Produktthomogenität und eine ausgeprägte Produkthierarchie. Erstere wird dadurch gewährleistet, dass die Vereinbarungen beider Jahre über den DRG-Katalog 2016 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 und Fürstenberg et al. 2013. Für eine ausführliche Beschreibung weiterer theoretischer Grundlagen der Komponentenzerlegung siehe Reichelt 1988.

Abbildung 18–5

**Komponenten der vereinbarten Casemix-Entwicklung 2015/2016**

n = 1 289 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2018

WlDO

zulanstieg zu einem Zuwachs von 363 000 CM-Punkten, ist also für ca. drei Viertel der Gesamtveränderung verantwortlich. Der restliche Teil des Anstiegs resultiert aus der durchschnittlichen Fallschwere (CMI).<sup>7</sup>

Die BR-Komponente beeinflusst die durchschnittliche Fallschwere und somit auch die CM-Entwicklung absenkend um  $-0,5\%$ . Der Trend hin zu kürzeren Verweildauern setzt sich also weiter fort. Der Einfluss der Strukturkomponente fällt mit  $1,2\%$  im Vergleich zum Vorjahr um  $0,5\%$ -Punkte stärker aus<sup>8</sup>. Die Tendenz zur Vereinbarung höher bewerteter Leistungen ist schon seit vielen Jahren zu beobachten.<sup>9</sup>

Verschiebungen innerhalb von Basis-DRGs (**Intra-ADRG-Komponente**) gehen mit einem Effekt von  $0,3\%$  ein. Bei 16 der 552 ADRGs kommt es zu einem CM-Anstieg durch den Wechsel in höhere Schweregrade von jeweils mehr als 1 000 CM-Punkten. Der größte Teil des Struktureffekts ist auf die **Inter-ADRG-Komponente** zurückzuführen. Sie beträgt im Übergang von 2015 nach 2016  $0,9\%$ . Im

7 Mostert et al. 2017.

8 Im Übergang von 2015 nach 2016 betrug der CM-steigernde Einfluss der Strukturkomponente  $0,7\%$ , von 2013 nach 2014 bzw. 2012 nach 2013 lag er bei  $0,2\%$  bzw.  $0,5\%$  (vgl. Mostert et al. 2017).

9 Mostert et al. 2016 und 2017.

Tabelle 18-4  
**Komponenten der vereinbarten CM-Veränderung 2015/2016 je MDC**

Hauptdiagnosegruppe	Casemix 2016	Fälle 2016 (in Tsd.)	Veränderungswerte (Komponentenzerlegung)							
			Casemix		davon		davon			
			Fälle	CMI	BR-Index	Struktur- index	Intra- ADRG	Inter- ADRG	Intra- Partition	Inter- Partition
Fehler-MDC	81 941	36	0,3 %	0,4 %	-0,1 %	0,3 %	0,1 %	0,2 %	0,3 %	-0,0 %
Prä-MDC	1 342 715	121	5,8 %	4,4 %	1,3 %	1,8 %	0,7 %	1,0 %	0,7 %	0,3 %
MDC 1 Nervensystem	1 408 787	1 341	3,4 %	2,7 %	0,6 %	1,2 %	0,4 %	0,8 %	0,2 %	0,6 %
MDC 2 Auge	193 609	321	0,5 %	-0,2 %	0,7 %	1,1 %	0,0 %	1,1 %	1,1 %	-0,0 %
MDC 3 HNO	532 112	717	0,8 %	1,4 %	-0,7 %	-0,4 %	0,1 %	-0,4 %	0,5 %	-0,8 %
MDC 4 Atmung	1 105 452	1 247	2,8 %	2,3 %	0,5 %	0,9 %	0,2 %	0,7 %	-0,0 %	0,7 %
MDC 5 Kreislauf	3 143 488	2 540	3,6 %	2,6 %	1,0 %	1,5 %	0,3 %	1,2 %	0,6 %	0,7 %
MDC 6 Verdauung	1 653 812	1 872	1,0 %	1,4 %	-0,4 %	0,3 %	0,1 %	0,1 %	-0,0 %	0,1 %
MDC 7 hepatobiliäres System	589 468	502	4,7 %	3,8 %	0,8 %	1,5 %	0,9 %	0,6 %	0,3 %	0,3 %
MDC 8 Muskel-Skelett-System	3 358 506	2 433	3,5 %	1,7 %	1,7 %	2,1 %	0,3 %	1,8 %	1,3 %	0,5 %
MDC 9 Haut	587 148	733	1,6 %	2,6 %	-0,9 %	-0,3 %	0,1 %	-0,5 %	-0,3 %	-0,2 %
MDC 10 Stoffwechsel	384 280	422	3,2 %	2,4 %	0,8 %	1,2 %	0,6 %	0,6 %	0,5 %	0,2 %
MDC 11 Harnorgane	717 384	1 017	3,2 %	3,0 %	0,2 %	0,7 %	0,3 %	0,4 %	0,1 %	0,3 %
MDC 12 männl. Geschlechtsorgane	203 796	198	-11,1 %	-11,3 %	0,2 %	-0,8 %	0,3 %	0,6 %	3,9 %	-3,2 %
MDC 13 weibl. Geschlechtsorgane	354 812	348	-1,1 %	-1,0 %	-0,2 %	-0,2 %	0,1 %	-0,0 %	-0,0 %	0,0 %
MDC 14 Schwangerschaft	526 852	873	4,8 %	5,0 %	-0,2 %	0,2 %	-0,1 %	-0,3 %	0,0 %	-0,3 %

Tabelle 18-4  
Fortsetzung

Hauptdiagnosegruppe	Casemix 2016	Fälle 2016 (in Tsd.)	Veränderungswerte (Komponentenzerlegung)								
			Casemix		davon						
			Fälle	CMI	BR-Index	Struktur- index	Intra- ADRG	Inter- ADRG	Intra- Partition	Inter- Partition	
MDC 15	427794	644	5,7 %	5,2 %	0,5 %	0,6 %	-0,1 %	-0,5 %	0,4 %	-0,0 %	0,5 %
MDC 16	107264	128	-1,4 %	-1,5 %	0,1 %	-0,6 %	0,7 %	0,5 %	0,1 %	-0,1 %	0,2 %
MDC 17	239544	168	0,5 %	1,4 %	-0,9 %	-0,9 %	0,0 %	-0,0 %	0,0 %	-0,0 %	0,0 %
MDC 18	271296	222	5,6 %	5,6 %	0,0 %	-0,3 %	0,3 %	0,2 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %
MDC 19	38292	69	-3,3 %	-2,1 %	-1,3 %	-0,4 %	-0,9 %	-0,1 %	-0,9 %	-0,9 %	0,0 %
MDC 20	50168	145	-1,0 %	0,7 %	-1,7 %	-1,1 %	-0,5 %	-0,3 %	-0,2 %	0,0 %	-0,3 %
MDC 21	160457	194	-1,5 %	-1,7 %	0,2 %	-0,8 %	1,0 %	0,4 %	0,6 %	0,5 %	0,1 %
MDC 22	15489	12	3,5 %	2,5 %	1,0 %	-0,1 %	1,1 %	-0,7 %	1,8 %	-2,4 %	4,3 %
MDC 23	43334	88	3,6 %	2,4 %	1,3 %	-0,1 %	1,4 %	0,5 %	0,8 %	-0,2 %	1,0 %

n = 1 289 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2018

Wido

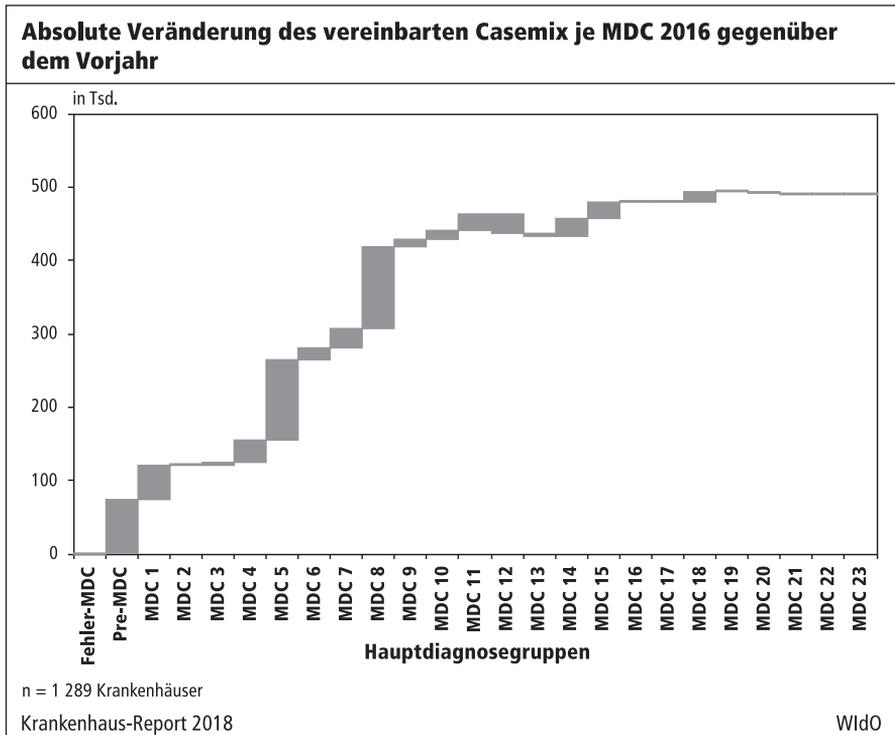
hierarchischen Aufbau des DRG-Systems können diese Verschiebungen zwischen verschiedenen Basis-DRGs

- innerhalb der gleichen MDC und Partition (Intra-Partition),
  - innerhalb der gleichen MDC aber unterschiedlichen Partitionen (Inter-Partition) und
  - zwischen unterschiedlichen MDCs (Inter-MDC)
- stattfinden.

Die Einflüsse von Verschiebungen innerhalb der gleichen MDC und Partition sowie zwischen unterschiedlichen MDCs sind mit +0,5 % bzw. +0,1 % zu beziffern. Verschiebungen zwischen unterschiedlichen Partitionen bedingen einen CM-Anstieg von 0,3 %. Absolut betrachtet weist die MDC 8 den stärksten Intra-Partitions-Effekt auf, wobei hier vor allem in der operativen Partition ein CM-Zuwachs zu verzeichnen ist. Die MDC 5 hat den stärksten Inter-Partitions-Effekt.

Bei der Prä-MDC sowie den MDCs 15 (Neugeborene) und 18 (Infektionen) steigt der Gesamt-CM um über 5,0 %. Die MDC 12 (männliche Geschlechtsorgane) weist mit -11,1 % den mit Abstand deutlichsten Rückgang auf (Tabelle 18-4). Abbildung 18-6 zeigt ergänzend die Bedeutungen der einzelnen MDCs an der vereinbarten Gesamtveränderung. An der Spitze stehen die beiden fallzahlstärksten MDCs 5 und 8. Insgesamt machen sie wie im Vorjahr knapp 40 % des gesamten CM-Anstiegs aus. Weitere 13,1 % des Gesamtanstiegs gehen auf die Prä-MDC zurück.

Abbildung 18-6



## 18.4.2 Leistungsentwicklung im Bereich der Zusatzentgelte

Zwischen 2015 und 2016 ist das Volumen der vereinbarten Zusatzentgelte für die hier betrachteten Häuser um 5,0% auf 2 195,5 Mio. Euro gestiegen. Ihr Anteil am Gesamtbudget beträgt 2016 in Summe 3,6%.

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. Für den überwiegenden Teil der Zusatzentgelte ist jedoch ein bundesweit einheitlicher Preis festgelegt. Die bundesweit einheitlich bepreisten Zusatzentgelte werden in der AEB im E2-Formular erfasst, die hausindividuell vergüteten im E3.2-Formular.

Die E3.2-Zusatzentgelte machen mit einem Anteil von 27,6% den kleineren Teil der Zusatzentgelte aus.<sup>10</sup> Ihr Budget wächst mit 7,1% stärker als das der E2-Zusatzentgelte. Auf die bundesweit einheitlich vergüteten Zusatzentgelte entfällt ein Budgetvolumen von 1 521,0 Mio. Euro im Jahr 2016.

Wie bereits in den Vorjahren ist das ZE130 „Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen“ 2016 mit 278,0 Mio. Euro das umsatzstärkste E2-Zusatzentgelt (vergl. Tabelle 18–5). Es weist darüber hinaus einen überdurchschnittlichen Anstieg von 10,2% auf. An zweiter Stelle steht erneut das ZE148 „Gabe von Rituximab, intravenös“. Insgesamt machen beide Entgelte mehr als ein Viertel des gesamten Budgets für E2-Zusatzentgelte aus.

Die Tabelle 18–5 zerlegt die Budgetveränderung in Mengen-, Preis- und Struktureffekte, wie zum Beispiel Verschiebungen zwischen Dosierungsklassen bei Medikamenten.<sup>11</sup> So geht der starke Budgetanstieg beim ZE130 nahezu ausschließlich auf die Mengenkomponekte zurück. Eine Besonderheit stellt das ZE101 („Medikamente-freisetzen de Koronarsten ts“) dar. Bei diesem ist bereits seit Jahren ein deutlicher Budgetrückgang bei steigenden Mengen festzustellen. Ursächlich ist hier der erneut deutliche Preisrückgang um –30,9%.

Eine andere Betrachtungsweise bietet die Unterteilung der E2-Zusatzentgelte nach Segmenten, 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 zum Beispiel ZE130 und ZE131 für die hochaufwendige Pflege.

Das Segment Dialyse und die Sonstigen Zusatzentgelte weisen einen unterdurchschnittlichen Zuwachs von 3,2% auf. Bei den Medikamentengaben, die fast

10 Zu dieser Gruppe zählen auch Zusatzentgelte für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) und hochspezialisierte Leistungen nach § 6 Abs. 2a KHEntgG.

11 Beim Übergang des 2014er Katalog in das Jahr 2015 waren bei insgesamt sechs Medikamentengaben aufgrund einer neuen Darreichungsform neue Zusatzentgelte geschaffen worden. Beim Katalogübergang 2015/2016 ist dies nur noch bei einem Zusatzentgelt der Fall; aus dem ZE129 („Gabe von Tocilizumab, parenteral“) wurde das ZE157 („Gabe von Tocilizumab, intravenös“). In der nachfolgenden Analyse werden diese sich inhaltlich weitgehend entsprechenden E2-Zusatzentgelte zusammengeführt. Vgl. die Gegenüberstellung der Zusatzentgelte 2015 und 2016 im Anhang.

Tabelle 18-5  
**Komponenten der vereinbarten Budgetveränderung für die 15 umsatzstärksten Zusatzentgelte 2016**

Zusatzentgelt	Seg- ment <sup>a)</sup>	Anzahl (in Tsd.)	Budget 2016 (in Mio. Euro)	Budget- anteil 2016	Budget- verände- rung zum Vorjahr	davon		
						Mengen- kompo- nente	Preis- kompo- nente	
Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	S	218	278	18,3 %	10,2 %	12,3 %	-0,6 %	-1,3 %
Gabe von Rituximab, intravenös	M	38	115,8	7,6 %	4,1 %	4,5 %	-0,2 %	-0,2 %
Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral	M	30	85,9	5,6 %	17,5 %	10,6 %	3,7 %	2,4 %
Hämodialyse, intermittierend	D	368	82,8	5,4 %	-2,2 %	-1,1 %	-1,1 %	0,0 %
Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten	M	32	62,0	4,1 %	-2,7 %	-8,2 %	2,7 %	3,3 %
Gabe von Caspofungin, parenteral	M	16	60,8	4,0 %	6,3 %	7,1 %	-2,2 %	1,5 %
Medikamente-freisetzende Koronarstents	S	253	53,3	3,5 %	-21,0 %	11,1 %	-30,9 %	2,9 %
Gabe von Bevacizumab, parenteral	M	18	47,3	3,1 %	2,8 %	1,4 %	0,2 %	1,2 %
Gabe von Pemetrexed, parenteral	M	15	47,1	3,1 %	1,8 %	0,0 %	1,1 %	0,6 %
Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	S	22	39,7	2,6 %	13,0 %	11,9 %	1,1 %	-0,1 %
Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)	D	26	39,3	2,6 %	18,9 %	15,4 %	1,0 %	2,1 %
Palliativmedizinische Komplexbehandlung	S	29	38,0	2,5 %	-4,6 %	4,7 %	-7,7 %	-1,2 %
Gabe von Erythrozytenkonzentraten	M	15	31,2	2,0 %	-3,3 %	-2,2 %	-0,4 %	-0,7 %
Plasmapherese	S	5	29,3	1,9 %	-3,3 %	-3,0 %	-0,1 %	-0,1 %
Extrakorporale Photopherese	S	20	25,6	1,7 %	4,6 %	3,3 %	1,3 %	0,0 %
alle E2-Zusatzentgelte		1437	1 521,0	100,0 %	5,2 %	5,5 %	-1,9 %	1,6 %

<sup>a)</sup> „M“ = Medikamentengabe; „D“ = Dialyse; „S“ = Sonstige  
n = 1 289 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2018

Wido

Tabelle 18-6  
**Komponenten der vereinbarten Budgetveränderung nach Segmenten 2016**

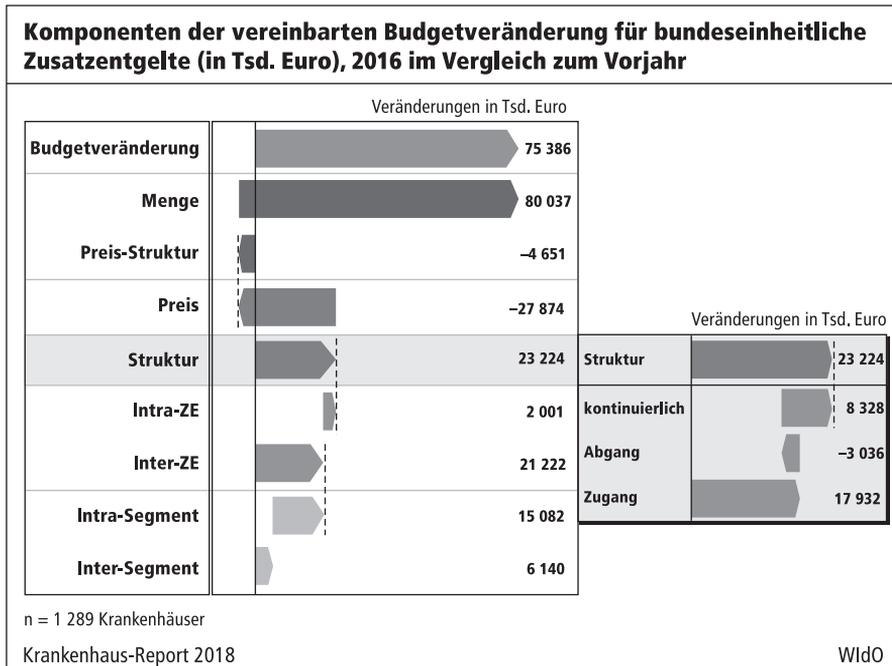
Segment	Anzahl (in Tsd.)	Budget (in Mio. Euro)	Budget- anteil	Budget- veränderung zum Vorjahr	Mengen- komponente	davon:			davon in der Warenkorbbkomponente:	
						Preis- komponente	Struktur- komponente	kontinuier- lich	Abgänge	Zugänge
Sonstige	630	602,2	39,6 %	3,2 %	10,8 %	-5,0 %	-1,9 %	-1,7 %	-0,5 %	0,4 %
Dialyse	493	177,2	11,6 %	3,2 %	0,6 %	-0,3 %	2,9 %	2,9 %	0,0 %	0,0 %
Medikamentengabe	313	741,6	48,8 %	7,4 %	3,7 %	0,4 %	3,2 %	1,3 %	0,0 %	1,9 %
alle E2-Zusatzgelte	1 437	1 521,0	100,0 %	5,2 %	5,5 %	-1,9 %	1,6 %	0,6 %	-0,2 %	1,2 %

n = 1 289 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Abbildung 18–7



die Hälfte des Budgetvolumens der E2-Zusatzentgelte ausmachen, ist ein starker Budgetanstieg von 7,4% festzustellen. Dieser geht sowohl auf die Mengen- als auch auf die Strukturkomponente zurück. (Tabelle 18–6).

Über alle E2-Zusatzentgelte bewirkt die Mengenentwicklung isoliert betrachtet einen Budgetanstieg von 5,5%. Die positive Struktur- und die negative Preiskomponente heben einander in ihrer Wirkung gegenseitig auf.

Abbildung 18–7 stellt die maßgeblichen Einflussfaktoren für die vereinbarten Budgetveränderungen bundeseinheitlicher Zusatzentgelte insgesamt nach der Methode der Komponentenzerlegung dar.<sup>12</sup> Sie verdeutlicht insbesondere den gegenläufigen Effekt von budgetsenkendem Preis- und budgeterhöhendem Struktur-effekt.

<sup>12</sup> Zu den methodischen Voraussetzungen der Anwendung der Komponentenzerlegung auf den Bereich der E2-Zusatzentgelte vgl. Mostert et al. 2013.

## 18.5 Zusammenfassung und Diskussion

Das Krankenhausstrukturgesetz wirft bereits in der Budgetrunde 2016 seine Schatten voraus. Auch wenn sich die dort geregelten Änderungen in der Budgetfindung – wie die Einführung des Fixkostendegressionsabschlages – erst im Jahr 2017 auswirken, führte wahrscheinlich die Unsicherheit über die künftigen Abschlüsse bei Vereinbarung von Mengemengen zu spürbaren Vorholeffekten. In der Folge ist die vereinbarte Mengenentwicklung mit einem Plus von 2,7% so hoch wie seit Jahren nicht mehr. Sie ist erneut weitestgehend fallzahlgetrieben. Die Veränderung der mittleren Fallschwere auf globaler Ebene ist mit 0,9% aber ebenfalls stärker als in den Vorjahren.

Sondereinflüsse auf die Preisentwicklung aus dem PsychEntgG und dem Beitragsschuldengesetz wie in den Vorperioden fehlen im Jahr 2016. Die Regelungen entsprechen denen des Vorjahrs. Die expansiven Mengenvereinbarungen führen zu Mehrleistungsabschlüssen von nahezu 570 Mio. Euro – ein Rekordwert. Dieser kann erstmals nicht durch den Versorgungszuschlag kompensiert werden. In der Summe resultiert ein ausgleichsbereinigter Preiseffekt von 2,3%, der sich mit der Veränderung der Landesbasisfallwerte nahezu deckt.

Im Ergebnis sind die Budgets der untersuchten 1 289 Krankenhäuser ausgleichsbereinigt um 5,0% gestiegen, was einem Mittelzuwachs von knapp über 2,9 Mrd. Euro entspricht. Damit erreicht die Budgetsteigerungsrate den höchsten Wert seit 2010.

## 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 20016; 153–202.
- Friedrich J, Paschen K (2005) Schätzfehler bei der Überleitung von Leistungsdaten verringern – das WIdO-Verfahren der „vereinbarungsgewichteten Überleitung“. *f&w* 2005; 5 (22): 464–8.
- Fürstenberg T, Laschat M, Zich K, Klein S, Gierling P, Noting HP, Schmidt T. G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG, Endbericht des dritten Forschungszyklus (2008–2010). 2013. [http://www.g-drg.de/cms/Begleitforschung\\_gem\\_17b\\_Abs\\_8\\_KHG](http://www.g-drg.de/cms/Begleitforschung_gem_17b_Abs_8_KHG) (19 Oktober 2017).
- GKV-Spitzenverband. Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm in den Förderjahren 2013 bis 2016. Berlin 2017.
- Günster C. Komponentenzerlegung und Warenkorbänderungen. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart: Schattauer 2008; 185–94.
- InEK (2015) Abschlussbericht. Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2016. Siegburg 2015.
- Kramer H, Leclerque G, Friedrich J. Die Krankenhausbudgets 2008 und 2009 unter dem Einfluss des KHRG. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2011. Stuttgart: Schattauer 2011; 261–83.
- 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 2012 und 2013 im Vergleich. In: Klau-ber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem, J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2015. Stuttgart: Schattauer 2015; 303–24.
- Mostert C, Leclerque G, Friedrich J. Die Krankenhausbudgets 2013 und 2014 im Vergleich. In: Klau-ber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem, J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2016. Stuttgart: Schattauer 2016; 283–306.
- Mostert C, Leclerque G, Friedrich J. Die Krankenhausbudgets 2014 und 2015 im Vergleich. In: Klau-ber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2017. Stuttgart: Schattauer 2017; 231–53.
- Reichelt H. Eine Methode der statistischen Komponentenerlegung. WIdO-Materialien Bd 31. Bonn 1988.

Anhang

**Zusatzentgelte 2015 und 2016**

<b>ZE-Nr.</b>	<b>Segment<sup>3)</sup></b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
ZE01	D	Hämodialyse, intermittierend	X	X
ZE02	D	Hämodiafiltration, intermittierend	X	X
ZE09	S	Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit programmierbarem Tagesprofil	X	X
ZE10	S	Künstlicher Blasenschließmuskel, Eingriffe bei artifiziellem Harnblasensphinkter	X	X
ZE11	S	Wirbelkörperersatz, Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule	X	X
ZE17	M	Gabe von Gemcitabin, parenteral	X	X
ZE19	M	Gabe von Irinotecan, parenteral	X	X
ZE30	M	Gabe von Prothrombin-komplex, parenteral	X	X
ZE36	S	Plasmapherese	X	X
ZE37	S	Extrakorporale Photopherese	X	X
ZE40	M	Gabe von Filgrastim, parenteral	X	X
ZE42	M	Gabe von Lenograstim, parenteral	X	X
ZE44	M	Gabe von Topotecan, parenteral	X	X
ZE47	M	Gabe von Antithrombin III, parenteral	X	X
ZE48	M	Gabe von Aldesleukin, parenteral	X	X
ZE49	M	Gabe von Bortezomib, parenteral	X	X
ZE50	M	Gabe von Cetuximab, parenteral	X	X
ZE51	M	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen, parenteral	X	X
ZE52	M	Gabe von Liposomalem Doxorubicin, parenteral	X	X
ZE53	M	Gabe von Pemetrexed, parenteral	X	X
ZE56	S	Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate	X	X
ZE58	S	Hydraulische Penisprothesen, andere Operationen am Penis	X	X
ZE60	S	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	X	X
ZE61	S	LDL-Apherese	X	X
ZE62	D	Hämofiltration, intermittierend	X	X
ZE63	M	Gabe von Paclitaxel, parenteral	X	X
ZE64	M	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus, parenteral	X	X
ZE66	M	Gabe von Adalimumab, parenteral	X	X
ZE67	M	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus, parenteral	X	X
ZE68	M	Gabe von Infliximab, parenteral	X	X
ZE70	M	Gabe von C1-Esteraseinhibitor, parenteral	X	X
ZE71	M	Gabe von Pegfilgrastim, parenteral	X	X
ZE72	M	Gabe von Pegyliertem liposomalem Doxorubicin, parenteral	X	X
ZE74	M	Gabe von Bevacizumab, parenteral	X	X
ZE75	M	Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal	X	X

Anhang

## Fortsetzung

ZE-Nr.	Segment <sup>a)</sup>	Bezeichnung	2015	2016
ZE76	M	Gabe von Etanercept, parenteral	X	X
ZE78	M	Gabe von Temozolomid, oral	X	X
ZE79	M	Gabe von Busulfan, parenteral	X	X
ZE80	M	Gabe von Docetaxel, parenteral	X	X
ZE86	S	Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalssystem	X	
ZE92	M	Gabe von Imatinib, oral	X	X
ZE93	M	Gabe von Human-Immun-globulin, polyvalent, parenteral	X	X
ZE95	M	Gabe von Palifermin, parenteral	X	X
ZE96	M	Gabe von Carmustin-Implantaten, intrathekal	X	X
ZE97	M	Gabe von Natalizumab, parenteral	X	X
ZE98	M	Gabe von Palivizumab, parenteral	X	X
ZE99	S	Distraktionsmarknagel, nicht motorisiert	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	
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 Lokalisation	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
ZE115	M	Gabe von Anidulafungin, parenteral	X	X
ZE116	M	Gabe von Panitumumab, parenteral	X	X
ZE117	M	Gabe von Trabectedin, parenteral	X	X
ZE119	D	Hämodialyse, 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
ZE125	S	Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers, andere Operationen an der Wirbelsäule	X	X

Anhang  
Fortsetzung

ZE-Nr.	Segment <sup>a)</sup>	Bezeichnung	2015	2016
ZE126	S	Autogene/autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation	X	X
ZE128	M	Gabe von Micafungin, parenteral	X	X
ZE129	M	Gabe von Tocilizumab, parenteral	X	in ZE157
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	X
ZE136	S	Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen	X	X
ZE137	S	Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen	X	X
ZE138	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalssystem, mit Sondenimplantation	X	X
ZE139	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalssystem, ohne Sondenimplantation	X	X
ZE140	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation	X	X
ZE141	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation	X	X
ZE142	M	Gabe von Clofarabin, parenteral	X	X
ZE143	M	Gabe von Plerixafor, parenteral	X	X
ZE144	M	Gabe von Romiplostim, parenteral	X	X
ZE145	S	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	X	X
ZE146	M	Gabe von Thrombozytenkonzentraten	X	X
ZE147	M	Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentrat	X	X
ZE148	M	Gabe von Rituximab, intravenös	X	X
ZE149	M	Gabe von Trastuzumab, intravenös	X	X
ZE150	M	Gabe von Posaconazol, oral	X	X
ZE151	M	Gabe von Abatacept, intravenös	X	X
ZE152	S	Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Stentrevriever-Systems	X	X
ZE153	S	Zügeloperation mit alloplastischem Material, adjustierbar	X	X
ZE154	M	Gabe von Eculizumab, parenteral		X
ZE155	M	Gabe von Ofatumumab, parenteral		X

Anhang

**Fortsetzung**

<b>ZE-Nr.</b>	<b>Segment<sup>a)</sup></b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
ZE156	M	Gabe von Decitabine, parenteral		X
ZE157	M	Gabe von Tocilizumab, intravenös	aus ZE129	X
ZE158	S	Vagusnervstimulationssysteme, mit Sondenimplantation		X
ZE159	S	Vagusnervstimulationssysteme, ohne Sondenimplantation		X

<sup>a)</sup> „M“ = Medikamentengabe; „D“ = Dialyse; „S“ = Sonstige

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

This page intentionally left blank

# 19 Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2015

Ute Bölt

## Abstract

Dieser Beitrag fasst die Ergebnisse der Krankenhausstatistik zu den Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser für das Berichtsjahr 2015 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 20–21).

The article presents the results of the hospital statistics for the year 2015 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 20–21).

## 19.1 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.<sup>1</sup> Die

<sup>1</sup> 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 Statistischen Bundesamtes unter Veröffentlichungen im Bereich Krankenhäuser in der Regel kostenfrei erhältlich. Weitere Informationen können unter [gesundheit@destatis.de](mailto:gesundheit@destatis.de) angefordert werden.

fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik – Diagnosis Related 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 20, Ergebnisse der DRG-Statistik werden in Kapitel 21 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.<sup>2</sup> 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 Ausbildungsfonds<sup>3</sup> sowie ab 2009 bei der zusätzlichen Erhebung von Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus und die hierauf entfallenden Sachkosten.<sup>4</sup> Der vorliegende Beitrag schließt sich an das Kapitel 17 im Krankenhaus-Report 2017 an. Die Struktur des Kapitels orientiert sich am Angebot und der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen. An einen ersten Überblick über die Ergebnisse des Jahres 2015 anhand ausgewählter Kennzahlen der Krankenhäuser (Abschnitt 19.2) schließt sich eine detaillierte Betrachtung des Angebots von Krankenhausleistungen an (Abschnitt 19.3). 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 19.4). Abschließend wird auf die im Zusammenhang mit der Krankenhausleistung entstandenen Kosten (Abschnitt 19.5) eingegangen.

## 19.2 Kennzahlen der Krankenhäuser

Im Hinblick auf den Beitrag „Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der Krankenhauspatienten auf Basis der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz“ (Kapitel 21<sup>5</sup>), der sich ausschließlich mit dem Behandlungsgeschehen in allgemeinen Krankenhäusern befasst, werden vorab die Beson-

2 Zu inhaltlichen und methodischen Änderungen aufgrund der ersten Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung siehe Rolland S/Rosenow C: Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2002, In: Klauber J/Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2004, Stuttgart: Schattauer 2005, S. 291–310.

3 Aufwendungen 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 Nachtkliniken) ist nach § 17d Abs. 1 KHG ab 1. Januar 2018 vorgesehen.

derheiten 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 2015“ beziehen sich auf die Gesamtheit der Krankenhäuser in Deutschland.

### 19.2.1 Allgemeine und sonstige Krankenhäuser im Vergleich

Von 1 956 Krankenhäusern insgesamt sind 1 619 allgemeine und 274 sonstige Krankenhäuser (ohne 63 reine Tages- und Nachtkliniken mit ausschließlich teilstationärer Versorgung). 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 19–1).

Der Anteil kleinerer Häuser mit weniger als 100 Betten liegt bei den sonstigen Krankenhäusern bei 43,4% (30,1% bei allgemeinen Krankenhäusern), lediglich 2,9% der Häuser verfügen über 500 und mehr Betten (16,3% bei allgemeinen Krankenhäusern). Von 19,2 Millionen stationär behandelten Patientinnen und Patienten wurden zwar nur 3,3% in einem sonstigen Krankenhaus behandelt; allerdings entfielen auf diese Patientinnen und Patienten 10,8% der insgesamt gut 141 Millionen Berechnungs- und Belegungstage des Jahres 2015. Daraus errechnet sich eine durchschnittliche Verweildauer von 24,5 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 6,8 Tage. Die lange Verweildauer wirkt sich positiv auf die Bettenauslastung in sonstigen Krankenhäusern aus. Sie liegt mit 92,1% um 16 Prozentpunkte über der Bettenauslastung allgemeiner Krankenhäuser (76,1%).

In sonstigen Krankenhäusern sind lediglich 11,6% der beschäftigten Vollkräfte dem ärztlichen Personal zuzurechnen, in allgemeinen Krankenhäusern sind 18,2% der Vollkräfte Ärzte. Mehr als die Hälfte der Vollkräfte im nichtärztlichen Dienst (55,7%) gehört in den sonstigen Krankenhäusern zum Pflegedienst, in allgemeinen Krankenhäusern liegt der Anteil der Pflegevollkräfte an den nichtärztlichen Vollkräften bei 44,1%.

Alle weiteren Ausführungen in diesem Kapitel zu den Statistischen Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2015 beziehen sich auf die Gesamtheit der Krankenhäuser in Deutschland.

Tabelle 19–1

**Eckdaten verschiedener Krankenhaustypen: Allgemeine Krankenhäuser und Sonstige Krankenhäuser (OHNE reine Tages- und Nachtkliniken) im Vergleich**

Gegenstand der Nachweisung	Krankenhäuser insgesamt	Allgemeine Krankenhäuser	Sonstige Krankenhäuser <sup>1)</sup>
Anzahl der Krankenhäuser	1 956	1 619	274
Krankenhäuser mit ... Betten			
unter 100	670	488	119
100–199	426	356	70
200–499	588	511	77
500 und mehr	272	264	8
Aufgestellte Betten	499 351	453 842	45 509
Bettenauslastung	77,5	76,1	92,1
Stationär beh. Patienten	19 239 574	18 613 774	625 801
Berechnungs-/Belegungstage	141 281 148	125 979 260	15 301 888
Durchsch. Verweild. in Tagen	7,3	6,8	24,5
Vollkräfte im Jahresdurchschnitt	868 044	806 920	60 346
davon: Ärztliches Personal	154 364	147 228	6 999
Nichtärztliches Personal	713 680	659 692	53 347
davon: Pflegedienst	320 905	291 013	29 701
dar.: in der Psychiatrie tätig	44 785	17 465	27 140
Med.-tech. Dienst	144 651	134 790	9 656
Funktionsdienst	104 090	100 876	3 105
Übriges Personal	144 034	133 013	10 886

<sup>1)</sup> Zu den Sonstigen Krankenhäusern rechnen (neben reinen Tages- und Nachtkliniken) 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 2018

WIdO

## 19

### 19.2.2 Krankenhäuser insgesamt

Einen Überblick über zentrale Ergebnisse des Jahres 2015, auf die in den folgenden Abschnitten intensiver eingegangen wird, gibt Tabelle 19–2.<sup>6</sup> Die kompletten Ergebnisse für die Jahre 2005 bis 2015 finden sich im Internetportal [www.krankenhaus-report-online.de](http://www.krankenhaus-report-online.de) (Zusatztabellen 19–a und 19–b). Zu den grundlegenden Kennzahlen von Krankenhausleistungen gehören auf der Angebotsseite die Anzahl der Einrichtungen, Betten und Beschäftigten. Unter dem Gesichtspunkt der Inanspruchnahme stellen die Anzahl der vollstationären Krankenhausfälle und die durchschnittliche Verweildauer wesentliche Kennzahlen dar. Sie werden ergänzt

<sup>6</sup> Die Veränderungsdaten in diesem Beitrag wurden auf Basis der exakten Ergebnisse errechnet.

Tabelle 19-2  
**Zentrale Indikatoren der Krankenhäuser**

Gegenstand der Nachweisung	Berichtsjahr				Veränderung 2015 gegenüber		
	Anzahl				in %		
	2015	2014	2010	2005	2014	2010	2005
Krankenhäuser	1 956	1 980	2 084	2 166	-1,2	-6,1	-9,7
Aufgestellte Betten							
– Anzahl	499 351	500 680	503 341	531 333	-0,3	-0,8	-6,0
– je 100 000 Einwohner <sup>1)</sup>	611	618	616	644	-1,1	-0,7	-5,1
Krankenhausfälle							
– Anzahl	19 239 574	19 148 626	17 817 180	16 801 649	0,5	8,0	14,5
– je 100 000 Einwohner <sup>1)</sup>	23 553	23 645	21 793	20 374	-0,4	8,1	15,6
Berechnungs- und Belegungstage in 1 000	141 281	141 534	142 414	146 746	-0,2	-0,8	-3,7
Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	7,3	7,4	8,0	8,7	-0,7	-8,1	-15,9
Durchschnittliche Bettenauslastung in Prozent	77,5	77,4	77,5	75,5	0,1	0,0	2,7
Personal							
– Beschäftigte am 31.12. (Kopfzahl)	1 192 852	1 178 681	1 096 520	1 071 846	1,2	8,8	11,3
– Vollkräfte im Jahresdurchschnitt (Vollzeitäquivalente)	868 044	859 427	807 874	805 988	1,0	7,4	7,7
darunter: – Ärztlicher Dienst	154 364	150 757	131 227	117 681	2,4	17,6	31,2
– Nichtärztlicher Dienst	713 680	708 670	676 647	688 307	0,7	5,5	3,7
darunter: – Pflegedienst	320 905	318 749	300 417	320 158	0,7	6,8	0,2
– med.-techn. Dienst	144 651	142 676	125 438	124 927	1,4	15,3	15,8
– Funktionsdienst	104 090	102 388	88 414	84 198	1,7	17,7	23,6
Bereinigte Kosten (einschl. Ausbildungsfonds) in 1 000 EUR	84 231 047	81 174 771	69 641 979	56 732 375	3,8	20,9	48,5
Bereinigte Kosten je Fall (einschl. Ausbildungsfonds) in EUR	4 378	4 239	3 862	3 430	3,3	13,4	27,6

Tabelle 19-2

**Fortsetzung**

Gegenstand der Nachweisung	Berichtsjahr				Veränderung 2015 gegenüber		
	2014		2010		2014	2010	2005
	2015	2014	2014	2010	2014	2010	2005
	Anzahl						
Bereinigte Kosten (ohne Ausbildungsfonds) in 1 000 EUR	82 959 609	79 955 257	68 593 534	–	3,8	20,9	X
Bereinigte Kosten (ohne Ausbildungsfonds) je Fall in EUR	4 312	4 176	3 804	–	3,3	13,3	X

<sup>1)</sup> (Endgültige) Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2011

– = nichts vorhanden

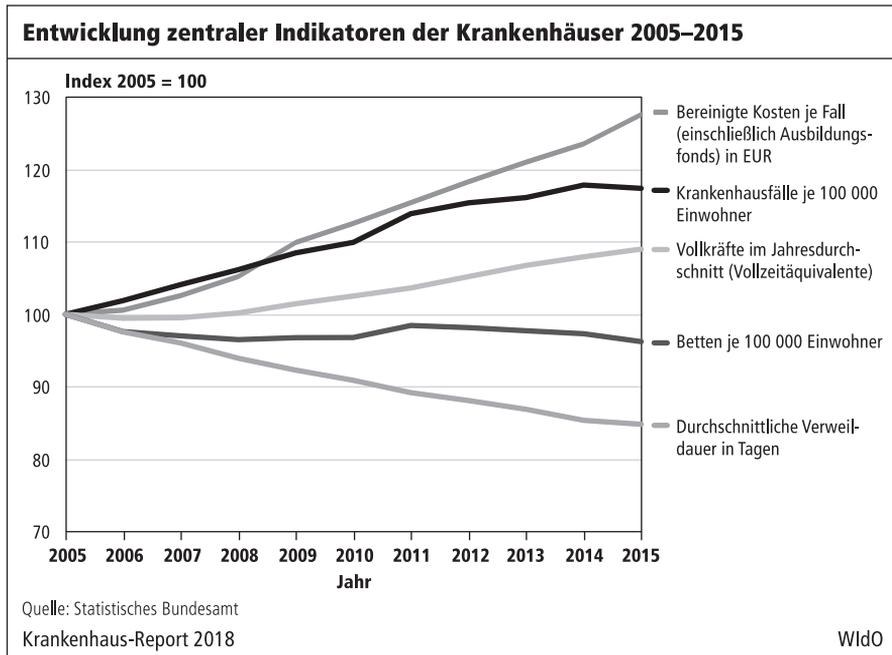
X = grundsätzliche Änderung innerhalb einer Reihe, die den zeitlichen Vergleich beeinträchtigt

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Abbildung 19–1



um die 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 19–1 die zeitliche Entwicklung der wesentlichen Kennzahlen grafisch dar.

### 19.3 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 Abschnitt 19.3.1) bestimmt. Das fachlich-medizinische Angebot der Krankenhäuser spiegelt sich in den Fachabteilungen wider (siehe Abschnitt 19.3.2). 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 Abschnitt 19.3.3).

### 19.3.1 Sachliche Ausstattung

Eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist das Ziel der Krankenhausplanung<sup>7</sup>, die in zahlreichen Bundesländern auf der in den 1960er Jahren in den USA entwickelten Hill-Burton-Formel<sup>8</sup> basiert. Im Jahr 2015 standen in insgesamt 1956 Krankenhäusern Deutschlands 499351 Betten für die stationäre Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zur Verfügung; das Versorgungsangebot blieb gegenüber dem Vorjahr nahezu unverändert (2014: 1980 Krankenhäuser mit 500680 Betten). Gegenüber 2005 ging die Zahl der Krankenhäuser infolge von Schließungen, aber auch durch die Fusion<sup>9</sup> mehrerer ehemals eigenständiger Einrichtungen zu einem Krankenhaus um 183 (8,6%) zurück. Die Zahl der Krankenhausbetten sank von 523824 im Jahr 2005 um 24473 oder 4,7%. Sinkende Bettenzahlen hatten zur Folge, dass sich auch die Bettendichte je 100000 Einwohner<sup>10</sup> verringerte. Bezogen auf die Bevölkerung Deutschlands standen 2015 durchschnittlich 611 Krankenhausbetten je 100000 Einwohner zur Verfügung; das sind 24 Betten (3,8%) weniger als zehn Jahre zuvor.

Die Krankenhausdichte lag bei 2,4 Krankenhäusern je 100000 Einwohner (2005: 2,6 Krankenhäuser je 100000 Einwohner) (Tabelle 19–3).

Ein Fünftel (18%) aller Krankenhäuser Deutschlands hatte seinen Sitz in Nordrhein-Westfalen; außerdem verfügte das bevölkerungsreichste Bundesland über annähernd ein Viertel (24,0%) aller Krankenhausbetten. Die meisten Betten je 100000 Einwohner gab es jedoch in Bremen (761 Betten), gefolgt von Thüringen (740 Betten) und Sachsen-Anhalt (717 Betten). Abbildung 19–2 verdeutlicht die regionalen Unterschiede und die Veränderung der Bettendichte im Vergleich zu 2005. Den stärksten Rückgang verzeichnete Bremen mit einer um 10,9% niedrigeren Bettendichte gegenüber 2005. Eine Zunahme der Bettendichte um bis zu 9,0% gab es hingegen in Hamburg sowie in vier von fünf neuen Bundesländern; in Sachsen ging die Bettendichte um 1,5% zurück.

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 (23553 Fälle je 100000 Einwohner) liegende Anzahl der Krankenhaufälle (31689 je 100000 Einwohner) deutlich.

7 Krankenhausplanung der Länder gem. § 6 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze – Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Vgl. hierzu zum Beispiel: Zweiundvierzigste Fortschreibung des Krankenhausplans des Freistaates Bayern, Stand 1. Januar 2017, Quelle: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege; Internet: [www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2017/03/20170101\\_bay\\_krankenhausplan.pdf](http://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2017/03/20170101_bay_krankenhausplan.pdf).

8 Für die Ermittlung des Bettenbedarfs sind nach der Hill-Burton-Formel neben der Einwohnerzahl (E) die Krankenhaushäufigkeit (KH), die Verweildauer (VD) und die Bettennutzung (BN) von Bedeutung.  $\text{Bettenbedarf} = (E \times KH \times VD \times 100) / (1000 \times 365 [\text{Tage im Jahr}] \times BN)$ .

9 Zusammenschlüsse zwischen Unternehmen unterliegen unter bestimmten Voraussetzungen der Fusionskontrolle durch das Bundeskartellamt; Internet: <http://www.bundeskartellamt.de/DE/Fusionskontrolle>.

10 Angaben je 100000 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.

Tabelle 19–3

**Zentrale Indikatoren der Krankenhäuser 2015 nach Ländern**

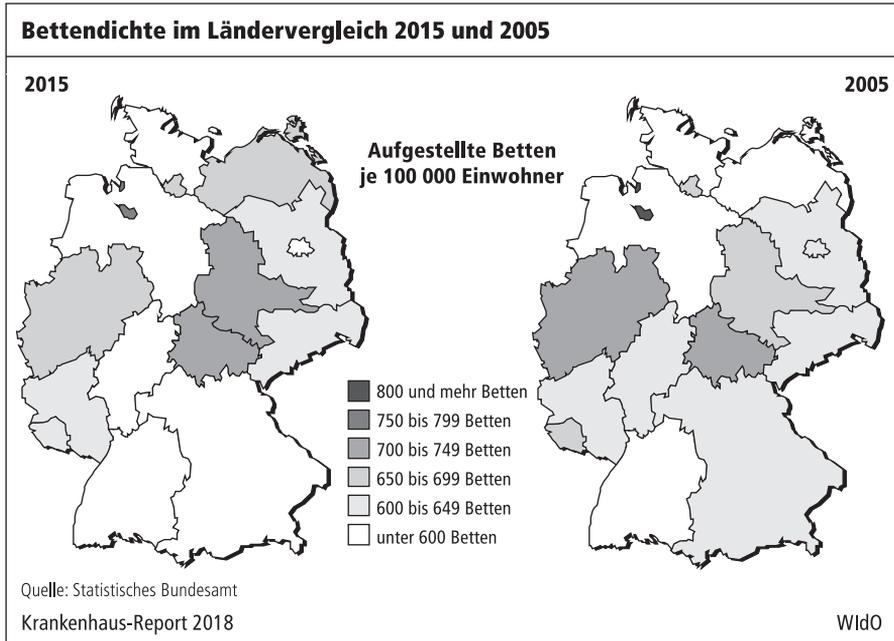
Bundesland	Kranken- häuser	Aufgestellte Betten		Fallzahl je 100 000 Einwohner <sup>1)</sup>	Durchschnittliche	
		Anzahl	je 100 000 Einwohner <sup>1)</sup>		Ver- weil- dauer in Tagen	Betten- aus- lastung in %
<b>Deutschland</b>	<b>1956</b>	<b>499 351</b>	<b>611</b>	<b>23 553</b>	<b>7,3</b>	<b>77,5</b>
Baden-Württemberg	268	56 154	520	19 807	7,4	77,1
Bayern	360	76 000	595	23 178	7,2	77,2
Berlin	81	19 975	572	23 614	7,4	84,0
Brandenburg	56	15 305	619	22 851	7,9	79,4
Bremen	14	5 074	761	31 689	6,9	78,5
Hamburg	54	12 407	699	28 301	7,5	83,7
Hessen	162	36 130	589	22 327	7,5	77,7
Mecklenburg-Vorpommern	39	10 458	651	25 643	7,0	75,5
Niedersachsen	191	42 178	535	21 514	7,2	79,3
Nordrhein-Westfalen	352	119 900	675	25 610	7,3	76,1
Rheinland-Pfalz	90	25 282	627	23 367	7,2	73,3
Saarland	22	6 427	648	28 217	7,2	85,8
Sachsen	78	25 825	635	24 740	7,4	79,3
Sachsen-Anhalt	48	16 069	717	26 948	7,2	74,2
Schleswig-Holstein	97	16 150	568	21 080	7,5	76,7
Thüringen	44	16 017	740	26 937	7,7	76,7
<b>Veränderung zum Vorjahr in %</b>						
<b>Deutschland</b>	<b>-1,2</b>	<b>-0,3</b>	<b>-1,1</b>	<b>-0,4</b>	<b>-0,7</b>	<b>0,1</b>
Baden-Württemberg	-0,7	-0,7	-1,9	-0,7	-0,9	0,3
Bayern	-1,1	0,1	-0,8	-0,5	-0,5	-0,2
Berlin	1,3	-0,2	-1,6	0,0	-0,5	1,2
Brandenburg	–	0,1	-0,6	-0,5	0,5	0,6
Bremen	–	-1,2	-2,3	-1,2	-0,3	0,8
Hamburg	5,9	1,9	0,7	1,5	-1,6	-0,8
Hessen	-3,0	0,0	-1,1	-0,5	-0,5	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	–	0,2	-0,3	-0,2	-1,1	-1,1
Niedersachsen	-2,6	-0,1	-1,0	-0,3	-0,8	-0,1
Nordrhein-Westfalen	-3,3	-0,3	-1,1	-0,3	-0,8	0,0
Rheinland-Pfalz	-1,1	-0,6	-1,3	-0,7	-0,8	-0,2
Saarland	–	-0,5	-0,7	1,4	-3,6	-1,6
Sachsen	-1,3	-0,9	-1,3	-0,2	-0,5	0,7
Sachsen-Anhalt	–	-1,0	-1,0	-1,8	0,7	-0,1
Schleswig-Holstein	2,1	0,0	-0,8	0,0	-0,4	0,4
Thüringen	–	-1,0	-1,2	0,1	-0,1	1,2

<sup>1)</sup> (Endgültige) Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2011.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2018

Abbildung 19–2



Aussagen über die Mitversorgungsfunktion einzelner Bundesländer können darüber hinaus anhand der Versorgungsquote<sup>11</sup> getroffen werden (siehe Tabelle 19–4). 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 2015 mit 137,5% über die höchste Versorgungsquote, gefolgt von Hamburg (135,2%) und Berlin (110,3%). Entsprechend niedrige Versorgungsquoten wiesen die Krankenhäuser der angrenzenden Flächenstaaten auf (Niedersachsen und Schleswig-Holstein: 93,3% und 92,7%, Brandenburg: 89,0%).

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 96,4% bzw. 96,3% eine vollstationäre Krankenhausbehandlung im eigenen Land. Demgegenüber ließen sich nur 80,7% der Brandenburger und 82,2% der Schleswig-Holsteiner im jeweils eigenen Bundesland behandeln.

<sup>11</sup> 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 19–4

**Versorgungsquote der Krankenhäuser nach Ländern 2015**

Bundesland	Wohnort des Patienten	Behandlungs-ort des Patienten	Absolute Differenz	Versorgungs- quote	Anteil im eigenen Land behandelter Patienten
				Anzahl belegter Betten pro Tag <sup>1)</sup>	
<b>Deutschland</b>	<b>397 776</b>	<b>399 784</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>
Baden-Württemberg	43 622	44 880	1 258	102,9	94,3
Bayern	58 421	60 693	2 272	103,9	96,4
Berlin	15 919	17 552	1 633	110,3	93,6
Brandenburg	14 074	12 529	-1 545	89,0	80,7
Bremen	3 031	4 167	1 137	137,5	88,1
Hamburg	8 110	10 966	2 857	135,2	90,3
Hessen	29 325	28 958	-367	98,7	89,5
Mecklenburg-Vorpommern	8 285	8 191	-94	98,9	92,4
Niedersachsen	37 183	34 673	-2 509	93,3	86,1
Nordrhein-Westfalen	93 902	93 641	-261	99,7	96,3
Rheinland-Pfalz	20 224	19 269	-955	95,3	84,5
Saarland	5 617	5 706	89	101,6	90,3
Sachsen	20 783	21 037	254	101,2	95,5
Sachsen-Anhalt	12 869	12 208	-661	94,9	89,3
Schleswig-Holstein	13 716	12 709	-1 008	92,7	82,2
Thüringen	12 696	12 606	-90	99,3	90,7

<sup>1)</sup> 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 2018

WIdO

Die anhand der Anzahl der aufgestellten Betten bestimmte Krankenhausgröße ist ein weiteres Kriterium zur Beurteilung der Strukturen in der Krankenhauslandschaft. Im Jahr 2015 verfügte ein Krankenhaus über durchschnittlich 255 Betten; das sind zehn Betten mehr als die durchschnittliche Krankenhausgröße zehn Jahre zuvor (245 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 400 im Jahr 2005 auf 432 im Jahr 2015. Das entspricht einer Zunahme des Anteils von 18,7% im Jahr 2005 um 3,4 Prozentpunkte auf 22,1% im Jahr 2015. Mit durchschnittlich 21 Betten verfügte ein Krankenhaus in der Größenklasse 1 bis 49 Betten über gleich viele Betten wie im Jahr 2005. Der Anteil sehr großer Krankenhäuser (800 und mehr Betten) lag 2015 bei 4,9%; das ist ein Prozentpunkt mehr als zehn Jahre zuvor (3,9%); die Durchschnittsgröße dieser Krankenhäuser

Tabelle 19-5

## Ausgewählte Kennzahlen der Krankenhäuser nach Größenklassen und Art des Trägers 2015

Bettengrößenklasse/Art des Trägers	Krankenhäuser insgesamt		Aufgestellte Betten		Bettenauslastung in %	Fallzahl		Durchschnittl. Verweildauer in Tagen
	Anzahl	Anzahl je 100 000 Einw. <sup>1)</sup>	Anzahl	je 100 000 Einw. <sup>1)</sup>		Anzahl	je 100 000 Einw. <sup>1)</sup>	
<b>Krankenhäuser insgesamt</b>	<b>1 956</b>	<b>499 351</b>	<b>611</b>		<b>77,5</b>	<b>19 239 574</b>	<b>23 553</b>	<b>7,3</b>
KH mit 0 Betten <sup>1)</sup>	63	–	–		–	–	–	–
KH mit 1 bis 49 Betten	369	7 651	9		64,1	224 684	275	8,0
KH mit 50 bis 99 Betten	238	17 452	21		74,4	510 903	625	9,3
KH mit 100 bis 149 Betten	253	31 012	38		76,4	1 058 884	1 296	8,2
KH mit 150 bis 199 Betten	173	30 009	37		75,7	1 104 077	1 352	7,5
KH mit 200 bis 299 Betten	260	64 130	79		75,7	2 471 917	3 026	7,2
KH mit 300 bis 399 Betten	191	64 971	80		78,2	2 479 228	3 035	7,5
KH mit 400 bis 499 Betten	137	60 760	74		77,2	2 390 447	2 926	7,2
KH mit 500 bis 599 Betten	98	53 224	65		78,1	2 186 926	2 677	6,9
KH mit 600 bis 799 Betten	79	54 589	67		77,6	2 164 848	2 650	7,1
KH mit 800 und mehr Betten	95	115 553	142		80,1	4 647 662	5 690	7,3
<b>Öffentliche Krankenhäuser</b>	<b>577</b>	<b>240 653</b>	<b>295</b>		<b>79,3</b>	<b>9 456 633</b>	<b>11 577</b>	<b>7,4</b>
– in privatrechtlicher Form	347	137 976	169		77,4	5 652 756	6 920	6,9
– in öffentlich-rechtlicher Form	230	102 677	126		81,9	3 803 877	4 657	8,1
– rechtlich unselbstständig	95	32 031	39		81,4	1 115 836	1 366	8,5
– rechtlich selbstständig	135	70 646	87		82,1	2 688 041	3 291	7,9
<b>Freigemeinnützige Krankenhäuser</b>	<b>679</b>	<b>167 566</b>	<b>205</b>		<b>76,1</b>	<b>6 565 527</b>	<b>8 038</b>	<b>7,1</b>
<b>Private Krankenhäuser</b>	<b>700</b>	<b>91 132</b>	<b>112</b>		<b>75,4</b>	<b>3 217 415</b>	<b>3 939</b>	<b>7,8</b>

Tabelle 19-5

**Fortsetzung**

Bettengrößenklasse/Art des Trägers	Krankenhäuser insgesamt		Aufgestellte Betten		Bettenauslastung		Fallzahl		Durchschnittl. Verweildauer in Tagen
	Anzahl	in %	Anzahl	je 100 000 Einw. <sup>1)</sup>	in %	Anzahl	je 100 000 Einw. <sup>1)</sup>		
<b>Krankenhäuser insgesamt</b>	<b>-1,2</b>	<b>-0,3</b>	<b>-1,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,5</b>	<b>-0,4</b>	<b>-0,7</b>	<b>-</b>	
KH mit 0 Betten <sup>1)</sup>	3,3	-	-	-	-	-	-	-	
KH mit 1 bis 49 Betten	-1,1	-1,5	-2,3	-1,2	1,1	0,2	-3,6	-	
KH mit 50 bis 99 Betten	-4,8	-5,4	-6,2	-0,7	-5,4	-6,2	-0,7	-	
KH mit 100 bis 149 Betten	1,6	2,2	1,3	0,3	1,2	0,3	1,3	-	
KH mit 150 bis 199 Betten	-3,9	-4,0	-4,8	0,8	-2,7	-3,5	-0,6	-	
KH mit 200 bis 299 Betten	-1,9	-1,6	-2,4	0,4	-0,2	-1,0	-1,0	-	
KH mit 300 bis 399 Betten	-2,6	-2,8	-3,7	0,5	-2,3	-3,1	-0,1	-	
KH mit 400 bis 499 Betten	-2,8	-3,5	-4,3	-0,7	-2,1	-2,9	-2,1	-	
KH mit 500 bis 599 Betten	2,1	2,2	1,4	0,4	2,0	1,1	0,7	-	
KH mit 600 bis 799 Betten	3,9	4,4	3,5	0,0	6,4	5,5	-1,9	-	
KH mit 800 und mehr Betten	2,2	1,8	0,9	-0,2	1,6	0,8	-0,1	-	
<b>Öffentliche Krankenhäuser</b>	<b>-2,0</b>	<b>0,2</b>	<b>-0,7</b>	<b>-0,1</b>	<b>0,8</b>	<b>-0,1</b>	<b>-0,6</b>	<b>-</b>	
- in privatrechtlicher Form	-0,9	1,0	0,1	-0,4	1,5	0,6	-0,9	-	
- in öffentlich-rechtlicher Form	-3,8	-0,8	-1,7	0,3	-0,3	-1,2	-0,2	-	
- rechtlich unselbstständig	-8,7	-3,8	-4,7	0,6	-2,6	-3,4	-0,7	-	
- rechtlich selbstständig	0,0	0,6	-0,3	0,2	0,6	-0,2	0,1	-	
<b>Freigemeinnützige Krankenhäuser</b>	<b>-2,4</b>	<b>-1,1</b>	<b>-2,0</b>	<b>0,5</b>	<b>0,3</b>	<b>-0,5</b>	<b>-1,0</b>	<b>-</b>	
<b>Private Krankenhäuser</b>	<b>0,7</b>	<b>0,1</b>	<b>-0,7</b>	<b>-0,2</b>	<b>0,0</b>	<b>-0,9</b>	<b>-0,1</b>	<b>-</b>	

<sup>1)</sup> (Endgültige) Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2011

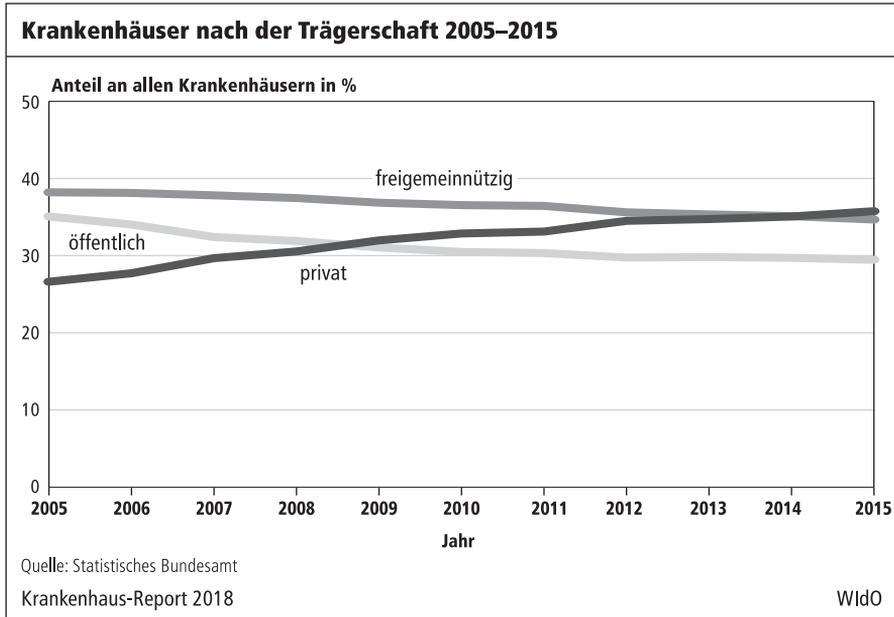
<sup>2)</sup> Reine Tages- und Nachtkliniken

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2018

Wido

Abbildung 19–3



lag bei 1216 Betten (2005: 1214). Trotz des geringen Anteils dieses Krankentyps an den Krankenhäusern insgesamt stand in den sehr großen Krankenhäusern knapp ein Viertel (23,1%) aller Betten, in den sehr kleinen Krankenhäusern jedoch nur 1,5% aller Betten. Tabelle 19–5 gibt einen Überblick über ausgewählte Kennzahlen nach Krankenhausgröße und Art des Trägers und zeigt die Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr auf.

Die durchschnittliche Bettenauslastung<sup>12</sup> bezogen auf alle Krankenhäuser lag 2015 bei 77,5% (2014: 77,4%). Die geringste Bettenauslastung (64,1%) hatten Krankenhäuser mit 1 bis 49 Betten aufzuweisen, die höchste (80,1%) Einrichtungen mit 800 und mehr Betten. Allerdings differiert die Bettenauslastung nach Fachabteilungen erheblich (siehe Abschnitt 19.3.2).

Nicht nur bei der Größenstruktur, auch hinsichtlich der Krankenträger vollzog sich ein Strukturwandel. Während sich die Anzahl der Krankenhäuser insgesamt von 2005 bis 2015 um 183 (–8,6%) Einrichtungen verringerte, stieg die Anzahl privater Kliniken um 130 (+22,8%) auf 700 Einrichtungen. Der allgemeine Rückgang der Zahl der Einrichtungen traf folglich die freigemeinnützigen (–17%) und in noch stärkerem Maße die öffentlichen Krankenhäuser (–23,2%). Abbildung 19–3 zeigt die Auswirkungen dieser Entwicklungen auf die anteilige Verteilung der Krankenhäuser nach Trägern (siehe auch Zusatztable 19–d im Internetportal [www.krankenhaus-report-online.de](http://www.krankenhaus-report-online.de)).

<sup>12</sup> 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.

Die meisten Krankenhäuser (700 oder 35,8%) befanden sich 2015 in privater Trägerschaft, gefolgt von den freigemeinnützigen<sup>13</sup> Krankenhäusern (679 oder 34,7%) und den öffentlichen Krankenhäusern (577 oder 29,5%). 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 (240 653 oder 48,2%). In freigemeinnütziger Trägerschaft befindet sich jedes dritte Krankenhausbett (167 566 oder 33,6%) und nur jedes sechste Bett (91 132 oder 18,3%) steht in einem privaten Krankenhaus. Abbildung 19–4 veranschaulicht die prozentuale Verteilung der Krankenhäuser und der Krankenhausbetten nach Träger- und Rechtsformen im Jahr 2015.

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. 2015 verfügte eine Privatklinik über durchschnittlich 130 Betten. Freigemeinnützige Krankenhäuser waren mit 247 Betten annähernd doppelt, öffentliche mit durchschnittlich 417 Betten sogar mehr als dreimal so groß. Allerdings zeigen die Entwicklungen der jüngsten Vergangenheit, dass private Betreiber in den Bereich der Universitätskliniken vorstoßen.<sup>14</sup> Im Einzelfall sind die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine mögliche künftige Privatisierung geschaffen worden<sup>15</sup> bzw. es werden die rechtlichen Möglichkeiten einer Privatisierung geprüft.<sup>16</sup>

Vor dem Hintergrund veränderter 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.

13 Träger der kirchlichen und freien Wohlfahrtspflege, Kirchengemeinden, Stiftungen oder Vereine.

14 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).

15 Landesgesetz über die Errichtung der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (Universitätsmedizinengesetz – UMG) vom 10. September 2008 (GVBl. 2008, S. 205), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 18. August 2015 (GVBl., S. 196). 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.

16 [www.schleswig-holstein.de](http://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 19–4

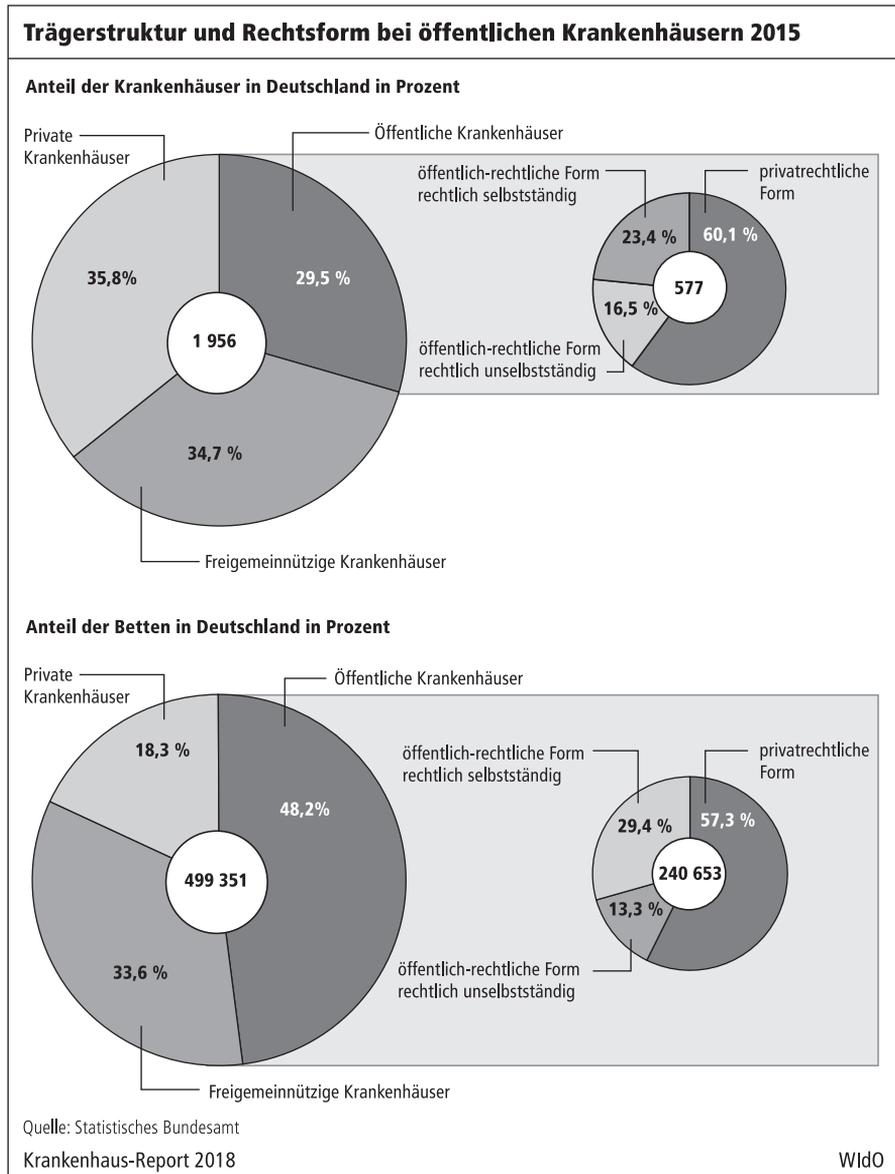


Tabelle 19–6

**Medizinisch-technische Großgeräte und Sondereinrichtungen 2015**

Medizinisch-technisches Großgerät/ Sondereinrichtung	Anzahl	Veränderung zum Vorjahr in %
<b>Insgesamt</b>	<b>12 054</b>	<b>2,2</b>
Computer-Tomographen	1 507	1,1
Dialysegeräte	5 767	3,0
Digitale Subtraktions-Angiographie-Geräte	869	2,4
Gamma-Kameras	550	-0,2
Herz-Lungen-Maschinen	499	2,3
Kernspin-Tomographen	954	2,8
Koronarangiographische Arbeitsplätze	1 035	3,8
Linearbeschleuniger/Kreisbeschleuniger	401	1,8
Positronen-Emissions-Computer-Tomographen (PET)	125	-
Stoßwellenlithotripter	324	-3,3
Tele-Kobalt-Therapiegeräte	23	-25,8

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Mit 347 von insgesamt 577 öffentlichen Krankenhäusern wurden im Jahr 2015 knapp zwei Drittel (60,1 %) in privatrechtlicher Rechtsform geführt, z. B. als Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH); 2005 war es nur knapp die Hälfte (44,2 %). Die Zahl der in öffentlich-rechtlicher Form betriebenen öffentlichen Einrichtungen sank auf verbleibende 230 Einrichtungen (39,9 %). Das entspricht einem Rückgang um 15,9 Prozentpunkte gegenüber 2005. Der Anteil der rechtlich selbstständigen Krankenhäuser, die 2015 als Zweckverband, Anstalt oder Stiftung betrieben wurden, lag bei 23,4 %, der der rechtlich unselbstständigen Einrichtungen (z. B. Regie- oder Eigenbetriebe) bei 16,5 %.

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 31.12.2015 in den deutschen Krankenhäusern 12 054 medizinisch-technische Großgeräte gezählt. Im Vergleich zum Vorjahr stieg der Bestand um 265 Geräte (2,2 %). Die höchste Zuwachsrate (+3,8 %) ist bei den Koronarangiographischen Arbeitsplätzen zu verzeichnen, gefolgt von den Dialysegeräten (+3 %). Zurückgegangen ist die Zahl der Tele-Kobalt-Therapiegeräte (-25,8 %).

Tabelle 19–6 gibt einen Überblick über Art und Anzahl der in der Krankenhausstatistik erfassten Geräte und Sondereinrichtungen.

### 19.3.2 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

Tabelle 19–7

## Ausgewählte Kennzahlen nach Fachabteilungen 2015

Fachabteilungsbezeichnung	Fachabteilungen insgesamt	Aufgestellte Betten	Nutzungsgrad der Betten	Fallzahl	Durchschnittliche Verweildauer
	Anzahl		in %	Anzahl	in Tagen
<b>Fachabteilungen insgesamt</b>					
<b>– Allgemeine Fachabteilungen</b>					
Augenheilkunde	291	4514	63,2	353 969	2,9
Chirurgie	1 139	101 561	72,2	4 316 600	6,2
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	834	30 877	59,4	1 714 289	3,9
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	665	10 019	60,5	588 362	3,8
Haut- und Geschlechtskrankheiten	117	4 673	77,3	220 007	6,0
Herzchirurgie	73	4 961	82,5	135 237	11,0
Innere Medizin	1 185	151 072	80,3	7 518 453	5,9
Geriatrie	329	16 397	89,9	346 281	15,5
Kinderchirurgie	89	1 791	60,3	123 887	3,2
Kinderheilkunde	358	18 711	66,3	988 497	4,6
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	185	2 156	63,7	112 233	4,5
Neurochirurgie	185	7 063	78,7	245 467	8,3
Neurologie	439	25 168	85,5	1 017 561	7,7
Nuklearmedizin	107	842	48,0	43 112	3,4
Orthopädie	424	23 812	68,4	836 786	7,1
Plastische Chirurgie	132	1 961	65,7	81 157	5,8
Strahlentherapie	158	2 899	67,3	78 401	9,1
Urologie	507	14 548	71,4	805 225	4,7
Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten	199	4 289	74,0	226 583	5,1
<b>– Psychiatrische Fachabteilungen</b>					
Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	144	6 148	92,9	57 653	36,2
Psychiatrie und Psychotherapie	409	55 450	93,6	835 298	22,7
Psychotherapeutische Medizin/ Psychosomatik	237	10 439	92,0	83 012	42,2

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2018

WlD0

den Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen der Ärzte. Ausgewählte Kennzahlen nach Fachabteilungen für das Jahr 2015 in Tabelle 19–7 vermitteln nicht nur einen Eindruck vom fachlich-medizinischen Versorgungsangebot, sondern zugleich auch vom Behandlungsspektrum der Krankenhäuser.

Allein in den Fachabteilungen Innere Medizin (151 100) und Chirurgie (101 600) waren mehr als die Hälfte aller Krankenhausbetten (50,6%) aufgestellt. Hier wurden 11,8 Millionen (61,5%) aller 19,2 Millionen vollstationären Behandlungsfälle

versorgt. Die durchschnittliche Verweildauer in einer allgemeinen Fachabteilung variierte zwischen 2,9 Tagen in der Augenheilkunde und 15,5 Tagen in der Geriatrie. Ausgehend von einer durchschnittlichen Verweildauer von 7,3 Tagen über alle Fachabteilungen dauerte eine Behandlung in der Psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik mit 42,2 Tagen gut fünfeinhalb Mal so lange. Sehr unterschiedlich fällt auch der Nutzungsgrad der Betten nach Fachabteilungen aus. Innerhalb der allgemeinen Fachabteilungen reichte er von 48% in der Nuklearmedizin bis zu 89,9% in der Geriatrie. In allen psychiatrischen Fachabteilungen (Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik) waren die Betten demgegenüber zu 92% und mehr ausgelastet.

In der Fachabteilung Geriatrie ist das Versorgungsangebot im Vergleich zum Vorjahr am stärksten ausgeweitet worden. Die Anzahl der Fachabteilungen stieg um 23 (+7,5%), die Zahl der verfügbaren Betten um knapp 1 100 (+6,9%). Die Zahl der in diesem Fachbereich behandelten Patientinnen und Patienten nahm gegenüber 2014 um 19 300 (+5,9%) zu. Deutliche Zuwächse gab es auch im Bereich Neurologie. Sechs weitere Fachabteilungen (+1,4%) mit rund 550 zusätzlichen Betten (+2,2%) standen 2015 für die Versorgung der Patientinnen und Patienten zur Verfügung, deren Zahl gegenüber 2014 um 25 500 (+2,6%) 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 30 und der verfügbaren Betten um knapp 1 600 blieb die Bettenauslastung mit 72,2% auf Vorjahresniveau, weil zugleich 2015 rund 23 100 Patienten weniger behandelt wurden als im Jahr zuvor. In der Inneren Medizin wurde das Versorgungsangebot um 21 Fachabteilungen mit insgesamt 1 200 Betten verringert. Da jedoch die Fallzahlen um 56 600 stiegen, war in diesem Bereich die Bettenauslastung im Vergleich zum Vorjahr (79,9%) um 0,4 Prozentpunkte höher. In der Frauenheilkunde und Geburtshilfe wurden 16 Fachabteilungen und gut 500 Betten weniger gezählt als noch im Jahr 2014. Trotz einer um 6 600 gestiegenen Fallzahl blieb die Bettenauslastung bei geringfügig kürzerer Verweildauer unverändert bei 59,4%. Dies war nach der Nuklearmedizin mit 48% die zweitniedrigste Bettenauslastung.

Abbildung 19–2 zeigte bereits deutliche Unterschiede in der Bettendichte nach Bundesländern. Eine genauere Analyse der Unterschiede ermöglicht eine zusätzliche Betrachtung der Bettendichte nach Fachabteilungen. In vierzehn 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, verfügte Bremen im Vergleich zu den übrigen Bundesländern über die meisten Betten je 100 000 Einwohner (Tabelle 19–8).

Im Bereich der psychiatrischen Fachabteilungen insgesamt hatten Schleswig-Holstein und Bremen 2015 die höchste Bettendichte. Während im Bundesdurchschnitt 88 Betten je 100 000 Einwohner in einer psychiatrischen Fachabteilung zur Verfügung standen, waren es in Schleswig-Holstein 109 und in Bremen 99 Betten je 100 000 Einwohner. Demgegenüber gab es in Berlin lediglich 74 Betten je 100 000 Einwohner in einer psychiatrischen Fachabteilung. In einzelnen Fachbereichen (Plastische Chirurgie und Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik) gibt es nicht in allen Bundesländern ein stationäres Versorgungsangebot.

Tabelle 19-8  
**Bettendichte nach Ländern und Fachabteilungen 2015**

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
<b>Fachabteilungen insgesamt</b>	611	520	595	572	619	761	699	589	651	536	675	627	648	635	717	568	740
<b>- Allgemeine Fachabteilungen</b>	523	434	502	497	535	662	605	501	563	450	589	548	569	548	621	459	645
Augenheilkunde	6	5	5	7	4	10	10	4	7	4	6	5	11	6	6	7	7
Chirurgie	124	105	128	112	106	129	152	119	106	113	142	141	108	123	132	102	138
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	38	35	35	31	32	54	35	37	37	31	47	45	31	38	41	29	41
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	12	11	11	10	11	24	15	12	15	10	14	14	13	11	16	7	16
Haut- und Geschlechtskrankheiten	6	4	7	6	4	11	6	5	5	5	6	2	4	7	8	6	11
Herzchirurgie	6	5	6	4	6	8	13	6	7	5	6	6	6	8	7	6	7
Innere Medizin	185	157	176	172	179	204	165	169	210	168	211	195	201	203	226	154	233
Geriatric	20	5	12	44	45	44	58	30	4	9	26	11	15	9	21	38	28
Kinderchirurgie	2	2	3	4	-	4	5	2	5	1	2	1	3	3	3	1	3
Kinderheilkunde	23	21	22	21	23	30	28	19	31	19	25	21	25	27	35	16	29
Mund-Kiefer-Gesichts Chirurgie	3	2	2	3	2	7	4	2	5	3	4	2	3	3	2	3	4
Neurochirurgie	9	6	9	11	8	14	13	8	13	9	9	7	13	7	10	10	12
Neurologie	31	27	29	27	52	29	37	34	48	29	27	26	53	35	33	31	44
Nuklearmedizin	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Orthopädie	29	27	31	21	37	48	13	28	36	23	31	30	41	26	33	30	42
Plastische Chirurgie	2	2	2	4	1	-	2	3	0	3	3	4	1	1	3	1	-

Tabelle 19–8  
**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	3	5	4	3	2	6	3	4	3	3	5	4	2	6
Urologie	18	14	17	15	17	13	20	16	18	16	22	21	19	20	22	12	23
Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten	5	2	3	3	1	28	29	6	9	1	2	15	17	15	17	5	0
<b>– Psychiatrische Fachabteilungen</b>	<b>88</b>	<b>86</b>	<b>94</b>	<b>74</b>	<b>85</b>	<b>99</b>	<b>94</b>	<b>88</b>	<b>88</b>	<b>85</b>	<b>87</b>	<b>79</b>	<b>79</b>	<b>87</b>	<b>96</b>	<b>109</b>	<b>96</b>
Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	8	6	5	6	10	8	9	9	12	9	7	7	5	10	15	9	14
Psychiatrie und Psychotherapie	68	66	54	62	75	87	76	65	73	65	77	64	62	71	72	74	80
Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik	13	15	34	6	–	5	9	14	4	11	3	9	11	5	10	26	2

– = nicht vorhanden

0 = Wert kleiner 0,5 aber größer Null

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2018

Wido

### 19.3.3 Personal der Krankenhäuser

Am 31.12.2015 wurden gut 1,19 Millionen Beschäftigte in den Krankenhäusern gezählt, 14 200 Personen bzw. 1,2 % mehr als am 31.12.2014. 174 400 Beschäftigte waren als hauptamtliche Ärzte und Ärztinnen tätig; gut eine Million Beschäftigte (darunter 81 400 Schüler und Auszubildende) waren dem nichtärztlichen Dienst zuzurechnen. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Zahl der hauptamtlichen Ärzte und Ärztinnen um 4 900 (+2,9%) Beschäftigte, die Zahl der im nichtärztlichen Dienst tätigen Krankenhausmitarbeiter und -mitarbeiterinnen nahm um 9 300 (+0,9%) Beschäftigte zu. 22,3 % des ärztlichen und 47,2 % 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 Jahresdurchschnitt<sup>17</sup> (Vollzeitäquivalente) erhoben. Die Gesamtzahl der Vollkräfte erhöhte sich gegenüber 2014 um rund 8 600 bzw. 1 % auf 868 000 Vollkräfte, von denen knapp 154 400 (17,8 %) im ärztlichen Dienst und 713 700 (82,2 %) im nichtärztlichen Dienst arbeiteten; 320 900 nichtärztliche Vollkräfte wurden allein im Pflegedienst gezählt.

Die Krankenhausstatistik liefert zudem Informationen über das Geschlecht und den Beschäftigungsumfang der Beschäftigten. 46,2 % der hauptamtlichen Ärzte waren im Jahr 2015 Frauen (siehe Tabelle 19–9). Damit entspricht der Frauenanteil dem Vorjahresniveau (46,1 %); gegenüber 2005 stieg der Anteil um 8,1 Prozentpunkte. Mit steigender Hierarchiestufe nimmt der Frauenanteil an den Krankenhausärzten deutlich ab. Während zu Beginn der ärztlichen Laufbahn gut die Hälfte aller Assistenzarztstellen (56,3 %) von Frauen besetzt wurde, war es bei den Oberärzten noch knapp ein Drittel (30,1 %) der Stellen. Der Frauenanteil an den leitenden Ärzten lag bei nur noch 11,3 %.

Deutlich verändert hat sich in den vergangenen zehn Jahren auch der Beschäftigungsumfang. 2005 waren 25,7 % der hauptamtlichen Ärztinnen teilzeit- oder geringfügig beschäftigt; 2015 war es bereits fast jede dritte Frau (33,8 %). Bei ihren männlichen Kollegen stieg im gleichen Zeitraum der Anteil der teilzeit- oder geringfügig Beschäftigten von 5,3 % auf 12,5 %. Insgesamt gab es gut 38 900 (22,3 %) hauptamtliche Ärzte und Ärztinnen, die 2015 in einem Teilzeitarbeitsverhältnis standen oder geringfügig beschäftigt waren.

Mit rund 937 100 Beschäftigten (ohne Schüler/Schülerinnen und Auszubildende) lag die Zahl der im nichtärztlichen Dienst tätigen Krankenhausmitarbeiter annähernd fünfeinhalb Mal so hoch wie die der Beschäftigten im ärztlichen Dienst. Die mit Abstand meisten nichtärztlichen Beschäftigten (rund 426 800) waren im Pflegedienst tätig (45,5 %). An zweiter Stelle folgten der medizinisch-technische Dienst (z. B. Laboratoriums- und Radiologieassistentinnen und -assistenten, Krankengymnastinnen und -gymnasten) mit 20,3 % und der Funktionsdienst (z. B. Personal im Operationsdienst, in der Ambulanz und in Polikliniken) mit 14,1 %.

<sup>17</sup> 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 19–9  
**Frauen- und Teilzeitanteil 2005 bis 2015**

Jahr	Hauptamtliche Ärzte <sup>1)</sup>					Nichtärztliches Personal <sup>2)</sup>					
	Insgesamt	darunter Frauen	Frauenanteil	Teilzeitanteil	Teilzeitbeschäftigte insgesamt	Insgesamt	darunter Frauen	Frauenanteil	Teilzeitanteil	Teilzeitbeschäftigte insgesamt	
	Anzahl	Anzahl	in %	in %	Anzahl	Anzahl	Anzahl	in %	in %	Anzahl	
2005	131 115	50 004	38,1	13,1	17 139	12 829	688 666	80,1	41,8	359 248	334 826
2006	133 649	52 598	39,4	13,7	18 352	13 867	858 088	80,1	42,9	367 694	342 565
2007	136 267	54 963	40,3	13,6	18 596	14 118	858 151	80,1	43,3	371 767	345 554
2008	139 294	58 035	41,7	14,8	20 678	15 481	865 027	80,2	44,0	380 687	352 995
2009	143 967	61 411	42,7	16,3	23 407	17 328	877 878	80,1	44,4	389 459	360 404
2010	148 696	65 030	43,7	17,1	25 361	18 937	888 314	80,3	44,8	397 822	367 596
2011	154 248	68 545	44,4	18,0	27 758	20 376	896 288	81,1	45,6	408 280	376 087
2012	159 764	72 068	45,1	19,2	30 667	22 230	907 522	81,1	45,9	416 369	383 593
2013	164 720	75 278	45,7	20,2	33 279	23 900	919 650	81,0	46,3	425 938	391 752
2014	169 528	78 205	46,1	21,3	36 122	25 709	928 355	81,1	46,7	433 691	398 715
<b>2015</b>	<b>174 391</b>	<b>80 612</b>	<b>46,2</b>	<b>22,3</b>	<b>38 922</b>	<b>27 232</b>	<b>937 099</b>	<b>81,2</b>	<b>47,2</b>	<b>442 682</b>	<b>406 310</b>

<sup>1)</sup> Ohne Zahnärzte

<sup>2)</sup> Ohne Auszubildende und Personal der Ausbildungsstätten

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2018

WiDo

Der Frauenanteil beim nichtärztlichen Personal war 2015 mit 81,2% annähernd doppelt so hoch wie der Anteil weiblicher Beschäftigter beim ärztlichen Personal (46,2%). Während Frauen vorwiegend im Pflegedienst beschäftigt waren (85,4%), dominierten beim Personal des technischen Dienstes und des Krankentransportdienstes Männer mit 91,6% und 79,3%. Der Anteil teilzeit- und geringfügig Beschäftigter ist im nichtärztlichen Bereich im Vergleich zu den hauptamtlichen Ärzten und Ärztinnen gut zweimal so hoch: 47,2% im Jahr 2015. Zehn Jahre zuvor waren es gerade mal 41,8%.

Zusammenfassend gibt Abbildung 19–5 einen Überblick über die Personalstruktur der Krankenhäuser auf der Grundlage der für 2015 ermittelten 868 000 Vollkräfte nach Beschäftigtengruppen.

Die Personalstruktur variierte je nach Krankenhausträger. Bei den Krankenhäusern privater Träger gehörten 18,2% aller Vollkräfte dem ärztlichen Personal an, bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern waren dies lediglich 17,4%. Der Anteil der im Pflegedienst tätigen Vollkräfte ist am höchsten bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern (39,6%) und am niedrigsten bei den öffentlichen Krankenhäusern mit 34,9% (siehe auch Zusatztabelle 19–c im Internetportal [www.krankenhaus-report-online.de](http://www.krankenhaus-report-online.de)).

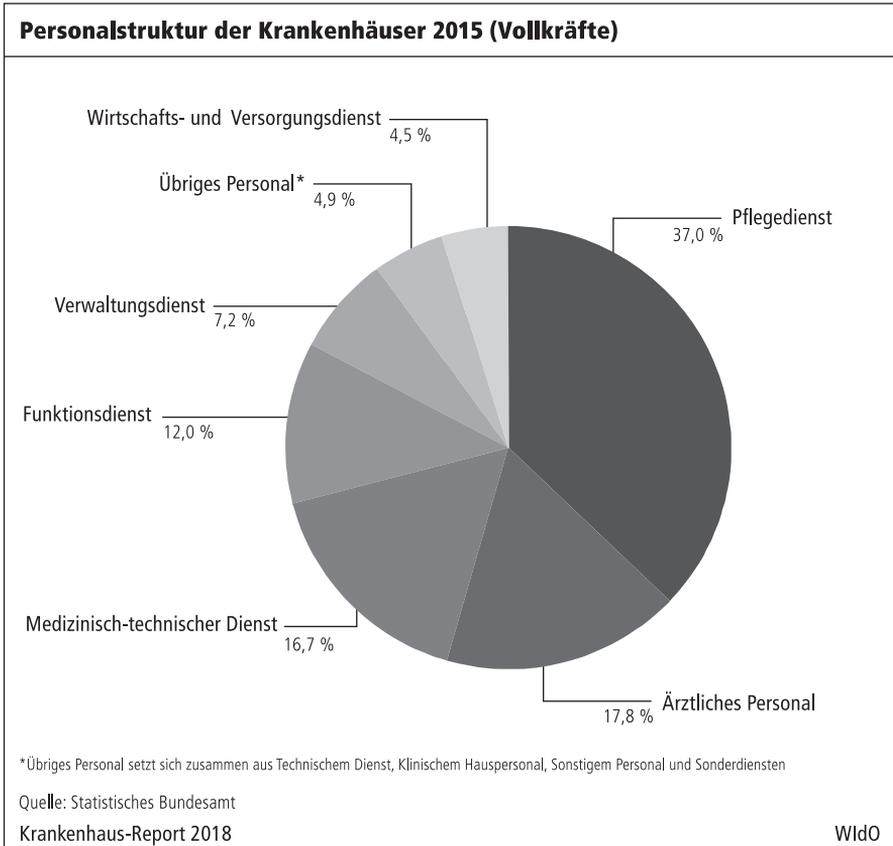
Seit 2009 wird zusätzlich zu den Vollkräften mit direktem Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus die Zahl der Vollkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus erhoben. Im Jahr 2015 handelte es sich hierbei um knapp 22 700 Vollkräfte, gut 3 000 im ärztlichen Dienst und 19 600 im nichtärztlichen Dienst Beschäftigte, die z. B. im Personal-Leasing-Verfahren eingesetzt wurden. Entscheidend ist, dass die Leistung vom Krankenhaus erbracht wird<sup>18</sup> 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.

Der Vergleich der Personalausstattung der Krankenhäuser in Deutschland nach Ländern basiert auf der Personalbelastungszahl<sup>19</sup>, 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 19–10 zeigt die Ergebnisse des Jahres 2015 für die unmittelbar mit der vollstationären Behandlung von Patienten betrauten Personalgruppen.

18 Personal einer Fremdfirma, die z. B. die Reinigung übernommen hat, wird nicht erfasst; hier gehört die („outgesourcte“) Reinigung nicht mehr zu den Leistungen des Krankenhauses.

19 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.

Abbildung 19–5



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 Zeitaufwand; 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 6,0 Betten betreute, waren andere Vollkräfte für mehr als doppelt so viele Betten zuständig (ärztlicher Dienst: 12,5 Betten, medizinisch-technischer Dienst: 13,3 Betten). Im Vergleich zum Vorjahr nahm die Zahl der ärztlichen Vollkräfte in allen Bundesländern zu; auch die Zahl der Pflegevollkräfte stieg (mit Ausnahme der Länder Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Sachsen-Anhalt) gegenüber dem Jahr 2014. Allein die Zunahme der Vollkräftezahlen führte zu einer geringeren Personalbelastung im Vergleich zum Vorjahr. Eine zusätzliche Entlastung der Vollkräfte ergab sich aus dem Rückgang der Berechnungs- und Belegungstage in zehn von sechzehn Bundesländern.

Tabelle 19–10

**Vollkräfte und Personalbelastungszahl<sup>1)</sup> 2015 nach Bundesländern**

Bundesland	Vollkräfte insgesamt <sup>2)</sup>	darunter		
		ärztlicher Dienst <sup>3)</sup>	Pflege- dienst	med.-techn. Dienst
<b>Deutschland</b>	<b>868 044</b>	<b>154 364</b>	<b>320 905</b>	<b>144 651</b>
Baden-Württemberg	110 149	19 031	37 405	19 087
Bayern	139 167	23 833	49 796	24 061
Berlin	37 426	7 861	13 391	6 525
Brandenburg	21 964	4 070	9 468	3 147
Bremen	8 475	1 631	3 561	1 263
Hamburg	24 088	5 054	9 153	3 988
Hessen	59 534	10 319	23 019	9 466
Mecklenburg-Vorpommern	19 025	3 422	7 064	3 486
Niedersachsen	74 580	12 756	26 794	12 894
Nordrhein-Westfalen	196 293	35 629	73 584	31 921
Rheinland-Pfalz	41 661	6 816	15 643	6 335
Saarland	12 789	2 102	4 814	1 970
Sachsen	43 149	7 929	17 158	6 547
Sachsen-Anhalt	26 315	4 543	9 899	5 046
Schleswig-Holstein	27 567	4 886	10 224	4 741
Thüringen	25 863	4 483	9 935	4 174
<b>Anzahl der durchschnittlich je Vollkraft pro Arbeitstag zu versorgenden belegten Betten<sup>4)</sup></b>				
<b>Deutschland</b>	<b>2,2</b>	<b>12,5</b>	<b>6,0</b>	<b>13,3</b>
Baden-Württemberg	2,0	11,3	5,8	11,3
Bayern	2,1	12,3	5,9	12,1
Berlin	2,2	10,6	6,2	12,8
Brandenburg	2,8	14,9	6,4	19,2
Bremen	2,3	12,1	5,6	15,7
Hamburg	2,1	10,2	5,7	13,0
Hessen	2,3	13,5	6,1	14,8
Mecklenburg-Vorpommern	2,1	11,5	5,6	11,3
Niedersachsen	2,2	13,1	6,2	12,9
Nordrhein-Westfalen	2,3	12,8	6,2	14,2
Rheinland-Pfalz	2,2	13,5	5,9	14,6
Saarland	2,1	13,1	5,7	13,9
Sachsen	2,4	12,9	5,9	15,6
Sachsen-Anhalt	2,3	13,1	6,0	11,8
Schleswig-Holstein	2,2	12,6	6,0	13,0
Thüringen	2,4	13,6	6,2	14,7

<sup>1)</sup> Die Personalbelastungszahl bezieht sich nur auf das vollstationäre Leistungsgeschehen. Ambulante und teilstationäre Leistungen fließen nicht in diese Maßzahl ein.

<sup>2)</sup> Ohne nicht hauptamtliche Ärzte/-innen und Zahnärzte/-innen, ohne Personal der Ausbildungsstätten

<sup>3)</sup> Ohne nicht hauptamtliche Ärzte/-innen und Zahnärzte/-innen

<sup>4)</sup> Berechnung auf der Grundlage der Jahresarbeitszeit:

(Berechnungs-/Belegungstage \* 24 h) / (Vollkräfte \* 220 [Arbeitstage im Jahr] \* 8 h)

Quelle: Statistisches Bundesamt

Auch regional gab es erhebliche Unterschiede in Bezug auf die Personalbelastung einzelner Beschäftigtengruppen. Mit durchschnittlich 10,2 belegten Betten pro Tag hatte eine ärztliche Vollkraft in Hamburg die geringste Belastungszahl, gefolgt von Berlin mit 10,6 Betten. Ein Krankenhausarzt in Brandenburg hingegen hatte die mit Abstand meisten Betten (14,9) täglich zu betreuen, gefolgt von Thüringen mit 13,6 Betten. Die Pflegevollkräfte in Brandenburg hatten täglich 6,4 belegte Betten zu versorgen, gefolgt von Pflegevollkräften in den Krankenhäusern Berlins, Niedersachsens, Nordrhein-Westfalens und Thüringens mit 6,2 Betten. Die im regionalen Vergleich geringste Bettenzahl (5,6) hatte eine Pflegevollkraft in Bremen und in Mecklenburg-Vorpommern pro Tag zu betreuen.

## 19.4 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 ineinandergreifenden Behandlungsformen werden in der Krankenhausstatistik in unterschiedlicher Tiefe abgebildet, wobei der herkömmlichen vollstationären Behandlung das Hauptinteresse gilt.

### 19.4.1 Vollstationäre Behandlungen

19,2 Millionen vollstationär behandelte Patienten<sup>20</sup> wurden im Berichtsjahr 2015 gezählt. Das sind rund 91 000 oder 0,5 % mehr gegenüber dem Vorjahr und zugleich die höchste ermittelte Fallzahl seit Einführung der bundeseinheitlichen Krankenhausstatistik im Jahr 1991. Möglicherweise ist dieser Trend durch die Bevölkerungsentwicklung beeinflusst. Weil Alter und Geschlecht bei vielen Gesundheitsproblemen eine Rolle spielen, haben Veränderungen im Bevölkerungsaufbau auch Auswirkungen auf die Entwicklung der Zahl der Krankenhausfälle<sup>21</sup>. 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 mithilfe der Diagnosedaten ermitteln, die Angaben zum Alter und Geschlecht der Patienten enthalten. Für 2015 ergab sich eine altersstandardisierte Rate von 23 470 Behandlungsfällen je 100 000 Einwohner<sup>22</sup>. Damit lag die standardisierte

20 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.

21 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](http://www.destatis.de), Thema „Gesundheit“.

22 Standardisiert mit der Standardbevölkerung „Deutschland 2011“.

Fallzahl um 0,7% unter der des Vorjahres (23 653). Entsprechende Ergebnisse werden im Kapitel 20 ausführlich dargestellt.

Die Summe der 2015 erbrachten vollstationären Berechnungs- und Belegungstage<sup>23</sup> sank gegenüber 2014 um 253 100 oder 0,2%. Ein Krankenhausaufenthalt dauerte im Jahr 2015 durchschnittlich 7,3 Tage<sup>24</sup>. Dies waren 0,1 Tage weniger als im Vorjahr und 1,4 Tage weniger als 2005 (8,7 Tage).

### 19.4.2 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.<sup>25</sup>

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 63 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. 2015 wurden in den Krankenhäusern gut 764 700 teilstationäre Behandlungen<sup>26</sup> durchgeführt, 2,8% mehr als im Jahr zuvor. Knapp die Hälfte (44,3%) aller teilstationären Behandlungen fanden in der Inneren Medizin statt. Innerhalb dieses Fachbereichs entfielen allein 41,6% aller Behandlungen auf das Teilgebiet Nephrologie (z. B. Dialyse), weitere 14,3% auf das Teilgebiet Hämatologie und internistische Onkologie (z. B. Chemotherapie).

Vorstationäre Behandlungen werden im Vorfeld einer anstehenden vollstationären Behandlung erbracht, z. B. für Voruntersuchungen. In diesem Bereich wurden knapp 4,7 Millionen Behandlungsfälle im Jahr 2015 gezählt, rund 75 700 bzw. 1,7% mehr als 2014. Im Vergleich zu 2005 hat sich die Zahl der vorstationären Behandlungen annähernd verdreifacht. Jede dritte Behandlung dieser Art (34,1%)

23 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.

24 Die durchschnittliche Verweildauer ergibt sich als Quotient aus der Summe der Berechnungs- bzw. Belegungstage und der Fallzahl.

25 Vor Inkrafttreten der Ersten Novellierung der KHStatV wurde lediglich die Anzahl der aus teilstationärer Behandlung entlassenen Patientinnen und Patienten erhoben.

26 Die Fallzählung (Anzahl der Behandlungen) hängt von der Art der Abrechnung teilstationärer Leistungen ab: Sind für teilstationäre Leistungen, die über Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntG (Krankenhausentgeltgesetz) abgerechnet werden, fallbezogene Entgelte vereinbart worden, zählt jede abgerechnete Patientin/jeder abgerechnete Patient als ein Fall; sind dagegen tagesbezogene Entgelte vereinbart worden, werden Patientinnen und Patienten, die wegen derselben Erkrankung mehrfach teilstationär behandelt wurden, je Quartal als ein Fall gezählt. Die Quartalszählung ist auch anzuwenden bei teilstationären Leistungen nach § 13 Abs. 1 BpflV (Bundespflegesatzverordnung), die mit einem gesonderten Pflegesatz abgerechnet werden.

wurde 2015 in der Fachabteilung Chirurgie durchgeführt, gefolgt von der Inneren Medizin mit 23,3 % aller vorstationären Behandlungen.

Nachstationäre Behandlungen finden im Anschluss an einen vollstationären Krankenhausaufenthalt statt. Mit rund 1,1 Millionen Behandlungen stieg ihre Zahl gegenüber dem Vorjahr um 2,5 %. Die meisten nachstationären Behandlungen erfolgten in der Chirurgie (37,6 %), weitere 13,3 % in der Inneren Medizin.

Zusammengenommen erweiterten die genannten Behandlungsformen das Leistungsvolumen der Krankenhäuser im Jahr 2015 um rund 6,5 Millionen Behandlungsfälle.

### 19.4.3 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 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbarten Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe festgelegt ist.

Knapp zwei Drittel aller Krankenhäuser (60,3 %) führten im Jahr 2015 knapp 2 Millionen ambulante Operationen durch. Im Vergleich zu 2005 ist die Zahl der ambulanten Operationen auf das Eineinhalbfache gestiegen. 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 2014 stieg die Zahl ambulanter Operationen nur noch um 1,3 %. Das Potenzial der Krankenhäuser auf dem Gebiet ambulanter Gesundheitsversorgung scheint ausgeschöpft (Tabelle 19–11).

## 19.5 Kosten der Krankenhäuser

Der mehrfache Wechsel des Kostenermittlungsprinzips<sup>27</sup> seit 1991 hat zur Folge, dass ein Vergleich der Krankenhauskosten über einen längeren Zeitraum nur auf der Basis der bereinigten Kosten<sup>28</sup> möglich ist. Diese Vergleichbarkeit wird durch die ab

27 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.

28 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.

Tabelle 19–11

**Behandlungsformen in Krankenhäusern**

Jahr	Behandlungsfälle <sup>1)</sup>				Ambulante Operationen
	vollstationär	teilstationär	vorstationär	nachstationär	
Anzahl					
2005	16 539 398	5 272 213	1 965 027	654 277	1 371 708
2006	16 832 883	6 236 657	2 266 670	703 488	1 513 716
2007	17 178 573	6 750 82	2 714 169	781 197	1 638 911
2008	17 519 579	7 026 49	2 991 986	820 371	1 758 305
2009	17 817 180	6 670 93	3 298 544	875 259	1 813 727
2010	18 032 903	6 730 80	3 510 861	905 602	1 854 125
2011	18 344 156	6 863 64	3 820 969	958 163	1 865 319
2012	18 620 442	7 342 63	4 092 333	988 307	1 867 934
2013	18 787 168	7 246 85	4 336 205	993 593	1 897 483
2014	19 148 626	7 435 61	4 581 160	1 031 277	1 953 727
2015	19 239 574	7 647 45	4 656 886	1 057 015	1 978 783
Vergleichsjahr	Veränderung in %				
2014	0,5	2,8	1,7	2,5	1,3
2005	16,3	45,1	137,0	61,6	44,3

<sup>1)</sup> 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 2018

WIdO

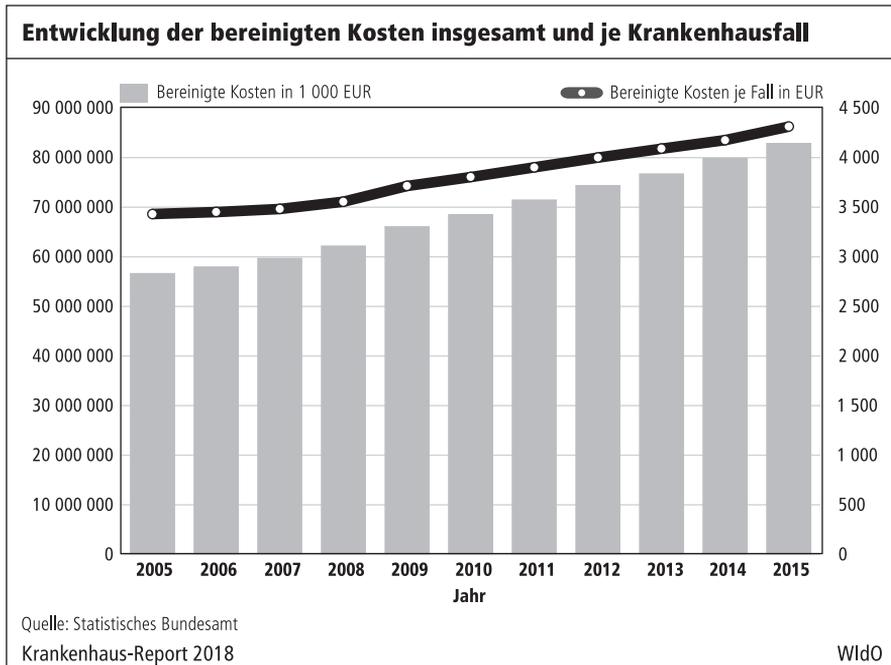
2007 geänderte Erhebung der Kosten der Ausbildungsstätten<sup>29</sup>, mit der den tatsächlichen Gegebenheiten in Bezug auf die Ausbildungskosten im Krankenhaus Rechnung getragen wird, weiter eingeschränkt. So führt die neu hinzu gekommene gesonderte Erhebung der „Aufwendungen für den Ausbildungsfonds“<sup>30</sup> 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 2005 ist in Abbildung 19–6 dargestellt. Die zugrunde liegenden bereinigten Kosten des Jahres 2015 i. H. v. 84,2 Mrd. Euro setzen sich zusammen aus den Kosten der Krankenhäuser insgesamt (95,4 Mrd. Euro) zuzüglich der Kosten der Ausbildungsstätten (Per-

29 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 (Ausbildungszuschlag) nach § 17a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).

30 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.

Abbildung 19–6



sonal- und Sachkosten i. H. v. 0,7 Mrd. Euro) und abzüglich der Abzüge (13,1 Mrd. Euro). Ohne Berücksichtigung der Aufwendungen für den Ausbildungsfonds ergeben sich bei 19,2 Millionen vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten durchschnittliche Kosten von 4 312 Euro je Behandlungsfall.

Einen detaillierten Überblick über die Krankenhauskosten des Jahres 2015 nach Kostenarten gibt Tabelle 19–12. Die Brutto-Gesamtkosten (einschl. Kosten der Ausbildungsstätten und der Aufwendungen für den Ausbildungsfonds<sup>31</sup>) der Krankenhäuser insgesamt lagen bei 97,3 Mrd. Euro. Hieran hatten die Personalkosten in Höhe von 58,5 Mrd. Euro einen Anteil von 60,1%. Ärztlicher Dienst und Pflegedienst allein machten mit zusammen 36,3 Mrd. Euro einen Anteil von 62% an den gesamten Personalkosten aus. Die Sachkosten in Höhe von 36,2 Mrd. Euro entsprachen einem Anteil von 37,2% an den Brutto-Gesamtkosten. Knapp die Hälfte der Sachkosten (17,7 Mrd. Euro) entfiel auf Kosten für den medizinischen Bedarf. Innerhalb dieser Kostenart hatten Arzneimittel mit 4 Mrd. Euro (22,5%) den größten Anteil. Die übrigen Kosten verteilten sich auf Steuern und Zinsen.

Im Vergleich zum Vorjahr sind die Brutto-Gesamtkosten der Krankenhäuser um 3,9%, die bereinigten Kosten um 3,8% gestiegen. Setzt man die bereinigten Kosten in Relation zur Zahl der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und

<sup>31</sup> Die fehlerhaften Angaben zu den Aufwendungen für den Ausbildungsfonds in Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt seit 2007 wurden berichtigt.

Tabelle 19–12  
**Brutto-Gesamtkosten nach Kostenarten 2015**

Kostenart <sup>1)</sup>	Insgesamt	Anteil an	Veränderung	Brutto-Kosten je
	in 1 000 EUR	den Brutto- Gesamtkosten	der absoluten Werte zum Vorjahr	vollstationärer Fall
		in %		in EUR
<b>Personalkosten insgesamt</b>	<b>58 487 602</b>	<b>60,1</b>	<b>4,2</b>	<b>3 040</b>
Ärztlicher Dienst	18 536 898	19,0	5,5	964
Pflegedienst	17 751 028	18,2	3,8	923
Medizinisch-technischer Dienst	7 985 175	8,2	4,6	415
Funktionsdienst	5 900 681	6,1	5,1	307
Klimatisches Hauspersonal	369 308	0,4	0,9	19
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	1 612 996	1,7	0,4	84
Technischer Dienst	929 696	1,0	1,1	48
Verwaltungsdienst	3 722 452	3,8	3,4	194
Sonderdienste	289 786	0,3	5,1	15
Sonstiges Personal	389 960	0,4	-5,6	20
Nicht zurechenbare Personalkosten	999 622	1,0	-4,1	52
<b>Sachkosten insgesamt</b>	<b>36 207 001</b>	<b>37,2</b>	<b>3,5</b>	<b>1 882</b>
Lebensmittel	2 192 392	2,3	2,2	114
Medizinischer Bedarf	17 741 485	18,2	3,2	922
dar: Arzneimittel	3 994 576	4,1	4,0	208
Blut, Blutkonserven und -plasma	851 364	0,9	-0,8	44
Verband-, Heil-, Hilfsmittel	282 069	0,3	-1,8	15
Ärztl. u. pfleger. Verbrauchsmaterial, Instrumente	2 135 437	2,2	4,3	111

Tabelle 19–12  
**Fortsetzung**

Kostenart <sup>1)</sup>	Insgesamt	Anteil an	Veränderung	Brutto-Kosten je
	in 1 000 EUR	den Brutto- Gesamtkosten	der absoluten Werte zum Vorjahr	vollstationärer Fall
		in %	in %	in EUR
Narkose- und sonstiger OP-Bedarf	1 974 569	2,0	3,5	103
Laborbedarf	1 072 645	1,1	2,8	56
Wasser, Energie, Brennstoffe	2 113 078	2,2	-3,3	110
Wirtschaftsbedarf	3 427 627	3,5	3,9	178
Verwaltungsbedarf	2 462 705	2,5	6,4	128
Zentrale Verwaltungsdienste	903 899	0,9	10,8	47
Zentrale Gemeinschaftsdienste	366 938	0,4	5,0	19
Versicherungen und sonstige Abgaben	969 774	1,0	5,5	50
Pflegesatzfähige Instandhaltung	3 514 569	3,6	4,5	183
Wiederbeschaffte Verbrauchsgüter	50 084	0,1	1,7	3
Sonstiges	2 464 450	2,5	3,9	128
nachrichtlich:				
Aufwendungen für nicht beim Krankenhaus angestelltes nichtärztliches Personal	829 366	0,9	X	43
Aufwendungen für nicht beim Krankenhaus angestellte Ärzte/Ärztinnen	599 087	0,6	X	31
Aufwendungen für ausgelagerte Leistungen („outsourcing“)	3 115 019	3,2	X	162
<b>Zinsen und ähnliche Aufwendungen</b>	<b>563 145</b>	<b>0,6</b>	<b>4,2</b>	<b>29</b>
<b>Steuern</b>	<b>139 119</b>	<b>0,1</b>	<b>-5,8</b>	<b>7</b>
<b>Kosten der Krankenhäuser insgesamt</b>	<b>95 396 867</b>	<b>98,0</b>	<b>3,9</b>	<b>4 958</b>
<b>Kosten der Ausbildungsstätten</b>	<b>675 443</b>	<b>0,7</b>	<b>5,0</b>	<b>35</b>

Tabelle 19–12  
Fortsetzung

Kostenart <sup>1)</sup>	Insgesamt	Anteil an	Veränderung	Brutto-Kosten je
	in 1 000 EUR	den Brutto- Gesamtkosten	der absoluten Werte zum Vorjahr	vollstationärer Fall
		in %		in EUR
<b>Aufwendungen für den Ausbildungsfonds<sup>2)</sup></b>	1 271 438	1,3	4,3	66
<b>Brutto-Gesamtkosten<sup>2)</sup></b>	97 343 748	100,0	3,9	5 060
<b>Abzüge insgesamt</b>	13 112 701	13,5	4,7	682
Ambulanz	4 868 023	5,0	5,6	253
Wissenschaftliche Forschung und Lehre	3 102 388	3,2	3,1	161
Sonstige Abzüge	5 142 290	5,3	4,8	267
Bereinigte Kosten <sup>2)</sup>	84 231 047	86,5	3,8	4 378

<sup>1)</sup> Kein Vergleich mit den Kosten der Jahre 1996 bis 2001 möglich, da ein anderes Kostenermittlungsprinzip (Nettoprinzip) zugrunde liegt.

Nur bereinigte Kosten können über den Wechsel unterschiedlicher Kostenermittlungsprinzipien hinaus verglichen werden.

<sup>2)</sup> Werte bereinigt um Fehlkodierungen beim Ausbildungsfonds in Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2018

Wido

Tabelle 19–13

**Kosten der Krankenhäuser 2015 nach Bundesländern**

Bundesland	Kranken- häuser	Fallzahl	Personal- kosten	Sach- kosten	Brutto- Kosten <sup>1)</sup>	Bereinigte Kosten <sup>2)</sup>	Kosten je Fall <sup>3)</sup>
	Anzahl		in Mill. Euro				
<b>Deutschland</b>	<b>1956</b>	<b>19 239 574</b>	<b>58 488</b>	<b>36 207</b>	<b>97 344</b>	<b>84 231</b>	<b>4 378</b>
Baden-Württemberg	268	2 138 825	7 517	4 366	12 256	10 099	4 722
Bayern	360	2 959 312	9 145	5 608	15 169	13 162	4 448
Berlin	81	825 288	2 583	1 905	4 611	3 905	4 732
Brandenburg	56	564 722	1 349	963	2 347	2 232	3 953
Bremen	14	211 268	595	431	1 058	1 006	4 760
Hamburg	54	502 375	1 703	1 290	3 072	2 518	5 013
Hessen	162	1 369 768	3 970	2 577	6 757	6 081	4 439
Mecklenburg-Vorpommern	39	411 767	1 168	789	1 979	1 698	4 124
Niedersachsen	191	1 694 548	5 127	3 061	8 465	7 200	4 249
Nordrhein-Westfalen	352	4 546 310	13 892	8 249	22 828	19 470	4 283
Rheinland-Pfalz	90	942 187	2 852	1 484	4 464	3 983	4 228
Saarland	22	279 997	862	502	1 408	1 265	4 518
Sachsen	78	1 006 930	2 646	1 773	4 468	4 143	4 115
Sachsen-Anhalt	48	603 769	1 642	976	2 646	2 408	3 989
Schleswig-Holstein	97	599 675	1 806	1 287	3 196	2 699	4 501
Thüringen	44	582 837	1 633	948	2 620	2 361	4 051
<b>Veränderung gegenüber 2014 in %</b>							
<b>Deutschland</b>	<b>-1,2</b>	<b>0,5</b>	<b>4,2</b>	<b>3,5</b>	<b>3,9</b>	<b>3,8</b>	<b>3,3</b>
Baden-Württemberg	-0,7	0,4	3,6	4,7	3,9	3,3	2,8
Bayern	-1,1	0,4	4,3	3,3	4,0	3,7	3,3
Berlin	1,3	1,4	4,6	6,2	5,4	4,9	3,4
Brandenburg	–	0,2	4,4	3,2	4,0	4,0	3,7
Bremen	–	-0,2	1,0	5,1	2,5	2,9	3,1
Hamburg	5,9	2,7	5,9	3,7	4,9	5,2	2,4
Hessen	-3,0	0,5	5,2	-0,3	3,2	2,5	1,9
Mecklenburg-Vorpommern	–	0,3	2,5	3,7	3,0	3,1	2,8
Niedersachsen	-2,6	0,6	3,8	1,9	3,1	3,1	2,6
Nordrhein-Westfalen	-3,3	0,5	4,3	3,9	4,1	4,4	3,9
Rheinland-Pfalz	-1,1	0,0	4,2	3,1	3,7	4,0	3,9
Saarland	–	1,6	2,7	3,3	2,6	2,3	0,7
Sachsen	-1,3	0,3	5,0	2,3	3,8	3,4	3,1
Sachsen-Anhalt	–	-1,8	2,5	3,9	3,0	2,9	4,8
Schleswig-Holstein	2,1	0,7	5,1	6,0	5,5	5,8	5,0
Thüringen	–	0,3	3,0	2,8	2,8	2,8	2,4

<sup>1)</sup> Summe aus Krankenhauskosten (Personal- und Sachkosten, Zinsen und ähnliche Aufwendungen, Steuern), Kosten der Ausbildungsstätten und Aufwendungen für den Ausbildungsfonds.

<sup>2)</sup> Brutto-Kosten abzüglich nichtstationärer Kosten (z. B. Ambulanz, wissenschaftliche Forschung und Lehre)

<sup>3)</sup> Einschließlich Aufwendungen für den Ausbildungsfonds

Quelle: Statistisches Bundesamt

-patienten, so entstanden den Krankenhäusern 2015 im Durchschnitt Kosten in Höhe von 4 378 Euro je Fall, gegenüber 2014 (4 239 Euro) nahmen sie um 3,3 % zu.

Mehr als die Hälfte (55,5 %) der Krankenhauskosten insgesamt (97,3 Mrd. Brutto-Gesamtkosten) entfiel auf Häuser in öffentlicher, 29,6 % auf solche in freigemeinnütziger und knapp 15 % auf Häuser in privater Trägerschaft. Der Anteil der Personalkosten an den Krankenhauskosten insgesamt war in freigemeinnützigen Krankenhäusern am höchsten (61 %), in privaten Krankenhäusern am niedrigsten (57,9 %). Den höchsten Sachkostenanteil hatten private Einrichtungen mit 39,1 % der Gesamtkosten, bei den freigemeinnützigen Einrichtungen lag dieser bei nur 36,1 %.

Die um den nichtstationären Anteil, das heißt die Abzüge in Höhe von 13,1 Mrd. Euro bereinigten Kosten (einschließlich Aufwendungen für den Ausbildungsfonds) betragen 84,2 Mrd. Euro.

Einen Kostenvergleich auf Länderebene ermöglicht Tabelle 19–13. Die Krankenhäuser Brandenburgs hatten mit durchschnittlich 2 389 Euro die geringsten Personalkosten insgesamt je Fall; die höchsten Personalkosten je Behandlungsfall hatten Krankenhäuser in Baden-Württemberg mit 3 514 Euro. Die geringsten Sachkosten je Fall fielen mit 1 575 Euro in Rheinland-Pfalz an. Im Vergleich dazu waren die Sachkosten in Hamburger Krankenhäusern mit 2 569 Euro um rund 1 000 Euro höher. Im regionalen Vergleich waren die stationären (= bereinigten) Kosten in Brandenburg am niedrigsten (3 953 Euro), gefolgt von Sachsen-Anhalt (3 989 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 5 013 Euro, gefolgt von Bremen mit durchschnittlich 4 760 Euro je Fall. Das Versorgungsangebot einerseits sowie Art und Schwere der behandelten Erkrankungen andererseits beeinflussen das Niveau der Kosten je Behandlungsfall.

# 20 Statistische Krankenhausdaten: Diagnosedaten der Kranken- hauspatienten 2015

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 2015. 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 2015 waren dies 19,8 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 2015 results. These official statistics are 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 2015, this applied to almost 19,8 million patients. Compared to the previous year, the number of patients has again increased.

The diagnosis data are described by key indicators such as main diagnosis, age, sex and average length of stay. Due to gender and age specific morbidity frequencies, some of the data are standardised and thus adjusted for demographic effects which allows statements independent of the actual age and sex structure of the population.

## 20.1 Vorbemerkung

In diesem Beitrag werden die Ergebnisse der Krankenhausdiagnosestatistik des Berichtsjahres 2015 vorgestellt. Die Diagnosestatistik ist ein Baustein der 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 Patienten<sup>1</sup> 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 entsprechend mehr Krankheitsfälle auf.<sup>2</sup> Trotz der höheren Zahlen bedeutet dies nicht, dass sich das Risiko des Einzelnen daran zu erkranken erhöht hat.

## 20.2 Kennzahlen der Krankenhauspatienten

Für das Berichtsjahr 2015 wurden insgesamt 19,8 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 Steigerung um gut 383 451 Fälle zwischen 2013 und 2014 liegt der Anstieg nun bei über 125 497 Fällen über dem Vorjahresniveau. Diese Entwicklung betrifft sowohl männliche als auch weibliche Patienten.

Bezogen auf die Fälle je 100 000 Einwohner bedeutet dies einen Rückgang um 58 Fälle auf 24 060 Fälle je 100 000 Einwohner, wobei es im Vergleich zum Vorjahr bei den Männern einen Rückgang um 0,1 % und bei den Frauen einen Rückgang um 0,4 % gab.

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Vgl. zum Standardisierungsverfahren in der Diagnosestatistik: Rolland S, Rosenow C. Diagnose-daten der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2000. in: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2003. Stuttgart: Schattauer 2004; 365ff.

Ob es sich bei diesen Daten um Effekte der demografischen Entwicklung handelt, zeigen die standardisierten Raten<sup>3</sup>. Zwischen 2010 und 2015 ist die standardisierte Zahl der Behandlungsfälle insgesamt um 772 Fälle (3,4%) 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. 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 7,9 Tage im Jahr 2010 bis auf zuletzt durchschnittlich 7,4 Tage im Jahr 2015 gesunken. Langfristig stellt dieser Wert den geringsten Wert seit Erstellung der Statistik dar. Da aber bereits im Berichtsjahr 2014 mit ebenfalls 7,4 Tagen derselbe Wert ermittelt wurde, scheint dies ein Hinweis auf einen eventuellen Sättigungseffekt zu sein. Es bleibt abzuwarten, ob sich dieser Wert in Zukunft noch verändern wird.

Darüber hinaus ist es sinnvoll, ein weiteres Indiz für mögliche Einsparpotenziale 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. Im Gegensatz zur Veränderung der durchschnittlichen Verweildauer hat sich die Zahl der Kurzlieger aber auch im Vergleich der Jahre 2014 und 2015 verändert, sie ist nämlich um 2,7% auf über 8,2 Millionen angestiegen (Tabelle 20–1).

Über die Jahre hinweg betrachtet zeigt sich somit folgendes Bild: Die Anzahl der Behandlungsfälle steigt, die Verweildauer konnte im zweiten Jahr hintereinander auf einem sehr niedrigen Niveau gehalten 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 geschieht, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden (vgl. Abbildung 20–1).

<sup>3</sup> Standardisiert mit der Standardbevölkerung „Zensus 2011“, ohne Patienten mit Wohnsitz im Ausland, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter.

Tabelle 20-1  
**Kennzahlen der Patienten im Überblick**

Gegenstand der Nachweisung	Berichtsjahr						Veränderung 2015 zu						
	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2000	2014	2013	2012	2011	2010	2000
	Anzahl												
<b>Behandlungsfälle insgesamt<sup>(1)</sup></b>	<b>19 758 261</b>	<b>19 632 764</b>	<b>19 249 313</b>	<b>19 082 321</b>	<b>18 797 989</b>	<b>18 489 998</b>	<b>17 187 527</b>	<b>0,6</b>	<b>2,6</b>	<b>3,5</b>	<b>5,1</b>	<b>6,9</b>	<b>15,0</b>
– Männer	9 403 478	9 298 558	9 120 687	9 029 838	8 885 990	8 705 679	7 755 158	1,1	3,1	4,1	5,8	8,0	21,3
– Frauen	10 354 778	10 334 188	10 128 610	10 052 395	9 911 945	9 784 155	9 432 186	0,2	2,2	3,0	4,5	5,8	9,8
<b>Behandlungsfälle ohne Personen mit ausländischem/unbekanntem Wohnort, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter</b>	<b>19 654 138</b>	<b>19 531 642</b>	<b>19 152 535</b>	<b>18 991 497</b>	<b>18 714 863</b>	<b>18 412 117</b>	<b>17 109 619</b>	<b>0,6</b>	<b>2,6</b>	<b>3,5</b>	<b>5,0</b>	<b>6,7</b>	<b>14,9</b>
– Männer	9 344 534	9 241 697	9 066 164	8 978 837	8 839 431	8 662 490	7 713 931	1,1	3,1	4,1	5,7	7,9	21,1
– Frauen	10 309 604	10 289 945	10 086 371	10 012 660	9 875 432	9 749 627	9 395 688	0,2	2,2	3,0	4,4	5,7	9,7
<b>Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner<sup>(3)</sup></b>	<b>24 060</b>	<b>24 118</b>	<b>23 749</b>	<b>23 614</b>	<b>23 313</b>	<b>22 520</b>	<b>20 818</b>	<b>-0,2</b>	<b>1,3</b>	<b>1,9</b>	<b>3,2</b>	<b>6,8</b>	<b>15,6</b>
– Männer	23 260	23 281	22 970	22 844	22 563	21 602	19 229	-0,1	1,3	1,8	3,1	7,7	21,0
– Frauen	24 835	24 923	24 495	24 350	24 029	23 404	22 333	-0,4	1,4	2,0	3,4	6,1	11,2
<b>Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner (standardisiert)<sup>(2)(3)</sup></b>	<b>23 470</b>	<b>23 653</b>	<b>23 450</b>	<b>23 464</b>	<b>23 313</b>	<b>22 698</b>	<b>22 392</b>	<b>-0,8</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,7</b>	<b>3,4</b>	<b>4,8</b>
– Männer	22 544	22 692	22 582	22 647	22 563	21 831	21 571	-0,7	-0,2	-0,5	-0,1	3,3	4,5
– Frauen	24 336	24 548	24 262	24 233	24 029	23 543	23 399	-0,9	0,3	0,4	1,3	3,4	4,0
<b>Durchschnittsalter der Patienten (in Jahren)</b>	<b>54,8</b>	<b>54,6</b>	<b>54,6</b>	<b>54,4</b>	<b>54,1</b>	<b>53,8</b>	<b>51,3</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>	<b>0,8</b>	<b>1,3</b>	<b>1,9</b>	<b>6,8</b>
– Männer	54,6	54,3	54,2	53,9	53,5	53,1	50,3	0,5	0,7	1,3	2,0	2,7	8,6
– Frauen	55,0	54,8	54,9	54,8	54,6	54,3	52,2	0,3	0,2	0,3	0,7	1,3	5,4

Tabelle 20-1

**Fortsetzung**

Gegenstand der Nachweisung	Berichtszeitraum					Veränderung 2015 zu							
	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2000	2014	2013	2012	2011	2010	2000
	Anzahl												
<b>Altersspezifische Rate je 100 000 Einwohner<sup>2)</sup></b>	in %												
- unter 15 Jahre	16 605	16 726	16 436	16 296	16 169	16 171	11 749	-0,7	1,0	1,9	2,7	2,7	41,3
- 15 bis unter 45 Jahre	14 541	14 665	14 286	14 201	14 005	13 395	14 147	-0,8	1,8	2,4	3,8	8,6	2,8
- 45 bis unter 65 Jahre	20 488	20 675	20 519	20 555	20 544	19 872	21 880	-0,9	-0,2	-0,3	-0,3	3,1	-6,4
- 65 bis unter 85 Jahre	46 389	46 405	46 078	46 100	45 530	44 458	42 782	-0,0	0,7	0,6	1,9	4,3	8,4
- 85 Jahre und mehr	74 485	73 819	73 503	72 386	70 903	66 364	59 981	0,9	1,3	2,9	5,1	12,2	24,2
<b>Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)</b>	7,4	7,4	7,6	7,6	7,7	7,9	9,7	-0,9	-2,3	-3,2	-4,5	-6,2	-23,8
<b>Stundenfälle innerhalb eines Tages</b>	565 982	559 693	546 052	549 046	540 722	528 461	777 404	1,1	3,6	3,1	4,7	7,1	-27,2
<b>Kurzlieger (1 bis 3 Tage)</b>	8 242 851	8 022 387	7 649 540	7 429 866	7 149 083	6 828 023	4 710 656	2,7	7,8	10,9	15,3	20,7	75,0
<b>Sterbefälle</b>	427 201	403 787	417 290	404 842	401 865	407 473	399 413	5,8	2,4	5,5	6,3	4,8	7,0
<b>Erfassungsgrad (in %)</b>	99,9	99,8	99,8	99,9	99,9	99,8	99,6	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,3

<sup>1)</sup> Behandlungsfälle einschließlich der Patienten mit unbekanntem Geschlecht. Ab 2004 einschl. gesunde Neugeborene.

<sup>2)</sup> Standardisiert mit der Standardbevölkerung „Deutschland 2011“

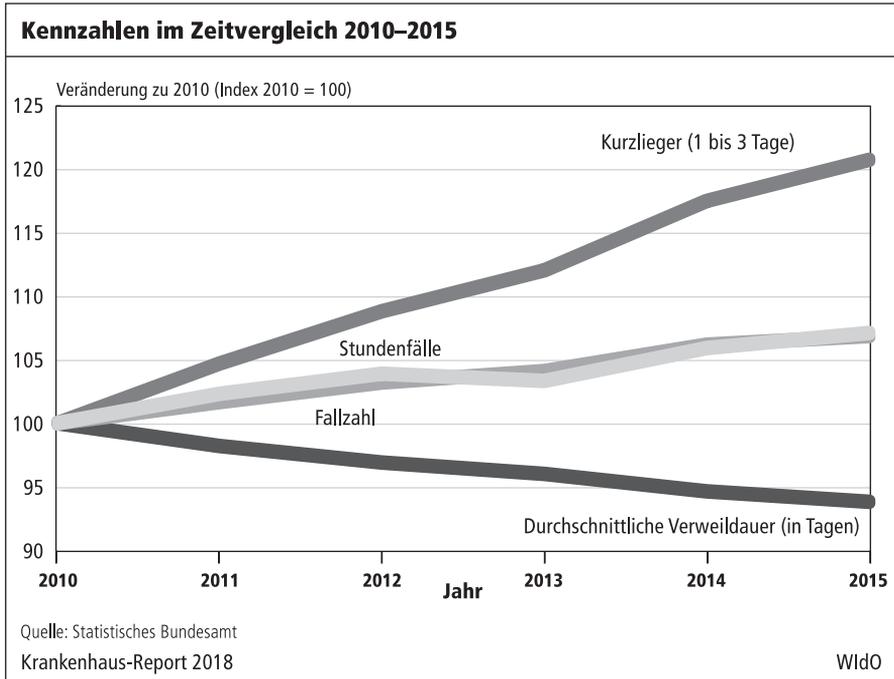
<sup>3)</sup> Ab dem Berichtsjahr 2000 ohne Patientinnen/Patienten mit ausländischem Wohnort, unbekanntem Wohnort, unbekanntem Alter und unbekanntem Geschlecht. Ab 2011 mit der Durchschnittsbevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011 berechnet, bis 2010 mit der Durchschnittsbevölkerung auf Basis früherer Zählungen. Abweichungen zwischen der Summe der Einzelwerte und der ausgewiesenen Summen sowie der Bundesländer und des Bundesergebnisses ergeben sich aus Rundungsdifferenzen.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Abbildung 20–1



## 20.3 Strukturdaten der Krankenhauspatienten

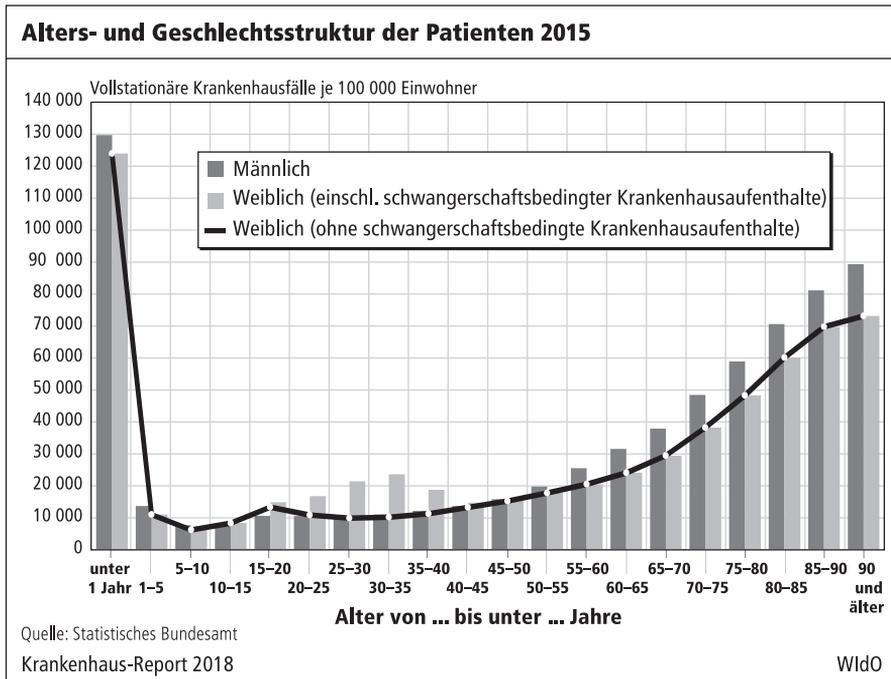
Sowohl in den Grunddaten und der DRG-Statistik als auch in der Diagnosestatistik wird die Anzahl der entlassenen Patienten ermittelt. Alle Statistiken werden unabhängig voneinander erhoben. Im direkten Vergleich der Diagnosestatistik mit den Grunddaten hat sich gezeigt, dass es eine unwesentliche Untererfassung in der Diagnosestatistik gibt (2015: 99,9%).

### 20.3.1 Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten

Im Jahr 2015 waren von den rund 19,8 Millionen Behandlungsfällen 9,4 Millionen männlichen und 10,4 Millionen weiblichen Geschlechts. Die Männer haben demnach einen Anteil von 47,6% und die Frauen von 52,4%. Bezogen auf die standardisierte Bevölkerung der jeweiligen Geschlechtsgruppe wurden durchschnittlich 22 544 Männer und 24 336 Frauen je 100 000 Einwohner stationär in den Krankenhäusern behandelt. Zusammengenommen wurden 23 470 Personen je 100 000 Einwohner im Krankenhaus als Behandlungsfall gezählt. Dies sind 183 Fälle je 100 000 Einwohner bzw. 0,8% weniger als noch im Vorjahr.

Das Durchschnittsalter der Patienten hat sich weiter erhöht. Im Jahr 2015 lag es bei 54,8 Jahren, wobei die Frauen mit durchschnittlich 55,0 Jahren um 0,4 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 Behandlungs-

Abbildung 20–2



häufigkeit mit dem Alter steigt. So wurden bspw. in der Gruppe der 15- bis 45-Jährigen 14 541 Personen je 100 000 Einwohner im Krankenhaus behandelt, während es in der letzten ausgewiesenen Altersgruppe der über 85-Jährigen 74 485 Personen waren, also mehr als fünfmal so viel.

Die Entwicklung der altersspezifischen Rate je 100 000 Einwohner ist seit dem Jahre 2010 bei den unter 15-Jährigen um 2,7% angestiegen, in der Altersgruppe der 15- bis unter 45-Jährigen sogar um 8,6%. In der Altersgruppe der 45- bis 65-Jährigen ist die Zahl von 2010 auf 2015 um 3,1% angestiegen.

Bei einer genaueren Betrachtung der Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten im Jahr 2015 zeigt sich, dass in fast allen Altersgruppen mehr Männer je 100 000 Einwohner als Frauen stationär im Krankenhaus behandelt wurden (siehe Abbildung 20–2). 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 10- bis 15-Jährigen (8 086 Mädchen zu 7 783 Jungen), der 15- bis 20-Jährigen (13 097 Frauen zu 10 364 Männern) und der 20- bis 25-Jährigen (10 631 Frauen zu 10 345 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 47,6% der Patienten aus, in den Altersgruppen der unter 15-Jährigen und 45- bis 75-Jährigen liegen die Zahlen hin-

gegen bei 53,5% und 53,8%. Lediglich in den Altersgruppen der 15- bis 45-Jährigen (verursacht durch schwangerschaftsbedingte Behandlungen) und der 75-jährigen und älteren Patienten (verursacht durch den höheren Anteil der Frauen in den hohen Altersklassen) liegen die Zahlen der Männer unter denen der Frauen.

### 20.3.2 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.

2015 lag die Verweildauer der Krankenhauspatienten inklusive der oben beschriebenen Stundenfälle bei durchschnittlich 7,4 Tagen und hat sich gegenüber dem Vorjahr ganz leicht um 0,9% verringert. Insgesamt ist die Verweildauer seit dem Jahr 2010 um 6,2% gesunken.

Bezogen auf das Geschlecht gibt es kaum Unterschiede. Der niedrigere Wert bei den Frauen im Alter zwischen 20 und 45 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 0,5 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.

Im Jahr 2015 verbrachten insgesamt 8,2 Millionen Patienten zwischen einem und drei Tagen im Krankenhaus. Diese so genannten Kurzlieger hatten damit einen Anteil von 41,7% an allen Behandlungsfällen. Im Jahr davor waren es noch 40,9%; damit hat sich die Zahl der Kurzlieger um 0,8 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 2010 nur 6,8 Millionen Fälle, ist diese Zahl bis zum Jahr 2015 um 20,7% 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. 2015 gab es insgesamt 565 982 Stundenfälle, dies sind 6 289 Fälle mehr als noch im Jahr zuvor. Verglichen mit dem Jahr 2010 ist die Zahl der Stundenfälle um 7,1% gestiegen (Tabelle 20–2)

Insgesamt 427 201 Personen sind 2015 in den Krankenhäusern verstorben. Gemessen an der Anzahl der Verstorbenen in Deutschland insgesamt (925 200) beträgt der Anteil 46,2%. Hierbei ist zu beachten, dass dieser Wert nur eine Annäherung

Tabelle 20–2

**Verweildauer der Patienten 2015**

Verweildauer in Tagen	Patienten			Berechnungs- und Belegungstage		
	Anzahl	Anteil	kumuliert	Anzahl	Anteil	kumuliert
	in %			in %		
<b>Insgesamt</b>	<b>19 758 261</b>	<b>100,0</b>	–	<b>145 921 201</b>	<b>100,0</b>	–
Stundenfall	565 982	2,9	2,9	565 982	0,4	0,4
1	2 765 906	14,0	16,9	2 765 906	1,9	2,3
2	2 984 964	15,1	32,0	5 969 928	4,1	6,4
3	2 491 981	12,6	44,6	7 475 943	5,1	11,5
4	1 908 280	9,7	54,2	7 633 120	5,2	16,7
5	1 389 700	7,0	61,3	6 948 500	4,8	21,5
6	1 097 208	5,6	66,8	6 583 248	4,5	26,0
7	989 521	5,0	71,8	6 926 647	4,7	30,7
8–9	1 424 450	7,2	79,0	12 020 574	8,2	39,0
10–12	1 243 732	6,3	85,3	13 520 493	9,3	48,3
13–14	591 216	3,0	88,3	7 979 419	5,5	53,7
15–21	1 089 870	5,5	93,8	19 115 485	13,1	66,8
22–28	480 947	2,4	96,3	11 844 486	8,1	74,9
29–35	244 520	1,2	97,5	7 753 393	5,3	80,3
36–42	154 280	0,8	98,3	6 020 060	4,1	84,4
43–70	236 033	1,2	99,5	12 620 670	8,6	93,0
71–182	95 557	0,5	100,0	9 139 879	6,3	99,3
183–365	3 835	0,0	100,0	903 052	0,6	99,9
366 u. länger	279	0,0	100,0	134 416	0,1	100,0

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2018

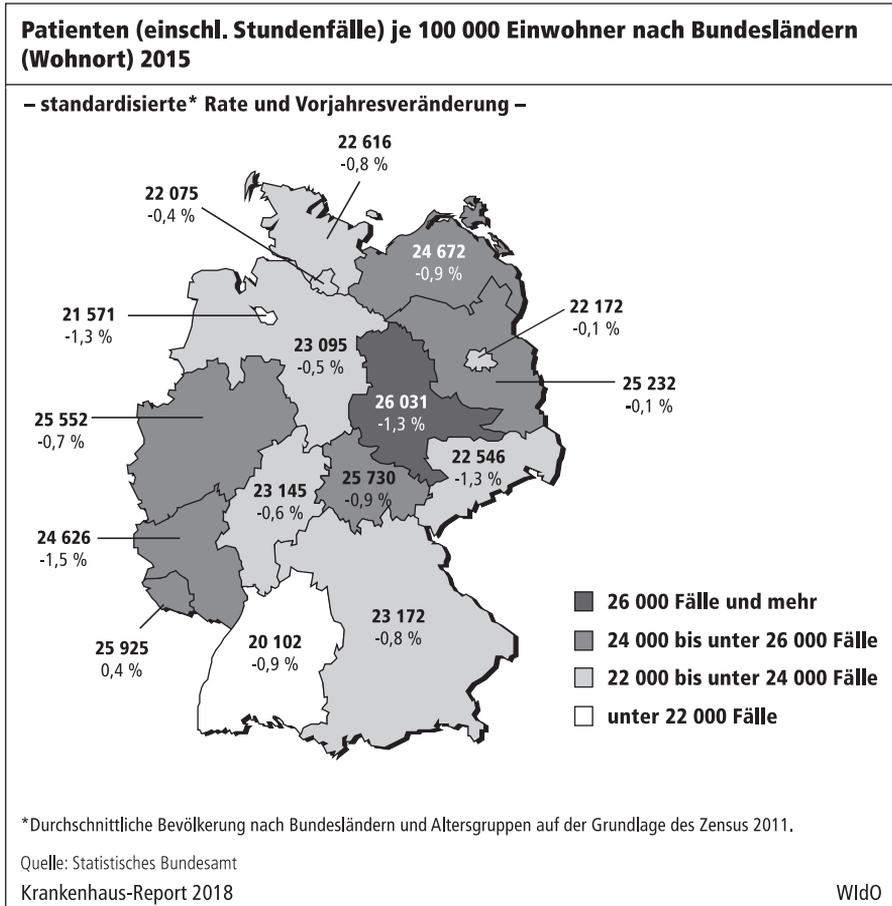
WIdO

darstellt, da beide Erhebungen, die Sterbefälle ausweisen (Krankenhausdiagnose- und Todesursachenstatistik), unterschiedliche Grundgesamtheiten haben. Die Todesursachenstatistik erfasst alle im Berichtsjahr Verstorbenen mit Wohnsitz in Deutschland und damit auch Staatenlose und Ausländer, die ihren Wohnsitz in Deutschland haben (so genanntes Inländerprinzip). Demgegenüber erfasst die Krankenhausdiagnosestatistik alle Patienten, die im Berichtsjahr in einem deutschen Krankenhaus verstarben, das heißt auch Patienten mit ausländischem Wohnort und ausländische Patienten (Inlandsprinzip).

### 20.3.3 Regionale Verteilung der Patienten

Beim Vergleich der Krankenhausfälle nach dem Wohnort der Patienten wird die standardisierte Rate herangezogen, um einen direkten Vergleich der Zahlen zu ermöglichen. Dies geschieht, indem die Fallzahl in eine Rate je 100 000 Einwohner umgerechnet wird. Anschließend wird die Fallzahl alters- und geschlechtsstandar-

Abbildung 20–3



diert. Eine solche Standardisierung ist notwendig, da sich die Bevölkerung der Bundesländer im Hinblick auf ihre Alters- und Geschlechtsstruktur voneinander unterscheidet. Hierzu wird eine einheitliche Bevölkerungsstruktur in Anlehnung an die Ergebnisse des Zensus 2011 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 2011 vorliegen würde (Abbildung 20–3 und Tabelle 20–3).

Im Vergleich zu 2010 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 2010 zu 2015 um 3,4 % an. Bei dem überwiegenden Teil der Länder sind die Veränderungsdaten entsprechend, lediglich in Bremen und Berlin ist ein Anstieg bei den Berechnungs- und Belegungstagen zu verzeichnen. Insgesamt ist die Spannbreite der Änderungsdaten unterschiedlich groß.

Tabelle 20–3

**Patienten nach Wohnort 2010 und 2015**

Wohnort des Patienten	Patienten <sup>1)</sup>	Berechnungs- und Belegungstage <sup>1)</sup>	Durchschnittliche Verweildauer
			Veränderung 2015/2010 in %
<b>Deutschland</b>	<b>3,4</b>	<b>-3,5</b>	<b>-6,2</b>
Baden-Württemberg	3,1	-5,1	-7,5
Bayern	1,4	-5,3	-6,2
Berlin	4,9	0,8	-3,5
Brandenburg	1,6	-5,0	-5,2
Bremen	5,4	5,4	-0,2
Hamburg	5,2	-2,1	-6,9
Hessen	3,9	-1,9	-5,2
Mecklenburg-Vorpommern	-0,4	-6,9	-5,6
Niedersachsen	4,2	-3,3	-6,7
Nordrhein-Westfalen	5,7	-2,6	-7,2
Rheinland-Pfalz	3,3	-3,0	-5,7
Saarland	6,5	-2,3	-7,8
Sachsen	0,8	-5,5	-5,8
Sachsen-Anhalt	2,2	-4,8	-6,1
Schleswig-Holstein	1,8	-2,5	-3,2
Thüringen	2,9	-2,5	-4,6

<sup>1)</sup> Ohne Patienten mit ausländischem oder unbekanntem Wohnort, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter  
 Standardisiert anhand der Standardbevölkerung „Deutschland 2011“  
 Ab 2011 mit der Durchschnittsbevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011 berechnet, bis 2010 mit der Durchschnittsbevölkerung auf Basis früherer Zählungen.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2018

WlDO

Die größten Zuwächse bei der standardisierten Fallzahl sind im Saarland (6,5%), in Nordrhein-Westfalen (5,7%) und in Bremen (5,4%) zu beobachten.

Noch stärkere Veränderungen ergeben sich, wenn man die Berechnungs- und Belegungstage betrachtet. Die Rückgänge betragen 6,9% in Mecklenburg-Vorpommern, 5,5% in Sachsen und 5,3% in Bayern. Alle anderen Länder, ausgenommen Bremen (+5,4%) und Berlin (+0,8%), 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 und seit 2014 konstant. Die Veränderungsraten der Verweildauer der Patienten nach dem Wohnortprinzip zwischen den Bundesländern variieren hierbei zwischen -7,8% im Saarland und -0,2% in Bremen.

Bezogen auf die Standardbevölkerung von 2011 hat Sachsen-Anhalt mit 26 031 Fällen je 100 000 Einwohner die meisten Behandlungsfälle aufzuweisen, gefolgt vom Saarland mit 25 925 und Thüringen mit 25 730 Fällen. Diese drei Länder liegen somit deutlich über dem standardisierten Wert für Deutschland (23 470 Fälle je

100 000 Einwohner). Die hinteren drei Plätze werden hierbei von Baden-Württemberg (20 102 Fälle), Bremen (21 571 Fälle) und Hamburg (22 075 Fälle) belegt.

Der Vergleich der Berichtsjahre 2014 zu 2015 zeigt unterschiedliche Veränderungsdaten der standardisierten Rate der Krankenhausfälle zwischen den einzelnen Bundesländern. Am niedrigsten lag diese Zahl in Rheinland-Pfalz (-1,5%) und Sachsen-Anhalt, Bremen und Sachsen (jeweils -1,3%). Nur im Saarland (+0,4%) gab es einen Anstieg.

## 20.4 Struktur der Hauptdiagnosen der Krankenhauspatienten

In der Krankenhausstatistik wird die Hauptdiagnose nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten kodiert. Im Berichtsjahr 2015 galt die 10. Revision (ICD-10). Die Hauptdiagnose wird gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien angegeben und ist als diejenige Diagnose definiert, die nach Analyse hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Aufenthalts des Patienten verantwortlich ist. Der Terminus „nach Analyse“ bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthalts, um diejenige Krankheit festzustellen, die hauptsächlich verantwortlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthalts war. Daher ist diese genaue Definition wichtig, da die nach Analyse festgestellte Hauptdiagnose nicht mit der Aufnahme- oder Einweisungsdiagnose übereinstimmen muss (Tabelle 20-4).

### 20.4.1 Diagnosen der Patienten

Die in Abschnitt 20.3.1 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 ICDs nach Behandlungsfällen zu erstellen. Wie in den vorherigen Berichtsjahren auch waren die Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 bis I99) die bedeutendsten Krankheiten in Deutschland. Knapp als 2,9 Millionen Fälle sind diesem Kapitel zuzuordnen, was einem Anteil von rund 14,7% an allen Kapiteln entspricht. Im Vergleich zu 2010 hat sich die Zahl dieser Behandlungsfälle um 5,2% erhöht.

An zweiter Stelle liegen die Verletzungen und Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98). Sie stellen nach den Krankheiten des Kreislaufsystems mit knapp 2,0 Millionen Fällen (9,9% an allen Behandlungsfällen) die wichtigste Diagnosegruppe dar. Im Vergleich zu 2010 ist die Zahl um 3,1% gestiegen. An dritter Stelle folgen die Krankheiten des Kapitels K00 bis K93 (Krankheiten des Verdauungssystems) mit 1,9 Millionen Fällen und einem Anteil von 9,8% an allen Diagnosen (Tabelle 20-5).

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 20,2% (2010: 787 836 Fälle und 2015: 949 612 Fälle). An diesen Wert kommt keine Steigerungsrate der anderen ICD-Kapitel heran. Die Infektösen und parasitären Krank-

Tabelle 20–4

**Patienten nach Diagnosekapiteln 2015**

ICD-Pos.	Diagnosekapitel	Patientinnen und Patienten		
		Insgesamt <sup>1)</sup>	Männlich	Weiblich
		je 100 000 Einwohner <sup>2)</sup>		
	<b>Insgesamt</b>	<b>24 060</b>	<b>23 260</b>	<b>24 835</b>
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	757	760	753
C00-D48	Neubildungen	2 233	2 305	2 163
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	165	146	183
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	634	554	712
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	1 499	1 639	1 363
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	949	1 011	888
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhängegebilde	415	387	441
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	193	183	202
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	3 536	3 873	3 210
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	1 576	1 748	1 409
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	2 353	2 457	2 252
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	358	394	323
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	2 182	1 939	2 417
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	1 268	1 193	1 339
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	1 239	–	2 438
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	234	259	209
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	126	140	112
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	1 156	1 100	1 210
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	2 377	2 337	2 415
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	812	832	793

<sup>1)</sup> Altersspezifische Rate. Ohne Patienten mit Wohnsitz im Ausland, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter

<sup>2)</sup> Berechnet mit der Durchschnittsbevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011

Quelle: Statistisches Bundesamt

Tabelle 20–5

**Hauptdiagnose nach Diagnosekapiteln 2015, 2014 und 2010**

ICD-Pos.	Diagnosekapitel	2015	2014	2010
	<b>Insgesamt</b>	<b>19 758 261</b>	<b>19 632 764</b>	<b>18 489 998</b>
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	621 576	601 299	529 221
C00-D48	Neubildungen	1 837 989	1 852 202	1 847 685
D50-D90	Krankheiten des Blutes u. der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	135 304	138 523	126 375
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	520 004	510 610	494 158
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	1 230 330	1 238 830	1 163 613
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	779 076	778 778	713 456
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhängegebilde	340 368	342 649	330 521
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	158 303	157 743	148 976
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	2 899 638	2 892 218	2 755 473
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	1 292 012	1 186 957	1 128 441
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	1 930 336	1 953 150	1 786 520
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	294 146	296 846	259 158
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	1 792 631	1 813 131	1 699 694
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	1 041 001	1 044 701	983 858
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	1 015 451	984 182	933 347
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	191 515	187 011	181 067
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	105 629	104 793	109 006
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, a.n.k.	949 612	967 004	789 836
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	1 956 712	1 932 268	1 897 839
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	665 543	648 779	608 620
Z38	darunter: gesunde Neugeborene	526 437	512 509	477 815

a.n.k. = andernorts nicht klassifiziert

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

heiten (A00 bis B99) haben sich innerhalb dieser Zeit um 17,5% erhöht und auch die Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93) stiegen um 14,5% im Vergleich zum Jahr 2010 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 Diagnose-

Tabelle 20–6

**Veränderungsraten der Patienten je 100 000 Einwohner 2010 zu 2015 – standardisiert mit der Standardbevölkerung Deutschland 2011<sup>1)</sup>**

Diagnoseklasse/Behandlungsanlass	Veränderung 2010/2015 in %
A00-B99 Infektiöse und parasitäre Krankheiten	13,2
C00-D48 Neubildungen	-3,7
D50-D90 Krankheiten des Blutes u. der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	1,7
E00-E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	0,4
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	5,9
G00-G99 Krankheiten des Nervensystems	6,3
H00-H59 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	-1,3
H60-H95 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	4,6
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	-0,4
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	10,5
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	5,2
L00-L99 Krankheiten der Haut und der Unterhaut	11,8
M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	2,7
N00-N99 Krankheiten des Urogenitalsystems	3,3
O00-O99 <sup>1)</sup> Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	8,9
P00-P96 Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	-2,8
Q00-Q99 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	-5,4
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, a.n.k.	17,1
S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	-0,3
Z00-Z99 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	1,6

<sup>1)</sup> Standardisiert anhand der weiblichen Bevölkerung

<sup>1)</sup> Ohne Patienten mit ausländischem oder unbekanntem Wohnort, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter

Standardisiert anhand der Standardbevölkerung „Deutschland 2011“.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

angaben gezählt, was einem Anteil von 0,6% entspricht. Mit einem Anteil von 0,005% im Jahr 2015 liegt dieser Wert aktuell auf einem kaum messbaren Niveau. Vor allem die Entwicklung der letzten Jahre zeigt deutlich, dass die Datenqualität der Krankenhausdiagnosestatistik erheblich verbessert werden konnte und nun auf ein Niveau gestiegen ist, bei dem man von vollständiger Erfassung aller Fälle und deren Zuordnung zu einer Diagnose sprechen kann. Dies beweist auch, dass die Dokumentation in den Krankenhäusern vor allem auch im Hinblick auf abrechnungsrelevante Anforderungen optimiert wurde.

Um den demografischen Effekt bereinigt (standardisierte Rate) haben sich bezogen auf 100 000 Einwohner in den Jahren 2010 und 2015 die Symptome und abnor-

men klinischen und Laborbefunde, andernorts nicht klassifiziert (R00 bis R99), um 17,1% erhöht. Die Fälle der infektiösen und parasitären Krankheiten (A00—B99) haben in dieser Zeit um 13,2% zugenommen. Rückgänge sind bei den Neubildungen (C00 bis D48) festzustellen (-3,7%) (Tabelle 20–6).

## 20.4.2 Diagnosen nach Alter und Geschlecht

Die häufigste Einzeldiagnose bei stationären Behandlungsfällen insgesamt war im Jahre 2015 die Diagnose Lebendgeborene nach dem Geburtsort (Z38), sie wurde insgesamt 526 437 mal gezählt.

Mit 444 632 Behandlungsfällen war die Herzinsuffizienz (I50) der zweithäufigste Anlass für eine stationäre Versorgung im Krankenhaus. Dies sind 11 739 Fälle mehr als noch im Jahr zuvor (432 893 Behandlungsfälle).

Bei den weiblichen Patienten war die Position Lebendgeborene nach dem Geburtsort (Z38) die häufigste Diagnose, auf sie entfallen 262 076 Fälle. An zweiter Stelle folgt die Herzinsuffizienz (I50), die in über 225 156 Fällen der Grund für einen stationären Aufenthalt war. Bei dieser Diagnose lag das Durchschnittsalter der Patientinnen bei 81 Jahren. Essentielle (primäre) Hypertonie (I10) war in 152 639 Fällen der Behandlungsgrund, das Durchschnittsalter betrug 71 Jahre. Die Cholelithiasis (Gallensteine – K80) folgte mit rund 143 398 Fällen. Die Patientinnen, die daran erkrankten, waren durchschnittlich 57 Jahre alt (Tabelle 20–7).

Bei den männlichen Patienten liegen die Lebendgeborenen nach dem Geburtsort mit 264 361 Fällen an erster Stelle, gefolgt von den Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) mit 238 747 Fällen. Die Herzinsuffizienz war der dritthäufigste Anlass für Männer, sich einer stationären Behandlung zu unterziehen. Hier wurden rund 219 476 Fälle behandelt.

Über alle Diagnosen hinweg lag das Durchschnittsalter der Frauen bei 55,0 und das der Männer bei 54,6 Jahren (vgl. Tabelle 20–7).

Beim Vergleich der Anzahl der Behandlungsfälle nach 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 81,7 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 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00 bis Z99) und Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99). Dagegen sind bei den Krankheiten des Atmungssystems (J00 bis J99) und bei Angeborenen Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99) Männer überdurchschnittlich häufig vertreten. Hier liegt der Anteil mit 54,6 deutlich über dem eigentlichen Bevölkerungsanteil. Ausgenommen das Kapitel Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett dominieren Frauen in den Diagnosekapiteln E00 bis E99 (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 57,0% und 56,5% insgesamt 6,2 bzw. 5,6 Prozentpunkte über dem eigentlichen Anteil in der Bevölkerung. Aber auch die

Tabelle 20–7

**Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der männlichen und weiblichen Patienten (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2015**

Rang	ICD-Pos.	Hauptdiagnose	Patienten	Durchschnittliche Verweildauer	Durchschnittliches Alter
			Anzahl	in Tagen	in Jahren
<b>Männer</b>					
		<b>Insgesamt</b>	<b>9 403 478</b>	<b>7,4</b>	<b>55</b>
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	264 361	3,2	0
2	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	238 747	7,8	45
3	I50	Herzinsuffizienz	219 476	10,5	75
4	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	156 754	4,3	67
5	I20	Angina pectoris	156 411	4,3	66
6	K40	Hernia inguinalis	148 486	2,4	58
7	I21	Akuter Myokardinfarkt	145 198	7,9	67
8	S06	Intrakranielle Verletzung	144 629	4,4	40
9	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	142 286	5,1	68
10	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	141 427	9,0	65
<b>Frauen</b>					
		<b>Insgesamt</b>	<b>10 354 778</b>	<b>7,4</b>	<b>55</b>
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	262 076	3,1	0
2	I50	Herzinsuffizienz	225 156	10,3	81
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	152 632	4,5	71
4	K80	Cholelithiasis	143 398	5,6	57
5	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	141 517	5,3	74
6	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)	132 047	5,8	62
7	M54	Rückenschmerzen	128 716	6,7	63
8	S06	Intrakranielle Verletzung	127 965	3,8	48
9	S72	Fraktur des Femurs	125 219	15,4	81
10	I63	Hirnfarkt	121 579	12,2	77

Quelle: Statistisches Bundesamt

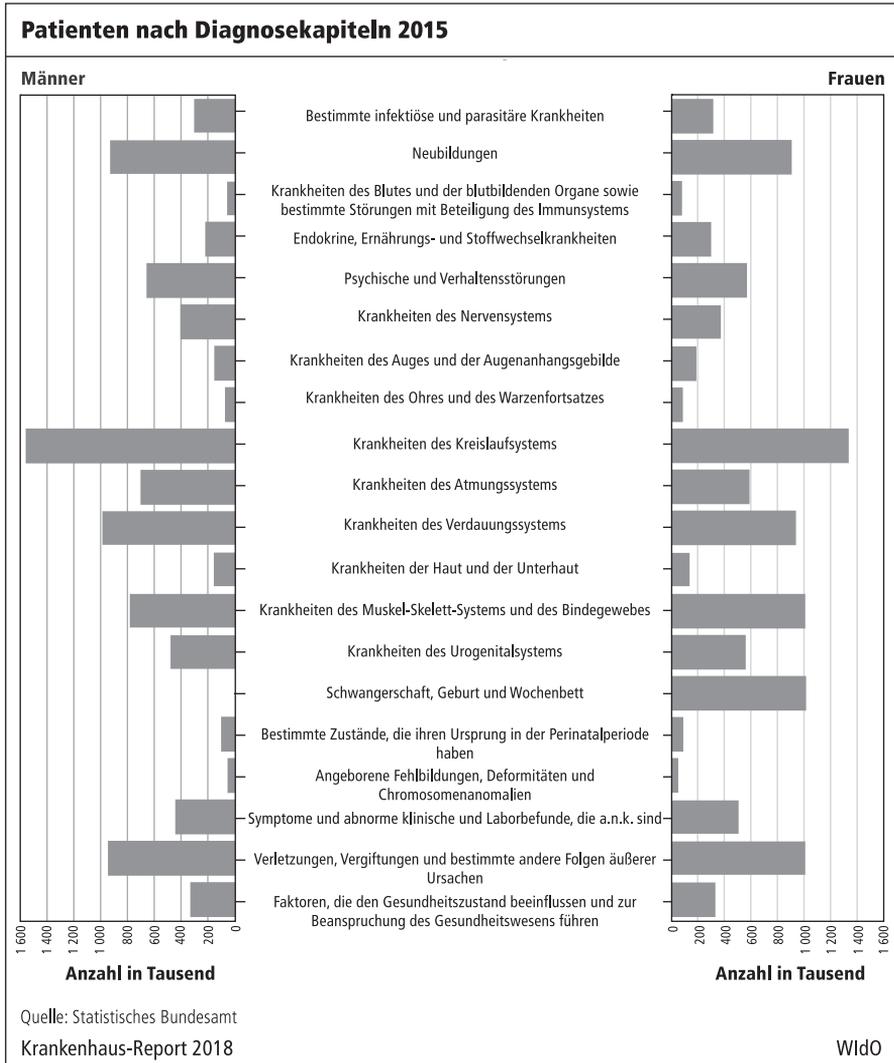
Krankenhaus-Report 2018

WiDO

Kapitel Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00 bis M99) sowie Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59) betreffen mit einem Anteil von 56,2% bzw. 54,1% eher Frauen als Männer (Abbildung 20–4).

Zum Abschluss werden die Hauptdiagnosen nach Altersgruppen und Geschlecht betrachtet (vgl. Tabelle 20–8). Dabei wird nach folgenden Altersgruppen differenziert: unter 15-Jährige, 15- bis 45-Jährige, 45- bis 65-Jährige und über 65-Jährige.

Abbildung 20–4



Sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen im Alter unter 15 Jahren wurde 2015 als häufigste Diagnose die Geburt gezählt (262 076 Fälle bei Mädchen und 264 361 bei Jungen). Mit weitem Abstand rangieren die Intrakraniellen Verletzungen (31 451 Fälle bei Mädchen und 40 045 bei Jungen), die Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht (27 786 Mädchen und 28 900 Jungen) und die Chronischen Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln (22 155 Fälle bei Mädchen und 27 657 bei Jungen) dahinter.

In der Altersgruppe der 15- bis 45-Jährigen unterscheidet sich das Bild. Bei den Frauen dominieren deutlich die Diagnosen mit Bezug auf das gebärfähige Alter: Mit 111 817 Fällen steht hier die Spontangeburt eines Einlings an erster Stelle.

Tabelle 20-8

**Die fünf häufigsten Hauptdiagnosen der männlichen und weiblichen Patienten (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2015 nach ausgewählten Altersgruppen**

Rang	ICD-Pos.	Hauptdiagnose männlich	Anzahl	ICD-Pos.	Hauptdiagnose weiblich	Anzahl
<b>unter 15 Jahre</b>						
<b>Insgesamt</b>			<b>965 120</b>	<b>Insgesamt</b>		<b>837 615</b>
1	Z38	Lebendgeborene nach Geburtsort	264 361	Z38	Lebendgeborene nach Geburtsort	262 076
2	S06	Intrakranielle Verletzung	40 045	S06	Intrakranielle Verletzung	31 451
3	P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, andernorts nicht klassifiziert	28 900	P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, andernorts nicht klassifiziert	27 786
4	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	27 657	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	22 155
5	J20	Akute Bronchitis	25 643	A09	Sonstige Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	21 854
<b>15 bis unter 45 Jahre</b>						
<b>Insgesamt</b>			<b>1 664 175</b>	<b>Insgesamt</b>		<b>2 597 650</b>
1	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	101 585	O80	Spontangeburt eines Einlings	111 817
2	S06	Intrakranielle Verletzung	41 100	O70	Dammriss unter der Geburt	89 679
3	F20	Schizophrenie	34 868	O42	Vorzeitiger Blasensprung	84 258
4	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	30 959	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrezustand]	69 979
5	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	27 265	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	63 940

Tabelle 20-8

**Fortsetzung**

Rang	ICD-Pos.	Hauptdiagnose männlich	Anzahl	ICD-Pos.	Hauptdiagnose weiblich	Anzahl
<b>Insgesamt</b>			<b>2 747 823</b>	<b>Insgesamt</b>		
<b>45 bis unter 65 Jahre</b>						
<b>Insgesamt</b>			<b>2 747 823</b>	<b>Insgesamt</b>		
1	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	120 205	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	62 369
2	I20	Angina pectoris	59 700	K80	Cholelithiasis	50 120
3	K40	Hernia inguinalis	56 492	M54	Rückenschmerzen	42 954
4	I21	Akuter Myokardinfarkt	54 524	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	41 987
5	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	53 802	F33	Rezidivierende depressive Störung	39 963
<b>65 bis und älter</b>						
<b>Insgesamt</b>			<b>4 026 359</b>	<b>Insgesamt</b>		
1	I50	Herzinsuffizienz	185 097	I50	Herzinsuffizienz	210 293
2	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	95 890	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	116 417
3	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	95 864	S72	Fraktur des Femurs	114 305
4	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	94 164	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	109 385
5	I63	Hirninfrakt	91 522	I63	Hirninfrakt	102 653

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2018

Wido

Dahinter liegt der Dammriss unter der Geburt (89 679 Fälle) und der Vorzeitige Blasensprung (84 258 Fälle). Bei den Männern hingegen sind die Krankenhausaufenthalte hauptsächlich durch Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (101 585 Fälle), Intrakranielle Verletzungen (41 100 Fälle) sowie Schizophrenie (34 868 Fälle) bedingt.

Die Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (120 205 Fälle) sind es auch, die Männer im Alter zwischen 45 und 65 Jahren hauptsächlich ins Krankenhaus bringen. Die Angina pectoris liegt mit deutlichem Abstand an zweiter Stelle (59 700 Fälle), gefolgt von der Hernia inguinalis (Leistenbruch) mit 56 492 Fällen. Bei den Frauen sind die Bösartigen Neubildungen der Brustdrüse in 62 369 Fällen verantwortlich für eine stationäre Behandlung. Die Cholelithiasis (50 120 Fälle) und Rückenschmerzen (42 954 Fälle) liegen dahinter.

In der letzten hier erwähnten Altersgruppe (65 und älter) ist es die Herzinsuffizienz, die sowohl bei den Männern (185 097 Fälle) als auch bei den Frauen (210 293 Fälle) die am meisten verbreitete Hauptdiagnose darstellt. An zweiter Stelle liegt die Diagnose Vorhofflattern und Vorhofflimmern mit 116 417 Fällen bei den Frauen, gefolgt von der Fraktur des Femurs (Oberschenkelknochen) mit 114 305 Fällen. Bei den Männern liegt die Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet (95 890) auf dem zweiten Platz und Vorhofflattern und Vorhofflimmern mit 95 864 Fällen an dritter Stelle.

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 (Tabelle 20–8).

### 20.4.3 Verweildauer bei ausgewählten Diagnosen

Der Trend der letzten Jahre hält weiter an – die Verweildauer der stationär in den Krankenhäusern Behandelten ist weiterhin auf einem sehr niedrigen Niveau (vgl. Tabelle 20–9). Insgesamt betrug sie im Jahr 2015 wie auch schon 2014 im Schnitt 7,4 Tage. Verglichen mit dem Jahr 2010 beträgt der Rückgang (6,2%) 0,5 Tage.

Die Verteilung der durchschnittlichen Verweildauer über die Kapitel hinweg ist unterschiedlich. Die längste Verweildauer weisen nach wie vor die Psychischen und Verhaltensstörungen auf (F00 bis F99), hier betrug sie 20,9 Tage. An zweiter Stelle folgen mit großem Abstand die Diagnosen aus dem Bereich Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00 bis P96) mit 9,1 Tagen durchschnittlicher Verweildauer. Am kürzesten mussten Patienten im Krankenhaus liegen, die wegen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (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 (3,1) nach Hause gehen. Mit 3,9 Tagen liegen die Behandlungsfälle aufgrund von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00 bis O99) an dritter Stelle, gefolgt von der Diagnose Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind (R00-R99) mit 4,0 Tagen.

Bei der Untersuchung der Veränderungsdaten bieten sich zwei Vergleiche an, zum einen der Vergleich zum Vorjahr (2015 zu 2014), zum anderen der längerfristige Vergleich zum Jahr 2010. Bezogen auf den Vergleich mit dem Vorjahr ergibt sich

Tabelle 20–9

**Verweildauer der Patienten nach Diagnosekapiteln 2015–2014 und 2010 (einschl. Sterbe- und Stundenfälle)**

ICD-Pos.	Diagnosekapitel	Durchschnittliche Verweildauer			Veränderungsrate	
		2015	2014	2010	2015 zu	2015 zu
		in Tagen			2014	2010
	<b>Insgesamt</b>	<b>7,4</b>	<b>7,4</b>	<b>7,9</b>	<b>-0,9</b>	<b>-6,2</b>
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	7,5	7,5	7,5	-0,4	-0,1
C00-D48	Neubildungen	7,7	7,8	8,3	-1,7	-7,2
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	6,6	6,7	7,2	-1,8	-9,1
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	7,6	7,7	8,4	-1,4	-8,8
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	20,9	20,6	20,3	1,5	3,2
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	6,7	6,7	7,0	-0,1	-3,5
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augen-anhangsgebilde	3,1	3,2	3,4	-1,7	-9,4
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	4,0	4,1	4,7	-3,8	-15,7
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	7,8	7,8	8,3	-1,2	-6,5
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	7,0	6,9	7,3	0,8	-4,4
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	5,8	5,9	6,6	-2,0	-12,5
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	7,0	7,1	8,0	-1,5	-12,5
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	7,4	7,5	8,2	-1,0	-9,8
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	5,4	5,4	5,7	-0,8	-6,3
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	3,9	3,9	4,3	-2,2	-11,1
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	9,1	9,2	9,6	-1,5	-5,7
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	5,6	5,7	6,0	-2,6	-6,3
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	4,0	4,0	4,3	-1,3	-7,8
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	7,1	7,2	7,5	-1,3	-5,4
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	3,1	3,2	3,5	-2,4	-10,6

Quelle: Statistisches Bundesamt

folgendes Bild: Grundsätzlich sind die Veränderungsdaten moderat ausgefallen. Die größte Veränderung betrifft das Kapitel Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95). Die Verweildauer ist hier um 3,8% auf 4,0 Tage gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen.

Bei einem Vergleich über die letzten Jahre (2015 zu 2010) ergibt sich folgendes Bild: Bei nahezu allen Diagnosekapiteln der ICD zeigt sich, dass die durchschnittliche Verweildauer im Vergleich zu 2010 gesunken ist. Den größten Rückgang verzeichnen hier ebenfalls die Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60 bis H96): Hier konnte die Verweildauer um 15,7% gesenkt werden. Der Rückgang bei den Krankheiten der Haut und der Unterhaut sowie der Krankheiten des Verdauungssystems betrug 12,5%.

Ausgenommen die Psychischen und Verhaltensstörungen (F00 bis F99), die um 3,2% angestiegen sind, verzeichnen mit -0,1% die Infektiösen und parasitären Krankheiten (A00-B99) den geringsten Rückgang, gefolgt von den Krankheiten des Nervensystems (G00-G99), mit -3,5%.

Insgesamt wurden 71,8% der Patienten (14,2 Millionen Fälle) innerhalb von sieben Tagen wieder aus dem Krankenhaus entlassen. Gegenüber dem Vorjahr erhöhte sich dieser Anteil um 0,5 Prozentpunkte. Diese Patientengruppe verursachte 30,7% aller Berechnungs- und Belegungstage. Innerhalb von 14 Tagen wurden insgesamt 88,3% der Patienten aus der vollstationären Behandlung entlassen. Mit 53,7% fiel somit über die Hälfte aller Berechnungs- und Belegungstage innerhalb dieser Verweildauer an. Die Anzahl der Langlieger (mit einer Verweildauer von über einem Jahr) lag 2015 bei 279 Fällen (2014: 265 Fälle) und ist damit leicht gestiegen (vgl. Tabelle 20-2).

#### 20.4.4 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 (26 031 Fälle je 100 000 Einwohner), auf den Plätzen zwei und drei folgen das Saarland mit 25 925 Fällen und Thüringen mit 25 730 Fällen (vgl. Tabelle 20-10). Bezogen auf diese Quote weist Baden-Württemberg mit 20 102 Fällen je 100 000 Einwohner den niedrigsten Wert auf und lag somit um 14,4% unter dem Bundesdurchschnitt (23 470 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-Anhaltiner mit 3 909 Fällen je 100 000 Einwohner die meisten stationär versorgten Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 bis I99) auf und lagen damit um 15,1% über

Tabelle 20-10  
**Patienten nach Krankheitsklassen und Wohnort je 100 000 Einwohner 2015 – standardisierte Rate**

ICD-Pos.	Diagnosekapitel	je 100 000 Einwohner <sup>(12)</sup>																
		Deutschland	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Falz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
	<b>Insgesamt (standard. Rate)</b>	<b>23 470</b>	<b>20 102</b>	<b>23 172</b>	<b>22 172</b>	<b>25 232</b>	<b>21 571</b>	<b>22 075</b>	<b>23 145</b>	<b>24 672</b>	<b>23 095</b>	<b>25 552</b>	<b>24 626</b>	<b>25 925</b>	<b>22 546</b>	<b>26 031</b>	<b>22 616</b>	<b>25 730</b>
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	736	591	795	626	775	599	667	706	840	712	776	848	819	721	884	664	891
C00-D48	Neubildungen	2 187	1 893	2 105	2 383	2 572	2 190	1 930	2 115	2 270	1 946	2 428	2 256	2 287	2 248	2 250	1 945	2 481
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	159	135	138	165	190	156	138	152	193	156	175	155	163	163	201	142	201
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	612	513	610	575	699	550	543	633	805	576	642	583	657	653	721	538	738
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	1 500	1 292	1 436	1 436	1 662	1 826	1 552	1 390	1 666	1 489	1 617	1 560	1 772	1 417	1 592	1 702	1 628
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	931	716	841	833	944	700	925	894	1 137	905	1 121	1 063	1 144	858	944	910	1 069
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	403	344	313	534	464	308	616	370	430	371	427	379	511	438	454	492	502
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	191	166	169	169	235	172	192	209	221	200	195	200	250	166	278	170	220
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	3 396	2 874	3 303	3 373	3 732	2 752	3 176	3 292	3 634	3 385	3 711	3 520	3 904	3 014	3 909	3 387	3 760
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	1 533	1 294	1 462	1 441	1 591	1 548	1 582	1 538	1 652	1 541	1 726	1 553	1 667	1 353	1 882	1 430	1 582
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	2 309	1 933	2 221	2 196	2 391	2 052	2 065	2 352	2 407	2 323	2 571	2 455	2 591	2 209	2 563	2 114	2 518
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	354	268	334	355	416	404	344	358	379	351	393	349	298	366	473	327	427
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	2 146	1 751	2 326	1 803	2 191	1 793	1 862	2 122	1 845	2 092	2 426	2 302	2 173	1 961	2 230	2 080	2 209
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	1 245	1 085	1 191	1 200	1 371	1 074	1 084	1 230	1 196	1 211	1 394	1 279	1 410	1 260	1 349	1 150	1 305
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2 408	2 268	2 287	2 113	2 608	2 452	2 188	2 472	2 653	2 501	2 527	2 523	2 280	2 504	2 744	2 354	2 747
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	217	217	207	206	261	169	237	205	210	222	213	230	209	248	205	233	219
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	124	117	118	131	151	119	108	120	126	124	132	126	126	124	124	116	135

Tabelle 20–10  
**Fortsetzung**

ICD-Pos.	Diagnosekapitel	je 100 000 Einwohner <sup>1)2)</sup>																
		Deutschland	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	1 134	913	1 166	772	1 094	880	916	1 197	1 154	1 212	1 208	1 376	1 584	1 050	1 404	1 109	1 170
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	2 315	2 119	2 523	2 145	2 437	2 228	2 200	2 211	2 381	2 256	2 325	2 389	2 388	2 357	2 442	2 284	2 560
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	762	740	758	744	772	822	797	789	832	763	785	712	814	719	805	619	786

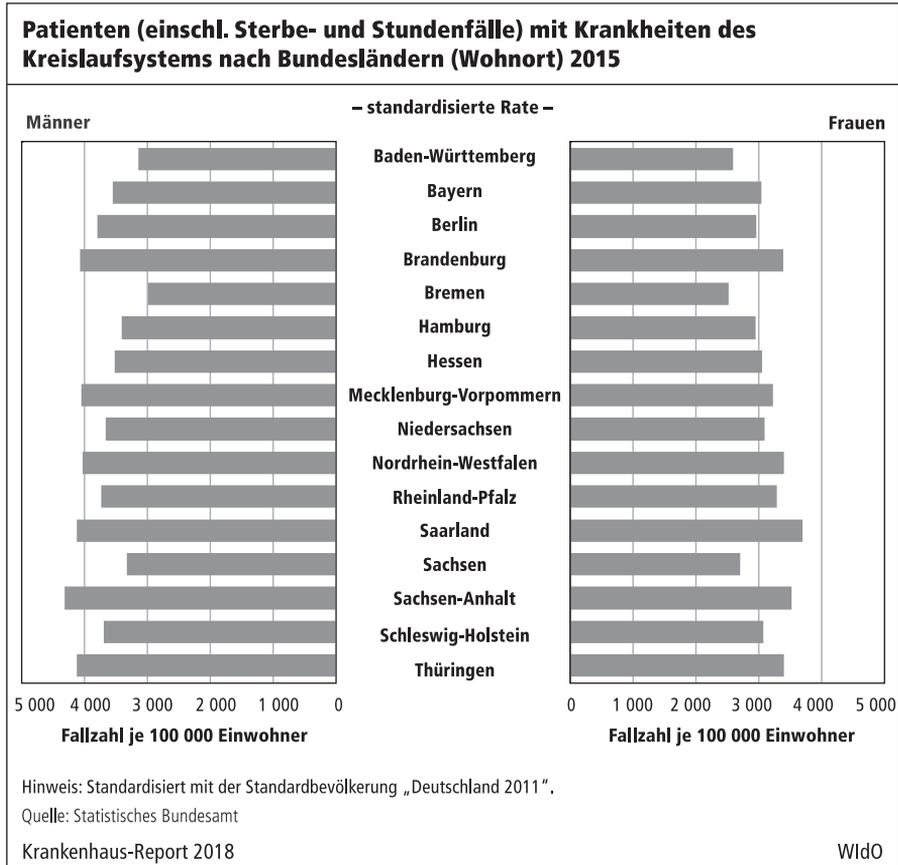
<sup>1)</sup> Ohne Patienten mit ausländischem oder unbekanntem Wohnort, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter standardisiert anhand der Standardbevölkerung „Deutschland 2011“

<sup>2)</sup> Das Kapitel O00-O99 wurde anhand der weiblichen Bevölkerung standardisiert.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2018

Abbildung 20–5



dem Bundesdurchschnitt (3 396 Fälle). An zweiter Stelle liegt das Saarland mit 3 904 Patienten je 100 000 Einwohner (Abbildung 20–5).

Der standardisierte Bundesdurchschnitt bei den Neubildungen (C00 bis D48) betrug 2 187 Fälle je 100 000 Einwohner. Baden-Württemberg (1 893 Fälle) und Hamburg (1 930 Fälle) lagen um 13,4% und 11,7% unter dem Bundesdurchschnitt und wiesen damit im Bundesvergleich die geringste Quote an vollstationären Behandlungsfällen auf. Über dem Bundesdurchschnitt liegen insbesondere Brandenburg mit 2 572 Fällen und Thüringen mit 2 481 Fällen je 100 000 Einwohner.

Wegen Krankheiten des Verdauungssystems mussten sich im Jahr 2015 im Saarland 2 591 Patienten je 100 000 Einwohner behandeln lassen. Nordrhein-Westfalen liegt mit 2 571 Patienten auf dem dahinter liegenden Platz. Der Bundesdurchschnitt von 2 309 Fällen wird insbesondere von den Ländern Baden-Württemberg (1 933 Fälle) und Bremen (2 052 Fälle) unterboten.

Die letzte hier erwähnte Diagnosegruppe sind Psychische und Verhaltensstörungen (F00 bis F99). Insgesamt zehn Länder liegen über dem Bundesdurchschnitt von 1 500 Patienten. Mit 1 826 Fällen je 100 000 Einwohner liegt Bremen an der Spitze

und damit 21,7% über dem Bundesdurchschnitt. Auch das Saarland (1 772 Fälle) und Schleswig-Holstein (1 702 Fälle) liegen weit über dem Bundesdurchschnitt. Demgegenüber liegen Baden-Württemberg und Hessen mit 13,8% und 7,3% unter dem standardisierten Durchschnitt für Deutschland.

## 20.5 Entwicklung ausgewählter Diagnosen 2010 bis 2015

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 2010 bis 2015 dargestellt. Es werden alle Diagnosen in die Analyse einbezogen, die im Jahr 2015 mindestens 10 000 Fälle aufwiesen. Dargestellt werden die zehn Diagnosen mit den größten prozentualen Veränderungsraten vom Jahr 2010 gegenüber 2015. Bei Interesse an allen Positionen auf drei- oder vierstelliger Ebene finden Sie im Internetangebot des Statistischen Bundesamtes auf der Themenseite Gesundheit ([www.destatis.de](http://www.destatis.de)) entsprechende Informationen. Diese können auch als Sonderauswertung beim Statistischen Bundesamt angefordert werden ([gesundheits@destatis.de](mailto:gesundheits@destatis.de)).

In Tabelle 20–11 werden die zehn Diagnosen mit den größten Veränderungsraten dargestellt. Auffällig dabei ist, dass sich besonders unter den Diagnosen mit dem stärksten Rückgang mehrere Positionen befinden, die den Zusatz „sonstige“ haben. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass heute wesentlich genauer und in enger Anlehnung an die DRG-Patientenklassifikationssystem kodiert wird. Methodische Hintergründe darüber findet man im Krankenhaus-Report 2006, Kapitel 8.

Die Hauptdiagnose F15 (Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein) verzeichnete im Vergleich der Jahre 2010 und 2015 die größten Zuwächse: Ihre Zahl ist um 264,2% angestiegen. Den zweiten Platz belegt die Diagnose R40 (Somnolenz, Sopor und Koma). Sie ist in diesem Zeitraum um 170,7% angestiegen, gefolgt von der Position J22 (Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet) mit einem Zuwachs von 160,0%.

Diese Parallelität der Entwicklung legt den Schluss nahe, dass es nicht zu einer Verbesserung oder Verschlechterung der Situation bei einzelnen Diagnosen gekommen ist, sondern lediglich zu einer Verlagerung und genaueren Dokumentation. Dies zeigt sich auch in den Ergebnissen der DRG-Statistik, die im Kapitel 21 aufgezeigt werden. Inwieweit ökonomische Anreize zu einer anderen Kodierung beigetragen, kann an dieser Stelle nicht gesagt werden.

## 20.6 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

Tabelle 20-11  
**Die 10 Hauptdiagnosen mit den größten relativen Zuwächsen und Rückgängen 2015/2010<sup>1)</sup>**

Die 10 größten relativen Zuwächse 2015/2010		Anzahl										Veränderung in Prozent				
		2015	2014	2013	2012	2011	2010	15/14	14/13	13/12	12/11	15/10				
Rang	ICD-Pos.	1	F15	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	10 216	8 627	5 810	4 519	3 879	2 805	18,4	48,5	28,6	16,5	264,2	
2	R40	Somnolenz, Sopor und Koma	19 016	18 352	16 237	13 858	7 395	7 025	3,6	13,0	17,2	87,4	170,7			
3	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	30 110	21 145	23 873	16 807	14 464	11 582	42,4	-11,4	42,0	16,2	160,0			
4	O80	Spontangeburt eines Einlings	111 996	91 860	43 030	45 475	45 293	50 356	21,9	113,5	-5,4	0,4	122,4			
5	F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	17 148	15 153	11 708	10 142	9 099	8 145	13,2	29,4	15,4	11,5	110,5			
6	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	16 108	14 298	12 560	11 426	9 633	8 244	12,7	13,8	9,9	18,6	95,4			
7	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	31 109	29 251	25 194	22 592	18 585	16 609	6,4	16,1	11,5	21,6	87,3			
8	E66	Adipositas	17 317	15 695	14 569	12 838	11 522	10 470	10,3	7,7	13,5	11,4	65,4			
9	A41	Sonstige Sepsis	114 486	106 385	96 107	85 868	74 991	69 434	7,6	10,7	11,9	14,5	64,9			
10	G61	Polymeuritis	12 554	10 963	9 791	8 952	8 204	7 636	14,5	12,0	9,4	9,1	64,4			
Die 10 größten relativen Rückgänge 2015/2010		Anzahl										Veränderung in Prozent				
Rang	ICD-Pos.	1	C85	Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms	10 772	11 605	11 792	12 169	13 790	17 339	-7,2	-1,6	-3,1	-11,8	-37,9	
2	K36	Sonstige Appendizitis	10 863	12 406	13 096	14 107	15 959	16 312	-12,4	-5,3	-7,2	-11,6	-33,4			
3	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	53 775	50 310	58 156	62 105	68 038	74 517	6,9	-13,5	-6,4	-8,7	-27,8			
4	O63	Prothrahierte Geburt	19 991	26 667	27 103	26 900	26 744	27 382	-25,0	-1,6	0,8	0,6	-27,0			

Tabelle 20-11

**Fortsetzung**

Rang	ICD-Pos.	2015	2014	2013	2012	2011	2010	Veränderung in Prozent				
								Anzahl	15/14	14/13	13/12	12/11
5	J35	98 506	106 872	108 082	116 346	122 867	130 514	-7,8	-1,1	-7,1	-5,3	-24,5
6	E04	53 951	56 752	58 384	64 534	68 345	70 963	-4,9	-2,8	-9,5	-5,6	-24,0
7	N99	11 459	12 208	13 086	14 579	15 469	15 031	-6,1	-6,7	-10,2	-5,8	-23,8
8	D25	61 494	66 334	67 491	71 445	75 969	78 886	-7,3	-1,7	-5,5	-6,0	-22,0
9	D48	11 713	12 395	12 342	12 485	13 091	14 938	-5,5	0,4	-1,1	-4,6	-21,6
10	E05	34 472	36 187	37 556	39 937	42 194	43 793	-4,7	-3,6	-6,0	-5,3	-21,3

<sup>1)</sup> nur Diagnosen mit mindestens 10 000 Fällen im Jahr 2015

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2018

Wido

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. So konnte in diesem Beitrag dargestellt werden, dass sich die Inanspruchnahme stationärer Leistungen im Hinblick auf die zugrunde liegenden Erkrankungen im Laufe der Jahre leicht verändert und dass es neben den geschlechtsspezifischen auch regionale Unterschiede gibt.

Die Krankenhausstatistik ist zurzeit in einem Umbruch. In der nun vorliegenden Form existiert sie seit 2002, die DRG-Daten vervollständigen das Spektrum der Krankenhausstatistik seit dem Jahr 2005. Durch die sich verändernden Strukturen (beispielsweise Fusionen einzelner oder vieler Einrichtungen) entspricht sie nicht mehr den aktuellen Anforderungen, die an sie gestellt werden. So werden die Daten momentan noch in Anlehnung an die Wirtschaftseinheiten erfragt, ohne auf die regionale Verteilung der dahinter stehenden einzelnen Standorte einzugehen. Seit längerem ist es Ziel der Datennutzer und -produzenten, dies zu ändern und die Daten detaillierter und damit aussagekräftiger zu erheben und analysieren zu können. In seiner 959. Sitzung am 7. Juli 2017 hat der Bundesrat beschlossen, einer Verordnung zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung zuzustimmen. Diese beinhaltet sowohl die Erhebung vieler relevanter Merkmale auf der Ebene der Standorte als auch die detailliertere Erfassung des Personals in stationären Einrichtungen nach Alter einerseits sowie die Erfassung ambulanter Leistungen im Krankenhaus andererseits. Die Ergebnisse werden erstmals im Jahr 2019 für das Berichtsjahr 2018 veröffentlicht werden. Daraus sind belastbare Aussagen insbesondere zu der regionalen Verteilung des Angebots an stationären Leistungen wie auch die damit verbundene Nachfrage zu erwarten.

# 21 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 2015, 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 2015, 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).

## 21.1 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 und psychosomatische Krankenhäuser oder einzelne Spezialkliniken mit seltenen bzw. wenig standardisierbaren Indikationsbereichen und Verfahren.<sup>1</sup>

In diesem Kontext wurde auch die Übermittlungsverpflichtung der Krankenhäuser für DRG-Daten einschließlich aller Leistungen, die nach Fallpauschalen abgerechnet werden, festgeschrieben. Zur Optimierung und Weiterentwicklung der bisherigen amtlichen Krankenhausstatistik wird über das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ein ausgewähltes und gesetzlich genau definiertes Merkmalsspektrum dieser umfangreichen Struktur- und Leistungsdaten an das Statistische Bundesamt übermittelt. Auf dieser Basis stehen Informationen über die *Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik)* zur Verfügung.<sup>2</sup>

Einen deutlichen Informationszugewinn stellt insbesondere die Prozeduren-, Diagnose- und Leistungsstatistik dar. Danach können differenzierte Angaben 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 2015 dargestellt, die das Informationsspektrum der herkömmlichen amtlichen Krankenhausstatistik (vgl. hierzu die Kapitel 19 und 20 in diesem Band) ergänzen und erweitern.

- 1 Nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist, ist die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen festgelegt. Ab dem 1. Januar 2018 kommt das Vergütungssystem verbindlich für alle Einrichtungen zur Anwendung.
- 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](http://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](mailto:gesundheit@destatis.de) (je nach Umfang und Aufwand u. U. kostenpflichtig) möglich.

## 21.2 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 2015 beruhen auf den Struktur- und Leistungsdaten von 1 514 Krankenhäusern und umfassen 18,7 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 2015 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 19 und 20) sind bei verschiedenen Merkmalen zum Teil deutliche Abweichungen zur *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* (z.B. bei der Fallzahl und durchschnittlichen Verweildauer der vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten) festzustellen. Diese Abweichungen sind vor allem darauf zurückzuführen, dass bei der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* keine Daten von Einrichtungen und Patienten einbezogen sind, die 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.<sup>3</sup> Daher sind diese Statistiken nur bedingt miteinander vergleichbar und vielmehr als gegenseitige Ergänzung zu betrachten.

<sup>3</sup> Die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für Einrichtungen dieser Art wurde ab 2013 schrittweise festgelegt (siehe hierzu Fußnote 1 in diesem Beitrag).

## 21.3 Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten

Nach der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* wurden im Jahr 2015 18,7 Millionen Patientinnen und Patienten<sup>4</sup> aus einer vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen. Dies waren mit 133 419 Fällen 0,7% mehr als im Jahr zuvor. Altersstandardisiert<sup>5</sup> ging die Fallzahl im Vergleich zum Vorjahr um 0,2% zurück. Im Durchschnitt dauerte ein Krankenhausaufenthalt 6,2 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 22 734 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 (143 062) und dem Personenkreis im höheren und sehr hohen Alter wie auch in den Vorjahren besonders hoch. Bei den über 75-Jährigen wurden beispielsweise 60 201 Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner behandelt.

Wohnortbezogen<sup>6</sup> gab es die meisten Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner in Sachsen-Anhalt (26 902 Fälle), in Thüringen (26 531 Fälle) und im Saarland (26 069 Fälle). Im Gegensatz dazu war die geringste Anzahl an Behandlungsfällen je 100 000 Einwohner in Baden-Württemberg (18 930 Fälle), Berlin (20 285 Fälle) und Hamburg (20 360 Fälle) zu verzeichnen (Tabelle 21–1).

Auf Grundlage der siedlungsstrukturellen Regionstypen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR) ist hierzu ergänzend eine Unterscheidung nach städtischen Regionen, Regionen mit Verstärkeransätzen und ländlichen Regionen sowohl zwischen als auch innerhalb der Bundesländer möglich.<sup>7</sup> Unter

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 ohne Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter. Berechnet mit der durchschnittlichen Bevölkerung 2015 auf Grundlage des Zensus 2011.

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/km<sup>2</sup>;

*Regionen mit Verstärkeransätzen* sind Regionen, in denen mindestens 33% der Bevölkerung in Groß- und Mittelstädten lebt mit einer Einwohnerdichte zwischen 150 und 300 Einwohner/km<sup>2</sup> sowie Regionen, in denen sich mindestens eine Großstadt befindet und die eine Einwohnerdichte ohne Berücksichtigung der Großstädte von mindestens 100 Einwohner/km<sup>2</sup> aufweisen; *Ländliche Regionen* schließen Regionen ein, in denen weniger als 33% der Bevölkerung in Groß- und Mittelstädten lebt mit einer Einwohnerdichte unter 150 Einwohner/km<sup>2</sup> sowie Regionen, in denen sich zwar eine Großstadt befindet, aber deren Einwohnerdichte ohne Berücksichtigung der Großstädte unter 100 Einwohner/km<sup>2</sup> beträgt.

(Siehe [www.bbsr.bund.de](http://www.bbsr.bund.de) > Raumbeobachtung > Raumabgrenzungen > Siedlungsstrukturelle Regionstypen)

Tabelle 21–1

**Patientinnen und Patienten nach Behandlungs- und Wohnort sowie Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner 2015**

	Behandlungsort der Patienten	Wohnort der Patienten	Fälle* je 100 000 Einwohner
	Anzahl	Anzahl	
Baden-Württemberg	2 096 623	2 044 042	18 930
Bayern	2 876 482	2 818 550	22 076
Berlin	800 257	708 959	20 285
Brandenburg	538 833	626 080	25 334
Bremen	202 585	136 528	20 479
Hamburg	482 602	361 409	20 360
Hessen	1 319 201	1 351 911	22 036
Mecklenburg-Vorpommern	396 127	395 103	24 606
Niedersachsen	1 657 088	1 765 315	22 412
Nordrhein-Westfalen	4 421 496	4 387 890	24 718
Rheinland-Pfalz	915 878	963 012	23 883
Saarland	269 826	258 690	26 069
Sachsen	978 866	960 235	23 593
Sachsen-Anhalt	574 091	602 738	26 902
Schleswig-Holstein	566 165	616 133	21 658
Thüringen	569 118	574 068	26 531

\*auf Basis des Wohnorts. Berechnet mit der durchschnittlichen Bevölkerung 2015 auf Grundlage des Zensus 2011

Quelle: Statistisches Bundesamt 2017

Krankenhaus-Report 2018

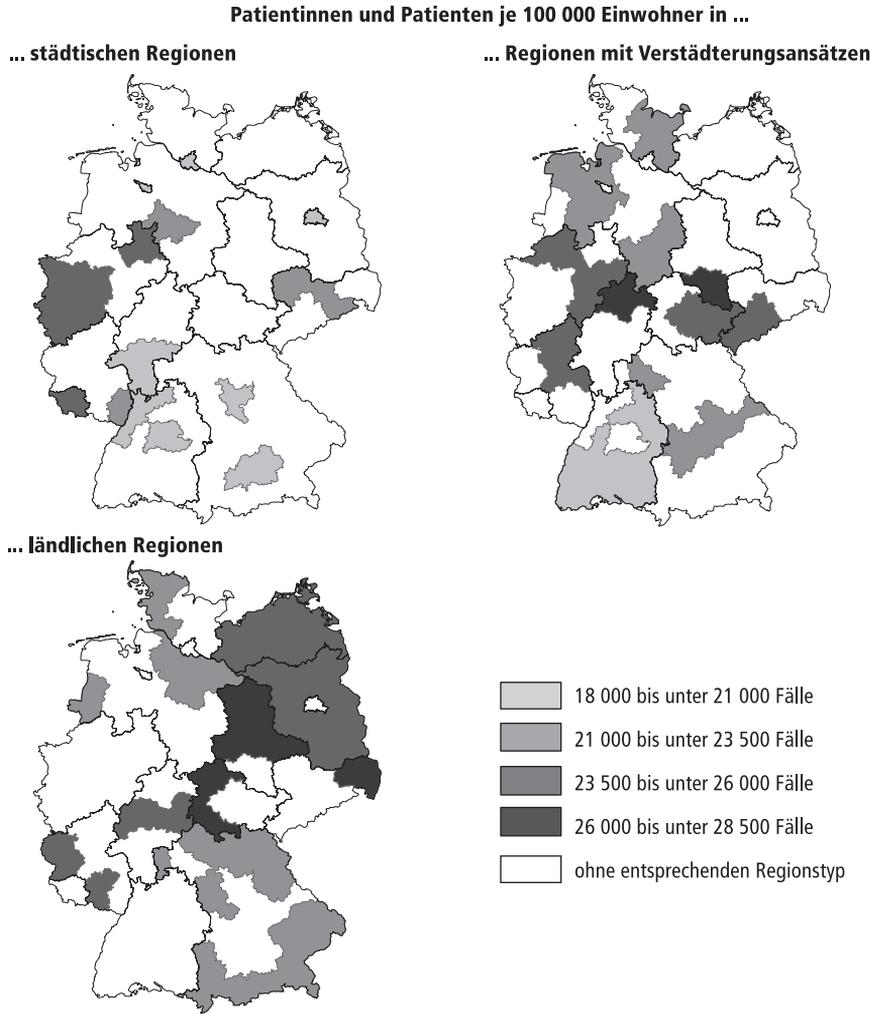
WIdO

anderem bedingt durch die Altersstruktur der Bevölkerung liegt insgesamt die Zahl der stationär versorgten Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner in ländlichen Regionen (24 194 Fälle) deutlich höher als in städtischen Regionen (21 970 Fälle) und in Regionen mit Verstärkungsansätzen (22 438 Fälle). Regional betrachtet wurden in ländlichen Regionen vor allem in den neuen Bundesländern, insbesondere in Thüringen (28 475 Fälle), Sachsen-Anhalt (27 177 Fälle) und Sachsen (26 138 Fälle), die meisten Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner stationär behandelt. In Regionen mit Verstärkungsansätzen lagen wiederum Sachsen-Anhalt (26 173 Fälle), Hessen (26 162 Fälle) sowie Sachsen (25 938 Fälle) an der Spitze. Die vordersten Plätze in städtischen Regionen nahmen das Saarland (25 983 Fälle), Nordrhein-Westfalen (24 571 Fälle) und Rheinland-Pfalz (22 169 Fälle) ein (Abbildung 21–1).

Unter Einbezug der Dauer des Krankenhausaufenthaltes der Behandelten gab es 534 734 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 2015 betrug ihr Anteil an allen Behandlungsfällen 2,9%. Die Zahl der sogenannten Kurzlieger, d. h. Patientinnen und

Abbildung 21–1

**Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner 2015 nach Bundesland und Siedlungsstruktur (Regionstyp)**



Bearbeitung und Generalisierung: Statistisches Bundesamt; Geoinformationen © GeoBasis-DE / Bundesamt für Kartographie und Geodäsie (BKG) 2015 (Daten verändert)

Krankenhaus-Report 2018

WlD

Abbildung 21–2

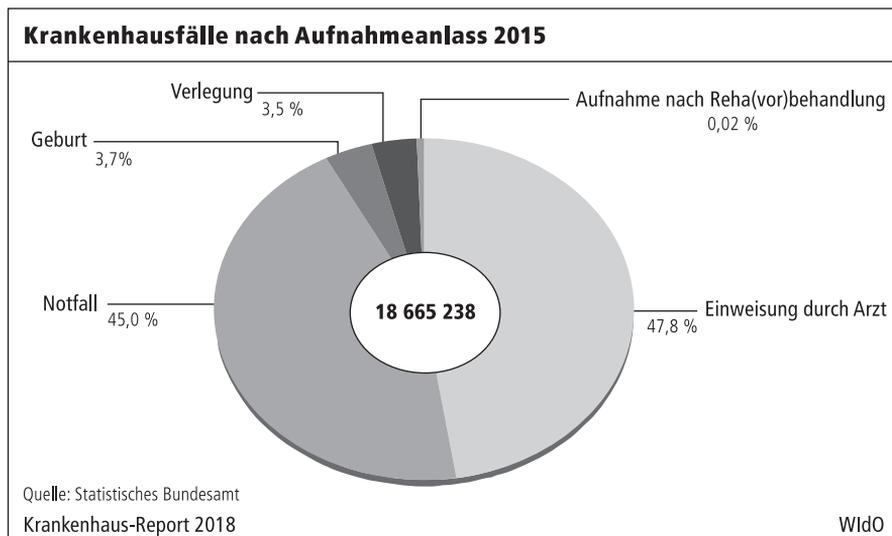
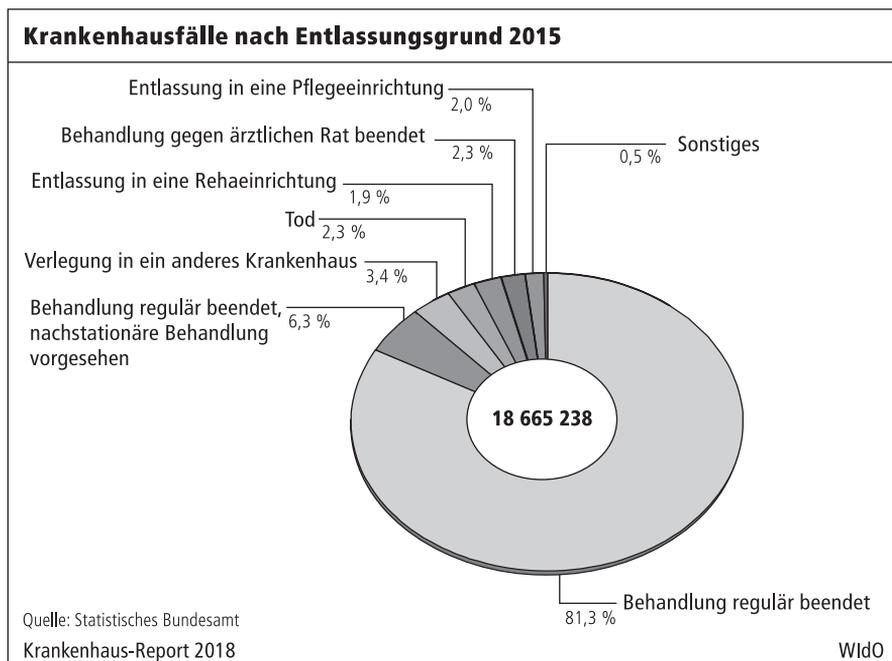


Abbildung 21–3



Patienten, die mindestens eine Nacht und höchstens drei Nächte im Krankenhaus verbringen, lag bei knapp 8,1 Millionen. Diese Patientengruppe entsprach einem Anteil von 43,3% der Behandlungsfälle. Gegenüber dem Vorjahr war bei Kurzliegern ein Anstieg um 2,8% und bei Stundenfällen um 1,5% zu verzeichnen.

Im Hinblick auf den Aufnahmehinweis erfolgte im Jahr 2015 bei 47,8% der Fälle die Aufnahme in die vollstationäre Krankenhausbehandlung aufgrund einer ärztlichen Einweisung. Bei 45,0% war die Krankenhausaufnahme als Notfall bezeichnet (Abbildung 21–2).

Der häufigste Entlassungsgrund bei den Patientinnen und Patienten war die reguläre Beendigung der Behandlung. In 81,3% 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 (6,3%). Entgegen ärztlichem Rat wurde die Behandlung in 2,3% der Fälle abgebrochen. Die Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung mit einer entsprechenden Weiterbehandlung erfolgte in 1,9% und die Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung in 2,0% der Fälle (Abbildung 21–3).

## 21.4 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 Kodierrichtlinien<sup>8</sup> 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 GM<sup>9</sup> 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

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 Homepage des InEK unter [www.g-drg.de](http://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 21–2

**Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (I50) mit ihren häufigsten Nebendiagnosen und Operationen 2015**

Pos.-Nr.	ICD-10/Hauptdiagnose Herzinsuffizienz		Anzahl	
I50			445 078	
Rang	Pos.-Nr.	ICD-10/Nebendiagnose	Anzahl	in %
<b>Insgesamt</b>			<b>5 168 098</b>	<b>100,0</b>
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	258 160	5,0
2	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	249 655	4,8
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	217 906	4,2
4	N18	Chronische Nierenkrankheit	203 770	3,9
5	Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	196 477	3,8
Rang	Operationen nach Kapitel 5 <sup>1)</sup>		Anzahl	in %
<b>Insgesamt<sup>3)</sup></b>			<b>50 020</b>	<b>100,0</b>
1	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	11 822	23,6
2	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	3 367	6,7
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	2 592	5,2
4	5-469	Andere Operationen am Darm	2 379	4,8
5	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	2 120	4,2

<sup>1)</sup> Ohne Duplikate<sup>2)</sup> 4. oder 5. Stelle der Nebendiagnose weicht von der 4. oder 5. Stelle der Hauptdiagnose ab.<sup>3)</sup> Operationen insgesamt beinhaltet auch die Pos. 5-93...5-99 (Zusatzinformationen zu Operationen), die aber hier nicht separat ausgewiesen wurden.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2017

Krankenaus-Report 2018

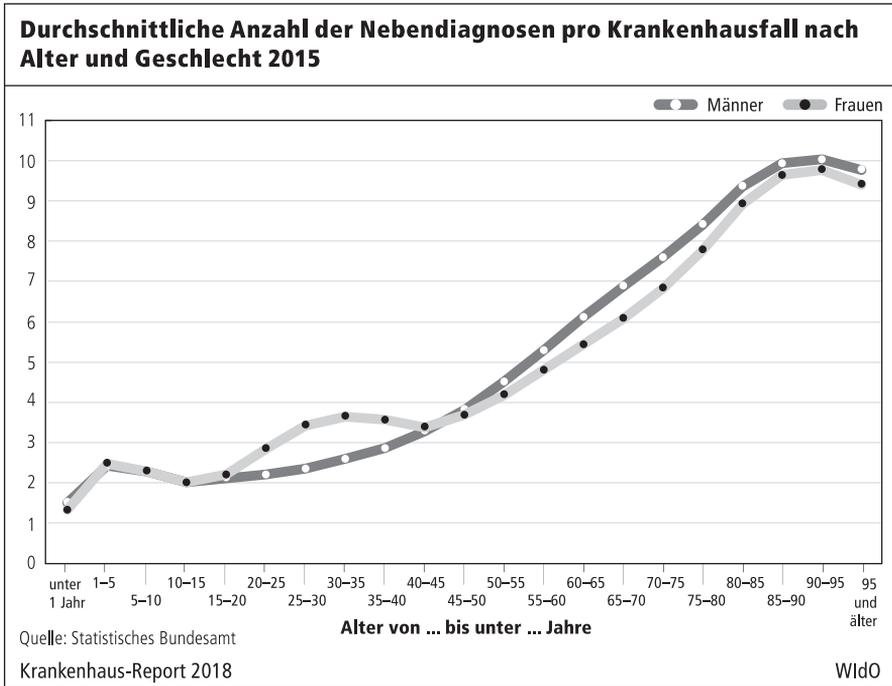
WIdO

hierfür ist eine diagnostische Maßnahme (Verfahren und/oder Prozedur), eine therapeutische Maßnahme oder ein erhöhter Pflege- und/oder Überwachungsaufwand. Nebendiagnosen sind ebenfalls gemäß der ICD-10 GM zu kodieren.

In Bezug auf die Hauptdiagnosekapitel wurden die Patientinnen und Patienten im Jahr 2015 mit Abstand am häufigsten aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems (2,9 Millionen Fälle) stationär behandelt. Weitere Behandlungsanlässe waren vor allem Verletzungen und Vergiftungen sowie Krankheiten des Verdauungssystems (jeweils 1,9 Millionen Fälle). Bei Frauen spielten über Krankheiten des Kreislaufsystems sowie Verletzungen und Vergiftungen hinaus schwangerschaftsbedingte Behandlungen und damit verbundene Krankheiten eine große Rolle.

Lässt man die Versorgung gesunder Neugeborener (Z38) unberücksichtigt, war mit 445 078 Fällen die Herzinsuffizienz (I50) die am häufigsten gestellte Hauptdiagnose. Die wichtigsten zu diesem Krankheitsbild gestellten Nebendiagnosen waren in erster Linie die chronische ischämische Herzkrankheit (I25), Vorhofflimmern und Vorhofflattern (I48) sowie die essentielle primäre Hypertonie (I10) (Tabelle 21–2). Durchgeführte Operationen bezogen sich bei den Behandelten mit dieser

Abbildung 21–4



Hauptdiagnose vor allem auf die Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators (5-377), die Entfernung, den Wechsel und die Korrektur eines Herzschrittmachers 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](http://www.krankenhaus-report-online.de) (Zusatztable 21–a) zu finden.

Im Jahr 2015 wurden durchschnittlich 5,7 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 21–4).

Im Durchschnitt werden bei Frauen nur in den Altersgruppen der 15- bis unter 45-Jährigen – vorwiegend verursacht durch die schwangerschaftsbedingten Behandlungen – mehr Nebendiagnosen als bei den Männern gestellt. Unterschiede zeigen sich auch, wenn nach dem Wohnort der Behandelten unterschieden wird. Danach weisen Patientinnen und Patienten aus Mecklenburg-Vorpommern (6,6 Nebendiagnosen) und Brandenburg (6,5 Nebendiagnosen) im Schnitt etwas höhere

Tabelle 21–3

**Die häufigsten Nebendiagnosen 2015**

Rang	Pos.-Nr. ICD-10	Nebendiagnose	Anzahl	in %
<b>Insgesamt</b>			<b>106 318 408</b>	<b>100,0</b>
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	6 607 867	6,2
2	Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	3 388 645	3,2
3	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	2 841 844	2,7
4	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	2 685 453	2,5
5	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	2 357 344	2,2
6	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	2 331 193	2,2
7	Z95	Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	2 112 373	2,0
8	Z74	Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit	2 040 422	1,9
9	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	2 016 216	1,9
10	N18	Chronische Nierenkrankheit	1 858 163	1,7
11	I50	Herzinsuffizienz	1 812 452	1,7
12	E03	Sonstige Hypothyreose	1 435 944	1,4
13	E66	Adipositas	1 162 056	1,1
14	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	1 143 122	1,1
15	B96	Sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	1 099 114	1,0
16	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	1 060 204	1,0
17	Z03	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen	1 049 665	1,0
18	O09	Schwangerschaftsdauer	1 005 184	0,9
19	B95	Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	941 686	0,9
20	E86	Volumenmangel	925 518	0,9
21	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	891 436	0,8
22	U50	Motorische Funktionseinschränkung	887 220	0,8
23	I11	Hypertensive Herzkrankheit	764 489	0,7
24	Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	743 221	0,7
25	Z37	Resultat der Entbindung	710 729	0,7

Quelle: Statistisches Bundesamt 2017

Krankenhaus-Report 2018

WlD0

Werte als Patientinnen und Patienten aus Hessen (4,9 Nebendiagnosen), Hamburg (5,2 Nebendiagnosen) und Bayern (5,4 Nebendiagnosen) auf.

Werden die gestellten Nebendiagnosen nach ihrer Rangfolge unabhängig von der Hauptdiagnose für sich betrachtet, stand bei den Patientinnen und Patienten mit großem Abstand an erster Stelle die essentielle primäre Hypertonie (I10), gefolgt von der medizinischen Behandlung in der Eigenanamnese (Z92) und der chroni-

schen ischämischen Herzkrankheit (I25). Bei den Frauen waren über die essentielle primäre Hypertonie und medizinische Behandlung in der Eigenanamnese hinaus Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts (E87) weitere wichtige Begleiterkrankungen. Die chronische ischämische Herzkrankheit spielte bei ihnen eine wesentlich geringere Rolle als bei Männern (Rang 10 zu Rang 2 der häufigsten Begleiterkrankungen). Insgesamt bilden bereits die in Tabelle 21–3 aufgeführten 25 häufigsten Nebendiagnosen gut 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](http://www.krankenhaus-report-online.de) (Zusatztabellen 21–b bis 21–d) zu finden.

## 21.5 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 Krankenhausaufenthaltes durchgeführt wurden.

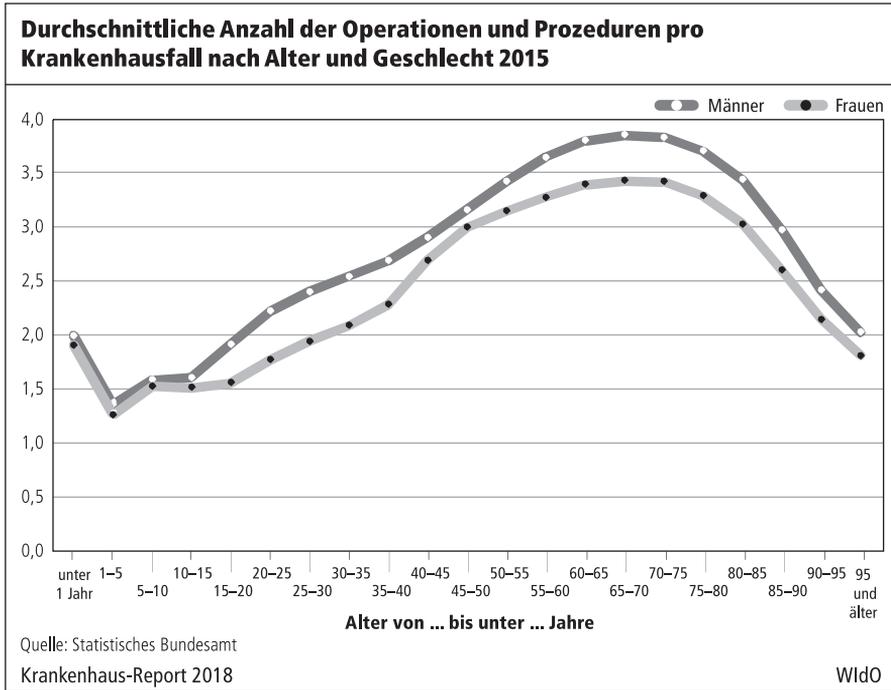
Operationen und medizinische Prozeduren im stationären Bereich sowie ambulante Operationen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt werden, werden anhand des amtlichen Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) kodiert.<sup>10</sup> Nach den Deutschen Kodierrichtlinien sind alle 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.<sup>11</sup> Dies schließt neben operativen Eingriffen auch diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren sowie die Verabreichung von speziellen Medikamenten ein.

Im Berichtsjahr 2015 wurden bei den vollstationär versorgten Patientinnen und Patienten insgesamt 55,4 Millionen operative Maßnahmen und medizinische Prozeduren durchgeführt. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einem Zuwachs um

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 chirurgischer 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 behandelten Krankenhausfall nachgewiesen.

Abbildung 21–5



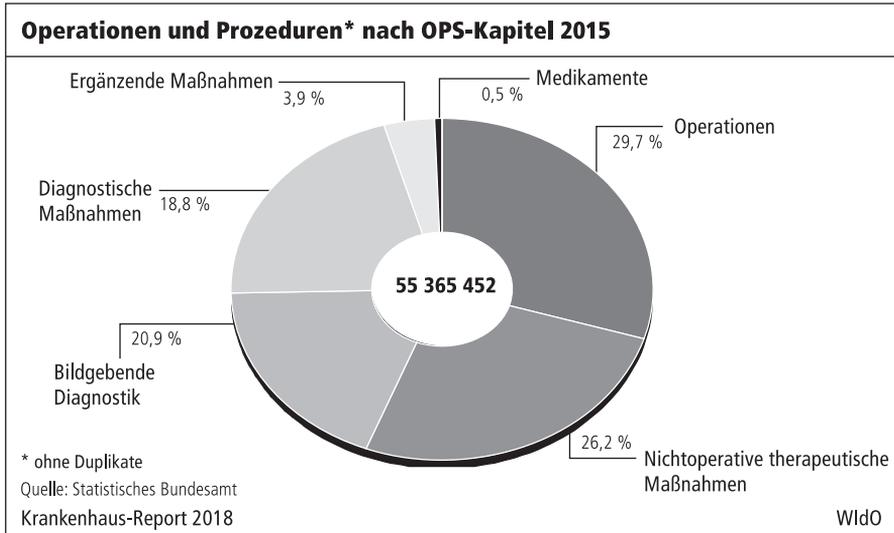
2,2%. Auf einen Krankenhausfall entfielen damit im Durchschnitt 3,0 Maßnahmen dieser Art. Nach Bundesländern aufgeschlüsselt lag die durchschnittliche Zahl der Operationen und Prozeduren bei Patientinnen und Patienten, die in Krankenhäusern von Hamburg und Berlin (3,3 Maßnahmen) behandelt wurden, etwas höher als in Rheinland-Pfalz, Hessen, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Bremen (jeweils 2,8 Maßnahmen).

Ohne Berücksichtigung der unter 1-Jährigen steigt die durchschnittliche Anzahl der während eines Krankenhausaufenthaltes durchgeführten operativen Eingriffe und Prozeduren pro Fall bei den bis unter 65-jährigen Frauen bzw. bis unter 70-jährigen Männern fast kontinuierlich an. Sie lag im Jahr 2015 bei den Behandelten dieser Altersgruppen mit durchschnittlich 3,4 Maßnahmen dieser Art pro Patientin bzw. 3,9 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 zurück. Die durchschnittliche Zahl der Operationen und Prozeduren lag 2015 bei den über 95-Jährigen auf einem annähernd vergleichbaren Niveau wie bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Auch lag die durchschnittliche Anzahl der Operationen und Prozeduren pro Krankenhausfall in allen Altersgruppen bei Männern über der entsprechenden Anzahl bei Frauen (Abbildung 21–5).

Auf Kapitelebene gliedert sich der OPS in sechs Bereiche: *Diagnostische Maßnahmen* (z. B. Biopsie, Endoskopie), *Bildgebende Diagnostik* (z. B. Computertomo-

Abbildung 21–6



graphie, 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 26,2 % auf nichtoperative therapeutische Maßnahmen (14,5 Millionen), 20,9 % auf die bildgebende Diagnostik (11,5 Millionen), 18,8 % auf diagnostische Maßnahmen (10,4 Millionen), 3,9 % auf ergänzende Maßnahmen (2,2 Millionen) und 0,5 % auf die Verabreichung spezieller Medikamente (294 779). Am häufigsten wurden aber Operationen (16,4 Millionen) mit einem Anteil von 29,7 % bei den Patientinnen und Patienten veranlasst. Den größten Anstieg gegenüber dem Vorjahr gab es bei den ergänzenden Maßnahmen mit einem Zuwachs von 5,0 % (Abbildung 21–6).

Inwieweit sich Unterschiede bei den durchgeführten Operationen und medizinischen Prozeduren von Frauen und Männern in verschiedenen Altersgruppen zeigen, verdeutlicht Tabelle 21–4.

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 relativ stabil geblieben. Mit leicht rückläufiger Tendenz wird seit 2008 die 40 %-Marke regelmäßig unterschritten und liegt aktuell im Jahr 2015 bei 37,7 %.

Werden die Operationen differenziert für sich betrachtet, dann waren die Spitzenreiter unter allen durchgeführten chirurgischen Maßnahmen auf Ebene der sogenannten Bereichsüberschriften jeweils mit großem Abstand die Operationen an den Bewegungsorganen (4,6 Millionen), gefolgt von Operationen am Verdauungstrakt (2,5 Millionen) sowie an Haut und Unterhaut (1,3 Millionen) (Tabelle 21–5).

Tabelle 21-4  
**Operationen und Prozeduren nach OPS-Kapitel, Alter und Geschlecht 2015**

Operation/Prozedur <sup>1)</sup> nach OPS-Kapitel	davon im Alter von ... bis unter Jahren					Anzahl
	Insgesamt <sup>2)</sup>	0-20	20-40	40-60	60-85	
<b>Frauen</b>						
<b>Insgesamt</b>	<b>27047419</b>	<b>1771071</b>	<b>3660302</b>	<b>5780400</b>	<b>13268124</b>	<b>2567504</b>
Diagnostische Maßnahmen	4874059	451627	446497	1053264	2503422	419247
Bildgebende Diagnostik	5544713	133474	428971	1161272	3108050	712941
Operationen	8595727	350356	1721904	2270705	3745400	507360
Medikamente	125575	11462	9083	33113	68306	3611
Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen	6514356	441584	509874	1169118	3580655	813119
Ergänzende Maßnahmen	1390144	382399	542617	92577	261478	111070
Unbekannte Operation/Maßnahmen	2845	169	1356	351	813	156
<b>Männer</b>						
<b>Insgesamt</b>	<b>28317167</b>	<b>2040087</b>	<b>2236047</b>	<b>6973451</b>	<b>15572664</b>	<b>1494812</b>
Diagnostische Maßnahmen	5506951	466773	384649	1314911	3070010	270602
Bildgebende Diagnostik	6002609	153108	470228	1481913	3522857	374459
Operationen	7826781	472479	954534	2242392	3854071	303303
Medikamente	169199	14241	10559	45524	95265	3610
Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen	8016961	545025	399041	1810424	4771775	490642
Ergänzende Maßnahmen	793021	388060	16881	77947	258003	52130
Unbekannte Operation/Maßnahmen	1645	401	155	340	683	66

<sup>1)</sup> Ohne Duplikate

<sup>2)</sup> Einschl. der Fälle mit unbekanntem Alter

Quelle: Statistisches Bundesamt 2017

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Tabelle 21-5

**Operationen 2015 nach Bereichsüberschriften**

OPS-Schlüssel	Operation <sup>1)</sup>	Insgesamt		Veränderung zum Vorjahr in %	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen
5	Operationen	7826781	8595727	1,4	0,8
5-01-5-05	Operationen am Nervensystem	386386	375334	1,7	1,2
5-06-5-07	Operationen an endokrinen Drüsen	47504	118516	-2,3	-2,3
5-08-5-16	Operationen an den Augen	301823	302693	2,3	1,1
5-18-5-20	Operationen an den Ohren	92089	67857	2,3	0,7
5-21-5-22	Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen	444250	177647	0,9	1,0
5-23-5-28	Operationen an Mundhöhle und Gesicht	325066	147805	-2,3	-2,8
5-29-5-31	Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea	76100	40437	0,4	2,3
5-32-5-34	Operationen an Lunge und Bronchus	180130	65908	3,5	3,9
5-35-5-37	Operationen am Herzen	423561	144486	1,7	0,1
5-38-5-39	Operationen an den Blutgefäßen	767339	333532	1,8	0,7
5-40-5-41	Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem	189497	129545	0,1	-0,3
5-42-5-54	Operationen am Verdauungstrakt	2452976	1157285	0,2	-0,3
5-55-5-59	Operationen an den Harnorganen	581923	197909	0,8	-0,3
5-60-5-64	Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen	216508	1401	1,2	/
5-65-5-71	Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen	632888	631755	-2,9	-3,1
5-72-5-75	Geburtschirurgische Operationen	866690	866690	3,4	3,4
5-76-5-77	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	80760	33662	2,3	3,6
5-78-5-86	Operationen an den Bewegungsorganen	4630269	2469146	1,7	1,3
5-87-5-88	Operationen an der Mamma	162637	5385	-2,0	-1,9
5-89-5-92	Operationen an Haut und Unterhaut	1328039	748578	2,4	1,5
5-93-5-99	Zusatzinformationen zu Operationen	1331394	597421	3,3	2,7

<sup>1)</sup> Ohne Duplikat.

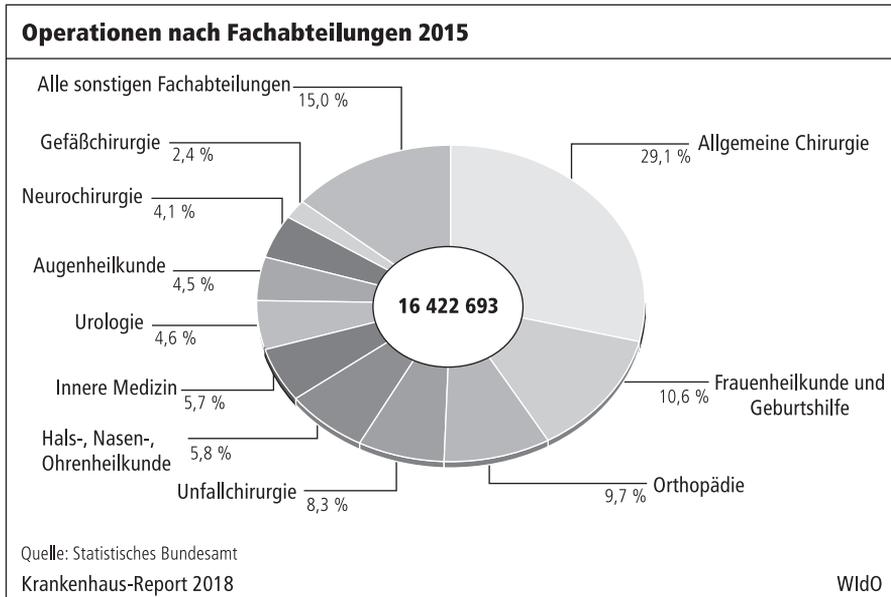
/ Aussage nicht sinnvoll

© Statistisches Bundesamt 2017

Krankenhaus-Report 2018

Wido

Abbildung 21–7



Rund die Hälfte der operativen Eingriffe wurde in den drei Fachabteilungen<sup>12</sup> Allgemeine Chirurgie (29,1%), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (10,6%) sowie der Orthopädie (9,7%) erbracht (Abbildung 21–7).

Nach Vierstellern des OPS aufgeschlüsselt erfolgten bei Frauen am häufigsten die Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur/Dammriss (314 990 Eingriffe), sonstige Kaiserschnittentbindungen (234 797 Eingriffe) und sonstige Operationen am Darm (208 446 Eingriffe). Bei Männern lagen an erster Stelle sonstige Darmoperationen (175 234 Eingriffe), gefolgt von dem Verschluss eines Leistenbruchs (155 311 Eingriffe) und dem operativen Freilegen eines Zugangs zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein oder Steißbein (143 622 Eingriffe). Tabelle 21–6 weist die 30 häufigsten chirurgischen Maßnahmen nach Vierstellern aus, die etwas mehr als ein Drittel aller durchgeführten Operationen umfassen.

Tabelle 21–7 gibt einen Überblick über die 30 häufigsten Operationen nach Dreistellern des OPS, die im Jahr 2015 erbracht wurden. Diese decken knapp 70% aller operativen Maßnahmen ab. Nach dieser Gliederung waren die Spitzenreiter bei den chirurgischen Eingriffen der Frauen Operationen an sonstigen Knochen (488 154 Eingriffe), Operationen an der Wirbelsäule (418 336 Eingriffe) und arthroskopische Gelenkoperationen (390 215 Eingriffe). Bei Männern wurden der Rangfolge nach betrachtet am häufigsten arthroskopische Gelenkoperationen (478 705 Eingriffe), Operationen an Haut und Unterhaut (383 435 Eingriffe) sowie Operationen an der Wirbelsäule (376 739) durchgeführt. Eine differenzierte Übersicht zu den

<sup>12</sup> Maßgeblich für eine eindeutige Zuordnung der Operationen zu den Fachabteilungen ist hier die Fachabteilung mit der längsten Verweildauer.

Tabelle 21–6

**Die häufigsten Operationen<sup>1)</sup> 2015 nach Vierstellern**

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
5	<b>Operationen insgesamt<sup>2)</sup></b>	<b>16 422 693</b>	<b>100,0</b>
1	5-469 Andere Operationen am Darm	383 686	2,3
2	5-758 Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	314 990	1,9
3	5-032 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	289 249	1,8
4	5-812 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	261 700	1,6
5	5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	257 309	1,6
6	5-749 Andere Sectio caesarea	234 797	1,4
7	5-896 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	233 218	1,4
8	5-820 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	227 293	1,4
9	5-794 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	205 677	1,3
10	5-811 Arthroskopische Operation an der Synovialis	201 586	1,2
11	5-511 Cholezystektomie	199 858	1,2
12	5-839 Andere Operationen an der Wirbelsäule	185 935	1,1
13	5-916 Temporäre Weichteildeckung	181 262	1,1
14	5-814 Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	180 774	1,1
15	5-800 Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	176 779	1,1
16	5-787 Entfernung von Osteosynthesematerial	175 790	1,1
17	5-530 Verschluss einer Hernia inguinalis	174 974	1,1
18	5-822 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	173 304	1,1
19	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	167 554	1,0
20	5-900 Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	165 008	1,0
21	5-790 Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	158 132	1,0
22	5-810 Arthroskopische Gelenkoperation	155 997	0,9
23	5-788 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	155 890	0,9
24	5-215 Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	155 071	0,9
25	5-831 Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	153 091	0,9
26	5-895 Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	152 857	0,9
27	5-892 Andere Inzision an Haut und Unterhaut	142 295	0,9
28	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	141 081	0,9
29	5-385 Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	140 873	0,9
30	5-377 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	136 684	0,8

<sup>1)</sup> Ohne Duplikate.

<sup>2)</sup> Operationen insgesamt beinhaltet auch die Pos. 5-93...5-99 (Zusatzinformationen zu Operationen), die aber hier nicht separat ausgewiesen wurden.

Tabelle 21–7

**Die häufigsten Operationen<sup>1)</sup> 2015 nach Dreistellern**

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
	<b>5 Operationen insgesamt<sup>1)2)</sup></b>	<b>16 422 693</b>	<b>100,0</b>
1	5-81 Arthroskopische Gelenkoperationen	868 932	5,3
2	5-78 Operationen an anderen Knochen	812 711	4,9
3	5-83 Operationen an der Wirbelsäule	795 084	4,8
4	5-89 Operationen an Haut und Unterhaut	681 708	4,2
5	5-79 Reposition von Fraktur und Luxation	626 449	3,8
6	5-82 Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz	568 896	3,5
7	5-51 Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	478 968	2,9
8	5-46 Andere Operationen an Dünn- und Dickdarm	472 514	2,9
9	5-38 Inzision, Exzision und Verschluss von Blutgefäßen	467 834	2,8
10	5-03 Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal	445 020	2,7
11	5-80 Offen chirurgische Gelenkoperationen	362 112	2,2
12	5-90 Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut	360 206	2,2
13	5-75 Andere geburtshilffliche Operationen	351 788	2,1
14	5-21 Operationen an der Nase	323 116	2,0
15	5-45 Inzision, Exzision, Resektion und Anastomose an Dünn- und Dickdarm	320 185	1,9
16	5-85 Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	314 789	1,9
17	5-53 Verschluss abdominaler Hernien	306 087	1,9
18	5-74 Sectio caesarea und Entwicklung des Kindes	301 608	1,8
19	5-39 Andere Operationen an Blutgefäßen	299 505	1,8
20	5-57 Operationen an der Harnblase	261 109	1,6
21	5-37 Rhythmuschirurgie und andere Operationen an Herz und Perikard	243 604	1,5
22	5-91 Andere Operationen an Haut und Unterhaut	241 231	1,5
23	5-15 Operationen an Retina, Choroidea und Corpus vitreum	225 684	1,4
24	5-54 Andere Operationen in der Bauchregion	197 675	1,2
25	5-40 Operationen am Lymphgewebe	173 933	1,1
26	5-49 Operationen am Anus	169 027	1,0
27	5-65 Operationen am Ovar	165 941	1,0
28	5-68 Inzision, Exzision und Exstirpation des Uterus	164 068	1,0
29	5-73 Andere Operationen zur Geburtseinleitung und unter der Geburt	161 258	1,0
30	5-06 Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüse	157 205	1,0

<sup>1)</sup> Ohne Duplikate.

<sup>2)</sup> Operationen insgesamt beinhaltet auch die Pos. 5-93...5-99 (Zusatzinformationen zu Operationen), die aber hier nicht separat ausgewiesen wurden.

häufigsten Operationen der männlichen und weiblichen Behandelten kann im Internetportal [www.krankenhaus-report-online.de](http://www.krankenhaus-report-online.de) (Zusatztablelle 21–e bis 21–g) abgerufen werden.

Auf Ebene der Viersteller gab es unter den chirurgischen Maßnahmen den deutlichsten Anstieg im Vergleich zum Vorjahr bei der sonstigen plastischen Rekonstruktion von Blutgefäßen (38,8%). Danach folgten die offene chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen im Rahmen der extrakorporalen Herz-/Lungenunterstützung mit Gasaustausch (23,0%) sowie minimalinvasive Operationen an den Herzklappen (18,1%). Der stärkste Rückgang war bei der Entnahme eines Knochentransplantats (18,8%) zu verzeichnen. Ebenfalls rückläufig waren die operative Entfernung eines Gewebekegels aus dem Gebärmutterhals im Bereich des Muttermundes (15,7%) sowie die offene chirurgische Bandplastik am Kniegelenk (14,4%). Nach Dreistellern aufgeschlüsselt zeigte sich im Vergleich zum Vorjahr der stärkste Zuwachs bei Operationen an Haut und Unterhaut im Rahmen von Verbrennungen und Verätzungen (11,5%). Danach folgten sonstige Operationen an Lunge und Bronchus (10,0%) sowie an Eileitern (9,9%). Zu den chirurgischen Maßnahmen mit dem höchsten Rückgang gehörten das Einschneiden und Entfernen der Gebärmutter (6,3%), andere Operationen an der Gebärmutter und den Parametrien (5,8%) sowie an den Harnorganen (5,5%). Die entsprechenden Tabellen sind im Internetportal [www.krankenhaus-report-online.de](http://www.krankenhaus-report-online.de) (Zusatztablelle 21–h bis 21–l) zu finden.

Zur Vermeidung nicht notwendiger vollstationärer Krankenhausbehandlungen und zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen und patientengerechten Versorgung sind weiterhin ambulante Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe in 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 Bewertungsmaßstabs (EBM) bzw. der Euro-Gebührenordnung abgerechnet. Dieser Leistungen werden deshalb über die Grunddaten der Krankenhäuser (vgl. Kapitel 19 in diesem Band) erfasst und entsprechend nachgewiesen und nicht in der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik.

## 21.6 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.<sup>13</sup>

<sup>13</sup> Maßgeblich für die statistische Fachabteilungsabgrenzung ist die Fachabteilungsgliederung nach Anlage 2, Schlüssel 6 der Datenübermittlungsvereinbarung der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen gem. § 301 Abs. 3 SGB V.

Tabelle 21–8

**Durchlaufene Fachabteilungen 2015 nach Geschlecht**

Durchlaufene Fachabteilungen <sup>1)</sup>	Patientinnen und Patienten					
	Insgesamt		Männer		Frauen	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Eine Fachabteilung	16 784 885	89,9	7 846 336	88,9	8 938 301	90,8
Zwei Fachabteilungen	1 599 828	8,6	829 349	9,4	770 445	7,8
Drei und mehr	280 525	1,5	149 143	1,7	131 379	1,3

<sup>1)</sup> Ohne Rückverlegungen

© Statistisches Bundesamt 2017

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Danach wurden 89,9% der Behandelten ausschließlich in einer Fachabteilung versorgt. Behandlungen in zwei verschiedenen Fachabteilungen erfolgten noch in 8,6% der Fälle. Die häufigsten Verlegungen gabe es 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 1,5% nur noch sehr selten (Tabelle 21–8).

Der größte Teil der Patientinnen und Patienten wurde in den Fachabteilungen Innere Medizin (5,7 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 5,8 Tagen, in der Allgemeinen Chirurgie bei 6,0 Tagen und in der Frauenheilkunde/ Geburtshilfe bei 3,7 Tagen (Abbildung 21–8<sup>14</sup>).

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 5,2 Millionen Fällen (27,8%), die Allgemeine Chirurgie mit 2,9 Millionen Fällen (15,3%) sowie die Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit 2,0 Millionen Fällen (10,5%) die patientenstärksten Fachabteilungen. Auf dieser Basis betrug die durchschnittliche Verweildauer in der Inneren Medizin 6,3 Tage, in der Allgemeinen Chirurgie 6,4 Tage sowie in der Frauenheilkunde/ Geburtshilfe 3,8 Tage.

Am häufigsten wurden die Patientinnen und Patienten der Inneren Medizin aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems behandelt. Nach der Hauptdiagnose war in 320 525 Fällen eine Herzinsuffizienz (I50) Ursache der Behandlung und betraf 6,2% aller Patientinnen und Patienten dieser Abteilung. Die entsprechende durchschnittliche Verweildauer lag bei 9,7% Tagen. Jüngere Patienten waren davon kaum betroffen, 90% der Behandelten mit diesem Krankheitsbild waren 65 Jahre und älter (Tabelle 21–9<sup>15</sup>).

14 Patientinnen und Patienten, die in verschiedenen Fachabteilungen behandelt wurden, werden auch entsprechend mehrfach nachgewiesen.

15 Fachabteilung mit der längsten Verweildauer.

Abbildung 21–8



Der zweithäufigste Behandlungsanlass für eine stationäre Versorgung in der Inneren Medizin war das Vorhofflimmern und Vorhoffattern (I48) mit 186 153 Behandlungsfällen. Sie war Ursache in 3,6% aller Fälle dieser Abteilung und betraf mit 72,7% in erster Linie ebenfalls die über 65-Jährigen. Die durchschnittliche Verweildauer lag hier bei 4,5 Tagen.

Die essentielle primäre Hypertonie (I10) war für weitere 3,4% der Behandlungsfälle der Inneren Medizin verantwortlich. Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose verbrachten im Schnitt 4,2 Tage im Krankenhaus. Fast zwei Drittel der Behandelten waren auch hier 65 Jahre und älter.

Insgesamt wurden in der Inneren Medizin rund 12,6 Millionen Operationen und medizinische Prozeduren, darunter 931 513 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 sonstigen 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 21–5<sup>16</sup>).

<sup>16</sup> Fachabteilung mit der längsten Verweildauer.

Tabelle 21–9  
**Patientinnen und Patienten mit den häufigsten Hauptdiagnosen in den Fachabteilungen<sup>1)</sup> Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2015**

Rang Pos.	ICD- Diagnose/Behandlungsanlass	Durchschnittl. Verweildauer in Tagen	Insgesamt <sup>2)</sup> Anzahl	Patienten				3 251 796
				davon im Alter von ... bis unter ... Jahren				
				0–15	15–45	45–65	65 und älter	
<b>Innere Medizin</b>								
<b>Fachabteilung Innere Medizin insgesamt</b>								
1	I50 Herzinsuffizienz	6,3	5190724	6100	617971	1314838	288469	
2	I48 Vorhoffimmern und Vorhofflattern	9,7	320525	2	2041	30013	135268	
3	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	4,5	186153	–	5060	45825	117312	
4	J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	4,2	177319	5	11441	48561	125768	
5	J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	8,3	175539	2	2432	47337	135021	
6	I20 Angina pectoris	9,0	174335	54	11298	27962	85912	
7	I21 Akuter Myokardinfarkt	3,5	137794	1	5300	46581	82944	
8	R55 Synkope und Kollaps	7,0	124201	–	3891	37365	67272	
9	K29 Gastritis und Duodenitis	4,2	106480	121	16057	23029	49022	
10	E11 Diabetes mellitus, Typ 2	4,0	105104	50	25700	30330	67891	
11	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	9,2	101068	7	4974	28196	9119	
12	F07 Hals- und Brustschmerzen	3,4	100698	237	45555	45780	35617	
13	E86 Volumenmangel	2,2	99686	35	24521	39513	84539	
14	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	5,9	92355	9	2109	5698	60075	
15	A09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	3,4	89175	1	1261	27838	16864	
		4,2	81222	342	24368	16864	39648	

Tabelle 21–9

**Fortsetzung**

Rang	ICD-Pos.	Diagnose/Behandlungsanlass	Durchschnittl. Verweildauer in Tagen	Insgesamt <sup>2)</sup> Anzahl	Patienten			
					davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
					0–15	15–45	45–65	65 und älter
<b>Allgemeine Chirurgie</b>								
<b>Fachabteilung Allgemeine Chirurgie insgesamt</b>								
1	K40	Hernia inguinalis	6,4	2855 187	54 478	633 504	938 482	1 228 717
2	K80	Cholelithiasis	2,1	153 742	1 102	25 485	59 049	68 105
3	K35	Akute Appendizitis	5,0	151 812	144	40 568	60 725	50 375
4	S06	Akute Appendizitis	4,7	87 574	7 398	52 035	19 211	8 930
5	I70	Intrakranielle Verletzung	2,3	87 420	7 382	28 798	14 579	36 659
6	S72	Atherosklerose	10,7	80 611	–	513	22 216	57 882
7	K57	Fraktur des Femurs	12,8	67 896	370	1 895	7 598	58 033
8	M17	Divertikulose des Darms	9,4	67 682	3	7 457	33 016	27 206
9	K56	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	9,4	67 029	4	1 647	24 072	41 306
10	S52	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	8,1	63 453	382	7 941	16 489	38 640
11	S82	Fraktur des Unterarmes	3,8	56 430	4 902	7 837	16 033	27 658
12	M54	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	7,5	55 704	1 667	14 606	20 386	19 045
13	M16	Rückenschmerzen	5,0	53 141	44	10 307	18 829	23 961
14	K43	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	10,8	51 082	2	992	15 313	34 775
15	E04	Hernia ventralis	6,3	49 167	40	6 619	20 399	22 109
		Sonstige nichttoxische Struma	3,3	48 457	61	11 216	26 283	10 897

<sup>1)</sup> Fachabteilung mit der längsten Verweildauer

<sup>2)</sup> Einschließlich Fälle mit unbekanntem Alter

© Statistisches Bundesamt 2017

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Tabelle 21-10

Häufigste Operationen in den Fachabteilungen<sup>1)</sup> Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2015

Rang	Maßnahme <sup>2)</sup>	Insgesamt <sup>4)</sup>					
		in %	Anzahl	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
				0-15	15-45	45-65	65 und älter
Innere Medizin			Anzahl				
<b>Insgesamt Operationen und Prozeduren</b>			<b>12 561 582</b>	<b>5 040</b>	<b>9 784 441</b>	<b>3 449 528</b>	<b>8 128 549</b>
	Operationen Kapitel 5 <sup>3)</sup>	100	931 513	561	51 060	231 265	648 627
1	5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	18,0	168 038	5	12 070	38 983	116 980
2	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	12,0	111 710	3	3 289	29 623	78 795
3	5-469 Andere Operationen am Darm	10,2	94 953	6	3 908	25 267	65 772
4	5-377 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	8,0	74 245	–	1 999	12 909	59 337
5	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	4,1	38 237	12	2 004	11 962	24 259
6	5-429 Andere Operationen am Ösophagus	3,5	32 570	–	2 387	11 804	18 379
7	5-378 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	3,3	30 923	–	586	4 305	26 032
8	5-449 Andere Operationen am Magen	3,2	29 621	–	1 457	6 459	21 705
9	5-431 Gastrostomie	2,0	18 813	4	675	4 161	13 973
10	5-896 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	1,8	16 350	9	610	4 371	11 360
<b>Allgemeine Chirurgie</b>							
<b>Insgesamt Operationen und Prozeduren</b>			<b>8 943 273</b>	<b>61 372</b>	<b>1 306 857</b>	<b>3 039 031</b>	<b>4 535 998</b>
	Operationen Kapitel 5 <sup>3)</sup>	100	4 786 270	45 187	860 433	1 779 356	2 101 293
1	5-469 Andere Operationen am Darm	3,8	183 567	508	21 747	62 937	98 375
2	5-511 Cholezystektomie	3,8	180 017	142	42 187	70 364	67 324
3	5-530 Verschluss einer Hernia inguinalis	3,3	157 715	1 307	25 905	60 499	70 004
4	5-812 Arthroskopische Operation am Gelenknorpel und an den Menisken	2,1	101 920	494	25 180	50 713	25 533
5	5-470 Appendektomie	2,0	97 809	8 169	59 560	20 578	9 502
6	5-896 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2,0	94 862	688	13 660	28 889	51 625

Tabelle 21-10

**Fortsetzung**

Rang	Maßnahme <sup>2)</sup>	Insgesamt <sup>4)</sup>					
		in %	Anzahl	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
				0-15	15-45	45-65	65 und älter
			Anzahl				
<b>Allgemeine Chirurgie</b>							
7	5-794 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	1,9	88 647	569	11 733	27 786	48 559
8	5-916 Temporäre Weichteildeckung	1,6	78 201	121	7 500	24 137	46 443
9	5-032 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	1,6	77 593	101	12 246	29 762	35 484
10	5-455 Partielle Resektion des Dickdarmes	1,6	77 380	51	6 425	25 878	45 026

<sup>1)</sup> Fachabteilung mit der längsten Verweildauer

<sup>2)</sup> Ohne Duplikate

<sup>3)</sup> Operationen insgesamt beinhaltet auch die Pos. 5-93...5-99 (Zusatzinformationen zu Operationen), die aber hier nicht separat ausgewiesen wurden.

<sup>4)</sup> Einschließlich Fälle mit unbekanntem Alter

© Statistisches Bundesamt 2017

Krankenhaus-Report 2018

Wido

In der zweiten an dieser Stelle ausgewiesenen Fachabteilung, der Allgemeinen Chirurgie, wurden knapp 2,9 Millionen Fälle für die durchschnittliche Dauer von 6,4 Tagen stationär im Krankenhaus versorgt. Häufigster Behandlungsanlass nach Diagnosekapiteln in dieser Abteilung waren Krankheiten des Verdauungssystems.

Mit einem Anteil von 5,4% wurden die Patientinnen und Patienten der Allgemeinen Chirurgie am häufigsten aufgrund eines Leistenbruchs (K40) stationär behandelt (153 742 Fälle). Sie verbrachten durchschnittlich 2,1 Tage im Krankenhaus. 44,3% der Behandelten mit dieser Diagnose waren 65 Jahre und älter und 38,4% waren zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt.

Die zweithäufigste in der Chirurgie behandelte Erkrankung war mit einem Anteil von 5,3% und 151 812 Fällen das Gallensteinleiden (K80). Der größte Teil der Patientinnen und Patienten mit dieser Erkrankung war zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt (40,0%) sowie 65 Jahre und älter (33,2%).

Der dritthäufigste Grund für eine vollstationäre Versorgung in der Chirurgie war die akute Blinddarmentzündung (K35), die bei 87 574 Patientinnen und Patienten behandelt wurde und einen Anteil von 3,1% ausmachte. Der Krankenhausaufenthalt mit dieser Diagnose dauerte im Schnitt 4,7 Tage und betraf vor allem Personen im jüngeren bis mittleren Alter zwischen 15 bis unter 45 Jahre. Ihr Anteil lag bei 59,4%.

Zusammengenommen wurden in der Allgemeinen Chirurgie 8,9 Millionen Operationen und Prozeduren durchgeführt, darunter 4,8 Millionen operative Eingriffe nach Kapitel 5 des OPS. An oberster Stelle standen sonstige Operationen am Darm (5-469), gefolgt von der Gallenblasenentfernung (5-511) und dem Verschluss eines Leistenbruchs (5-530). Mit Anteilen zwischen 37,4% und 53,6% war bei allen drei Operationen der jeweils größte Teil der Operierten 65 Jahre und älter.

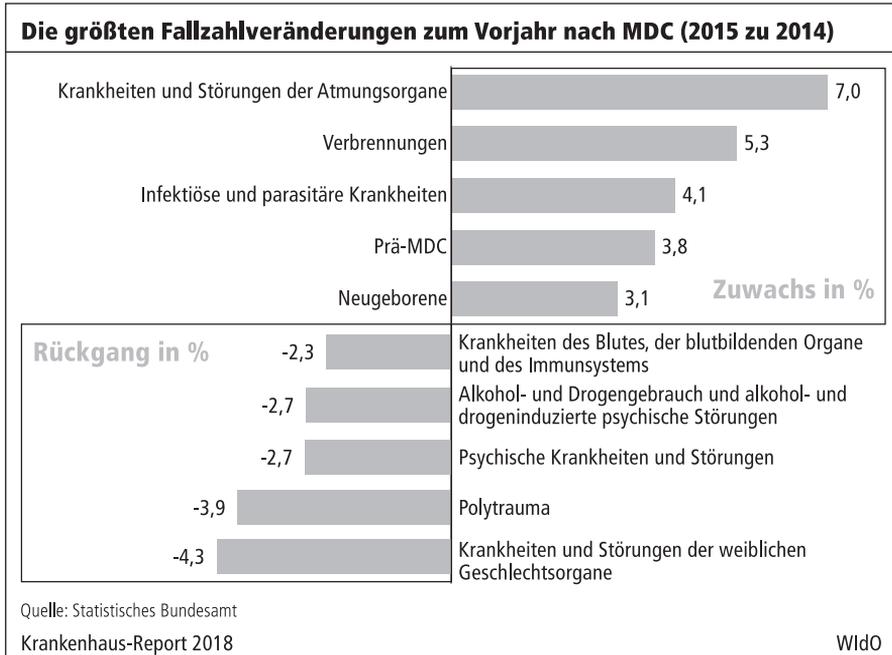
## 21.7 Leistungsmengen und Leistungsstrukturen der Krankenhäuser

Fallpauschalen bilden die Grundlage für das Vergütungssystem der akutstationären Krankenhausleistungen in deutschen Krankenhäusern, in dem Behandlungsfälle entsprechend ihrem Behandlungsaufwand nach pauschalierten Preisen vergütet werden.<sup>17</sup> 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 2015 an erster Stelle Krankheiten und Störungen

<sup>17</sup> 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 sowohl freiwillig teilnehmender als auch ausgewählter verpflichteter 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](http://www.g-drg.de) heruntergeladen werden.

Abbildung 21–9



des Kreislaufsystems (15,6%). An zweiter und dritter Stelle folgten Krankheiten und Störungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes (14,8%) sowie der Verdauungsorgane (11,5%). Hinsichtlich des Leistungsumfanges hatten diese drei Gruppen jeweils auch die höchsten Anteile (zwischen 18,6% und 9,2%) am gesamten Casemix-Volumen des Jahres 2015. Die entsprechenden Tabellen können im Internetportal [www.krankenhaus-report-online.de](http://www.krankenhaus-report-online.de) (Zusatztabellen 21–m und 21–n) abgerufen werden.

Die größten Fallzahlzuwächse gegenüber dem Vorjahr waren bei der MDC „Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane“ (7,0%) zu verzeichnen. Die MDCs „Verbrennungen“ (5,3%) sowie „Infektiöse und parasitäre Krankheiten“ (4,1%) lagen an zweiter und dritter Stelle. Den stärksten Rückgang wies die MDC „Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane“ (4,3%) auf. Ebenfalls rückläufig waren weiterhin die MDCs „Polytrauma“ (3,9%) sowie „Psychische Krankheiten und Störungen“ (2,7%) (Abbildung 21–9).

Die Versorgung gesunder Neugeborener (599 036 Fälle), die Speiseröhrentzündung, Magen-Darm-Entzündung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe Prozedur oder Diagnose (489 980 Fälle) sowie die Entbindung ohne komplizierende Diagnose (355 324 Fälle) waren im Jahr 2015 die insgesamt am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen (DRGs) (Abbildung 21–10). Von den knapp 1 200 mit dem Fallpauschalenkatalog bewerteten und abrechenbaren DRGs machten dabei die zwanzig häufigsten bereits 26,5% und die fünfzig häufigsten DRGs 42,7% des gesamten DRG-Leistungsspektrums aus. Nach der sogenannten Partition aufgeschlüsselt waren 58,4% medizinische Behandlungen

Abbildung 21–10

<b>Die zehn häufigsten Fallpauschalen (DRGs) der Patientinnen und Patienten 2015</b>	
	<b>DRGs</b>
Gesundes Neugeborenes, Aufnahmegewicht über 2499 g	<b>P67D</b> 599 036
Entzündung der Speiseröhrenschleimhaut, Magen-Darm-Entzündung etc. ohne komplexe Prozedur oder Diagnose	<b>G67C</b> 489 980
Entbindung ohne komplizierende Diagnose	<b>O60D</b> 355 324
Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere Begleiterkrankung oder ohne Dialyse, ohne Reanimation, ohne komplizierende Diagnose	<b>F62B</b> 334 944
Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, bei and. Femurfraktur etc.	<b>I68D</b> 323 820
Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere Begleiterkrankung	<b>F71B</b> 276 909
Entzündung der Speiseröhrenschleimhaut, Magen-Darm-Entzündung etc. mit komplexer Diagnose oder gastrointestinaler Blutung	<b>G67B</b> 246 342
Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere Begleiterkrankung, Alter > 0 Jahre, ohne Komplexbehandlung bei MRE	<b>E77I</b> 237 547
Andere Kopfverletzungen	<b>B80Z</b> 223 974
Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere Begleiterkrankung	<b>F67D</b> 220 621
	<b>Anzahl</b>

Quelle: Statistisches Bundesamt  
Krankenhaus-Report 2018

WIdO

ohne chirurgische Eingriffe (Partition M), 36,0% operative Behandlungen (Partition O) und 5,6% nichtoperative, jedoch invasive medizinische Maßnahmen (Partition A). Die höchsten Anteile des Casemix entfielen dabei mit 60,9% auf operative Eingriffe und 32,9% auf medizinische Behandlungen. 6,2% umfassten die nichtoperativen, invasiven medizinischen Maßnahmen.

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 (2,0%), gefolgt von der Endoprothesenimplantation oder -revision am Kniegelenk (1,4%) sowie der Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere Begleiterkrankungen (1,4%) an oberster Stelle. Zusammengenommen entfielen auf diese drei DRGs für die Behandlung von 634 725 Patientinnen und Patienten 4,8% der Behandlungserlöse mit einem Volumen von 3,1 Milliarden Euro (Tabelle 21–11).

Nach der DRG-Bewertungsrelation waren die teuersten und komplexesten Behandlungen die Versorgung von Schwerstverletzten mit Polytrauma beziehungsweise von Komapatienten, die einer hochaufwändigen intensivmedizinischen Behandlung bedurften (A06A und A06B). Hierzu gehörte ebenfalls die Transplanta-

Tabelle 21-11  
DRGs nach Anteil am Erlösvolumen 2015

DRG	Bezeichnung	Fälle <sup>1)</sup>	Anteil an allen Fällen in %	Erlösvolumen <sup>2)</sup> in 1000 EUR	Anteil am Erlösvolumen in %
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenks ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff	177 386	1,0	1 273 480 475	2,0
I44B	Endoprothesenimplantation/-revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere Komplikation oder Begleiterkrankung	122 786	0,7	935 829 289	1,4
F62B	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere Begleiterkrankung	334 553	1,8	913 801 004	1,4
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, bei and. Femurfraktur etc.	323 587	1,7	642 062 824	1,0
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere Begleiterkrankung	489 827	2,6	607 369 505	0,9

<sup>1)</sup> Ohne Fälle der integrierten Versorgung

<sup>2)</sup> 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.

© Statistisches Bundesamt 2017

Krankenhaus-Report 2018

Wido

Tabelle 21-12

**Komplexe Leistungen: Am höchsten bewertete DRGs 2015**

DRG	Bezeichnung	Bewertungs- relation	Fälle <sup>1)</sup>	Anteil an allen Fällen in %	Erlös- volumen <sup>2)</sup> in 1000 EUR	Anteil am Erlösvolumen in %
A06A	Operation oder Polytrauma mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplex- behandlung sowie Beatmung über 1 799 Stunden	65,943	586	0,003	147 947	0,23
A18Z	Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion mit Beatmung über 999 Stunden	60,413	154	0,001	44 295	0,07
A06B	Operation oder Polytrauma ohne hochkomplexen Eingriff oder intensivmedizinischer Komplex- behandlung sowie Beatmung über 1 799 Stunden	47,432	1 141	0,006	197 852	0,30
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur	46,873	209	0,001	32 522	0,05
A07A	Operation oder Polytraumamit hochkomplexem oder dreizeitigem komplexen Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung sowie Beatmung > 999 und < 1800 Stunden	44,014	756	0,004	128 896	0,20

<sup>1)</sup> Ohne Fälle der integrierten Versorgung

<sup>2)</sup> Das bewertete Erlösvolumen wird ermittelt aus dem Produkt der effektiven Bewertungsrelation und dem jeweiligen Landesbasisfallwert (mit Angleichungsbetrag) der behandelten Krankenhausfälle. Berücksichtigt sind dabei tagesbezogene Abschlüsse bei Unterschreitung der unteren Grenzwelldauer und Zuschläge bei Überschreitung der oberen Grenzwelldauer 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.

© Statistisches Bundesamt 2017

Krankenhaus-Report 2018

Wido

tion lebenswichtiger Organe, unter anderem von Leber, Lunge und Herz, mit einer Langzeitbeatmung der Patienten (A18Z). Für diese drei DRGs wurden näherungsweise rund 309 Millionen Euro im Rahmen der notfall- und intensivmedizinischen Behandlung von 1 881 Patientinnen und Patienten abgerechnet, was einen Anteil von 0,6% am Erlösvolumen ausmachte. Die auf Basis ihrer Bewertungsrelation teuerste DRG mit der Durchführung einer hochkomplexen Operation oder einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung und Beatmung von über 1 799 Stunden (A06A) kostete je Patientin/Patient durchschnittlich 252 470 Euro (Tabelle 21–12).

Tabelle 21–13

**Casemix, Casemix-Index und Erlöse je Fall nach Bundesländern 2015**

Sitz des Krankenhauses	Casemix <sup>1)</sup>			Casemix-Index <sup>2)</sup>	Erlös je Fall <sup>3)</sup> in Euro	
	Insgesamt <sup>4)</sup>	DRG-Partition				
		O	M			A
<b>Deutschland</b>	<b>20 307 606</b>	<b>12 367 513</b>	<b>6 680 446</b>	<b>1 259 639</b>	<b>1,09</b>	<b>3 520</b>
Baden-Württemberg	2 309 854	1 460 284	749 151	100 419	1,11	3 575
Bayern	3 045 431	1 892 903	1 003 598	148 929	1,06	3 465
Berlin	985 821	632 024	274 386	79 408	1,24	3 955
Brandenburg	572 032	318 033	201 441	52 557	1,09	3 474
Bremen	223 656	139 281	70 909	13 466	1,11	3 595
Hamburg	602 467	405 675	151 911	44 880	1,26	4 029
Hessen	1 428 568	872 003	459 082	97 480	1,09	3 456
Mecklenburg-Vorp.	431 116	259 934	149 852	21 330	1,09	3 492
Niedersachsen	1 754 738	1 063 090	594 411	97 237	1,06	3 391
Nordrhein-Westfalen	4 796 452	2 847 622	1 600 933	347 898	1,09	3 473
Rheinland-Pfalz	921 993	533 535	335 537	52 922	1,01	3 426
Saarland	290 642	173 919	101 549	15 174	1,08	3 554
Sachsen	1 098 792	672 979	374 754	51 058	1,13	3 594
Sachsen-Anhalt	610 898	352 472	215 971	42 456	1,07	3 408
Schleswig-Holstein	601 869	370 390	180 342	51 137	1,11	3 547
Thüringen	633 279	373 369	216 619	43 290	1,12	3 569

<sup>1)</sup> Der Casemix ergibt sich aus Summe der effektiven Bewertungsrelationen der behandelten Krankenhausesfälle 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.

<sup>2)</sup> Der Casemix-Index ist Summe der von den Krankenhäusern abgerechneten effektiven Bewertungsrelationen (CM) dividiert durch die Zahl der behandelten Fälle.

<sup>3)</sup> Das bewertete Erlösvolumen wird ermittelt aus dem Produkt der effektiven Bewertungsrelation und dem jeweiligen Landesbasisfallwert (mit Angleichungsbetrag) der behandelten Krankenhausesfälle. 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.

<sup>4)</sup> Einschl. der Fälle mit unbekannter Partition

Im Hinblick auf den Schweregrad der Erkrankung erfolgten nach dem Casemix-Index (CMI) die aufwändigsten bzw. schwerwiegendsten Behandlungen in den Fachabteilungen der Herzchirurgie (5,53), Intensivmedizin (4,87) und Kinderkardiologie (3,65). Das leichteste Erkrankungsspektrum wurde in der Geburtshilfe (0,48), der Augenheilkunde (0,61) sowie der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (0,61) behandelt. Eine differenzierte Übersicht zum Casemix-Index nach Fachabteilungen und Altersgruppen der Patientinnen und Patienten ist im Internetportal [www.krankenhaus-report-online.de](http://www.krankenhaus-report-online.de) (Zusatztabellen 21–o bis 21–q) eingestellt.

Die im Durchschnitt höchsten Erlöse je Fall wurden in Krankenhäusern in Hamburg (4 029 Euro), Berlin (3 955 Euro) und Bremen (3 595 Euro) erzielt. Am niedrigsten lagen sie in Niedersachsen (3 391 Euro), in Sachsen-Anhalt (3 408 Euro) und Rheinland-Pfalz (3 426 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 1,06 die durchschnittlichen Fallerlöse der Krankenhäuser in Niedersachsen bei 3 391 Euro, in Bayern dagegen bei 3 465 Euro (Tabelle 21–13).

This page intentionally left blank

Teil V

# Krankenhaus-Directory

---

(Kapitel 22)

This page intentionally left blank

# 22 Krankenhaus-Directory 2016

## DRG-Krankenhäuser im Vergleich

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 1 329 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](http://www.krankenhaus-report-online.de)).

Die einzelnen Spalten des Directories haben folgende Bedeutung:

### Krankenhausname

Mit einem \* gekennzeichnete Einrichtungen haben nach Abschluss der Vereinbarung 2016 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 2016, andernfalls aus den Vorjahren. Krankenhäuser mit einer Bettenzahl von 200 bis unter 500 bilden mit 37% der hier dargestellten Einrichtungen die größte Gruppe, gefolgt von der Größenklasse kleiner 50 mit 24% und 100 bis unter 200 mit 22%. Lediglich 5% 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 2016, Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft stellen 39% der hier dargestellten Einrichtungen, gefolgt von den öffentlichen mit 33%. Die restlichen 28% 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 Krankenhaushfälle 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.<sup>1</sup> Der Z-Bax umfasst alle relevanten Zu- und Abschlagstatbestände. Deren Vergütung wird ebenfalls je Bewertungsrelation, also analog dem Basisfallwert ausgedrückt (Friedrich et al. 2010).<sup>2</sup>

In der Spalte für den Basisfallwert ist ein „BE“ zu finden, wenn das gesamte Krankenhaus 2016 keine DRG-Entgelte vereinbart hat, z. B. auf Basis der Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen 2016, 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](http://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, Kapung, 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](http://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 22-1 und 22-2 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. in ihrem Schweregrad. In der G-DRG-Version 2016 gibt es 555 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 dokumentiert<sup>3</sup>. Die Nummern der MDCs bedeuten Folgendes:

- 1 Prä-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

<sup>3</sup> 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 2016 u. a. 45 DRGs (davon drei teilstationäre), zu denen keine sachgerechte Bewertungsrelation durch das InEK ermittelt werden konnte, aber auch Leistungen in besonderen Einrichtungen und teilstationäre Behandlung<sup>4</sup>. 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 98 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 2016 von der Abrechnung nach DRG-Fallpauschalen und der Budgetkonvergenz ausgenommen sind. „N“ markiert Einrichtungen, in denen 2016 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 2016 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 geographische Mittelpunkt des 5-stelligen PLZ-Gebiets des Patientenwohnorts, als Endpunkt die vollständige Adresse des Krankenhauses.

<sup>4</sup> 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 es 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 2016.

### Infozeile Bundesland

Die Darstellung ist sortiert nach Bundesländern und dem Namen des Standortes. Für jedes Bundesland werden in einer Zeile die gewichteten Mittelwerte CMI, Anteile der Partitionen an Gesamtfällen, Leistungsdichte Basis-DRG, Top MDC, Budgetanteile von Zusatzentgelten und sonstigen Entgelten sowie die Anzahl der Krankenhäuser mit vereinbarten besonderen Leistungen dargestellt (Tabelle 22–3).

### 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, Operation bei gutartiger Prostatavergrößerung, Prostataentfernung bei Prostatakrebs und therapeutische Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt ([www.krankenhaus-report-online.de](http://www.krankenhaus-report-online.de)). Das aktuelle Verfahrensjahr 2017 umfasst den Berichtszeitraum 2013 bis 2015 mit 2016 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](http://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; S. 122–47.

Tabelle 22-1  
Verteilung der vereinbarten Fallzahlen 2016 auf Fallzahl-Quintile für die 30 häufigsten vollstationären Basis-DRGs der operativen Partition

ADR	Beschreibung	MDC	Parti- tion	Fallzahl	Anzahl KH	Anteil KH	Durch- schn. Fallzahl	1. Quintil		2. Quintil		3. Quintil		4. Quintil		5. Quintil	
								Fallzahl	anteil								
001	Sectio caesarea	14	0	196117	608	47%	323	708	44%	376	23%	244	15%	175	11%	106	7%
I47	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodes, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	8	0	168965	931	72%	181	440	49%	204	22%	136	15%	90	10%	36	4%
G24	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien u. and. Hernien, Alt. > 0 J. od. beidseit. Ingr. bei Leisten- und Schenkelhernien, Alt. > 0 J. u. < 56 J. oder Ingr. bei Leisten- u. Schenkelhernien, Alt. > 55 J.	6	0	163158	933	72%	175	346	40%	209	24%	154	18%	111	13%	53	6%
L20	Transurethrale Eingriffe außer Prostatarsektion und komplexe Uretorenoskopien	11	0	145598	519	40%	281	635	45%	396	28%	262	19%	100	7%	7	0%
I10	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule	8	0	144305	812	63%	178	522	59%	220	25%	105	12%	35	4%	4	0%
H08	Laparoskopische Cholezystektomie	7	0	141431	896	70%	158	303	39%	190	24%	142	18%	106	13%	48	6%
I13	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk	8	0	141297	965	75%	146	323	44%	177	24%	120	16%	79	11%	32	4%
I44	Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk	8	0	137833	864	67%	160	392	49%	181	23%	116	15%	74	9%	33	4%
F59	Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation	5	0	135805	733	57%	185	512	55%	257	28%	121	13%	32	3%	2	0%
D30	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC	3	0	121256	614	48%	197	676	69%	202	20%	77	8%	28	3%	4	0%
F58	Perkutane Koronarangioplastie	5	0	108165	570	44%	190	476	50%	227	24%	146	15%	85	9%	16	2%
I08	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur	8	0	96943	955	74%	102	232	46%	120	24%	81	16%	53	10%	21	4%
I20	Eingriffe am Fuß	8	0	92048	985	77%	93	273	58%	95	20%	55	12%	32	7%	13	3%
G26	Anderer Eingriffe am Anus	6	0	92013	923	72%	100	245	49%	113	23%	76	15%	47	9%	18	4%
G23	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC	6	0	88089	908	71%	97	196	41%	116	24%	88	18%	58	12%	25	5%
F52	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose	5	0	85431	596	46%	143	330	46%	186	26%	124	17%	67	9%	8	1%
I21	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule oder komplexer Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder bestimmte Eingriffe an der Klavikula	8	0	85178	963	75%	88	189	43%	110	25%	75	17%	49	11%	18	4%

Tabelle 22-1  
Fortsetzung

ADRG	Beschreibung	MDC	Parti- tion	Fallzahl	Anzahl KH	Anteil KH	Durch- schn. Fallzahl	1. Quintil		2. Quintil		3. Quintil		4. Quintil		5. Quintil	
								Durch- schn. Fallzahl	Fall- zahl- anteil								
D06	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen	3	0	82841	554	43%	150	475	64%	173	23%	68	9%	26	3%	4	1%
J11	Anderer Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma	9	0	81727	1 029	80%	79	216	55%	89	22%	54	14%	29	7%	8	2%
I09	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule	8	0	81520	824	64%	99	277	56%	121	24%	60	12%	28	6%	8	2%
I32	Eingriffe an Handgelenk und Hand	8	0	76782	942	73%	82	279	69%	76	19%	32	8%	14	4%	5	1%
I29	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula	8	0	73331	942	73%	78	223	57%	81	21%	47	12%	27	7%	11	3%
F12	Implantation eines Herzschrittmachers	5	0	71548	821	64%	87	206	48%	112	26%	69	16%	36	8%	11	3%
I18	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm	8	0	70954	974	76%	73	213	58%	73	20%	43	12%	25	7%	9	3%
F39	Unterbindung und Stripping von Venen	5	0	70000	812	63%	86	329	77%	60	14%	27	6%	11	3%	3	1%
C08	Extrakapsuläre Extraduktion der Linse (ECCE)	2	0	68892	226	18%	305	868	58%	368	24%	203	13%	62	4%	10	1%
J22	Anderer Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC	9	0	63627	938	73%	68	285	84%	30	9%	14	4%	7	2%	3	1%
K06	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus	10	0	62948	852	66%	74	247	67%	65	18%	35	9%	16	4%	5	1%
G18	Eingriffe an Dünn- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr	6	0	60550	893	69%	68	148	44%	84	25%	57	17%	37	11%	13	4%
F50	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie	5	0	60090	310	24%	194	569	59%	221	23%	118	12%	49	5%	12	1%

n = 1 329 Vereinbarungen des Jahres 2016 (Datenstand: 28.09. 2017)

Krankenhaus-Report 2018

WIGD

Tabelle 22-2

## Verteilung der vereinbarten Fallzahlen 2016 auf Fallzahl-Quintile für die 30 häufigsten vollstationären Basis-DRGs der medizinischen Partition

ADR	Beschreibung	MDC	Pardition	Fallzahl	Anzahl KH	Anteil KH	1. Quintil		2. Quintil		3. Quintil		4. Quintil		5. Quintil		
							Durchschn. Fallzahl	Fallzahlanteil									
G67	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	6	M	724.704	1.073	83%	675	1.471	44%	885	26%	600	18%	366	11%	51	1%
P67	Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g	15	M	592.161	638	50%	928	1.977	43%	1.116	24%	741	16%	524	11%	275	6%
O60	Vaginale Entbindung	14	M	406.499	608	47%	669	1.398	42%	795	24%	537	16%	381	11%	226	7%
I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich	8	M	372.805	1.158	90%	322	818	51%	392	24%	240	15%	130	8%	28	2%
F62	Herzinsuffizienz und Schock	5	M	312.467	1.038	81%	301	635	42%	374	25%	264	18%	177	12%	53	4%
E77	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	4	M	275.485	1.049	82%	263	599	46%	328	25%	214	16%	134	10%	39	3%
L90	Nierensuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse	11	M	268.140	135	10%	1.986	6.599	66%	2.771	28%	359	4%	149	2%	53	1%
F71	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen	5	M	254.728	1.034	80%	246	585	48%	318	26%	197	16%	110	9%	22	2%
F67	Hypertonie	5	M	213.168	1.028	80%	207	443	43%	262	25%	184	18%	120	12%	28	3%
B70	Apoplexie	1	M	209.650	1.071	83%	196	645	66%	233	24%	65	7%	26	3%	7	1%
O65	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme	14	M	204.615	726	56%	282	668	48%	361	26%	234	17%	128	9%	15	1%
B80	Andere Kopfverletzungen	1	M	197.348	967	75%	204	550	54%	245	24%	137	13%	72	7%	14	1%
E65	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung	4	M	189.519	1.020	79%	186	437	47%	219	24%	148	16%	95	10%	30	3%
E69	Bronchitis und Asthma bronchiale	4	M	179.808	1.036	80%	174	416	48%	222	26%	130	15%	75	9%	23	3%
F73	Synkope und Kollaps	5	M	164.245	1.063	83%	155	343	44%	198	26%	131	17%	80	10%	20	3%
L64	Harnsteine und Harnwegsobstruktion	11	M	161.659	971	75%	166	494	60%	212	25%	77	9%	37	4%	10	1%
E71	Neubildungen der Atmungsorgane	4	M	149.948	994	77%	151	546	72%	127	17%	51	7%	23	3%	7	1%
L63	Infektionen der Harnorgane	11	M	148.945	1.037	81%	144	334	47%	189	26%	114	16%	65	9%	15	2%
K62	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen	10	M	147.595	1.067	83%	138	296	43%	177	26%	124	18%	77	11%	17	3%
J65	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma	9	M	135.786	1.020	79%	133	342	51%	161	24%	100	15%	55	8%	8	1%
D61	Gleichgewichtsstörung, Hörverlust oder Tinnitus	3	M	128.801	1.038	81%	124	332	54%	150	24%	82	13%	44	7%	12	2%
K60	Diabetes mellitus	10	M	128.562	1.042	81%	123	336	55%	135	22%	83	13%	50	8%	13	2%
B76	Anfälle	1	M	126.760	1.018	79%	125	396	64%	160	26%	48	8%	14	2%	4	1%

Tabelle 22-2  
Fortsetzung

ADRG	Beschreibung	MDC	Parti- tion	Fallzahl	Anzahl KH	Anteil KH	Durch- schn. Fallzahl	1. Quintil		2. Quintil		3. Quintil		4. Quintil		5. Quintil	
								Durch- schn. Fallzahl	Fall- zahl- anteil								
G72	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane	6	M	123.206	979	76%	126	291	46%	159	25%	102	16%	59	9%	18	3%
J64	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus	9	M	118.988	1.095	85%	109	264	49%	133	24%	88	16%	51	9%	7	1%
V60	Alkoholintoxikation und Alkoholvergiftung oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit	20	M	116.027	968	75%	120	287	48%	144	24%	94	16%	56	9%	18	3%
F74	Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems	5	M	109.729	980	76%	112	296	53%	138	25%	75	13%	41	7%	11	2%
B69	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse	1	M	98.611	996	77%	99	304	62%	129	26%	44	9%	14	3%	3	1%
E63	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie bis 2 Belegungstage	4	M	97.827	583	45%	168	655	78%	154	18%	22	3%	4	0%	1	0%
G60	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane	6	M	93.865	988	77%	95	324	68%	87	18%	39	8%	19	4%	5	1%

n = 1.329 Vereinbarungen des Jahres 2016 (Datenstand: 28.09.2017)

Krankenhaus-Report 2018

WiHO

Tabelle 22-3  
**Budgetanteile nach Bundesländern**

Kranken- häuser	Anzahl Verein- barungen	CMI	Partionen in %			Leistungsdichte Basis-DRGS			Top 3 MDC			Budgetanteile in %			Nicht Notfall			Besondere Leistungen		
			O	A	M	0,25	0,5	1	2	3	ZE	SE	B	N	H	P				
Baden-Württemberg	156	1,107	38	4	57	12	42	5:15%	8:14%	6:11%	3,59	3,6	14	15	71	3	36			
Bayern	266	1,079	37	4	58	12	40	8:16%	5:16%	6:12%	3,69	4,12	18	54	142	8	29			
Berlin	26	1,325	41	8	50	18	56	8:16%	5:12%	6:10%	5,06	2,9	10	1	9	2	7			
Brandenburg	43	1,080	31	7	61	12	41	5:18%	8:14%	6:11%	2,96	5,19	2	4	26	0	9			
Bremen	12	1,024	37	5	57	13	45	8:14%	5:14%	6:10%	4,39	3,63	0	0	11	1	2			
Hamburg	14	1,332	46	8	44	13	39	8:20%	5:18%	6:14%	2,83	6,88	0	2	1	1	0			
Hessen	96	1,116	36	5	57	12	41	5:15%	8:12%	6:12%	2,76	2,75	7	12	41	2	14			
Mecklenburg-Vorpommern	26	1,103	34	5	61	13	41	5:16%	8:12%	6:11%	3,68	4,56	1	1	14	1	3			
Niedersachsen	154	1,078	35	5	59	12	39	5:16%	8:15%	6:12%	3,32	1,71	19	0	77	0	18			
Nordrhein-Westfalen	264	1,055	35	6	57	13	43	5:15%	8:15%	6:12%	3,33	1,5	7	24	116	2	52			
Rheinland-Pfalz	55	0,964	32	5	62	10	33	5:17%	8:15%	6:13%	2,07	1,44	1	5	5	0	10			
Saarland	21	1,106	35	5	59	13	41	5:17%	8:13%	6:11%	3,24	1,51	0	0	1	0	7			
Sachsen	73	1,126	35	4	59	12	42	5:16%	8:15%	6:11%	3,53	2,51	4	5	49	2	7			
Sachsen-Anhalt	36	1,053	32	6	61	11	38	5:17%	8:14%	6:13%	3,14	2,16	0	0	13	0	12			
Schleswig-Holstein	47	1,041	36	7	56	12	37	8:17%	5:17%	6:12%	2,01	3,68	0	5	18	0	4			
Thüringen	40	1,086	34	6	59	13	41	5:16%	8:14%	6:12%	3,41	2,35	0	7	16	0	3			

Krankenhaus-Report 2018

WIKO



Krankenhausname	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	P	10 km		20 km		30 km	
																								Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
Klinikum Mittelbaden Baden-Baden/Bühl	Baden-Baden	<1000	ö	3380	<20000	1,005	0,798	368	9	30	8:17%	6:14%	1:9%	35	1,9	0,0			14,9	17,5	63,2	0,6	50,0	0,5	12,0	0,2			
Acura Kliniken Baden-Baden GmbH	Baden-Baden	<200	p	3370	<5000	1,172	0,992	32	1	1	8:97%	4:1%	6:1%		10,2	0,0	P		90,2	129,7	52,5	0,9	37,6	0,5	12,8	0,2			
Neurologische Klinik Selzer	Baiersbrunn	<200	p											1,1	98,8	B													
Zollernalbkliniken	Balingen	<500	ö	3374	<20000	0,979	0,824	325	9	27	5:21%	6:13%	8:12%	30	1,0	0,0	P		16,4	21,5	100,0	1,0	93,2	0,9	47,3	0,4			
Sana Kliniken Landkreises Biberach	Biberach	<1000	p	3382	<50000	0,896	0,813	373	9	28	5:18%	8:17%	6:12%	29	1,6	0,0			18,8	26,8	100,0	1,0	74,8	0,7	44,8	0,4			
Krankenhaus Bietigheim-Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim GmbH	Bietigheim-Bissingen	<500	ö	3492	<20000	0,864	0,848	335	5	19	6:18%	5:13%	14:12%	32	0,9	0,8	P		9,9	13,8	26,2	0,6	8,3	0,3	4,0	0,1			
Gefäßklinik Dr. Berg GmbH	Blaustein	<50	p	3431	<1000	0,421	0,996	19	1	1	5:92%	6:5%	9:3%	97	0,0	0,0			38,8	63,7	47,8	0,7	43,3	0,6	33,5	0,4			
Helios Rossmann Klinik Breisach	Breisach	<200	p	3300	<10000	1,077	0,885	221	6	18	8:42%	6:11%	5:10%	40	2,7	0,0			14,8	26,8	74,0	0,8	7,1	0,4	5,6	0,3			
Kliniken des Landkreises Karlsruhe, Bruchsal und Bretten	Bruchsal	<1000	ö	3366	<50000	0,965	0,803	369	11	31	5:19%	6:16%	8:13%	32	1,2	0,0	P		14,2	20,3	100,0	1,0	81,9	0,8	9,5	0,2			
Kreis Krankenhaus Buchen Neckar-Odenwald-Kreis	Buchen	<200	ö	3395	<10000	0,876	0,852	276	6	20	6:16%	8:14%	5:14%	22	0,5	0,0			12,2	18,7	100,0	1,0	81,7	0,7	18,9	0,2			
Klinikum Mittelbaden Bühl*	Bühl	<200	ö	3429	<10000	0,890	0,881	245	5	17	8:25%	5:13%	6:10%	30	0,7	6,2	B		11,0	16,4	35,1	0,6	16,6	0,4	8,1	0,3			
Kreis Klinikum Calw-Nagold	Calw	<500	ö	3419	<20000	0,942	0,819	343	10	30	5:20%	6:14%	8:13%	30	1,7	0,0			25,6	32,2	91,6	0,9	31,3	0,4	12,0	0,2			
Landkreis Schwäbisch Hall Klinikum gGmbH Klinikum Crailsheim	Crailsheim	<200	fg	3280	<10000	0,850	0,849	303	7	22	8:18%	6:15%	5:14%	28	1,4	0,0			6,1	17,6	100,0	1,0	100,0	1,0	22,9	0,5			
GRN Gesundheitszentren Rhein-Neckar gGmbH Kreis Krankenhaus Eberbach	Eberbach	<200	ö	3398	<10000	1,011	0,857	260	7	21	5:21%	11:18%	8:14%	44	1,5	0,0			16,9	22,6	100,0	1,0	43,6	0,6	4,9	0,3			
Alb-Donau-Klinikum	Ehingen	<500	ö	3431	<20000	0,890	0,843	350	5	20	6:20%	8:19%	5:10%	39	0,5	0,0			19,3	32,3	100,0	1,0	100,0	1,0	14,0	0,3			
St. Anna Virgund-Klinik Elwangen	Elwangen	<500	ö	3350	<10000	0,899	0,850	299	8	23	6:18%	8:15%	11:13%	35	0,9	0,8	P		10,9	22,3	100,0	1,0	33,9	0,6	16,7	0,3			
BDH-Klinik Etzach GmbH	Etzach	<200	fg	3137	<5000	6,086	0,988	19	1	2	1:84%	-1:14%	21:1%	14	5,0	50,3			43,9	81,9	100,0	1,0	24,8	0,5	3,8	0,4			

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 WDC			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	10 km	20 km	30 km		
																										Markt-anteil	HHI
Kreiskrankenhaus Emmendingen	Emmendingen	<500	ö	3398	<20000	0,886	0,843	283	7	22	8:16%	5:13%	6:12%	31	0,8	0,0			12,8	17,7	74,3	0,7	12,2	0,4	9,2	0,3	
Städtische Kliniken Esslingen	Esslingen	<1000	ö	3384	<50000	0,989	0,807	431	8	29	5:17%	6:12%	1:11%	34	2,3	0,3	P		8,8	16,5	65,4	0,6	9,9	0,2	6,1	0,1	
Filderklinik	Filderstadt	<500	fg	3438	<10000	0,761	0,890	286	2	11	14:21%	15:17%	6:12%	18	5,3	2,6	P		9,3	26,9	100,0	1,0	3,6	0,1	2,7	0,1	
Evang. Diakotekrankenhaus Freiburg	Freiburg	<200	fg	3344	<20000	0,893	0,889	269	4	15	6:26%	14:13%	15:11%	45	0,3	0,0			15,6	29,1	17,8	0,5	12,7	0,3	11,2	0,3	
Loretto-Krankenhaus Freiburg	Freiburg	<500	fg	3352	<10000	1,218	0,888	193	5	14	8:34%	11:18%	12:7%	52	0,4	0,0			14,2	32,3	13,7	0,5	9,7	0,4	8,5	0,3	
St. Josefs-Krankenhaus Freiburg	Freiburg	<500	fg	3386	<20000	0,942	0,847	364	4	19	8:15%	14:12%	5:12%	39	0,7	0,1			10,8	24,3	21,1	0,5	14,0	0,4	12,6	0,4	
Universitätsklinikum Freiburg	Freiburg	>1000	ö	3371	>50000	1,341	0,708	485	18	52	1:14%	8:11%	3:11%	46	7,2	5,1	P		31,3	73,7	63,9	0,6	48,5	0,5	43,8	0,4	
Kreiskrankenhaus Freudenstadt	Freudenstadt	<500	ö	3384	<20000	0,901	0,852	288	6	20	5:19%	8:12%	6:11%	30	1,8	0,0	P		15,4	23,8	100,0	1,0	100,0	1,0	37,6	0,4	
Klinikum Friedrichshafen GmbH	Friedrichshafen	<500	ö	3412	<20000	0,995	0,815	350	8	26	5:17%	6:12%	8:11%	32	1,4	1,3			11,1	19,6	100,0	1,0	27,9	0,3	20,9	0,2	
Hegau-Jugendwerk GmbH	Gailingen	<50	fg											0,0	100,0	B											
MediClin Reha-Zentrum Gernsbach	Gernsbach	<50	p	3290	<1000	5,854	0,993	8	1	2	1:69%	-1:31%		31	5,6	56,7			N	44,1	106,7	7,5	0,9	4,0	0,4	1,5	0,2
Phlebologisch-Chirurgische Klinik Dr. Schmek	Göppingen	<50	p	3505	<1000	0,373	0,995	10	1	1	5:72%	6:18%	8:6%	99	0,0	0,0			N	9,8	12,2						
Kliniken des Landkreises Göppingen gGmbH	Göppingen	<1000	ö	3481	<50000	1,043	0,793	388	9	29	5:19%	6:12%	8:12%	30	3,1	0,1			11,8	16,3	93,2	1,0	51,5	0,4	20,6	0,2	
Christophsbad GmbH & Co. Fachkrankenhaus KG	Göppingen	<500	p	3371	<5000	1,134	0,970	89	2	4	1:82%	8:4%	3:4%	3	13,6	17,8			10,5	21,9	14,5	0,9	8,4	0,4	3,6	0,2	
Tagesklinik Göppingen	Göppingen																										
Krankenhausverband Hardheim-Waldruern	Hardheim	<50	ö	3326	<5000	0,696	0,900	149	5	15	8:24%	5:20%	6:19%	31	0,0	0,0			11,4	16,3	100,0	1,0	12,1	0,3	6,1	0,4	
Universitätsklinikum Heidelberg	Heidelberg	>1000	ö	3408	>50000	1,820	0,673	515	16	54	5:16%	1:12%	8:12%	54	5,5	12,5	P		29,0	55,8	54,2	0,5	21,9	0,2	17,4	0,2	
St. Vincentius der Evang. Stadtmision Heidelberg GmbH	Heidelberg	<50	fg	3380	<5000	0,991	0,931	138	3	10	17:17%	8:16%	5:13%	3	15,4	0,1			17,1	35,9	6,1	0,4	2,8	0,2	1,8	0,1	

Krankenhausname	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	H	10 km		20 km		30 km	
																								Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
St. Josefs-Krankenhaus	Heidelberg	<500	fg	3371	<10000	1,126	0,825	305	7	25	8:18%	5:17%	6:12%	42	0,6	0,2	8,7	16,0	9,3	0,5	4,5	0,2	2,8	0,1					
Krankenhaus Salem	Heidelberg	<500	fg	3387	<10000	0,983	0,893	248	3	12	6:22%	15:12%	14:11%	48	0,4	0,0	15,1	26,8	12,9	0,5	6,2	0,2	3,8	0,1					
Frauenklinik St. Elisabeth	Heidelberg	<50	fg	3492	<5000	0,508	0,983	55	1	3	14:31%	8:30%	15:29%	48	0,0	0,0	15,1	25,6	18,5	0,4	9,6	0,2	5,8	0,1					
Nierenzentrum Heidelberg	Heidelberg	<50	fg	3349	<5000	1,519	0,968	97	1	3	11:45%	-1:19%	18:7%	4	10,5	0,2	33,4	61,5	5,8	0,4	2,1	0,2	1,7	0,1					
Bohnen Krankenhaus Heidelberg Geriatriisches Zentrum gGmbH	Heidelberg	<200	fg	3389	<5000	1,211	0,946	108	3	8	1:31%	5:15%	4:14%	13,9	0,0	0,0	9,0	18,7	4,6	0,4	2,1	0,2	1,2	0,1					
Thoraxklinik – Heidelberg gGmbH	Heidelberg	<500	ö	3309	<20000	1,473	0,973	138	1	3	4:87%	5:5%	-1:2%	31	7,9	1,9	38,4	65,3	22,0	0,5	10,6	0,2	7,1	0,2					
Klinikum Heidenheim	Heidenheim	<1000	ö	3415	<50000	1,015	0,789	412	9	32	5:15%	6:12%	8:11%	30	1,9	0,2	12,5	17,1	100,0	1,0	100,0	1,0	32,2	0,3					
StK Kliniken Heilbronn GmbH Klinikum am Gesundbrunnen	Heilbronn	<1000	ö	3310	>50000	0,977	0,765	478	11	34	5:11%	6:10%	1:10%	33	2,6	1,1	12,9	24,3	71,6	0,7	61,5	0,6	27,4	0,3					
Urologische Klinik am Lerchenberg (Dr. med. E. Klein GmbH)	Heilbronn	<50	p	3358	<1000	0,660	0,982	33	1	3	11:64%	12:34%	6:1%	84	0,0	0,0	14,0	28,5	8,5	0,6	8,4	0,6	3,8	0,2					
Chirurgische Privatklinik Dr. Mütsch, Dr. Kühnau, Dr. med. Andreas Simptendorfer, Dr. Raupp	Heilbronn	<50	p	3387	<1000	0,547	0,980	37	2	4	6:39%	8:38%	7:12%	98	0,0	0,0	8,6	15,7	12,1	0,5	9,3	0,5	3,6	0,2					
Kreiskrankenhaus Herrenberg	Herrenberg	<500	ö	3428	<10000	0,705	0,877	287	3	13	14:19%	6:15%	15:13%	27	1,3	0,0	10,0	17,8	100,0	1,0	8,3	0,4	4,6	0,2					
Klinikum Karlsruhe-Langensteinbach gGmbH	Karlsbad	<1000	p	3395	<20000	1,464	0,905	220	3	13	8:36%	5:23%	1:21%	40	3,4	25,6	20,3	39,6	70,8	0,7	7,3	0,2	4,2	0,1					
Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH	Karlsruhe	>1000	ö	3388	>50000	1,044	0,752	504	13	44	5:15%	1:10%	6:9%	38	4,9	1,6	14,7	32,0	53,7	0,5	44,7	0,4	22,0	0,2					
St. Vincentius Krankenhäuser	Karlsruhe	<1000	fg	3401	<50000	1,130	0,786	394	10	33	8:16%	5:16%	2:10%	54	1,9	1,0	11,2	28,0	28,9	0,5	23,6	0,4	12,0	0,2					
Paracelsus-Klinik Karlsruhe	Karlsruhe	<200	p	3385	<10000	0,955	0,896	201	5	15	8:29%	6:20%	4:16%	32	0,4	0,3	6,2	11,3	9,1	0,4	5,1	0,2	3,2	0,1					
HELOS Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe	Karlsruhe	<50	p	3333	<20000	5,416	0,982	50	1	2	5:90%	-1:5%	18:2%	95	3,8	0,0	33,1	45,5	13,3	0,5	11,4	0,4	5,6	0,2					
Epilepsiezentrum Kork	Kehl	<200	fg											0,0	100,0	B													
Ortenau Klinikum Kehl	Kehl	<200	ö	3437	<10000	0,842	0,854	248	8	26	5:18%	6:16%	8:15%	25	1,0	0,0	4,5	9,0	100,0	1,0	15,7	0,5	9,8	0,3					

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 WDC			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	10 km			20 km			30 km		
																						Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil
medius Kliniken Kirchheim-Nürtingen	Kirchheim unter Teck	<1000	ö	3357	<50000	1,025	0,831	315	9	26	8:20%	5:15%	6:13%	35	1,5	0,0	P		12,9	17,6	100,0	1,0	23,9	0,3	6,0	0,1				
Vincentius-Krankenhaus AG Konstanz	Konstanz	<50	fg	3324	<5000	2,245	0,991	27	1	2	8:99%	21:1%	18:0%	96	0,1	0,0	N		30,9	69,4	49,1	0,8	23,5	0,4	14,8	0,3				
Klinikum Konstanz	Konstanz	<500	fg	3310	<20000	0,998	0,772	379	11	37	6:13%	8:11%	4:10%	37	1,5	0,0			4,5	14,0	73,5	0,9	31,4	0,4	18,8	0,3				
Herzzentrum Bodensee GmbH Klinik für kardiologische Herz- und Gefäßchirurgie	Konstanz	<50	p	3325	<10000	2,039	0,978	45	2	4	5:99%	-1:1%	21:0%	61	1,3	0,0			21,7	55,0	65,3	0,8	30,3	0,4	19,3	0,3				
MediClin Herzzentrum Lahr/ Baden	Lahr	<50	p	3322	<10000	2,506	0,976	65	2	4	5:98%	-1:1%	4:1%	58	3,5	0,0			41,6	71,0	32,5	0,8	18,3	0,5	12,2	0,3				
Ortenau Klinikum Lahr-Ettenheim	Lahr	<500	ö	3392	<50000	1,019	0,807	382	10	30	5:19%	8:13%	1:12%	35	1,6	0,0	P		13,3	21,6	89,4	0,9	39,4	0,6	26,2	0,3				
Kreiskrankenhaus Leonberg	Leonberg	<500	ö	3413	<20000	0,979	0,846	298	7	24	5:21%	6:16%	8:13%	35	1,1	0,0			7,6	13,7	27,6	0,6	4,2	0,2	2,7	0,1				
Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH	Lörrach	<1000	ö	3389	<50000	0,914	0,843	332	9	25	5:20%	8:19%	6:15%	26	1,2	0,0	P		14,8	23,3	79,4	0,8	75,5	0,8	54,5	0,5				
St. Elisabethen-Krankenhaus	Lörrach	<500	fg	3469	<10000	0,645	0,916	252	2	7	14:26%	15:20%	11:9%	28	0,1	0,2	P		13,9	25,2	40,8	0,8	38,9	0,8	28,9	0,5				
Klinik Löwenstein GmbH Zentrum für Pneumologie, Thorax- und Gefäßchirurgie	Löwenstein	<500	ö	3383	<10000	1,047	0,961	134	2	5	4:77%	5:8%	8:5%	22	5,8	1,9			33,5	49,7	100,0	1,0	14,1	0,5	6,4	0,2				
Klinikum Ludwigsburg Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim gGmbH	Ludwigsburg	>1000	ö	3383	<50000	1,148	0,780	445	9	32	5:17%	1:13%	6:12%	37	2,6	0,4	P		10,5	20,2	38,7	0,5	13,3	0,2	8,8	0,1				
Klinikum Mannheim gGmbH	Mannheim	>1000	ö	3360	>50000	1,333	0,704	501	14	48	6:11%	5:11%	1:10%	40	5,3	8,1			10,9	19,3	30,7	0,3	16,6	0,2	12,9	0,2				
Diakonsenkrankenhaus Mannheim GmbH	Mannheim	<500	fg	3345	<20000	1,061	0,820	307	8	27	5:13%	6:11%	8:11%	40	0,9	0,0			9,9	16,7	12,2	0,3	6,3	0,2	4,9	0,1				
Theresienkrankenhaus und St. Hedwig-Klinik GmbH	Mannheim	<1000	fg	3488	<50000	1,025	0,812	374	9	29	5:20%	8:18%	6:13%	38	1,5	0,0			6,9	12,1	16,7	0,3	8,4	0,2	6,9	0,1				
Krankenhaus Marbach Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim gGmbH	Marbach	<200	ö	3389	<5000	0,847	0,900	184	5	15	8:26%	6:17%	5:16%	26	0,8	0,0			11,2	17,0	8,1	0,6	1,9	0,2	1,1	0,1				

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 IDC			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	Med	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
Orthopädische Klinik Markgröningen	Markgröningen	<500	ö	3341	<20000	1,625	0,966	105	3	6	8:93%	1:3%	21:1%	89	1,7	1,9	20,7	47,4	47,2	0,6	12,6	0,2	8,1	0,1				
Klinik für Kinderneurologie und Sozialpädiatrie Kinderzentrum Maulbronn gGmbH	Maulbronn	<50	fg								0,0	0,0	B															
St. Lukas-Klinik gGmbH	Meckenbeuren	<50	fg	3750	<1000	0,660	0,994	19	1	1	1:73%	3:21%	4:4%	33,4	0,0	P	11,7	46,6	7,0	0,6	2,8	0,2	2,4	0,2				
Kreiskrankenhaus Mosbach	Mosbach	<200	ö	3388	<10000	0,917	0,857	257	7	22	8:25%	6:11%	14:10%	35	1,1	0,0	10,4	17,5	97,7	1,0	26,4	0,5	9,4	0,3				
Johannes-Anstalten Mosbach	Mosbach	<50	fg	3458	<1000	0,613	0,962	49	2	6	4:20%	10:13%	1:12%	12,0	0,0	P	6,7	20,4	5,9	0,9	1,6	0,4	0,5	0,3				
Steinhach-Klinik Mössingen	Mössingen	<50	p	2917	<1000	1,243	0,989	15	3	8:97%	5:1%	6:1%	100	3,9	0,0	N	17,7	24,9	100,0	1,0	6,4	0,3	4,9	0,2				
Enzkreis-Kliniken Mühlacker	Mühlacker	<200	ö	3412	<10000	0,910	0,854	308	6	21	5:21%	6:15%	8:13%	35	0,3	0,0	9,3	12,7	65,8	0,7	10,3	0,3	2,6	0,1				
Helios Klinik Mühlheim	Mühlheim	<200	p	3415	<10000	0,912	0,848	263	8	24	6:18%	1:11%	8:11%	28	1,1	0,0	7,3	16,2	100,0	1,0	44,1	0,8	5,7	0,3				
Altklinik Münsingen	Münsingen	<50	ö	3376	<5000	0,856	0,888	198	6	17	6:24%	8:20%	5:14%	33	1,0	0,2	16,7	25,7	100,0	1,0	100,0	1,0	6,2	0,4				
Klinikum Schwäbisch Gmünd – Margarten-Hospital	Mutlangen	<500	ö	3394	<20000	0,910	0,833	359	6	23	5:14%	6:13%	14:12%	27	2,3	0,0	11,9	18,9	100,0	1,0	28,4	0,4	15,2	0,2				
Neresheim GmbH SRH Fachkrankenhaus	Neresheim	<50	p								0,0	100,0	B															
Enzkreis-Kliniken Neuenbürg	Neuenbürg	<50	ö	3292	<5000	0,856	0,894	203	4	15	6:22%	8:21%	5:14%	28	0,1	0,0	8,9	17,9	12,1	0,6	4,4	0,2	2,2	0,1				
Klinik Öschelbronn	Niefern-Öschelbronn	<50	fg	3417	<5000	0,723	0,969	84	1	4	9:28%	6:13%	8:12%	28,1	1,5		37,0	110,4	14,9	0,6	6,6	0,3	1,5	0,1				
SRH-Krankenhaus Oberndorf a.N.	Oberndorf	<200	p	3362	<10000	0,869	0,885	198	7	19	6:23%	5:19%	8:19%	24	1,9	0,1	12,5	16,4	100,0	1,0	38,4	0,6	7,2	0,3				
Ortenau Klinikum Offenburg-Gengenbach	Offenburg	<1000	ö	3344	<50000	0,932	0,803	451	10	33	8:12%	5:12%	1:10%	39	3,6	0,0	19,5	28,6	100,0	1,0	48,4	0,4	42,1	0,4				
Hohenloher Krankenhaus gGmbH	Öhringen	<500	ö	3455	<10000	0,733	0,870	274	4	17	5:18%	6:12%	14:10%	20	1,0	0,0	17,0	27,2	100,0	1,0	21,7	0,4	11,6	0,4				
medius Klinik Ostfildern-Ruit	Ostfildern	<500	p	3331	<20000	0,969	0,825	292	7	26	8:16%	5:16%	6:14%	44	1,6	0,0	11,0	18,4	8,1	0,3	4,6	0,2	3,1	0,1				
HELIOS Klinikum Pforzheim	Pforzheim	<500	p	3381	<50000	0,997	0,787	425	8	29	5:15%	1:14%	6:11%	30	2,0	0,4	6,4	14,0	43,1	0,6	24,4	0,3	8,4	0,2				
Siloah St. Trudpert Klinikum	Pforzheim	<500	fg	3379	<50000	0,897	0,802	393	9	28	5:15%	6:12%	11:11%	37	0,8	0,0	7,7	16,3	40,0	0,5	26,2	0,3	9,5	0,2				
Zentralklinik GmbH & Co KG	Pforzheim	<50	p	3603	<1000	0,447	0,982	41	2	3	8:40%	3:26%	5:21%	82	0,0	0,0	6,2	15,7	9,7	0,6	6,1	0,3	2,9	0,2				

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 WDC			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	Med	OQ	10 km			20 km			30 km		
																								Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil
Klinikum Mittelbaden Rastatt-Forbach	Rastatt	<500	ö	3406	<20000	0,913	0,854	309	7	21	5:28%	1:12%	6:11%	24	2,0	0,1			9,8	17,8	37,8	0,6	25,5	0,4	6,5	0,2						
Südwürttembergische Zentren für Psychiatrie Krankenhaus Weiseneau	Ravensburg	<500	ö	3440	<1000	0,925	0,984	31	1	3	1:70%	8:21%	5:3%		1,3	76,9	P		24,5	40,2	12,7	0,7	7,4	0,4	5,3	0,2						
Oberschwaben-Klinik GmbH Krankenhaus St. Elisabeth	Ravensburg	<1000	ö	3364	<50000	1,177	0,760	450	11	35	5:17%	8:14%	1:13%	40	2,0	0,5			21,5	32,0	75,1	0,7	31,9	0,3	27,3	0,3						
Klinikum am Steinberg/Ernstklinik	Reutlingen	<1000	ö	3386	<50000	0,999	0,806	394	9	29	5:18%	8:11%	6:11%	31	1,7	1,2			10,2	18,0	97,2	1,0	24,6	0,4	14,9	0,2						
Klinik im Kropfenzenbau, Dr. Kübel / Dr. Albrecht	Reutlingen	<50	p	3393	<1000	0,629	0,985	25	2	3	8:85%	6:8%	5:3%	100	2,2	0,0			9,6	19,5	30,7	0,8	5,8	0,3	3,5	0,2						
Winghofer Medicum GbR Dr. Hallmaier, Dr. Frank & Dr. Roehner	Rottenburg	<50	p	3359	<5000	1,215	0,977	50	2	5	8:77%	6:20%	21:1%	99	1,7	0,0			25,4	37,7	16,7	0,6	9,6	0,3	6,3	0,2						
Helios Klinik Rottweil	Rottweil	<500	p	3328	<20000	0,940	0,825	294	7	25	5:16%	6:15%	8:12%	30	3,2	0,0			13,2	19,3	87,5	0,9	17,6	0,6	11,4	0,3						
Vinzenz von Paul Hospital gGmbH Klinik Rottenmünster	Rottweil	<500	fg	3427	<5000	0,862	0,975	64	2	4	1:77%	8:10%	3:4%		1,1	1,3	P		23,3	30,9	32,5	0,8	7,4	0,5	4,5	0,3						
Kinderklinik Schönbögen	Schönbögen	<50	p											0,0	100,0	B																
RMK Schorndorf	Schorndorf	<500	ö	3361	<20000	1,009	0,855	263	6	20	8:16%	6:15%	5:13%	32	0,7	0,0			9,3	16,4	100,0	1,0	9,9	0,2	3,3	0,1						
Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall gGmbH	Schwäbisch Hall	<500	fg	3376	<50000	0,986	0,770	433	10	35	5:16%	8:11%	6:11%	34	2,6	1,1	P		19,5	27,3	100,0	1,0	67,2	0,6	47,7	0,5						
Fachklinik für Neurologie Dietenbrunn GmbH	Schwendi	<50	p	3497	<5000	0,529	0,985	65	1	1	1:85%	8:9%	19:2%		34,8	8,5			35,4	64,0	100,0	1,0	27,2	0,7	7,8	0,2						
GRN Gesundheitszentren Rhein-Neckar gGmbH GRN-Klinik Schwetzingen	Schwetzingen	<500	ö	3406	<20000	0,995	0,831	330	10	28	5:23%	6:14%	8:14%	38	1,1	0,0	P		8,7	16,4	11,9	0,5	4,2	0,2	3,6	0,1						
SRH Kliniken Landkreis Sigmaringen	Sigmaringen	<1000	fg	3395	<20000	0,925	0,823	347	8	28	5:15%	6:15%	8:11%	33	1,3	0,0	P		22,4	29,2	100,0	1,0	100,0	1,0	90,2	0,9						
Klinikum Sindelfingen-Böblingen gGmbH	Sindelfingen	<1000	ö	3409	<50000	1,082	0,804	431	7	25	5:16%	6:12%	8:11%	34	2,8	0,3			10,0	19,4	74,1	0,7	13,6	0,2	6,4	0,1						
Hegau-Bodensee-Klinikum Singen	Singen	<1000	ö	3349	<50000	1,044	0,804	385	9	28	5:17%	6:12%	8:11%	32	1,6	0,0	P		19,0	38,6	100,0	1,0	85,9	0,8	39,6	0,3						

Krankenhausname	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	Markt-anteil	HHI
GRN Gesundheitszentren Rhein-Neckar gGmbH Krankenhaus Sinsheim	Sinsheim	<500	ö	3384	<20000	0,914	0,842	314	6	22	6:15%	14:11%	5:11%	31	0,9	0,0			13,2	17,3	100,0	1,0	72,1	0,9	5,4	0,2
Klinik St. Blasien GmbH Krankenhaus Stockach	St. Blasien	<50	p	3365	<5000	1,604	0,985	35	2	3	4:87%	-1:7%	5:4%	7	0,0	4,6			46,9	90,9	100,0	1,0	35,5	0,6	28,2	0,4
Krankenhaus Stockach	Stockach	<50	ö	3415	<5000	0,914	0,937	159	3	8	8:48%	6:17%	5:9%	57	0,0	0,0			10,0	24,1	100,0	1,0	11,5	0,5	6,5	0,3
Sana Klinik Bethesda Stuttgart	Stuttgart	<200	p	3376	<5000	1,046	0,880	221	5	18	8:32%	6:16%	1:8%	50	1,1	0,0			11,2	17,8	4,0	0,3	2,0	0,2	1,5	0,1
Marien-Hospital	Stuttgart	<1000	fg	3400	<5000	1,116	0,750	431	14	40	3:16%	5:12%	8:12%	51	1,7	3,6	P		9,7	20,9	17,2	0,4	10,0	0,2	6,5	0,1
Charlottenklinik für Augenheilkunde	Stuttgart	<50	fg	3410	<5000	0,703	0,989	20	1	2	2:100%			90	0,3	0,0			20,9	36,5	38,9	0,5	33,7	0,4	18,2	0,4
Sport-Klinik Stuttgart	Stuttgart	<50	fg	3309	<10000	1,114	0,980	51	2	4	8:99%	9:1%	21:0%	93	0,9	0,0			26,8	53,6	16,3	0,3	8,6	0,1	7,6	0,1
Robert-Bosch-Krankenhaus	Stuttgart	<1000	fg	3373	>50000	1,344	0,825	392	6	22	4:22%	5:20%	6:9%	31	6,8	1,8	P		10,0	26,3	18,2	0,3	10,9	0,2	9,5	0,1
Sana-Herzchirurgische Klinik Stuttgart GmbH	Stuttgart	<50	p	3329	<20000	6,196	0,989	35	1	2	5:93%	-1:4%	18:1%	99	2,2	0,0			32,1	55,8	11,8	0,3	6,6	0,2	5,1	0,1
Klinikum Stuttgart	Stuttgart	>1000	ö	3460	>50000	1,189	0,712	521	14	45	1:12%	8:10%	3:10%	42	6,8	3,7	P		14,0	29,8	39,5	0,4	20,0	0,2	14,9	0,1
Krankenhaus vom Roten Kreuz Bad Cannstatt GmbH	Stuttgart	<200	p	3350	<10000	1,427	0,976	105	2	3	4:87%	5:4%	-1:3%	16	2,6	0,0			15,7	27,1						
Karl-Olga-Krankenhaus GmbH	Stuttgart	<500	p	3412	<20000	1,220	0,847	289	6	21	8:32%	5:18%	6:11%	61	0,7	0,0			5,8	14,5	8,9	0,3	4,5	0,2	4,0	0,1
Kreiskrankenhaus Tauberbischofsheim	Tauberbischofsheim	<500	ö	3406	<5000	0,911	0,876	225	6	18	8:22%	5:19%	6:18%	27	2,6	0,0	P		13,3	20,1	100,0	1,0	12,8	0,5	3,9	0,3
Klinik Tettnang GmbH	Tettnang	<200	ö	3468	<10000	0,899	0,879	233	5	17	8:24%	6:12%	14:8%	54	0,5	0,0			10,6	21,4	94,7	1,0	11,0	0,3	10,1	0,2
Helios Klinik Tübingen-Neustadt	Tübingen-Neustadt	<200	p	3374	<10000	0,920	0,842	271	7	23	8:17%	6:13%	14:11%	32	1,5	0,0			21,8	30,5	100,0	1,0	90,0	1,0	5,6	0,3
Universitätsklinikum Tübingen	Tübingen	>1000	ö	3315	>50000	1,334	0,721	498	15	51	1:11%	5:10%	2:9%	50	9,0	3,2	P		25,0	47,2	85,9	0,9	50,6	0,5	20,9	0,2
Tropenklinik Paul-Lechler-Krankenhaus	Tübingen	<50	fg	3373	<5000	0,988	0,930	111	4	12	5:18%	4:18%	6:12%		5,4	0,1			16,0	21,8	12,0	0,8	5,7	0,4	2,1	0,2
Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik	Tübingen	<500	ö	3342	<20000	1,666	0,920	167	4	12	8:69%	3:11%	1:5%	85	1,4	12,5			27,1	50,1	20,6	0,7	12,3	0,4	4,3	0,2
Klinikum Landkreis Tuttlingen	Tuttlingen	<500	ö	3400	<20000	0,904	0,822	344	8	27	5:19%	8:16%	6:11%	28	1,7	0,4			13,4	20,0	100,0	1,0	100,0	1,0	14,8	0,3

Krankenhausname	Ort	Betten	Tria-ger	Z-Box	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG	TOP 3 WDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patienten-wege (PKW/km)	Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis										
										1	2	3		O	ZE	SE				P	Med	10 km			20 km			30 km		
																						25%	50%	1	2	3	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
Helios Krankenhaus Überlingen GmbH	Überlingen	<500	p	3385	<10000	1,026	0,806	329	10	31	8:18%	6:17%	5:17%	40	1,6	0,0		12,4	19,2	84,2	0,9	27,8	0,5	10,8	0,3					
Universitätsklinikum Ulm	Ulm	>1000	ö	3368	>50000	1,440	0,710	494	13	46	5:16%	8:8%	14:8%	46	8,1	1,5	P	28,6	50,9	59,3	0,6	54,1	0,5	37,2	0,3					
Agaplesion Bethesda Geriatrie Klinik Ulm gGmbH	Ulm	<50	fg	3302	<5000	1,295	0,942	104	3	8	1:24%	5:19%	8:19%		5,6	0,0		7,9	15,4	6,2	0,5	5,4	0,4	3,4	0,2					
RRU Universitäts- und Rehabilitationsklinik Ulm gGmbH	Ulm	<500	p	3395	<20000	1,480	0,942	156	3	9	8:48%	1:44%	2:2%	38	5,5	19,0		28,9	57,9	17,9	0,5	17,9	0,5	9,9	0,3					
Bundeswehrkrankenhaus Ulm	Ulm	<500	ö	3327	<20000	1,134	0,765	375	12	41	3:17%	8:14%	5:11%	55	3,1	0,2		24,1	49,3	22,4	0,5	22,4	0,5	13,8	0,3					
Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen GmbH	Villingen-Schwenningen	<1000	ö	3368	>50000	1,176	0,741	486	13	42	5:15%	8:14%	6:11%	39	1,8	1,1	P	17,8	31,2	100,0	1,0	79,9	0,7	54,8	0,4					
AMEOS Klinikum Kaiserstuhl	Vogtsburg	<50	p	3393	<5000	0,884	0,959	103	1	2	20:50%	5:14%	4:7%		0,0	0,0		25,7	47,5	41,6	0,7	4,8	0,4	3,7	0,4					
Walblinger Zentralklinik GmbH	Walblingen	<50	p	3115	<5000	0,889	0,976	51	2	5	8:83%	6:12%	9:2%		0,0	0,0		N	14,2	30,8	7,9	0,4	2,4	0,2	1,8	0,1				
Bruder-Klaus-Krankenhaus Waldkirch	Waldkirch	<200	fg	3382	<5000	0,955	0,907	148	4	13	8:45%	5:11%	6:11%	33	0,3	0,0		13,5	17,1	33,2	0,6	6,2	0,4	4,0	0,3					
Oberschwaben-Klinik gGmbH Ravensburg, Klinikum Westallgäu	Wangen	<500	ö	3387	<10000	0,926	0,816	337	8	27	6:13%	5:13%	8:13%	37	2,0	0,1		14,9	23,7	51,9	0,6	16,0	0,3	14,8	0,3					
Fachklinik Wangen	Wangen	<200	p	3360	<10000	1,366	0,968	97	2	5	4:78%	-1:4%	21:3%	16	3,5	15,2		46,6	74,3	55,4	0,8	16,5	0,3	15,4	0,3					
Krankenhaus 14 Nothelfer GmbH	Weingarten	<200	ö	3212	<10000	1,052	0,910	193	5	12	8:39%	6:12%	4:10%	54	0,2	0,0		14,2	28,7	25,5	0,7	13,9	0,3	8,9	0,2					
GRN Gesundheitszentren Rhein-Neckar gGmbH Kreiskrankenhaus Weinheim	Weinheim	<500	ö	3300	<20000	0,974	0,839	314	7	24	5:19%	8:15%	6:15%	40	1,2	0,0		9,0	14,5	35,9	0,5	3,8	0,2	3,3	0,1					
Rotkreuzklinik Wertheim gGmbH	Wertheim	<200	ö	3396	<10000	0,886	0,839	284	8	24	5:19%	6:16%	8:12%	32	0,1	0,0		10,7	18,2	100,0	1,0	54,8	0,5	15,1	0,3					
RMK Winnenden	Winnenden	<1000	ö	3321	<50000	0,986	0,804	366	9	30	5:20%	6:13%	1:9%	30	1,9	0,5		14,1	17,9	95,0	1,0	12,5	0,2	7,6	0,1					
Parkinson-Klinik Ortenau	Wolfach	<50	p	3321	<5000	1,158	0,998	3	1	1	1:100%				0,0	27,1		N	128,7	174,7	97,1	1,0	95,9	1,0	57,6	0,6				
Ortenau Klinikum Wolfach	Wolfach	<50	ö	3316	<5000	0,843	0,881	206	7	20	8:22%	5:22%	6:15%	26	1,1	0,0		15,1	19,7	80,8	1,0	78,5	1,0	6,8	0,3					



Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG	TOP 3 WDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patienten-wege (PKW/km)	Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis								
										1	2	3		O	ZE	SE				P	Med	oQ	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
RoMed Klinik Bad Aibling	Bad Aibling	<200	ö	3336	<10000	0,763	0,860	286	6	20	8:16%	6:14%	5:10%	32	0,7	0,0	8,0	13,1	24,4	0,6	14,8	0,4	9,5	0,2				
Schon Klinik Harthausen GmbH & Co. KG	Bad Aibling	<50	p	3396	<10000	1,576	0,977	78	1	3	8:89%	1:8%	5:1%	54	1,0	0,0	27,6	62,2	24,6	0,6	12,8	0,4	8,8	0,2				
Schon Klinik Bad Aibling GmbH & Co. KH (Neurologie)	Bad Aibling	<200	p	3375	<10000	5,178	0,966	61	3	6	1:67%	-1:17%	3:5%	18	3,7	33,9	15,0	64,8	11,2	0,6	7,0	0,4	4,5	0,2				
Medi-Therm Kliniken GmbH & Co. KG	Bad Aibling	<50	p	3502	<1000	0,596	0,989	23	1	3	9:32%	7:19%	13:16%	8,3	0,0	0,0	218,0	298,4	18,7	0,6	13,3	0,4	6,5	0,3				
Capio Franz von Prümmer-Klinik	Bad Brückenau	<50	p	3473	<5000	0,945	0,879	228	6	18	8:24%	5:18%	6:15%	36	1,5	0,0	14,0	24,3	100,0	1,0	35,4	0,6	5,6	0,4				
Simssee-Klinik GmbH	Bad Endorf	<200	p	3462	<1000	0,860	0,994	10	1	1	8:91%	1:8%	21:1%	6,7	47,4	P	43,5	86,8	31,6	0,5	16,1	0,3	9,3	0,2				
Medical Park Bad Feinbach Reithofpark	Bad Feinbach	<50	p		<1000	1,856	0,994	7	1	2	1:100%			8,2	76,3													
Fachklinik Johannesbad Bad Füssing	Bad Füssing	<50	p	3349	<5000	1,368	0,997	4	1	1	8:77%	1:23%		0,0	0,0	P	N	121,0	166,4	95,7	1,0	95,7	1,0	39,2	0,7			
Rheumaklinik Ostbayern	Bad Füssing	<50	ö	3345	<1000	0,724	0,991	31	1	2	8:93%	6:2%	1:1%	23,2	0,0		37,9	55,7	97,4	1,0	96,6	1,0	7,7	0,6				
Reha-Zentrum Passauer Wolf - Therme	Bad Griesbach	<50	p	3129	<1000	2,500	0,994	10	1	1	1:99%	21:1%		8,4	61,9	B	N	74,2	143,4	100,0	1,0	97,2	1,0	6,7	0,5			
Fachklinik Bad Heilbrunn	Bad Heilbrunn	<50	p	3419	<5000	0,966	0,996	21	1	1	10:73%	8:17%	1:9%	4,3	21,3	B		93,5	171,4	61,9	0,8	52,5	0,6	24,7	0,3			
St.-Elisabeth-Krankenhaus Bad Kissingen	Bad Kissingen	<500	p	3420	<20000	0,864	0,860	313	5	19	5:20%	8:20%	6:19%	26	1,2		16,5	24,8	83,6	0,9	16,1	0,7	14,5	0,6				
Klinik Bavaria GmbH & Co KG Rehabilitationsklinik	Bad Kissingen	<50	p	3337	<5000	15,423	0,988	10	2	3	-1:81%	1:19%		81	0,1	10,4	N	127,1	176,0	30,0	0,5	4,6	0,6	4,6	0,6			
RHÖN-Kreislinik Bad Neustadt GmbH	Bad Neustadt	<500	p	3424	<10000	0,872	0,968	261	7	21	6:18%	8:17%	5:9%	26	1,5	3,1	B	20,5	23,9	42,8	0,8	28,2	0,6	19,2	0,4			
Herz- u. Gefäßklinik GmbH Bad Neustadt	Bad Neustadt	<500	p	3363	<50000	2,641	0,954	147	3	7	5:92%	-1:2%	1:2%	58	4,1	0,3	53,5	114,5	50,1	0,8	35,8	0,6	27,4	0,4				
Klinik für Handchirurgie Herz- und Gefäßklinik GmbH	Bad Neustadt	<50	p	3407	<10000	1,067	0,976	85	1	3	8:82%	1:7%	21:6%	96	1,3	0,0	82,2	138,3	54,3	0,8	42,7	0,6	33,3	0,5				
Neurologische Klinik GmbH Bad Neustadt/Saale	Bad Neustadt	<200	p	3373	<10000	2,095	0,969	90	2	6	1:73%	8:10%	-1:5%	7	7,5	19,9	27,0	49,7	36,8	0,7	23,7	0,5	16,4	0,4				



Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 WDC			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	B	H	H	H
Kliniken Ostalbgäu Kaufbeuren Haus St. Josef Buchloe	Buchloe	<200	ö	3449	<5000	0,885	0,877	201	6	20	5:24%	8:21%	6:19%	28	2,9	0,0			12,5	20,0	30,6	0,6	9,9	0,3	7,8	0,2
Therapiezentrum Burgau GmbH	Burgau	<50	fg	3200	<5000	5,517	0,993	12	1	2	1:67%	-1:33%		33	4,3	57,3	B	N	78,4	125,9	25,4	0,7	18,8	0,5	15,7	0,4
Asklepios Klinik Burglengenfeld	Burglengenfeld	<200	p	3642	<10000	0,919	0,843	288	6	24	5:22%	6:19%	8:12%	27	1,5	0,0			7,0	20,2	100,0	1,0	28,3	0,6	4,7	0,2
Sana Kliniken des Landkreises Cham	Cham	<500	p	3546	<20000	0,793	0,837	337	9	25	5:17%	8:13%	6:12%	28	3,6	0,4			21,1	25,5	100,0	1,0	100,0	1,0	75,0	0,7
Klinikum Coburg GmbH	Coburg	<1000	ö	3540	<50000	1,102	0,795	434	8	28	5:25%	6:12%	1:8%	29	3,7	0,9			14,1	26,6	100,0	1,0	46,7	0,4	31,9	0,3
HELIOS Amper-Klinikum Dachau	Dachau	<500	p	3608	<50000	1,030	0,784	416	11	32	5:16%	3:12%	8:11%	37	2,4	1,3			12,7	21,2	100,0	1,0	6,1	0,1	4,4	0,1
DONAUISAR Klinikum Deggendorf	Deggendorf	<500	ö	3372	<50000	1,164	0,790	430	9	30	5:15%	6:11%	1:11%	32	2,8	0,1			19,6	36,6	92,1	0,9	82,2	0,9	24,5	0,3
Bezirksklinikum Mainkofen	Deggendorf	<1000	ö	3390	<5000	0,980	0,866	87	3	6	1:78%	8:6%	3:4%	1	7,8	31,9	B	P	30,2	48,7	21,3	0,8	15,6	0,6	9,3	0,3
Kreislinik St. Elisabeth, Dillingen	Dillingen	<200	ö	3427	<10000	0,899	0,835	320	9	25	8:14%	6:13%	5:13%	38	0,7	0,0			9,7	18,2	100,0	1,0	32,1	0,4	13,4	0,3
DONAUISAR Klinikum Dingolfing	Dingolfing	<200	ö	3417	<10000	0,709	0,865	238	8	23	4:13%	8:13%	6:12%	24	1,6	0,2			13,5	26,5	100,0	1,0	69,2	0,7	9,4	0,3
Klinik Donaustauf	Donaustauf	<200	ö	3387	<5000	1,141	0,979	75	2	3	4:88%	5:4%	-1:3%	14	1,6	2,9			70,8	107,7	26,0	0,6	13,0	0,4	10,6	0,3
Donau-Ries Kliniken	Donauwörth	<500	ö	3555	<50000	0,829	0,840	314	8	25	5:17%	8:17%	6:14%	27	0,6	1,0			29,2	36,8	100,0	1,0	76,5	0,7	57,1	0,5
Bezirksklinikum Obermain	Ebensfeld	<500	ö	3430	<10000	1,244	0,942	159	2	7	4:48%	8:39%	5:6%	35	5,5	4,0	P		35,5	54,7	44,3	0,8	27,3	0,5	9,7	0,3
Klinik Fränkische Schweiz gemeinnützige GmbH	Ebermannstadt	<50	ö	3417	<5000	0,897	0,938	122	3	9	5:59%	6:9%	4:9%	14	0,9	0,0			13,2	19,1	100,0	1,0	34,7	0,7	3,7	0,2
Kreislinik Ebersberg gemeinnützige GmbH	Ebersberg	<500	ö	3637	<20000	0,937	0,809	359	10	31	5:17%	8:16%	6:14%	37	2,3	3,6	B	P	13,8	18,3	100,0	1,0	62,1	0,6	6,7	0,2
Rottal Inn Kliniken	Eggenfelden	<1000	ö	3599	<20000	0,930	0,831	313	10	26	5:19%	8:15%	6:14%	33	0,8	0,0	P		20,7	26,2	100,0	1,0	100,0	1,0	26,7	0,3
Kliniken im Naturpark Altmühltal	Eichstätt	<500	ö	3598	<20000	0,875	0,830	323	7	24	5:19%	8:18%	6:15%	33	1,6	0,0			28,9	42,7	100,0	1,0	27,3	0,4	22,7	0,3
Klinikum Landkreis Erding	Erding	<500	ö	3616	<20000	0,948	0,816	361	9	27	5:19%	8:14%	6:13%	31	2,7	2,8			14,1	23,2	100,0	1,0	45,3	0,5	7,3	0,2

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 IDC			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	H	H	H	10 km	20 km	30 km
Klinikum am Europakanal	Erlangen	<1000	ö	3340	<5000	3,349	0,964	66	3	6	1:52%	8:24%	-1:13%	13	4,0	44,8			22,5	32,4	5,1	0,7	1,2	0,2	0,9	0,2	
Waldkrankenhaus St. Marien gGmbH	Erlangen	<500	fg	3408	<20000	1,231	0,859	264	8	22	8:24%	5:17%	6:16%	51	1,6	0,0			18,2	25,8	26,3	0,7	6,4	0,2	5,5	0,2	
Zentrale Klinikverwaltung Uni. Erlangen-Nürnberg	Erlangen	>1000	ö	3390	>50000	1,491	0,691	492	14	51	5:11%	2:11%	1:11%	48	8,0	4,8	B	P	29,9	82,4	82,4	0,8	21,5	0,3	18,8	0,2	
Kliniken Mittenberg-Erlenbach GmbH, Klinik Erlenbach	Erlenbach	<500	p	3619	<20000	0,843	0,847	335	7	22	5:21%	6:17%	8:13%	29	1,3	0,0			13,5	21,7	100,0	1,0	23,4	0,4	14,8	0,2	
Benedictus Krankenhaus Feldafing GmbH & Co. KG	Feldafing	<50	p	3446	<1000	1,399	0,984	47	1	2	8:57%	1:31%	4:6%	56	5,0	36,3			40,0	81,3	7,3	0,5	3,2	0,2	0,5	0,1	
Städtisches Krankenhaus Forchheim	Forchheim	<500	ö	3641	<10000	0,873	0,851	303	6	21	6:19%	8:14%	5:9%	30	1,1	0,0			9,8	17,2	100,0	1,0	14,8	0,5	3,6	0,2	
Klinikum Freising	Freising	<500	ö	3609	<20000	0,823	0,830	359	9	25	5:17%	8:12%	6:11%	25	2,7	2,6	B		13,1	18,4	91,1	1,0	48,4	0,5	12,1	0,2	
Kliniken am Goldenen Steig	Freising	<500	ö	3444	<20000	0,847	0,837	342	8	25	5:19%	8:16%	6:12%	31	1,4	0,1	P		18,7	26,4	100,0	1,0	100,0	1,0	30,3	0,5	
Salzachlinik Fridolfing	Fridolfing	<50	ö	3475	<5000	0,624	0,888	172	6	19	8:32%	5:16%	6:12%	37	0,6	0,0			13,9	19,3	100,0	1,0	9,8	0,8	4,1	0,4	
Krankenhaus Friedberg	Friedberg	<200	ö	3446	<10000	0,831	0,883	242	6	18	6:21%	8:15%	5:14%	30	0,3	0,0			9,4	15,2	22,5	0,5	8,4	0,4	7,0	0,3	
Klinikum Fürstenfeldbruck	Fürstenfeldbruck	<500	ö	3581	<20000	0,905	0,801	389	10	31	5:18%	8:15%	6:15%	31	3,4	0,0			8,9	13,1	100,0	1,0	8,0	0,2	3,5	0,1	
Klinikum Fürth	Fürth	<1000	ö	3619	<50000	0,933	0,790	427	9	28	5:16%	6:12%	4:10%	31	2,0	1,9	B	P	10,0	15,9	24,3	0,5	14,6	0,3	11,5	0,2	
Schon Klinik Nürnberg Fürth	Fürth	<50	p	3164	<10000	1,446	0,941	131	3	8	8:65%	6:16%	10:6%	76	0,5	0,0			9,8	27,2	4,0	0,3	2,7	0,2	2,2	0,2	
Kreiskliniken Ostallgäu Haus Füssen	Füssen	<200	ö	3602	<10000	0,840	0,864	246	6	19	5:27%	8:13%	6:11%	29	1,0	0,0			7,7	20,9	85,4	1,0	50,2	0,7	44,7	0,6	
Fachklinik Erzenberg	Füssen	<200	p	3296	<5000	0,838	0,996	17	1	1	8:94%	1:6%			3,1	65,9	B	N	53,3	78,1	80,2	0,8	69,0	0,7	42,8	0,5	
Klinikum Garmisch-Partenkirchen	Garmisch-Partenkirchen	<500	ö	3576	<50000	1,128	0,797	423	8	29	8:23%	5:16%	6:11%	40	2,0	0,0			18,8	36,3	100,0	1,0	93,4	0,9	74,2	0,8	
Deutsches Zentrum für Kinder- und Jugendheumatologie	Garmisch-Partenkirchen	<200	fg	3496										5,8	94,1	B											
Akzeptios Fachkliniken München-Gauting	Gauting	<500	p	3427	<10000	1,013	0,977	140	1	3	4:92%	5:2%	-1:1%	16	7,0	14,8			45,5	72,5	49,0	0,8	6,5	0,2	4,1	0,1	

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 WDC			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	Med	OQ	10 km			20 km			30 km		
																							Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil
GEOMED-KLINIK Krankenhaus Betriebs-gGmbH	Gerolzhofen	<50	ö	3281	<5000	0,895	0,857	238	7	23	8:21%	5:18%	6:17%	31	2,8	0,0			12,5	17,8	66,1	0,8	17,7	0,4	11,0	0,3					
Augenklinik Schweinfurt-Gerolzhofen	Gerolzhofen	<50	p	3389	<1000	0,522	0,992	13	1	2	2:100%			81	0,0	0,0			N	26,1	43,1	98,7	1,0	86,7	0,9	80,0	0,8				
WolfartKlinik	Graßelfing	<50	p	3446	<10000	0,961	0,951	129	4	8	8:55%	6:12%	14:10%	80	0,4	0,0			16,5	35,3	6,9	0,3	2,8	0,1	2,7	0,1					
Kreiskrankenhaus Günzburg	Günzburg	<500	ö	3440	<20000	0,873	0,835	325	8	25	5:24%	6:14%	8:13%	34	1,6	0,0			11,4	19,8	78,9	0,9	36,2	0,4	8,6	0,2					
Bezirkskrankenhaus Günzburg	Günzburg	<500	ö	3259	<10000	1,870	0,961	111	2	5	1:67%	8:22%	-1:2%	48	10,3	8,4	B	P	33,7	60,3	39,8	0,9	20,7	0,4	5,7	0,2					
Klinikum Altmühlfranken Gunzenhausen	Gunzenhausen	<200	ö	3547	<10000	1,000	0,880	235	8	20	8:33%	5:27%	1:10%	33	1,1	0,0			16,9	24,0	100,0	1,0	52,5	0,6	13,3	0,3					
kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost	Haar	<1000	ö	3372	<5000	1,877	0,964	64	2	5	1:68%	-1:9%	19:6%	9	3,5	15,1			17,7	32,3	3,6	0,5	0,7	0,1	0,6	0,1					
Hassberg-Kliniken Haus Hassfurt	Hassfurt	<500	ö	3551	<10000	0,838	0,940	303	8	26	5:20%	6:16%	8:15%	31	1,2	0,0			13,2	23,2	100,0	1,0	70,9	0,7	36,6	0,4					
Krankenhaus Agatharied GmbH	Hausham	<500	ö	3594	<20000	0,981	0,815	331	8	28	5:21%	8:14%	6:13%	30	1,6	0,0			15,0	22,8	100,0	1,0	58,9	0,6	25,3	0,3					
Privatklinik Dr. Schindlbeck GmbH & Co. KG	Herschbing	<200	p	3410	<5000	0,884	0,918	162	4	12	5:43%	4:11%	6:10%	11	2,5	0,0			17,9	22,4	79,8	0,9	13,4	0,4	3,8	0,2					
PsoiSol Therapiezentrum	Hersbruck	<200	p	3380	<5000	0,826	0,995	19	1	1	9:85%	23:13%	5:2%	10	3,1	0,0			94,5	167,0	100,0	1,0	87,5	0,9	28,2	0,4					
m&i-Fachklinik Herzogenaurach GmbH/Akutenkrankenhaus	Herzogenaurach	<50	p	3212	<1000	0,755	0,997	12	1	1	8:91%	1:9%	18:0%		9,1	34,8	B		N	34,1	56,8	66,5	0,8	4,1	0,2	3,4	0,2				
Bezirksklinik Hochstadt	Hochstadt	<50	ö											0,0	0,0	B															
Kreiskrankenhaus Höchststadt	Höchststadt	<50	ö	3272	<5000	0,969	0,885	223	6	16	5:22%	8:17%	6:17%	25	1,0	0,0			7,0	13,7	100,0	1,0	3,1	0,3	2,4	0,2					
Sana Klinikum Hof GmbH	Hof	<500	p	3612	<50000	1,071	0,792	409	11	31	5:16%	6:14%	8:10%	28	4,3	1,0			10,6	22,0	100,0	1,0	58,6	0,6	34,4	0,4					
Fachklinik Ichenhausen	Ichenhausen	<50	p	3319	<5000	1,097	0,967	93	2	4	1:40%	8:31%	4:20%	2	6,1	43,3			22,4	50,1	100,0	1,0	9,0	0,4	3,1	0,2					
Illertalklinik Illertissen	Illertissen	<50	ö	3347	<5000	0,572	0,919	183	3	11	14:16%	5:15%	15:13%	16	1,0	0,0			9,7	14,7	100,0	1,0	22,0	0,5	3,3	0,2					
Kliniken Oberallgäu gGmbH	Immenstadt	<200	ö	3345	<20000	0,972	0,829	338	10	28	8:25%	5:18%	6:12%	39	2,0	0,0			21,1	29,5	100,0	1,0	39,4	0,6	30,7	0,4					
Klinikum Ingolstadt	Ingolstadt	>1000	ö	3417	<50000	1,118	0,768	459	9	33	5:15%	1:12%	8:12%	34	4,4	5,7	B		10,5	26,6	92,9	0,9	51,8	0,4	38,6	0,3					

Krankenhausname	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	P	10 km		20 km		30 km	
																								Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
Klinikum Kaufbeuren-Ostallgäu	Kaufbeuren	<500	ö	3375	<50000	1,014	0,798	366	9	31	5:23%	6:14%	8:10%	31	2,6	0,0			8,9	17,5	91,0	0,9	58,2	0,5	23,6	0,2			
Befriktkrankenhaus Kaufbeuren	Kaufbeuren	<500	ö	3437	<50000	0,876	0,971	76	2	5	1:73%	8:10%	3:7%	1	9,3	2,2	P		16,0	23,6	22,3	0,9	13,8	0,4	5,9	0,2			
Goldberg-Klinik Kelheim	Kelheim	<200	ö	3671	<10000	0,736	0,860	294	6	21	5:16%	6:15%	8:10%	18	0,9	0,0			17,2	25,1	100,0	1,0	9,9	0,4	9,5	0,4			
Krankenhaus Kemnath	Kemnath	<50	ö	3450	<50000	0,882	0,898	205	5	15	8:26%	6:17%	5:16%	29	0,6	0,0			15,8	23,3	100,0	1,0	26,6	0,7	6,4	0,3			
Klinikum Kempten-Oberrgäu gGmbH	Kempten	<500	ö	3483	<50000	1,078	0,768	445	9	34	8:15%	5:12%	6:10%	35	3,6	2,0			12,8	28,0	100,0	1,0	62,0	0,6	26,8	0,3			
HELOS Klinik Kipfenberg	Kipfenberg	<50	p	3353	<5000	8,177	0,989	18	1	3	1:59%	-1:40%	17:0%	40	4,7	57,1	B		68,8	105,4	100,0	1,0	58,0	0,7	11,5	0,6			
Klinik Kitzinger Land	Kitzingen	<500	ö	3680	<10000	0,825	0,847	300	8	24	5:19%	6:16%	8:12%	26	0,6	0,0			12,9	20,0	64,3	0,6	10,8	0,4	9,8	0,3			
Frankenwaldklinik Kronach	Kronach	<500	p	3521	<20000	1,051	0,817	349	8	27	5:27%	8:13%	6:13%	35	1,4	0,0			13,3	23,1	100,0	1,0	23,2	0,4	13,0	0,3			
Kreiskliniken Günzburg-Krumbach Klinik Krumbach	Krumbach	<500	ö	3443	<10000	0,782	0,848	297	8	23	6:19%	5:18%	8:12%	25	1,6	0,0			12,9	17,5	96,6	0,9	40,1	0,5	17,1	0,2			
Klinikum Kulmbach mit Fachklinik Stadtsteinach	Kulmbach	<500	ö	3504	<50000	1,175	0,768	428	12	37	5:16%	8:16%	6:13%	37	2,4	0,1			14,9	23,3	100,0	1,0	30,7	0,4	21,5	0,3			
Klinikum Landsberg am Lech	Landsberg	<500	ö	3595	<20000	0,809	0,840	312	6	24	8:14%	6:14%	5:12%	25	1,7	1,8			12,0	20,9	74,3	0,7	54,4	0,5	17,1	0,2			
Klinikum Landshut	Landshut	<1000	ö	3405	<50000	1,141	0,754	408	14	40	5:17%	1:11%	8:10%	36	3,9	2,6			13,4	25,8	45,2	0,5	37,5	0,4	31,3	0,3			
Krankenhaus Landshut-Achdorf	Landshut	<500	ö	3430	<20000	0,909	0,840	363	5	20	5:23%	14:13%	8:12%	36	2,4	0,0			19,7	29,6	45,3	0,5	37,7	0,4	31,3	0,3			
Kinderkrankenhaus St. Marien	Landshut	<200	fg	3457	<10000	0,819	0,916	183	3	11	6:18%	4:15%	1:14%	10	1,1	6,2			29,2	41,8	20,6	0,5	16,9	0,4	13,7	0,3			
Krankenhaus Nürnberg Land gGmbH (Lauf/Hersbruck/Altendorf)	Lauf	<500	ö	3439	<20000	0,770	0,865	294	6	19	6:17%	5:16%	8:15%	24	0,3	1,8			12,4	24,2	100,0	1,0	10,0	0,4	5,3	0,2			
Capio Schlossklinik Absee GmbH	Laufen	<50	p	3053	<5000	0,739	0,998	4	1	1	5:100%			100	0,0	0,0	N		75,0	104,6	100,0	1,0	97,7	1,0	64,4	0,7			
Fachklinik Lengries GmbH	Lengries	<50	p											0,0	0,0	B													
Heimut-G.-Walther-Klinikum gGmbH	Lichtenfels	<500	ö	3560	<20000	1,083	0,811	349	9	30	8:17%	5:17%	6:14%	33	2,6	0,0			13,6	20,1	99,0	1,0	25,4	0,4	13,2	0,2			
Asklepios Klinik Lindau GmbH	Lindau	<200	p	3350	<10000	0,937	0,837	299	8	24	8:26%	6:12%	5:11%	38	0,6	0,0			6,1	12,3	100,0	1,0	19,1	0,4	7,9	0,2			

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 WDC			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	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	
																											30
Dr. Otto Gessler-Krankenhaus Lindenberg gGmbH	Lindenberg	<200	fg	3447	<10000	0,942	0,822	298	10	30	8:20%	6:13%	5:12%	37	3,2	0,0			9,2	20,8	47,2	0,6	29,5	0,5	9,5	0,3	
Gesundheitszentrum Lohr a. Main	Lohr	<500	fg	3632	<20000	0,827	0,848	270	7	23	8:20%	6:18%	5:17%	26	1,3	0,0			19,3	25,5	100,0	1,0	100,0	1,0	28,5	0,5	
Kreislinik Mallersdorf	Mallersdorf-Pfaffenberg	<200	ö	3359	<10000	0,952	0,872	218	7	20	8:31%	6:15%	5:15%	37	0,6	0,0			14,1	22,1	100,0	1,0	100,0	1,0	4,0	0,2	
Schwesterkrankenhaus St. Elisabeth	Mallersdorf-Pfaffenberg	<50	fg		<1000	0,888	0,962	48	2	6	4:23%	5:23%	8:15%		0,0	0,0			14,5	14,5							
Klinikum Fichtegebirge gGmbH	Marktredwitz	<500	ö	3641	<20000	0,962	0,820	354	10	28	5:18%	8:13%	6:13%	33	1,3	0,0			15,9	26,8	100,0	1,0	77,4	0,7	36,9	0,4	
Klinikum Memmingen	Memmingen	<1000	ö	3553	<50000	0,949	0,795	400	7	27	5:14%	6:13%	14:10%	31	2,1	1,7	B		16,0	31,6	100,0	1,0	81,0	0,8	33,1	0,4	
Kreislinik Mindelheim	Mindelheim	<500	ö	3291	<10000	0,876	0,851	270	8	24	5:20%	8:19%	6:14%	30	2,0	0,0			10,2	17,2	100,0	1,0	21,6	0,4	9,6	0,2	
Kliniken Kreis Mühldorf am Inn	Mühldorf	<500	ö	3618	<20000	0,939	0,807	376	10	29	5:15%	6:12%	1:12%	30	1,7	0,0			12,9	18,2	100,0	1,0	38,4	0,6	20,3	0,3	
Kliniken Hochfranken, Klinik Mönchberg	Mönchberg	<500	ö	3595	<20000	1,035	0,871	316	6	18	8:37%	5:20%	6:11%	38	0,8	0,0			22,3	33,8	100,0	1,0	44,2	0,6	22,4	0,3	
Agelosiologikum Tagesklinik für Schmerzmedizin, Akut-medizinische Versorgung, Agelosiologikum GmbH	München	nb	nb											0,0	100,0	B											
HELIOS Klinikum München West	München	<500	p	3596	<50000	1,116	0,807	404	9	28	5:21%	3:14%	1:13%	37	1,7	0,2			7,5	15,5	6,6	0,2	3,8	0,1	3,6	0,1	
HELIOS Klinik München Perlach	München	<200	p	3405	<10000	1,126	0,873	264	6	17	8:33%	6:16%	5:14%	40	1,7	0,0			4,5	14,7	3,2	0,2	2,2	0,1	1,7	0,1	
Deutsches Herzzentrum München	München	<200	ö	3317	<50000	3,104	0,968	62	2	6	5:97%	-1:2%	15:1%	69	3,4	0,0			45,1	97,1	10,7	0,1	9,4	0,1	8,5	0,1	
Kinderzentrum München gemeinnützige GmbH	München	<50	ö											0,0	100,0	B											
Klinikum Dritter Orden	München	<1000	fg	3385	<50000	0,944	0,815	413	5	24	6:13%	8:12%	5:11%	32	4,5	2,7			8,3	16,2	7,3	0,2	6,1	0,1	5,6	0,1	
Krankenhaus Bamherzige Brüder	München	<500	fg	3398	<50000	1,357	0,835	292	5	23	8:28%	6:16%	5:13%	48	4,4	0,0			8,8	16,4	4,5	0,1	3,7	0,1	3,5	0,1	

Krankenhausname	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	H	10 km		20 km		30 km	
																								Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
Privatklinik Josephinum	München	<200	fg	3420	<5000	0,966	0,956	104	2	7	8:39%	6:28%	3:15%	69	0,2	0,0	8,7	18,4	2,0	0,1	1,8	0,1	1,5	0,1					
Klinik Augustinum Fachklinik für Innere Medizin	München	<200	fg	3403	<10000	1,129	0,937	138	3	8	5:64%	6:11%	4:9%	26	1,5	0,0	12,6	51,0	3,5	0,1	2,3	0,1	2,2	0,1					
Krankenhaus für Naturheilweisen	München	<50	fg	3457	<5000	0,771	0,966	75	3	5	8:40%	1:15%	6:13%	18,8	15,0		38,5	104,1	1,6	0,1	1,4	0,1	1,2	0,1					
Diakoniewerk München-Maxvorstadt	München	<50	fg	3516	<5000	0,841	0,921	146	3	10	6:28%	8:25%	5:17%	69	9,9	6,7	9,3	23,0	1,5	0,1	1,4	0,1	1,2	0,1					
Augenklinik Herzog Carl Theodor	München	<50	fg	3500	<5000	0,484	0,988	26	1	3	2:100%	9:0%	8:0%	97	0,0	0,0	22,3	60,3	19,1	0,3	18,7	0,3	18,1	0,3					
Schön Klinik München Schwabing	München	<50	p	3399	<5000	1,328	0,993	24	1	1	1:98%	19:1%	8:1%	3,7	66,5		44,1	105,4	8,5	0,2	5,5	0,1	4,7	0,1					
Max-Planck-Institut für Psychiatrie	München	<200	fg	3451	<1000	0,714	0,977	41	2	5	1:74%	3:13%	19:7%	3,0	7,5	P	7,3	18,0	1,8	0,2	1,3	0,1	1,1	0,1					
Clinic Dr. Decker GmbH	München	<50	p	3407	<5000	1,198	0,976	44	2	5	8:85%	1:9%	5:6%	81	3,9	2,2	19,5	78,1	3,3	0,1	2,8	0,1	2,4	0,1					
Internistische Klinikum München Süd	München	<200	nb	3426	<10000	0,766	0,939	144	4	9	5:47%	6:14%	4:13%	15	2,0	0,0	5,5	11,4	2,9	0,1	2,6	0,1	2,3	0,1					
Chirurgische Klinik München Süd	München	<500	p	3379	<10000	1,776	0,907	207	5	13	8:50%	6:14%	5:13%	71	1,2	0,0	6,2	14,1	1,3	0,1	1,2	0,1	1,1	0,1					
Frauenklinik München West GmbH & Co. KG	München	<50	p	3554	<5000	0,488	0,980	61	2	4	13:43%	14:30%	15:23%	57	0,0	0,0	10,9	20,5	4,1	0,2	2,6	0,1	2,5	0,1					
Frauenklinik Dr. Geisenhofer GmbH	München	<50	p	3427	<5000	0,618	0,983	49	1	2	14:38%	15:35%	13:16%	43	0,0	0,0	9,6	20,3	8,3	0,2	7,2	0,1	6,1	0,1					
Arabella-Klinik GmbH	München	<50	p	3420	<10000	0,893	0,964	124	1	3	8:48%	3:33%	6:11%	96	0,9	0,0	13,0	48,9	3,7	0,2	2,8	0,1	2,4	0,1					
HNO-Klinik Dr. Gaertner	München	<50	p	3379	<5000	0,624	0,993	20	1	2	3:97%	4:2%	8:0%	98	0,0	29,9	10,5	23,7	15,5	0,2	9,4	0,1	8,1	0,1					
Paracelsus-Klinik - München	München	<200	p	3328	<5000	1,366	0,967	90	2	4	8:40%	6:32%	9:10%	91	9,1	0,0	12,6	44,8	2,7	0,2	2,0	0,1	1,7	0,1					
Kliniken Dr. Michael Schreiber GmbH	München	<200	p	3314	<5000	1,017	0,946	134	2	7	8:64%	5:7%	6:7%	66	2,8	0,0	10,0	31,0	1,5	0,1	1,2	0,1	1,0	0,1					
Klinikum Rechts der Isar der technischen Universität München	München	>1000	ö	3358	>50000	1,395	0,703	504	15	47	8:14%	5:11%	1:10%	48	7,9	3,5	12,3	48,3	11,7	0,2	10,3	0,1	8,6	0,1					

Krankenhausname	Ort	Betten	Tria- ger	Z-Box	Case- mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis- DRG	Leistungs- dichte Basis-DRG		TOP 3 WDC			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	P	10 km			20 km			30 km		
																								Markt- anteil	HHI	Markt- anteil	HHI	Markt- anteil	HHI	Markt- anteil	HHI	Markt- anteil
Klinikum Schwabing	München	>1000	ö	3406	<50000	1,035	0,803	451	6	23	14:11%	5:10%	3:10%	25	7,2	9,9	B	P	7,3	17,9	7,1	0,2	6,2	0,1	5,3	0,1						
Klinik Thakrichner Straße	München	<200	ö	3396	<10000	0,742	0,975	98	2	4	9:74%	23:8%	17:4%	42	11,5	11,9			29,2	73,9	4,4	0,2	4,0	0,2	3,7	0,1						
Klinikum Neuperlach	München	<1000	ö	3410	<50000	1,028	0,842	355	6	21	6:24%	5:20%	7:8%	23	4,8	3,9			6,7	12,2	11,4	0,2	5,9	0,1	4,8	0,1						
Klinikum Harlaching	München	<1000	ö	3411	<50000	1,022	0,816	420	7	23	1:14%	5:11%	14:10%	24	3,7	5,6	B	P	7,9	15,6	6,9	0,1	6,3	0,1	5,6	0,1						
Klinikum Bogenhausen	München	>1000	ö	3422	<50000	1,431	0,792	419	10	32	5:20%	8:17%	1:14%	37	2,9	7,6	B		10,9	22,8	11,3	0,2	8,1	0,1	6,6	0,1						
Atemed Fachklinik München GmbH & Co. KH	München	<50	p	3280	<5000	0,713	0,995	30	1	1	5:65%	9:32%	2:1%	99	0,3	0,0			N	19,9	45,0	13,5	0,2	12,9	0,2	12,1	0,2					
Chirurgische Klinik Bogenhausen GmbH	München	<50	p	3391	<10000	1,278	0,940	130	4	9	8:42%	11:19%	13:17%	93	4,5	21,3			28,7	78,2	2,4	0,1	1,8	0,1	1,5	0,1						
Schön Klinik München Harlaching	München	<200	p	3397	<20000	1,341	0,971	101	2	5	8:89%	1:9%	5:1%	71	2,2	0,0			36,7	118,1	6,2	0,1	6,0	0,1	4,9	0,1						
Isar Kliniken GmbH	München	<200	p	3306	<20000	1,234	0,914	207	3	11	8:48%	5:23%	6:13%	82	6,0	0,0			13,9	70,5	3,3	0,1	3,0	0,1	2,7	0,1						
Klinikum der Universität München Campus Großhadern	München	>1000	ö	3388	>50000	1,637	0,673	533	16	55	5:13%	8:10%	1:10%	44	9,7	2,5	B	P	18,7	70,8	19,8	0,2	13,9	0,1	13,3	0,1						
STARMED Klinik GmbH	München	<50	p	3378	<5000	1,226	0,984	34	2	3	8:68%	6:30%	7:2%	99	1,7	0,0			N	57,4	97,9	1,6	0,1	1,1	0,1	0,9	0,1					
MedCare Flughafen München, Medizinisches Zentrum GmbH	München	<50	p	3496	<5000	0,636	0,985	36	1	3	8:96%	11:2%	12:1%	89	0,0	0,0			33,7	44,0	40,8	0,8	24,5	0,5	3,1	0,1						
Krankenhaus Martha-Maria München gGmbH	München	<200	fg	3341	<10000	1,132	0,942	206	1	4	10:34%	3:24%	4:18%	70	1,3	1,4			18,2	77,2	2,7	0,1	2,2	0,1	1,9	0,1						
Rotkreuzklinikum München gGmbH	München	<500	fg	3359	<50000	0,839	0,847	372	3	17	14:21%	15:15%	5:10%	37	5,3	4,7			7,4	12,4	5,8	0,1	5,0	0,1	4,5	0,1						
Krankenhaus Neuwirtelsbach	München	<200	fg	3439	<5000	0,822	0,922	170	4	10	4:27%	5:23%	6:12%	1	3,0	8,2	B		8,2	12,4	2,3	0,1	1,9	0,1	1,7	0,1						
Maria-Theresia-Klinik München	München	<50	fg	3436	<5000	0,977	0,964	121	2	4	6:57%	10:21%	7:12%	84	0,5	0,0			9,8	21,7	2,4	0,1	2,2	0,1	2,0	0,1						
ProSommo Klinik für Schlafmedizin Max Projekt GmbH	München	<50	p	3556	<1000	0,386	0,996	6	1	1	4:74%	19:22%	1:4%		0,0	0,0			10,4	20,3	6,9	0,1	5,5	0,2	4,8	0,1						
Thoraxzentrum Bezirk Unterfranken	Münnerstadt	<50	ö	3262	<5000	1,244	0,975	73	2	5	4:82%	23:9%	-1:4%	20	3,8	2,2			44,7	68,6	17,7	0,5	17,7	0,5	14,2	0,4						

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 IDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Notfall	AOK-Patienten-wege (PKW/km)	Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis							
									25%	50%	1	2	3		O	ZE	SE				P	H	10 km		20 km		30 km	
																							Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau	Murnau	<500	ö	3529	<20000	2,139	0,902	171	4	13	8:57%	1:21%	9:6%	63	2,4	32,5	B		35,7	68,0	100,0	1,0	48,2	0,5	18,6	0,3		
Kliniken St. Elisabeth	Neuburg	<500	fg	3633	<20000	0,784	0,850	332	5	21	6:15%	8:11%	15:10%	24	4,1	4,7			14,4	25,5	100,0	1,0	18,1	0,4	16,8	0,3		
DiaMed Centrum – Clinic Neundettelsau	Neundettelsau	<200	fg	3279	<10000	0,902	0,853	273	8	24	8:21%	6:18%	5:18%	40	1,7	0,0			10,2	24,2	100,0	1,0	13,5	0,6	3,2	0,2		
Spezialklinik Neukirchen	Neukirchen b. Hl. Blut	<200	p											0,0	100,0	B												
Kliniken des Landkreises Neumarkt	Neumarkt i.d.OPf.	<500	ö	3598	<50000	1,000	0,780	391	12	34	5:17%	6:16%	8:13%	33	3,3	0,8			15,4	26,0	100,0	1,0	74,1	0,8	37,3	0,4		
Klinik Neustadt GmbH	Neustadt	<50	ö	3376	<5000	1,082	0,908	178	4	13	8:47%	6:15%	5:9%	50	0,2	0,0			13,3	21,3	19,0	0,7	7,4	0,4	5,7	0,3		
Kommunalunternehmen Kliniken des Landkreises Neustadt an der Aisch-Bad Windsheim	Neustadt	<500	ö	3635	<20000	0,886	0,826	334	10	29	8:22%	5:18%	6:13%	33	0,6	0,0			20,4	23,6	100,0	1,0	78,7	0,7	9,7	0,3		
Donauklinik Neu-Ulm	Neu-Ulm	<200	ö	3272	<10000	0,709	0,874	284	5	18	6:15%	8:12%	14:11%	29	1,0	0,0			8,1	12,7	14,0	0,5	12,5	0,4	8,3	0,3		
Reha-Zentrum Nittenau	Nittenau	<50	p	2730	<1000	2,480	0,995	7	1	1	1:100%			8,6	46,2	B			5,7	67,6	100,0	1,0	21,0	0,5	2,5	0,3		
Klinikum Nürnberg	Nürnberg	>1000	ö	3428	>50000	1,174	0,721	521	13	41	5:15%	4:10%	1:10%	32	3,8	4,3	B		9,4	21,8	46,3	0,4	29,9	0,2	27,0	0,2		
St.-Theresien-Krankenhaus gmbh	Nürnberg	<500	fg	3380	<20000	0,907	0,839	346	6	25	5:15%	8:14%	6:10%	42	0,8	0,0			6,0	12,1	7,8	0,5	4,1	0,2	3,7	0,2		
Klinik Hallenwiese	Nürnberg	<200	fg	3394	<10000	0,603	0,940	216	2	4	14:35%	15:22%	6:12%	32	0,1	0,0			5,1	10,5	7,6	0,3	5,0	0,2	4,5	0,2		
Cnopf'sche Kinderklinik	Nürnberg	<200	fg	3458	<10000	0,861	0,905	225	3	12	15:16%	1:12%	6:12%	17	0,7	0,0			8,3	47,7	5,5	0,4	3,6	0,2	3,2	0,2		
Maximilians-Augenklinik gemeinnützige GmbH	Nürnberg	<50	fg	3269	<5000	0,523	0,993	14	1	1	2:100%			96	0,0	0,0			N	12,1	28,7	46,4	0,7	17,5	0,4	17,4	0,4	
Privatklinik Steger AG	Nürnberg	<50	p	3317	<5000	0,908	0,944	79	4	10	5:48%	20:9%	10:7%	18	2,8	0,0			6,7	14,1	2,3	0,5	1,1	0,2	1,0	0,2		
Kliniken Dr. Eiler GmbH	Nürnberg	<500	fg	3336	<20000	1,253	0,941	179	3	9	8:77%	6:9%	9:5%	72	1,4	0,0			6,8	13,4	10,4	0,3	6,6	0,2	5,9	0,2		
Krankenhaus Martha-Maria Nürnberg	Nürnberg	<500	fg	3373	<20000	1,081	0,839	324	7	25	5:25%	8:16%	6:13%	54	1,6	0,0	P		11,9	24,2	12,0	0,5	5,9	0,2	5,4	0,2		
Sana-Klinik Nürnberg GmbH am Birkenwald	Nürnberg	<50	p	3309	<5000	0,719	0,933	159	4	11	8:48%	3:18%	6:13%	68	0,8	0,0			N	8,7	14,1	3,7	0,4	2,4	0,2	2,0	0,2	

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG	TOP 3 WDC			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	H	10 km		20 km		30 km	
																									3	3	3	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil
310Klinik GmbH	Nürnberg	<50	p	3276	<5000	1,193	0,974	45	2	5	8:45%	6:33%	7:9%	91	0,0	0,0	13,8	31,4	2,6	0,3	1,4	0,2	1,3	0,1						
Klinik Oberammergau – Zentrum für Rheumatologie, Orthopädie und Schmerztherapie	Oberammergau	<50	p	3424	<5000	1,168	0,979	50	1	4	8:95%	1:3%	9:0%	30	6,1	5,1	104,2	246,2	100,0	1,0	25,1	0,6	14,3	0,3						
Klinik Bad Trissl GmbH & Co. KG	Oberaudorf	<500	p	3437	<5000	1,036	0,961	112	2	4	9:22%	13:19%	6:16%	12	20,9	4,1	88,0	112,1	100,0	1,0	100,0	1,0	9,5	0,3						
Asklepios Klinik Oberviechtach	Oberviechtach	<50	p	3413	<5000	0,602	0,905	155	4	14	8:21%	6:19%	5:19%	23	0,0	0,0	13,7	17,9	100,0	1,0	100,0	1,0	11,6	0,7						
Mainklinik Ochsenfurt gGmbH	Ochsenfurt	<200	ö	3613	<10000	0,919	0,864	272	5	19	8:21%	6:17%	11:14%	39	0,8	0,0	14,2	24,1	41,0	0,6	7,3	0,4	6,8	0,4						
Fachklinik für Amputations-medicin Osterhofen	Osterhofen	<50	p	3372	<1000	1,415	0,996	2	1	1	1:61%	8:39%			0,0	72,9	54,2	87,0	100,0	1,0	100,0	1,0	62,9	0,5						
Kreislinik Ottobrunen	Ottobrunen	<200	ö	3397	<10000	0,965	0,853	252	8	24	8:25%	6:17%	5:16%	40	3,1	3,5	12,5	18,9	100,0	1,0	20,6	0,5	9,1	0,3						
Bezirksklinikum Parsberg – Fachklinik für Lungen- und Bronchialheilkunde	Parsberg	<50	ö											0,0	0,0															
Klinikum Passau	Passau	<1000	ö	3390	<50000	1,088	0,784	426	8	30	5:20%	6:13%	8:11%	29	5,6	0,7	21,0	29,8	86,0	0,8	55,9	0,5	43,7	0,4						
Kinderklinik Dritter Orden	Passau	<50	fg	3449	<5000	0,753	0,922	176	4	10	6:17%	1:13%	4:12%	6	1,9	10,8	24,8	37,6	16,8	0,7	10,5	0,5	8,1	0,3						
Privatklinik Dr. Helge Passau	Passau	<50	ö	3475	<1000	0,598	0,981	54	1	2	8:80%	6:13%	9:3%	46	0,0	0,0	21,4	30,1	14,9	0,7	9,0	0,4	6,9	0,3						
Sana Klinik Regnitz GmbH	Pegnitz	<200	p	3463	<5000	0,813	0,869	257	6	19	5:19%	8:18%	6:17%	30	0,7	0,0	15,5	19,6	83,1	0,8	83,1	0,8	12,0	0,6						
Klinik Peißenberg*	Peißenberg	<50	fg	3377	<1000	0,905	0,985	10	2	3	5:29%	10:21%	1:14%	7	0,0	0,0	0,1	3,2	22,8	0,7	8,0	0,3	3,7	0,2						
Klinikum Penzberg	Penzberg	<50	fg	3436	<5000	0,868	0,868	215	8	21	8:27%	5:15%	6:15%	38	1,2	0,0	8,0	23,4	72,8	1,0	10,5	0,3	7,1	0,2						
Ilmtalklinik Pfaffenhofen GmbH	Pfaffenhofen	<500	ö	3567	<20000	0,890	0,832	339	7	25	5:19%	8:16%	6:15%	27	0,5	0,0	21,8	35,8	100,0	1,0	67,9	0,6	14,5	0,3						
St.-Vinzenz-Klinik Pfronten im Allgäu GmbH	Pfronten	<50	p	3272	<10000	1,042	0,891	223	5	16	6:11%	6:11%	5:10%	55	0,1	0,0	14,9	35,7	100,0	1,0	48,8	0,6	12,5	0,4						
Urologische Klinik München-Planegg	Planegg	<50	p	3416	<5000	1,032	0,975	79	1	4	11:66%	12:28%	13:3%	77	0,6	11,2	27,4	48,8	8,9	0,3	3,0	0,1	2,9	0,1						
RoMed Klinik Prien a. Chiemsee*	Prien	<200	ö	3389	<10000	0,967	0,844	289	8	24	8:25%	6:19%	5:12%	41	0,3	0,0	16,3	29,3	91,4	1,0	11,3	0,4	7,3	0,2						

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 IDC			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	H	H	H	M	M	M	M
Bezirksklinikum Regensburg	Regensburg	<1000	ö	3223	<10000	2,057	0,959	106	2	6	1:76%	17:3%	6	10,8	21,5	B	P	36,7	80,3	6,1	0,4	5,4	0,4	4,5	0,3			
Krankenhaus Bamherzige Brüder Regensburg	Regensburg	<1000	fg	3456	>50000	1,120	0,748	500	11	37	5:14%	8:12%	36	3,2	1,4			24,6	46,5	44,7	0,5	40,1	0,4	34,4	0,3			
Caritas-Krankenhaus St. Josef Regensburg	Regensburg	<500	fg	3368	<20000	1,028	0,829	319	7	24	6:15%	11:14%	42	2,1	0,1			12,7	33,7	18,7	0,4	16,9	0,4	14,6	0,3			
Evangelisches Krankenhaus Regensburg*	Regensburg	<50	ö	3465	<5000	0,734	0,914	193	3	8	3:32%	8:12%	70	0,0	0,0			14,1	33,8	4,9	0,4	4,4	0,4	3,7	0,3			
Universitätsklinikum Regensburg	Regensburg	<1000	ö	3373	>50000	2,023	0,727	450	14	45	5:19%	3:13%	58	9,5	2,2			57,6	95,0	29,2	0,5	26,8	0,4	23,2	0,3			
RoMed Klinikum Rosenheim	Rosenheim	<1000	ö	3542	<50000	1,064	0,771	447	11	35	5:16%	6:12%	33	1,8	1,8	B		11,3	21,0	68,2	0,6	49,5	0,5	27,1	0,3			
Kreisklinik Roth	Roth	<500	ö	3677	<10000	0,817	0,845	302	8	24	8:15%	5:15%	29	0,9	4,2	B		14,0	21,8	100,0	1,0	42,3	0,5	4,4	0,2			
Juraklinik Scheßlitz	Scheßlitz	<500	ö	3433	<10000	0,893	0,868	285	6	19	5:23%	6:22%	34	0,6	0,0	P		25,3	36,8	66,5	0,8	17,1	0,4	14,0	0,3			
Schön Klinik Berchtesgadener Land	Schönau	<50	p										0,0	0,0	B													
Krankenhaus Schongau	Schongau	<200	fg	3416	<10000	0,936	0,840	300	7	24	8:19%	6:14%	29	1,4	2,7			7,3	22,1	100,0	1,0	46,0	0,5	9,9	0,2			
Kreiskrankenhaus Schrobenshausen GmbH	Schrobenshausen	<200	ö	3434	<10000	0,872	0,840	294	8	25	5:20%	6:15%	28	1,3	0,0			7,5	15,7	100,0	1,0	18,8	0,3	10,1	0,3			
Stadtkrankenhaus Schwabach GmbH	Schwabach	<200	ö	3579	<10000	0,904	0,859	265	7	23	6:19%	8:18%	27	0,4	0,0			4,1	14,9	100,0	1,0	4,2	0,3	3,2	0,2			
Städtisches Krankenhaus Schwabmünchen	Schwabmünchen	<200	ö	3419	<10000	0,824	0,883	247	5	16	6:28%	5:20%	34	0,9	0,0			10,1	20,0	100,0	1,0	24,1	0,4	4,6	0,3			
Asklepios Klinik Lindenohe	Schwandorf	<200	p	3240	<10000	1,602	0,972	71	2	4	8:95%	1:4%	70	2,0	0,0			39,4	53,4	55,8	0,7	46,3	0,5	28,1	0,4			
St.-Barbara-Krankenhaus Schwandorf	Schwandorf	<500	fg	3422	<20000	0,799	0,836	323	8	25	6:18%	5:16%	28	1,0	0,0			19,7	26,8	80,6	0,9	60,2	0,6	29,0	0,4			
Orthopädische Fachklinik Schwarzach	Schwarzach	<200	fg	3293	<5000	1,300	0,980	53	1	4	8:94%	1:6%	66	0,8	0,0			35,8	52,0	57,9	0,7	22,0	0,3	20,8	0,3			
Krankenhaus Rummelsberg gGmbH	Schwarzenbruck	<500	fg	3560	<20000	1,410	0,918	191	4	12	8:61%	1:22%	4:5%	7,2	8,1			29,1	61,1	100,0	1,0	5,7	0,3	4,6	0,2			
Leopoldina-Krankenhaus der Stadt Schweinfurt gGmbH	Schweinfurt	<1000	ö	3299	<50000	1,055	0,794	428	8	28	5:14%	8:12%	28	2,1	0,9	P		16,9	34,5	100,0	1,0	99,9	1,0	99,9	1,0			

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG			TOP 3 WDC			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			Med	OQ	10 km		20 km		30 km		
																							Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	
Krankenhaus St. Josef	Schweinfurt	<500	fg	3335	<20000	0,854	0,947	305	6	22	5:22%	6:16%	8:13%	34	1,3	3,3	B	7,9	17,1	1000	1,0	31,2	0,4	23,2	0,3				
Chirurgische Klinik Seefeld	Seefeld	<50	ö	3335	<5000	1,040	0,937	117	5	11	8:56%	6:23%	9:10%	72	0,2	0,0		14,2	23,3	23,3	0,6	8,8	0,3	1,8	0,1				
WalldausKlinik Deuringen	Stadtbergen	<50	p	3370	<1000	0,914	0,969	63	2	5	8:46%	1:19%	19:9%	13,2	3,7			N	15,7	35,5	2,2	0,5	2,0	0,5	1,7	0,3			
Klinikum Staffelfeld	Staffelfeld	<200	p	3164	<5000	0,910	0,990	12	1	2	1:55%	-1:45%		44	3,0	32,9	P	N	51,6	94,5	22,6	0,7	9,0	0,4	3,7	0,2			
Klinikum Starnberg GmbH	Starnberg	<500	ö	3596	<20000	0,780	0,859	350	3	15	14:15%	5:14%	15:13%	34	1,0	0,1		18,7	33,2	58,9	0,7	9,5	0,2	3,9	0,1				
Klinikum St. Elisabeth Straubing	Straubing	<500	fg	3513	<50000	1,010	0,779	417	12	33	5:16%	8:13%	6:12%	42	3,2	0,0		15,8	35,4	79,5	0,7	62,6	0,6	34,0	0,3				
St.-Anna-Krankenhaus Sulzbach-Rosenberg	Sulzbach-Rosenberg	<200	ö	3427	<10000	0,889	0,850	280	7	22	6:18%	8:17%	5:13%	30	0,8	0,0		11,2	20,5	1000	1,0	26,6	0,6	23,1	0,6				
Krankenhaus Tirschenreuth	Tirschenreuth	<200	ö	3406	<10000	0,964	0,868	256	6	19	8:19%	5:18%	6:14%	23	3,7	0,0		17,3	22,2	1000	1,0	100,0	1,0	16,2	0,4				
Kliniken Südbayern Traunstein	Traunstein	<1000	ö	3597	<50000	1,079	0,766	427	11	34	5:17%	8:12%	6:11%	34	2,9	3,5		20,1	28,0	1000	1,0	58,5	0,5	42,4	0,4				
Gesundheitszentrum Treuchtlingen	Treuchtlingen	<50	ö	3442	<1000	0,900	0,941	97	3	9	5:19%	1:17%	6:16%		0,0	0,0		9,3	20,2	1000	1,0	9,7	0,5	3,3	0,3				
Kliniken Südbayern Klinikum Trostberg	Trostberg	<500	ö	3347	<10000	1,013	0,865	258	7	21	8:39%	6:15%	5:9%	43	1,8	0,0		11,3	20,9	1000	1,0	32,4	0,7	11,3	0,2				
Benedictus Krankenhaus Tutzing GmbH & Co. KG	Tutzing	<200	p	3392	<20000	1,260	0,855	255	6	21	8:38%	5:19%	1:11%	48	3,8	4,4		23,8	38,0	94,0	1,0	13,3	0,3	4,0	0,2				
Krankenhaus St. Camillus Ursberg	Ursberg	<50	ö	3042	<1000	0,845	0,936	85	4	10	3:20%	6:14%	1:14%	3	8,5	0,0	P	N	4,4	19,7	6,8	0,9	5,9	0,8	1,1	0,2			
ARBERLANDKlinik Viechtach	Viechtach	<200	ö	3363	<10000	0,996	0,860	223	7	23	5:21%	8:18%	6:18%	39	1,7	0,0		15,8	25,1	1000	1,0	73,4	0,9	11,6	0,3				
Kreis-Krankenhaus Vilsbiburg	Vilsbiburg	<200	ö	3307	<10000	0,909	0,865	266	7	22	8:29%	6:14%	1:9%	32	1,4	3,0		14,0	23,1	1000	1,0	17,9	0,4	10,2	0,2				
Landkreis Passau Gesundheitsleistungen	Vilshofen	<500	ö	3422	<50000	0,924	0,845	341	7	23	5:24%	6:17%	8:17%	27	1,0	0,0	P			1000	1,0	36,7	0,5	26,4	0,4				
Schön Klinik Vogtareuth	Vogtareuth	<500	p	3407	<20000	1,827	0,940	139	4	10	8:68%	5:18%	1:10%	74	2,5	26,4	B	31,9	59,4	93,3	0,9	20,9	0,4	15,2	0,3				
Helios Klinik Volkach	Volkach	<50	p	3316	<5000	1,021	0,975	61	1	3	8:72%	6:13%	5:9%	97	1,6	0,0		26,0	52,4	52,0	0,7	13,0	0,4	3,9	0,2				
Klinik Wartenberg	Wartenberg	<50	p	3380	<5000	1,368	0,964	68	3	6	5:18%	4:18%	8:17%		0,0	26,2	B	25,4	33,4	1000	1,0	2,8	0,3	2,5	0,2				
Im-Salzach-Klinikum gGmbH Wasserburg	Wasserburg	<1000	ö	3367	<5000	0,824	0,973	50	2	5	1:77%	8:8%	3:8%		5,9	3,4	P	17,3	29,2	51,6	0,8	19,3	0,4	7,4	0,2				

Krankenhausname	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									
										1	2	3		O	ZE	SE				P	10 km			20 km			30 km		
																					25%	50%	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil
RoMed Klinik Wasserburg	Wasserburg	<200	ö	3468	<10000	0,763	0,862	281	4	18	6:15%	8:14%	14:14%	24	0,6	0,0		11,8	18,3	81,5	0,9	23,4	0,5	8,6	0,2				
Klinikum Weiden	Weiden	<1000	ö	3423	<50000	1,138	0,779	434	10	31	5:18%	6:13%	8:11%	31	2,6	2,8	B	19,0	33,7	100,0	1,0	100,0	1,0	70,1	0,6				
Krankenhaus Weiheim	Weiheim	<200	fg	3429	<10000	0,961	0,838	300	9	26	5:23%	8:19%	6:16%	40	1,5	0,0		9,0	21,0	87,8	0,8	21,7	0,3	10,0	0,3				
Klinikum Altmühlfranken Weidenburg	Weidenburg	<200	ö	3650	<10000	0,719	0,883	211	5	18	6:24%	5:12%	4:8%	21	1,3	0,0		17,2	22,0	100,0	1,0	56,7	0,6	22,1	0,3				
Stiftungsklinik Weißenhorn	Weißenhorn	<200	ö	3405	<10000	0,944	0,866	260	8	22	5:31%	6:17%	8:16%	34	3,0	0,0		10,7	20,6	100,0	1,0	11,3	0,3	8,7	0,3				
Krankenhaus Markt Werneck	Werneck	<50	ö	3432	<5000	0,793	0,922	162	3	9	8:49%	5:25%	6:8%	61	1,4	0,0		17,0	45,3	43,0	0,8	14,2	0,6	2,4	0,2				
Orthopädisches Krankenhaus Schloss Werneck	Werneck	<50	ö	3278	<10000	1,711	0,980	60	1	3	8:98%	1:1%	21:1%	87	1,8	0,0		49,6	97,8	79,5	0,8	47,2	0,5	11,3	0,2				
Kreisklinik Wertingen	Wertingen	<200	ö	3352	<10000	0,918	0,899	211	6	15	8:37%	5:24%	6:10%	39	0,6	0,0		15,1	22,2	100,0	1,0	21,2	0,5	6,1	0,4				
Kreisklinik Wolftrathshausen	Wolftrathshausen	<200	ö	3408	<10000	0,909	0,850	258	9	26	8:21%	5:14%	6:13%	31	1,2	0,0		9,2	9,2	78,0	0,8	13,1	0,4	1,9	0,1				
Kreiskrankenhaus Wörth a. d. Donau	Wörth a. d. Donau	<200	ö	3420	<10000	1,043	0,874	259	6	19	8:38%	5:17%	4:12%	44	0,5	0,2		19,2	30,2	100,0	1,0	18,5	0,7	4,6	0,3				
Klinikum der Universität Würzburg	Würzburg	>1000	ö	3378	>50000	1,399	0,676	514	17	55	5:11%	2:10%	3:10%	44	7,2	5,7	P	40,0	68,9	59,0	0,6	50,1	0,4	45,1	0,4				
Orthopädische Klinik König-Ludwig-Haus	Würzburg	<200	ö	3309	<10000	1,633	0,971	76	2	5	8:97%	9:1%	21:1%	94	2,5	0,0		46,0	70,4	18,7	0,4	15,9	0,3	12,1	0,3				
Stiftung Juliuspital*	Würzburg	<500	ö	3554	<20000	1,054	0,827	298	10	29	5:18%	6:17%	8:16%	30	2,9	7,0	B	11,5	21,6	19,0	0,5	15,7	0,4	13,7	0,3				
Missionsärztliche Klinik*	Würzburg	<500	fg	3387	<20000	0,848	0,860	334	4	16	14:14%	4:13%	15:12%	32	1,7	0,1		16,7	42,8	20,0	0,5	16,6	0,4	14,7	0,3				
Thereseinklinik Würzburg	Würzburg	<50	fg	3233	<5000	0,694	0,953	112	3	7	8:67%	6:11%	9:6%	76	2,0	0,0		18,4	38,8	6,3	0,5	5,2	0,4	4,3	0,3				
Rotkreuzklinikum Würzburg gGmbH	Würzburg	<50	fg	3090	<10000	1,060	0,961	128	2	6	8:53%	3:20%	2:10%	82	0,3	0,0		N	29,7	59,1	13,1	0,5	11,1	0,4	9,2	0,3			
ÄRBERLANDKlinik Zwiesel	Zwiesel	<200	ö	3498	<10000	0,812	0,861	244	8	22	8:22%	6:17%	5:14%	30	1,6	0,0		13,4	20,0	100,0	1,0	100,0	1,0	23,6	0,5				
<b>Berlin</b>		<b>360</b>		<b>3278</b>		<b>1,325</b>	<b>0,771</b>		<b>18</b>	<b>56</b>	<b>8:16%</b>	<b>5:12%</b>	<b>6:10%</b>	<b>41</b>	<b>5,0</b>	<b>2,9</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>10</b>										
Frankiskus-Krankenhaus	Berlin	<500	fg	3366	<10000	1,084	0,897	241	3	12	11:31%	5:25%	6:11%	57	1,0	0,0		7,4	12,7	2,0	0,3	1,4	0,2	1,3	0,1				
Paulinenkrankenhaus	Berlin	<200	fg	3282	<10000	2,855	0,941	103	2	6	5:65%	-1:7%	4:6%	17	3,7	1,9		N	19,6	29,0	2,4	0,3	0,9	0,2	0,7	0,1			
Schlosspark-Klinik KG	Berlin	<500	p	3333	<20000	0,963	0,867	298	6	19	8:31%	1:19%	2:13%	39	1,4	2,4	P	6,6	11,9	3,3	0,3	2,2	0,2	1,9	0,1				

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG	TOP 3 WDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patienten-wege (PKW/km)	Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis									
										1	2	3		O	ZE	SE				P	10 km			20 km			30 km		
																					25%	50%	1	2	3	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
Ev. Johannesstift Wichern-Krankenhaus	Berlin	<200	fg	3302	<5000	1,768	0,968	88	1	4	8:29%	5:17%	4:13%	3,2	4,6		N	7,8	15,1	1,6	0,6	0,7	0,2	0,5	0,1				
Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk	Berlin	<500	fg	3361	<1000	0,900	0,976	39	2	5	1:73%	8:23%	3:1%	2,7	32,0	P	N	18,4	24,9	10,9	0,4	1,0	0,3	0,8	0,2				
Immanuel-Krankenhaus GmbH	Berlin	<500	fg	3366	<10000	1,087	0,964	132	2	5	8:87%	1:4%	19:2%	3,4	5,1	4,9		22,0	56,0	6,4	0,3	2,5	0,2	2,1	0,1				
St.-Marien-Krankenhaus Lankwitz	Berlin	<500	fg	3409	<10000	1,159	0,871	233	7	21	8:29%	6:19%	5:14%	3,6	0,1	0,0		5,1	7,8	11,1	0,3	1,8	0,2	1,5	0,1				
Dominikus-Krankenhaus GmbH	Berlin	<500	fg	3352	<10000	1,407	0,872	219	6	17	8:38%	6:14%	5:13%	3,6	0,4	2,3		7,4	10,5	3,5	0,6	1,5	0,2	1,2	0,1				
Charité Universitätsmedizin Berlin	Berlin	>1000	ö	3359	>50000	1,494	0,677	524	18	56	8:11%	1:11%	5:11%	4,1	7,8	1,9	P	9,7	16,1	24,2	0,3	18,1	0,2	16,8	0,2				
Helios Klinikum Berlin-Buch	Berlin	>1000	p	3307	>50000	1,254	0,717	482	12	44	8:16%	5:12%	6:8%	4,1	5,8	1,6	P	16,0	35,6	49,5	0,5	7,5	0,2	5,8	0,2				
St.-Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee	Berlin	<500	fg	3325	<1000	0,896	0,990	34	1	1	1:91%	8:7%	19:1%		1,7	50,2	P	N	8,7	22,3	1,7	0,3	1,4	0,2	1,2	0,2			
Ev. Lungenklinik Berlin	Berlin	<200	fg	3364	<10000	1,145	0,978	105	1	2	4:91%	-1:2%	5:2%	18	7,7	1,1		21,3	41,0	16,4	0,5	2,8	0,2	2,1	0,1				
Sana Klinikum Lichtenberg	Berlin	<1000	p	3308	<50000	1,003	0,829	402	4	19	5:16%	6:14%	14:14%	30	1,6	1,8		5,6	9,9	11,4	0,3	4,6	0,2	4,1	0,1				
Maleser Krankenhaus	Berlin	<50	fg	3258	<5000	1,581	0,976	65	1	3	8:39%	5:16%	1:11%		0,6	2,9		N	8,3	13,2	1,0	0,3	0,7	0,2	0,6	0,1			
Park-Klinik Weißensee GmbH & Co Betriebs KG	Berlin	<500	p	3374	<20000	0,981	0,826	333	8	27	3:19%	8:18%	6:15%	49	1,3	2,0		5,4	8,2	3,7	0,3	2,9	0,2	2,6	0,2				
Unfallkrankenhaus Berlin-Marzahn	Berlin	<1000	p	3347	<50000	1,635	0,786	376	12	35	8:16%	5:16%	1:15%	50	2,6	8,7		6,2	13,5	28,1	0,4	3,9	0,2	3,4	0,1				
Klinik für MIC Minimal Invasive Chirurgie	Berlin	<50	p	3198	<10000	1,069	0,972	94	2	4	6:41%	13:38%	7:13%	97	0,3	0,0	N	24,4	31,3	32,2	0,3	6,0	0,2	4,3	0,1				
Augenklinik Berlin Marzahn	Berlin	<50	p	3183	<5000	0,523	0,988	22	1	2	2:100%	18:0%		79	0,0	0,0		10,1	13,6	70,7	0,6	16,6	0,2	16,6	0,2				
Vitanas Krankenhaus für Geriätre, Berlin	Berlin	<50	p	3236	<5000	1,815	0,981	53	1	3	8:29%	1:21%	5:15%		1,4	3,4		N	8,4	13,8	1,1	0,3	0,7	0,2	0,6	0,1			
Augenklinik im Ringcenter GmbH	Berlin	<50	p	3149	<5000	0,628	0,991	14	1	2	2:100%			87	0,0	0,0		N	10,0	16,3	11,5	0,5	6,1	0,2	6,1	0,2			
Bundeswehrkrankenhaus Berlin	Berlin	<200	ö	3300	<20000	1,179	0,796	403	9	30	8:16%	3:14%	6:13%	53	2,6	0,1	P	4,9	9,2	1,9	0,3	1,4	0,2	1,3	0,1				



Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 WDC			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	Med	OQ	10 km			20 km			30 km		
																								Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil
St.-Marien-Krankenhaus Brandenburg	Brandenburg	<200	fg	3306	<5000	1,707	0,970	86	2	4	8:26%	5:23%	4:13%		0,0	5,1		5,8	22,0	14,6	0,8	13,1	0,7	7,2	0,4							
Carl-Thiem-Klinikum Cottbus GmbH	Cottbus	>1000	ö	3408	<50000	1,075	0,719	476	15	47	5:13%	8:12%	1:9%	33	4,8	2,7		19,5	35,2	93,4	0,9	84,5	0,8	74,2	0,7							
Sana-Herzzentrum Cottbus GmbH	Cottbus	<50	p	3312	<20000	3,439	0,978	58	2	4	5:97%	-1:1%	8:1%	68	1,3	0,0		64,1	94,5	44,0	0,7	40,6	0,7	37,7	0,6							
Klinikum Bamim, Werner-Foßmann-Krankenhaus	Eberswalde	<500	ö	3370	<50000	1,012	0,746	463	12	42	5:16%	3:10%	6:10%	41	3,2	0,7		11,3	23,7	90,3	0,9	90,3	0,9	22,0	0,4							
Martin Gropius Krankenhaus GmbH	Eberswalde	<500	ö	3228	<5000	0,980	0,970	80	2	4	1:79%	3:7%	19:5%	3	0,9	19,5	P	18,6	29,7	25,5	0,9	25,5	0,9	11,7	0,4							
Städtisches Krankenhaus Eisenhüttenstadt	Eisenhüttenstadt	<500	fg	3346	<10000	0,956	0,824	321	8	27	5:24%	8:13%	6:13%	24	1,7	5,3	P	6,5	11,4	100,0	1,0	100,0	1,0	19,6	0,4							
Ev-Ekster-Klinikum (KKH Finsterwalde)/KKH Herzberg/KKH Eksterwerda) GmbH	Finsterwalde	<500	ö	3364	<20000	0,806	0,862	301	6	20	5:21%	6:16%	8:15%	20	1,2	0,0	P	36,9	41,1	100,0	1,0	55,9	0,6	48,8	0,5							
Krankenhaus Forst GmbH	Forst	<500	ö	3324	<10000	0,910	0,847	281	7	23	5:13%	8:12%	6:11%	28	1,3	3,5		5,0	26,7	100,0	1,0	100,0	1,0	11,5	0,4							
Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH	Frankfurt	<1000	p	3375	<50000	1,112	0,744	461	12	41	5:13%	8:10%	6:10%	39	5,6	1,0		18,9	30,0	88,1	0,8	88,1	0,8	35,7	0,4							
Median-Klinik Grünheide	Grünheide	<50	p	3282										0,0	100,0	B																
Oberhavel Kliniken Hemigsdorf/Oranienburg GmbH	Hemigsdorf	<1000	fg	3348	<50000	1,051	0,808	346	8	29	5:19%	6:13%	1:12%	31	2,5	1,5		25,2	29,1	63,9	0,7	4,7	0,3	2,9	0,2							
Ev Diakonissenhaus Berlin Teltow Lehnin	Lehnin	<50	fg	3432	<5000	0,985	0,921	131	4	13	5:22%	6:16%	4:16%	2	9,1	0,1		13,6	28,7	100,0	1,0	11,5	0,7	4,3	0,4							
Epilepsie-Zentrum Berlin-Brandenburg, Epilepsieklinik Tabor	Lobetal	<50	fg											0,0	0,0	B																
Asklepios Fachklinikum Lübben	Lübben	<500	p	3360	<5000	1,330	0,972	62	2	4	1:76%	8:7%	3:4%	2	1,5	22,9		32,2	55,6	20,4	0,9	17,3	0,7	14,0	0,6							
Klinikum Dahme-Spreewald GmbH	Lübben	<500	fg	3363	<50000	0,905	0,826	364	7	25	5:19%	6:15%	8:14%	34	2,0	0,7		45,8	59,2	94,4	1,0	79,9	0,8	74,5	0,7							

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 IDC			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	10 km		20 km		30 km	
																								Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
Ev. Krankenhaus Luckau gGmbH	Luckau	<200	fg	3242	<10000	0,943	0,861	265	6	21	11:21%	8:16%	6:12%	30	1,3	1,8			21,9	24,4	100,0	1,0	22,6	0,7	13,7	0,5			
DRK Krankenhaus Luckenwalde	Luckenwalde	<500	fg	3374	<20000	0,978	0,803	360	9	30	5:16%	6:12%	8:11%	31	2,3	0,0			17,4	26,7	100,0	1,0	100,0	1,0	36,4	0,6			
Ev. Krankenhaus Ludwigsfelde-Teltow gGmbH	Ludwigsfelde	<500	fg	3410	<10000	0,870	0,842	302	6	23	6:16%	5:15%	8:11%	23	1,0	0,0			16,2	17,9	100,0	1,0	10,2	0,3	2,8	0,2			
Haveland Kliniken GmbH	Nauen	<1000	ö	3356	<20000	0,915	0,821	345	8	27	5:19%	6:17%	8:8%	24	0,7	2,1	P		41,2	44,5	100,0	1,0	100,0	1,0	15,1	0,2			
Ruppiner Kliniken GmbH	Neuruppin	<1000	ö	3389	<50000	1,130	0,744	444	13	40	5:14%	1:11%	8:10%	34	1,1	0,0			28,0	46,3	100,0	1,0	78,8	0,9	50,9	0,6			
Oberhavel Klinik Gransee GmbH	Oranienburg	<50	ö	3387	<5000	0,851	0,894	167	5	17	5:23%	6:19%	8:16%	21	1,2	0,0			46,1	46,1	52,8	0,9	2,3	0,7	0,9	0,2			
Kreiskrankenhaus Prignitz gGmbH	Perleberg	<500	ö	3393	<20000	0,940	0,822	353	9	27	5:21%	8:13%	6:12%	22	3,5	0,1	P		12,0	29,2	100,0	1,0	100,0	1,0	70,4	0,6			
St. Josefs-Krankenhaus Potsdam	Potsdam	<500	fg	3402	<20000	0,977	0,841	317	6	22	5:24%	6:12%	1:11%	31	2,4	0,2			11,2	15,4	59,9	0,8	15,5	0,3	2,2	0,2			
Klinikum Westbrandenburg	Potsdam	<50	nb	3372	<5000	0,982	0,937	139	2	8	6:20%	15:19%	4:12%	2	0,7	2,8			61,0	69,3	27,7	0,5	7,0	0,2	1,5	0,2			
MSZ Uckermark, Kreiskrankenhaus Prenzlau	Prenzlau	<200	ö	3418	<5000	0,984	0,864	242	7	22	5:19%	6:18%	8:16%	24	0,9	0,0			1,8	1,8	100,0	1,0	100,0	1,0	31,6	0,6			
Immanuel Klinik Rüdersdorf	Rüdersdorf	<500	fg	3319	<20000	0,892	0,859	291	5	20	6:15%	1:12%	8:10%	23	3,8	3,7	P		9,8	23,2	96,5	0,9	13,5	0,3	3,2	0,2			
Asklepios Klinik Uckermark Schwedt GmbH	Schwedt	<500	p	3344	<20000	1,008	0,768	384	13	41	5:21%	8:11%	6:10%	30	5,7	1,9			6,5	31,6	100,0	1,0	87,5	0,9	87,5	0,9			
Sana Kliniken Sommerfeld GmbH Hellmuth-Ulrich-Kliniken	Sommerfeld	<500	p	3328	<20000	1,601	0,983	52	2	3	8:86%	1:10%	19:3%	53	9,0	6,0			63,5	95,5	100,0	1,0	57,5	0,6	37,5	0,4			
Spremberger Krankenhaus-gesellschaft mbH, Kreis-krankenhaus Spremberg	Spremberg	<500	p	3302	<5000	0,817	0,873	233	6	20	5:18%	6:17%	8:14%	31	0,7	0,0	P		6,3	18,4	100,0	1,0	8,5	0,4	7,8	0,3			
Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH	Strausberg	<500	ö	3344	<20000	0,982	0,843	303	9	25	8:19%	6:18%	5:15%	36	2,0	0,3			21,6	31,5	100,0	1,0	54,6	0,6	8,4	0,2			
Asklepios Fachklinikum Teupitz	Teupitz	<500	p	3389	<5000	1,263	0,966	75	2	6	1:68%	5:7%	3:5%	12	5,9	0,0			33,7	44,9	100,0	1,0	100,0	1,0	17,0	0,8			

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG			TOP 3 WDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Notfall	AOK-Patienten-wege (PKW/km)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis				
									25%	50%	1	2	3	O		ZE	SE	P			Med	OQ	10 km		20 km		30 km	
																							Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
Johanniter-Krankenhaus im Fläming Treuenbrietzen gGmbH	Treuenbrietzen	<500	fg	3389	<10000	1,145	0,953	170	2	6	4:43%	8:38%	23:8%	18	6,9	3,5	P			55,9	80,4	100,0	1,0	100,0	1,0	29,0	0,4	
Ev. Krankenhaus Gottesfriede GmbH	Woltersdorf	<200	fg	3427	<5000	1,797	0,974	66	1	3	8:34%	1:19%	5:15%		0,4	12,7				21,3	32,0	28,5	0,9	5,3	0,3	1,2	0,1	
<b>Bremen</b>		<b>440</b>		<b>3278</b>		<b>1,024</b>	<b>0,838</b>		<b>13</b>	<b>45</b>	<b>8:14%</b>	<b>5:14%</b>	<b>6:10%</b>	<b>37</b>	<b>4,3</b>	<b>3,6</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>									
Klinikum Bremen-Mitte gGmbH	Bremen	<1000	ö	3352	>50000	1,095	0,735	451	15	48	1:15%	3:11%	8:11%	42	6,6	4,1			15,0	29,0	31,6	0,3	25,7	0,3	23,0	0,2		
Klinikum Bremen-Ost gGmbH	Bremen	<1000	ö	3384	<20000	1,176	0,881	248	5	17	4:31%	1:22%	6:11%	15	6,6	11,1	P		11,1	26,1	13,5	0,3	12,0	0,3	8,3	0,2		
Klinikum Bremen-Nord gGmbH	Bremen	<1000	ö	3303	<20000	1,004	0,848	315	4	19	5:14%	14:14%	6:12%	21	3,2	3,8	P		7,6	11,1	100,0	1,0	19,5	0,2	7,6	0,2		
Klinikum Links der Weser gGmbH	Bremen	<1000	ö	3316	<50000	1,341	0,871	324	4	13	5:41%	14:15%	15:10%	36	3,9	2,3			15,0	24,3	25,2	0,4	17,9	0,3	15,0	0,2		
DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus gGmbH	Bremen	<500	fg	3320	<20000	0,923	0,831	383	9	28	8:20%	6:13%	3:13%	47	5,3	4,7			5,4	18,1	20,2	0,4	10,9	0,2	10,3	0,2		
St.-Joseph-Stift	Bremen	<500	fg	3417	<20000	0,860	0,845	348	5	19	14:13%	3:12%	2:12%	42	2,5	3,2			9,5	22,4	17,1	0,3	12,4	0,2	12,1	0,2		
Rotes Kreuz Krankenhaus Bremen gGmbH	Bremen	<500	fg	3445	<20000	0,820	0,900	294	6	21	8:31%	5:21%	6:15%	37	2,5	2,5			8,7	21,2	13,9	0,3	9,9	0,2	9,6	0,2		
Roland-Klinik	Bremen	<200	fg	3347	<10000	1,285	0,973	66	2	5	8:93%	1:3%	9:2%	82	1,1	0,0			20,0	34,5	18,5	0,3	13,8	0,2	12,8	0,2		
Paracelsus-Kurfürstentempel Bremen	Bremen	<50	p	3361	<5000	1,351	0,963	75	2	6	8:76%	1:10%	3:6%	82	1,4	1,4			12,8	29,1	11,1	0,3	7,4	0,2	6,4	0,1		
Klinikum Bremerhaven Reinkenheide	Bremerhaven	<1000	ö	3386	<50000	0,817	0,837	411	9	33	1:15%	5:13%	8:12%	32	4,9	3,9			12,1	22,0	56,3	0,6	52,1	0,6	48,0	0,5		
DRK Krankenanstalten Wesemünde	Bremerhaven	<500	fg	3387	<20000	0,950	0,896	234	4	14	6:31%	4:27%	7:7%	18	2,7	0,1			10,6	20,6	36,4	0,5	33,4	0,5	29,9	0,4		
Ameos Klinikum Mitte Bremerhaven	Bremerhaven	<200	p	3381	<10000	0,996	0,876	247	7	19	5:27%	8:16%	4:10%	37	3,8	0,0			6,8	15,4	22,4	0,5	20,6	0,5	18,5	0,4		
<b>Hamburg</b>		<b>304</b>		<b>3278</b>		<b>1,332</b>	<b>0,869</b>		<b>13</b>	<b>39</b>	<b>8:20%</b>	<b>5:18%</b>	<b>6:14%</b>	<b>46</b>	<b>2,8</b>	<b>6,8</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>									
Schön Klinik Hamburg-Elfbek	Hamburg	<1000	p	3345	<50000	1,828	0,870	290	6	19	8:45%	6:13%	10:13%	55	1,5	3,7			8,5	38,7	9,0	0,2	4,9	0,1	4,2	0,1		
Asklepios Westklinikum Hamburg GmbH	Hamburg	<1000	p	3399	<20000	1,266	0,837	324	9	25	8:27%	5:21%	6:13%	38	1,8	4,3	B		8,5	17,6	14,7	0,5	3,5	0,1	2,8	0,1		

Krankenhausname	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	10 km	20 km	30 km	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil
Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg	Hamburg	<500	fg	3199	<10000	2,304	0,934	124	3	10	8:69%	9:9%	1:6%	85	0,7	39,0			26,4	88,8	15,7	0,3	2,4	0,1	1,9	0,1					
Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf gGmbH	Hamburg	<500	fg	3327	<5000	1,314	0,917	140	5	12	8:26%	1:15%	5:13%	22	2,3	42,3			8,7	17,7	1,8	0,2	1,1	0,1	1,0	0,1					
Israelitisches Krankenhaus	Hamburg	<200	fg	3293	<10000	1,053	0,942	153	2	6	6:68%	7:14%	5:4%	44	2,8	0,0			11,8	37,4	4,9	0,2	3,4	0,1	2,9	0,1					
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift gGmbH	Hamburg	<500	fg	3328	<10000	1,112	0,906	215	4	13	15:14%	6:13%	8:11%	25	0,5	12,2	B		14,9	41,2	9,4	0,3	3,0	0,1	2,3	0,1					
Kath. Marienkrankenhaus gGmbH	Hamburg	<1000	fg	3384	<50000	0,993	0,800	395	6	26	3:14%	14:13%	8:9%	41	2,0	1,0			6,5	11,7	10,1	0,2	6,3	0,1	5,5	0,1					
Wilhelmsburger Krankenhaus Groß Sand	Hamburg	<500	fg	3311	<10000	1,221	0,882	242	5	18	6:29%	8:20%	5:14%	36	2,9	15,2			3,4	13,7	3,1	0,2	1,8	0,1	1,4	0,1					
Krankenhaus Tabea GmbH	Hamburg	<50	p	3270	<10000	1,001	0,982	79	1	1	5:51%	8:34%	9:13%	94	0,2	0,0			25,3	43,3	38,9	0,6	6,5	0,1	5,6	0,1					
Bethesda Krankenhaus Beigetorf gGmbH	Hamburg	<500	fg	3369	<20000	0,936	0,846	312	7	23	5:20%	6:17%	8:9%	24	1,2	0,8			8,9	10,8	38,2	0,5	5,2	0,2	3,1	0,1					
Universitäres Herzzentrum Hamburg gGmbH	Hamburg	<200	ö	3449	<50000	2,956	0,944	155	3	7	5:90%	-1:2%	4:1%	64	9,3	0,0			31,4	76,0	5,3	0,2	3,9	0,1	3,3	0,1					
Appelision Diakonieklintum Hamburg	Hamburg	<500	fg	3356	<50000	1,060	0,842	340	6	22	6:16%	8:15%	5:14%	43	1,5	1,3			5,8	13,3	7,3	0,2	4,9	0,1	3,9	0,1					
Klinik Fleetinsel Hamburg GmbH & Co KG	Hamburg	<50	p	3243	<5000	1,066	0,980	45	2	3	8:88%	6:6%	5:5%	98	0,4	0,0			51,6	108,5	3,2	0,2	2,0	0,1	1,7	0,1					
Stadtklinik Hamburg	Hamburg	<50	p	3293	<1000	0,427	0,932	93	3	11	8:36%	3:15%	13:9%	55	0,0	0,0			0,8	6,8	1,2	0,2	0,4	0,1	0,3	0,1					
<b>Hessen</b>		<b>316</b>		<b>3264</b>		<b>1,116</b>	<b>0,816</b>	<b>12</b>	<b>41</b>	<b>5:15%</b>	<b>8:15%</b>	<b>6:12%</b>	<b>36</b>	<b>2,7</b>	<b>2,7</b>	<b>12</b>	<b>7</b>														
Kreiskrankenhaus des Vogelsbergkreises in Alsfeld GmbH	Alsfeld	<200	ö	3371	<10000	0,986	0,849	279	6	22	8:22%	6:13%	5:13%	26	0,0	0,0			11,5	22,9	100,0	1,0	46,7	0,6	46,7	0,6					
Krankenhaus Bad Arolsen GmbH	Bad Arolsen	<200	ö	3408	<10000	0,843	0,871	236	6	19	4:21%	5:18%	8:16%	19	2,5	0,7			8,5	15,3	100,0	1,0	38,4	0,4	17,8	0,3					
MEDICAL PARK Bad Camberg	Bad Camberg	<50	p	3348										2,3	97,6	B															
Hessische Berglandklinik Koller GmbH	Bad Endbach	<50	p	3321	<5000	1,680	0,982	55	1	2	8:42%	1:22%	5:15%		0,0	13,5			27,1	42,5	39,7	1,0	19,5	0,6	4,6	0,2					

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 WDC			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	Med	OQ	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
Rheumazentrum Mittelhessen GmbH & Co KG	Bad Endbach	<50	p	3165	<5000	0,751	0,992	17	1	2	8:95%	1:4%	6:0%	0,0	0,0	N	37,7	53,9	95,6	1,0	61,4	0,6	16,0	0,2				
Orthopädie Bad Hersfeld GmbH	Bad Hersfeld	<50	ö	3359	<5000	1,559	0,987	24	1	3	8:100%	21:0%	94	0,6	0,0		21,7	41,8	54,2	0,8	34,7	0,5	28,2	0,4				
Kerckhoff-Klinik GmbH	Bad Nauheim	<500	fg	3314	<50000	2,471	0,944	148	4	10	5:80%	8:11%	4:5%	3,7	0,0		38,4	70,8	69,2	0,9	56,6	0,7	10,9	0,1				
GZW Diabetes-Klinik Bad Nauheim gGmbH	Bad Nauheim	<50	ö	3183	<5000	1,150	0,995	19	1	1	10:82%	5:14%	8:1%	0,3	0,0		43,3	69,9	37,5	0,8	30,5	0,6	5,2	0,1				
Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH	Bad Nauheim	<1000	ö	3379	<20000	0,919	0,834	332	7	25	6:16%	8:13%	5:12%	0,9	0,0		12,5	21,6	68,5	0,9	45,1	0,6	5,0	0,1				
MediClin Reha-Zentrum Bad Orb	Bad Orb	<50	p	<1000	<1000	2,169	0,992	8	1	2	1:95%	21:5%	0,0	63,3			40,2	60,1	100,0	1,0	5,5	0,6	1,9	0,3				
Helios Klinik Bad Schwalbach	Bad Schwalbach	<200	p	3471	<10000	0,777	0,881	247	5	18	5:20%	6:19%	8:17%	0,4	0,0		22,7	25,8	87,5	0,9	6,3	0,3	2,7	0,2				
Otto-Fricke-Krankenhaus	Bad Schwalbach	<200	ö	3311	<5000	1,664	0,983	63	1	3	8:52%	1:19%	5:12%	2,5	1,7		24,5	34,2	55,9	0,9	7,1	0,3	3,3	0,2				
Kliniken des Main-Taunus-Kreises	Bad Soden	<1000	ö	3336	<50000	1,003	0,816	391	8	26	5:20%	6:14%	8:12%	3,2	0,0	P	11,5	19,2										
Werner-Wicker-Klinik	Bad Wildungen	<500	p	3332	<10000	1,977	0,975	109	1	3	8:70%	11:19%	23:4%	4,7	52,0		144,1	240,7	69,1	0,9	44,9	0,8	31,0	0,5				
Asklepios Fachklinik Fürstenhof Bad Wildungen	Bad Wildungen	<50	p	3147	<1000	2,171	0,993	10	1	2	1:100%			3,4	49,4		N	57,2	135,3	4,1	0,8	2,6	0,6	1,7	0,4			
Hardwald-Klinik   Werner Wicker KG	Bad Zwesten	<50	p	3303	<1000	2,419	0,995	6	1	1	1:100%			5,3	81,1		N	90,4	126,8	2,7	0,8	1,9	0,4	1,7	0,4			
Neurologische Akutklinik Werner Wicker KG	Bad Zwesten	<50	p	3382	<5000	0,876	0,978	48	2	4	1:77%	8:13%	3:4%	1,0	0,0		24,1	38,0	53,1	0,8	28,8	0,5	22,3	0,4				
DRK Krankenhaus Biedenkopf	Biedenkopf	<200	fg	3439	<5000	0,668	0,852	249	7	22	5:22%	6:15%	11:11%	3,0	0,7		13,3	18,7	100,0	1,0	27,3	0,5	6,6	0,3				
BDH-Klinik Braunfels gGmbH	Braunfels	<50	fg	3182	<5000	1,680	0,978	40	2	4	1:72%	8:17%	3:4%	2,9	17,0		17,3	27,4	21,5	0,6	15,2	0,4	5,5	0,2				
Capio Mathilden-Hospital Büdingen	Büdingen	<500	p	3393	<5000	0,818	0,970	242	6	20	6:21%	5:19%	8:18%	0,8	0,0	P	12,7	15,7	100,0	1,0	24,6	0,6	6,5	0,2				
Klinikum Darmstadt GmbH	Darmstadt	<1000	ö	3365	<50000	1,115	0,743	460	12	38	5:12%	1:12%	3:9%	4,2	3,7		14,4	22,4	59,1	0,6	41,6	0,4	8,3	0,1				
Alice-Hospital Darmstadt	Darmstadt	<200	fg	3478	<10000	0,555	0,902	238	4	12	5:35%	6:21%	14:10%	3,9	1,0		10,1	16,2	22,7	0,5	14,0	0,3	3,5	0,1				

Krankenhausname	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.	Notfall	AOK-Patientenwege (PKW/km)	Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis										
										25%	50%	1		2	3	O				ZE	SE	P	B	P	10 km		20 km		30 km	
																									Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI
Marienhospital Darmstadt	Darmstadt	<200	ö	3080	<5000	0,518	0,924	217	2	6	14:25%	6:16%	31	0,2	0,0			9,0	15,8	14,7	0,5	7,8	0,3	2,7	0,1					
Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret	Darmstadt	<200	fg	3217	<10000	0,847	0,936	149	3	7	6:20%	4:14%	5	4,4	2,0			15,5	27,1	17,0	0,5	10,3	0,3	2,6	0,1					
Evangelisches Krankenhaus Darmstadt	Darmstadt	<500	fg	3364	<20000	1,103	0,856	286	7	23	6:22%	5:16%	35	1,0	4,0	B		10,5	15,1											
St.-Rochus-Krankenhaus Dieburg	Dieburg	<50	ö	3338	<5000	1,824	0,937	103	3	10	8:47%	5:11%	55	1,1	0,7			9,5	13,5	16,3	0,8	2,7	0,3	0,6	0,1					
DIII-Kliniken Dillenburg	Dillenburg	<500	ö	3449	<20000	0,826	0,849	317	7	22	6:15%	8:12%	29	0,9	0,0			11,0	16,8	100,0	1,0	65,8	0,7	9,6	0,2					
Kaiserin-Auguste-Viktoria-Krankenhaus Ehingshausen	Ehingshausen	<50	p	3351	<5000	0,589	0,924	158	4	11	6:24%	14:10%	37	0,3	0,0			15,6	20,6	47,7	0,9	7,9	0,3	4,6	0,3					
Gesundheitszentrum Erbach	Erbach	<500	ö	3371	<20000	0,928	0,817	327	9	27	8:16%	6:14%	30	1,8	0,0			13,4	19,0	100,0	1,0	97,4	1,0	12,8	0,2					
Odenwaldkreis GmbH	Eschwege	<1000	ö	3388	<20000	0,870	0,836	324	9	26	5:21%	4:12%	18	1,1	0,1	P		17,8	28,9	100,0	1,0	91,0	0,9	23,0	0,4					
Klinikum Werra-Meißner GmbH	Frankfurt	>1000	ö	3377	<50000	1,042	0,794	448	7	25	5:13%	14:10%	34	2,2	0,5	P		7,6	14,8	25,5	0,4	10,6	0,2	5,8	0,1					
Krankenhaus Nordvest	Frankfurt	<1000	fg	3359	<50000	1,112	0,795	391	9	31	6:18%	5:11%	28	4,0	0,1			9,6	15,5	9,7	0,2	7,4	0,2	4,8	0,1					
St. Katharinen Krankenhaus GmbH	Frankfurt	<500	fg	3300	<20000	1,151	0,861	303	7	20	1:17%	8:17%	38	1,4	1,5			10,5	18,1	6,8	0,2	5,0	0,1	3,4	0,1					
Bürgerhospital und Clementine Kinderspital gGmbH	Frankfurt	<500	fg	3400	<50000	0,880	0,885	327	3	12	14:16%	2:12%	35	0,3	5,2	B		9,1	16,5	11,0	0,2	8,1	0,1	5,7	0,1					
Hospital Zum Heiligen Geist	Frankfurt	<500	fg	3381	<10000	0,903	0,846	306	5	22	5:18%	14:12%	33	0,9	1,0			6,6	10,8	5,1	0,2	3,8	0,1	2,5	0,1					
Beufgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt am Main	Frankfurt	<500	fg	3325	<20000	1,783	0,941	137	4	9	8:83%	1:6%	80	2,6	15,9			19,5	40,8	9,4	0,2	7,0	0,1	5,5	0,1					
Krankenhaus Sachsenhausen	Frankfurt	<500	fg	3395	<10000	0,839	0,904	241	4	11	13:15%	6:13%	36	0,4	0,0			7,9	16,9	5,7	0,2	4,2	0,1	2,8	0,1					
Frankfurter Rotkreuz-Kliniken	Frankfurt	<500	fg	3251	<20000	1,064	0,886	306	5	15	5:33%	8:30%	56	1,8	0,0			10,6	20,3	8,7	0,2	6,5	0,1	4,4	0,1					
Universitätsklinikum Frankfurt Goethe-Universität	Frankfurt	>1000	ö	3346	>50000	1,531	0,694	504	15	49	1:10%	3:10%	44	6,8	2,9	P		11,6	30,1	16,7	0,2	14,3	0,2	9,5	0,1					
Orthopädische Universitätsklinik Friedrichsheim gGmbH	Frankfurt	<200	fg	3332	<10000	1,580	0,970	83	1	4	8:97%	9:1%	64	2,1	0,0			23,1	41,3	9,8	0,2	8,4	0,1	4,7	0,1					

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG			TOP 3 WDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patienten-wege (PKW/km)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis					
									25%	50%	3	2	1	O		ZE	SE	P			Med	OQ	10 km		20 km		30 km		
																							Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil
Katharina Kasper-Viasalus GmbH	Frankfurt	<500	fg	3411	<20000	0,954	0,867	321	4	15	3:18%	4:17%	8:12%	37	1,5	0,3			8,0	12,3	6,9	0,2	5,1	0,1	3,5	0,1			
Apoplexion Frankfurter Diakonie Kliniken gGmbH	Frankfurt	<1000	fg	3287	<50000	1,084	0,805	418	8	29	5:32%	6:16%	8:8%	43	3,0	1,1			7,3	15,0	13,4	0,2	10,8	0,1	7,0	0,1			
Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.	Frankfurt	<50	fg											0,0	0,0	B													
Evangelisches Hospital für palliative Medizin*	Frankfurt	<50	fg											0,0	0,0	B													
Vitos Klinik Hasselborn	Friedrichsdorf	<50	ö											0,0	0,0	B													
Hospital zum Heiligen Geist gGmbH	Fritzlar	<200	fg	3324	<10000	0,813	0,886	209	5	16	5:21%	8:19%	6:18%	35	1,9	0,0			12,8	20,9	100,0	1,0	67,0	0,8	8,8	0,3			
Klinikum Fulda gAG	Fulda	<1000	ö	3364	<50000	1,189	0,756	472	12	36	5:14%	8:13%	1:11%	36	1,8	0,0	P		18,2	30,0	77,7	0,7	66,7	0,6	49,1	0,4			
Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda gGmbH	Fulda	<500	fg	3376	<20000	1,056	0,876	241	5	18	6:21%	8:19%	5:9%	36	0,3	3,2	P		8,7	22,2	23,7	0,7	20,1	0,6	14,2	0,4			
Neuro-Spine-Center Dr. Al-Hami	Fulda	<50	p	3313	<5000	1,347	0,997	4	1	1	8:100%	1:0%		92	0,0	0,0		N	51,4	111,3	51,0	0,5	44,8	0,4	38,3	0,3			
Main-Kinzig-Kliniken GmbH Gelnhausen	Gelnhausen	<500	ö	3376	<50000	0,945	0,833	357	6	22	5:14%	8:13%	6:11%	30	0,8	0,0			18,8	26,8	100,0	1,0	63,8	0,6	20,2	0,3			
Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH	Gießen	>1000	p	3356	>50000	1,662	0,690	510	16	52	5:14%	1:10%	8:10%	41	5,9	1,1	P		25,7	46,8	65,6	0,6	41,9	0,4	21,8	0,2			
Apoplexion Evangelisches Krankenhaus Mittelhessen gGmbH	Gießen	<500	fg	3315	<20000	0,979	0,860	298	7	22	4:26%	5:20%	8:13%	38	2,5	1,5			18,2	33,4	24,0	0,6	13,7	0,3	7,7	0,2			
Helios Klinik Oberewald GmbH Grebenhain	Grebenhain	<200	p	3572	<5000	0,799	0,984	57	1	3	5:58%	6:22%	9:9%	74	0,3	0,0			36,1	52,7	100,0	1,0	60,6	0,7	22,4	0,4			
Kreislinik Groß-Gerau GmbH	Groß-Gerau	<500	ö	3368	<10000	0,992	0,882	256	5	15	8:27%	6:16%	14:10%	37	0,3	0,0			10,7	14,8	26,9	0,7	5,1	0,2	1,7	0,1			
Kreislinien Darmstadt-Dieburg	Groß-Umstadt	<500	ö	3169	<20000	1,246	0,841	318	8	23	8:22%	5:22%	6:13%	36	2,8	0,8			12,4	17,7	86,9	0,8	18,6	0,3	5,4	0,1			
Klinikum Hanau GmbH	Hanau	<1000	ö	3354	<50000	0,934	0,806	421	9	30	6:14%	5:13%	1:11%	30	2,2	0,2			9,2	16,6	100,0	1,0	11,9	0,2	7,0	0,1			
St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau gGmbH	Hanau	<500	fg	3351	<20000	1,028	0,850	313	5	20	8:17%	6:16%	14:12%	29	1,6	1,1			7,3	12,5									

Krankenhausname	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	H	10 km		20 km		30 km	
																								Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
Kreiskrankenhaus Bergstraße gGmbH	Hoppenheim	<500	ö	3365	<20000	0,945	0,845	310	8	24	5:20%	6:15%	8:13%	31	0,8	0,0			14,5	19,4	40,5	0,4	14,0	0,3	4,1	0,1			
Orthopädische Klinik Hessisch Lichtenau gGmbH	Hessisch Lichtenau	<200	fg	3491	<10000	1,404	0,971	81	1	4	8:97%	1:2%	9:1%	59	0,8	25,8			27,0	42,0	100,0	1,0	62,8	0,8	9,9	0,2			
Ev. Krankenhaus Gesundheitsbrunnen gGmbH Hofgeismar	Hofgeismar	<200	fg	3303	<5000	2,355	0,982	63	1	2	1:38%	8:33%	5:13%	4	1,9	14,4			N	26,4	33,9	36,6	0,9	14,2	0,5	5,1	0,3		
Kreiskliniken Kassel GmbH	Hofgeismar	<500	ö	3493	<10000	0,745	0,854	288	7	21	5:18%	6:16%	8:11%	20	1,0	0,0			19,3	28,1	97,4	1,0	42,7	0,5	8,0	0,3			
HELIOS St. Elisabeth Klinik Hünfeld	Hünfeld	<200	p	3420	<10000	0,700	0,876	235	5	17	6:15%	8:13%	14:11%	27	2,3	0,0			13,0	21,4	100,0	1,0	16,2	0,5	10,0	0,3			
Klinikum Kassel gGmbH	Kassel	>1000	ö	3357	>50000	1,279	0,720	492	13	43	1:12%	5:10%	9:9%	38	4,4	3,7	P		17,1	38,9	46,9	0,5	41,9	0,4	35,0	0,3			
Vitos Orthopädische Klinik Kassel gemeinnützige GmbH	Kassel	<200	ö	3357	<10000	1,351	0,972	81	1	4	8:94%	1:4%	21:0%	53	0,7	0,0			12,6	38,1	17,7	0,4	16,1	0,4	11,6	0,2			
DRK-Kliniken Nordhessen	Kassel	<500	fg	3387	<20000	1,018	0,825	319	9	28	8:22%	6:17%	5:16%	47	2,0	11,0	B		11,1	27,2	14,2	0,4	12,5	0,4	9,7	0,3			
Agglesiion Diakonie-Kliniken Kassel	Kassel	<500	fg	3375	<20000	0,915	0,874	308	3	14	5:21%	14:19%	6:13%	30	1,7	0,3			7,1	19,5	16,2	0,4	14,3	0,4	11,2	0,3			
Deutsches-Rotes-Kreuz Klinik Kaufungen	Kaufungen	<50	fg	3253	<5000	1,830	0,987	58	1	2	8:50%	1:29%	5:8%		0,1	3,8			N	16,5	24,3	100,0	1,0	3,6	0,4	3,4	0,4		
Migräne- und Kopfschmerz-Klinik GmbH & Co. KG	Königstein	nb	p	3316	<1000	1,184	0,996	4	1	1	1:97%	20:3%			0,0	6,9			175,6	244,4									
Asklepios Klinik Langen GmbH	Langen	<500	p	3319	<20000	0,876	0,854	310	6	22	5:21%	6:18%	8:12%	29	2,2	0,0	P		10,5	14,1	100,0	1,0	4,7	0,1	3,8	0,1			
Eichhof Stiftung Lauterbach	Lauterbach	<500	fg	3329	<10000	0,992	0,841	290	7	23	5:18%	6:16%	8:16%	32	0,8	0,0	P		15,9	20,1	100,0	1,0	40,7	0,7	11,7	0,4			
Gertudis-Klinik Biskirchen	Leun-Biskirchen	<50	p	3224	<5000	1,183	0,997	6	1	1	1:100%	19:0%			0,0	11,1			92,8	172,3	86,7	0,9	68,8	0,7	49,2	0,5			
Asklepios Klinik Lich GmbH	Lich	<500	p	3129	<20000	1,010	0,848	310	6	23	8:21%	6:20%	14:9%	43	1,5	0,0			18,2	24,6	100,0	1,0	10,9	0,3	10,0	0,2			
St.-Vincenz-Krankenhaus Limburg	Limburg	<500	fg	3301	<50000	1,057	0,805	335	9	30	6:16%	5:15%	8:10%	32	3,0	0,0			12,4	20,5	83,4	0,8	65,4	0,6	35,1	0,3			
Schön Klinik Lorsch	Lorsch	<50	p	3296	<10000	1,904	0,981	57	1	3	8:99%	9:1%	18:0%	76	0,5	0,0			19,7	31,3	39,3	0,5	9,9	0,2	4,1	0,1			
Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH – Standort Marburg	Marburg	>1000	p	3322	>50000	1,341	0,691	492	15	53	5:11%	1:10%	8:10%	43	5,2	1,5	P		26,1	41,3	86,9	0,8	86,9	0,8	31,1	0,3			

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 WDC			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	Med	OQ	10 km		20 km		30 km	
																							Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
Diakonie-Krankenhaus Wehrda	Marburg-Wehrda	<500	fg	3373	<10000	1,005	0,885	264	6	16	8:25%	5:19%	6:12%	28	0,2	0,0			19,7	25,4	19,3	0,8	17,3	0,6	6,4	0,3		
Asklepios Neurologische Klinik Bad Salzhausen	Nidda	<50	p	2431	<5000	2,538	0,970	63	2	5	1:69%	-1:13%	3:5%	12	3,6	4,9			20,6	27,2	100,0	1,0	8,9	0,3	4,0	0,2		
Sana Klinikum Offenbach GmbH	Offenbach	<1000	p	3385	<50000	1,183	0,783	446	11	30	5:14%	1:13%	6:12%	37	2,9	2,7	B	P	9,5	16,6	16,0	0,2	10,7	0,1	7,5	0,1		
Ketteler Krankenhaus gGmbH	Offenbach	<500	fg	3320	<20000	0,882	0,870	300	5	18	6:24%	4:13%	5:11%	28	3,0	0,0			4,5	8,6	7,8	0,2	4,3	0,1	2,9	0,1		
Klinik Dr. Fuhauf	Offenbach	<50	p	3350	<1000	0,549	0,989	40	1	1	20:58%	5:14%	10:10%		0,0	0,0	N		9,7	17,6	2,7	0,2	1,3	0,1	0,9	0,1		
Kreis Krankenhaus Rotenburg a. d. Fulda	Rotenburg	<200	fg	3401	<10000	0,979	0,877	236	7	20	8:32%	6:22%	4:15%	36	0,6	0,0			10,3	25,4	61,6	0,9	22,8	0,6	19,9	0,5		
St. Josefs-Hospital Rheingau GmbH	Rüdesheim am Rhein	<200	nb	3279	<10000	1,016	0,864	249	6	21	8:28%	6:15%	5:14%	38	0,8	0,0			14,3	21,4	41,0	0,6	10,3	0,3	2,6	0,2		
GPR Rüsselsheim	Rüsselsheim	<500	fg	3387	<50000	0,910	0,805	402	10	28	5:15%	6:13%	8:12%	32	1,9	0,0			8,7	12,4	76,6	0,7	10,7	0,2	4,8	0,1		
Main-Kinzig-Kliniken GmbH Schlüchtern	Schlüchtern	<500	ö	3391	<10000	1,123	0,873	235	6	19	8:22%	5:16%	6:14%	27	1,0	0,1			13,2	31,9	100,0	1,0	66,4	0,6	9,2	0,4		
Hephata-Klinik	Schwalmsstadt	<200	fg	3546	<5000	0,707	0,975	54	2	5	1:66%	4:12%	8:9%		1,0	7,9	P		17,4	27,7	100,0	1,0	28,3	0,6	7,0	0,4		
Asklepios Klinik Seligenstadt GmbH	Seligenstadt	<200	p	3293	<20000	1,036	0,877	276	6	18	8:27%	5:17%	6:15%	25	0,3	1,5			13,2	19,6	60,5	0,6	8,1	0,2	2,7	0,1		
St. Josef-Krankenhaus Viernheim	Viernheim	<50	fg	3240	<5000	0,783	0,906	201	4	14	8:41%	6:15%	5:10%	57	0,5	0,0			3,3	15,6	6,7	0,5	2,0	0,2	1,7	0,1		
Kreis Krankenhaus Weilburg gGmbH	Weilburg	<200	ö	3387	<10000	1,089	0,881	225	7	20	8:35%	6:23%	5:11%	44	0,5	1,1			14,0	21,9	78,0	1,0	18,3	0,5	8,5	0,3		
Weilmünster gemeinnützige GmbH*	Weilmünster	<500	ö	3202	<5000	1,630	0,967	69	3	6	1:57%	4:13%	8:11%	3	2,8	17,2			21,7	32,2	100,0	1,0	12,1	0,6	3,3	0,2		
Lahn-Dill-Kliniken GmbH	Wetzlar	<1000	ö	3352	<50000	1,068	0,773	415	11	35	5:21%	6:14%	8:12%	32	2,5	0,4			17,3	29,8	93,7	0,9	23,5	0,3	16,2	0,2		
HELIOS Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden	Wiesbaden	>1000	ö	3364	<50000	1,140	0,755	442	10	35	1:13%	5:10%	3:9%	34	2,1	1,2	B		13,1	28,9	29,1	0,4	19,8	0,2	15,6	0,2		
Asklepios Klinik Wiesbaden GmbH	Wiesbaden	<500	p	3376	<20000	0,951	0,836	331	7	23	8:17%	6:12%	14:10%	37	2,6	1,5			6,5	13,7	9,7	0,3	7,6	0,2	5,5	0,2		
St. Josefs-Hospital Wiesbaden GmbH	Wiesbaden	<500	fg	3298	<50000	1,157	0,829	357	6	23	8:20%	6:19%	5:17%	49	1,3	0,0			8,1	18,8	14,7	0,3	11,6	0,2	6,7	0,1		

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG	TOP 3 IDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patienten-wege (PKW/km)	Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis							
										1	2	3		O	ZE	SE				B	P	10 km		20 km		30 km	
																						25%	50%	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
DKD HELIOS Klinik Wiesbaden	Wiesbaden	<50	p	3302	<10000	1,305	0,903	244	4	12	4:23%	6:16%	5:14%	60	7,2	10,8				11,9	0,5	4,1	0,2	2,5	0,1		
HELIOS Aukamm-Klinik Wiesbaden	Wiesbaden	<50	p	3316	<50000	1,155	0,982	46	1	3	8:97%	1:2%	18:0%	98	1,3	0,0				20,0	52,5	16,5	0,4	6,9	0,2	4,2	0,1
MEDIAN Klinik NRZ Wiesbaden GmbH	Wiesbaden	<50	p											0,0	100,0	B				70,6	70,6						
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>		<b>343</b>		<b>3278</b>		<b>1,103</b>	<b>0,791</b>		<b>13</b>	<b>41</b>	<b>5:16%</b>	<b>8:12%</b>	<b>6:11%</b>	<b>34</b>	<b>3,6</b>	<b>4,5</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>								
Sana-Krankenhaus Rügen GmbH	Bergen	<50	p	3416	<10000	0,757	0,848	297	7	21	5:15%	6:15%	8:11%	23	0,9	0,0				21,3	23,2	100,0	1,0	100,0	1,0	35,6	0,6
Wamow-Klinik Bützow gGmbH	Bützow	<50	fg	3333	<5000	0,860	0,892	172	5	17	5:22%	6:19%	8:16%	21	3,6	0,0				6,3	17,8	100,0	1,0	19,4	0,7	5,5	0,3
Krankenhaus am Crivitzer See GmbH	Crivitz	<50	p	3337	<5000	0,858	0,890	206	4	15	8:26%	6:14%	5:11%	32	0,9	0,2				21,5	29,6	100,0	1,0	9,7	0,8	9,7	0,8
Kreiskrankenhaus Demmin	Demmin	<50	ö	3293	<10000	0,768	0,858	307	6	19	6:15%	4:12%	8:10%	26	0,9	1,9				15,8	29,0	100,0	1,0	100,0	1,0	62,2	0,7
Klinikum der Ernst-Moritz-Arzt-Universität Greifswald	Greifswald	<1000	ö	3399	<50000	1,441	0,696	490	15	50	5:12%	1:12%	8:11%	38	6,3	2,8	P			29,6	57,9	99,3	1,0	70,7	0,7	60,3	0,6
BDH-Klinik Greifswald GmbH	Greifswald	<50	fg	3330	<1000	3,751	0,983	23	2	3	1:58%	-1:23%	11:12%	31	0,0	68,0			N	68,2	91,3	5,6	0,9	5,0	0,8	3,4	0,5
DRK-Krankenhaus Grevesmühlen gGmbH	Grevesmühlen	<200	fg	3349	<5000	0,853	0,887	217	6	18	6:21%	5:19%	8:16%	23	1,2	0,0				14,5	29,6	100,0	1,0	26,5	0,7	9,1	0,5
Krankenhaus Bad Doberan GmbH	Hohenfelde	<200	p	3428	<10000	0,845	0,875	267	6	19	5:21%	6:17%	8:13%	22	0,7	0,0				15,0	20,3	100,0	1,0	16,2	0,5	15,1	0,4
Klinikum Karlsruhe	Karlsruhe	<500	p	3327	<20000	2,008	0,963	109	2	4	5:70%	10:22%	4:3%	41	4,4	0,0				55,2	85,2	100,0	1,0	34,2	0,6	34,2	0,6
Helios Klinik Leezen	Leezen	<200	p											0,8	99,1	B											
Dierrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg	Neubrandenburg	<1000	fg	3390	<50000	1,091	0,736	469	14	44	8:16%	5:12%	6:10%	38	4,2	2,8	P			24,8	45,1	100,0	1,0	100,0	1,0	84,0	0,8
DRK-Krankenhaus Mecklenburg-Strelitz gGmbH	Neustrelitz	<200	fg	3348	<10000	0,975	0,857	273	7	22	5:23%	8:14%	6:13%	34	1,9	0,0				11,0	28,5	100,0	1,0	100,0	1,0	18,6	0,7
Asklepios Klinik Psevalk GmbH I.G.	Pasevalk	<500	p	3303	<20000	0,892	0,825	329	7	25	6:15%	5:13%	8:11%	25	0,9	0,3				22,5	32,0	100,0	1,0	100,0	1,0	47,2	0,5
MediClin Krankenhaus Plau am See	Plau	<200	p	3185	<10000	1,501	0,882	212	5	16	8:31%	1:26%	5:9%	33	2,4	13,7				27,3	46,7	100,0	1,0	100,0	1,0	44,5	0,6

Krankenhausname	Ort	Betten	Tria-ger	Z-Box	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG			TOP 3 WDC			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			Med	OQ	10 km		20 km		30 km		
																							Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	
Bodden-Kliniken Ribnitz-Damgarten GmbH	Ribnitz-Damgarten	<200	ö	3373	<10000	0,897	0,891	230	6	18	6:18%	8:18%	5:16%	34	0,7	0,0			18,2	29,5	100,0	1,0	100,0	1,0	100,0	1,0			
Klinikum Südsüd	Rostock	<500	ö	3397	<50000	0,999	0,844	330	4	22	14:18%	5:14%	15:12%	36	2,2	3,7			15,0	30,4	47,5	0,7	41,9	0,6	39,8	0,5			
Klinikum der Universität Rostock	Rostock	>1000	ö	3358	>50000	1,437	0,723	469	14	46	5:17%	1:14%	8:13%	46	6,0	1,8	P		15,8	37,3	64,9	0,7	57,6	0,6	55,0	0,6			
Helios-Kliniken Schwerin, Klinikum Schwerin	Schwerin	>1000	p	3380	>50000	1,101	0,721	470	14	45	5:15%	4:13%	8:12%	36	4,0	0,8			25,4	46,5	100,0	1,0	92,7	0,9	65,5	0,5			
Helios Hansekl. Stralsund	Stralsund	<1000	p	3377	<50000	1,028	0,781	418	12	34	5:15%	6:12%	1:11%	29	4,0	1,6			11,0	36,7	100,0	1,0	100,0	1,0	57,8	0,5			
DRK-Krankenhaus Grimmen GmbH	Süderholz	<50	fg	3339	<5000	0,864	0,888	229	4	16	5:27%	8:21%	6:18%	33	2,4	0,0			14,9	31,2	100,0	1,0	19,7	0,7	10,7	0,4			
DRK-Krankenhaus Teterow gGmbH	Teterow	<50	fg	3417	<5000	0,837	0,876	240	5	17	5:26%	6:19%	8:9%	21	2,2	0,0			12,4	23,8	100,0	1,0	100,0	1,0	15,9	0,5			
Ameos Diakonie Klinikum Anklam-Ueckermünde gGmbH	Ueckermünde	<500	fg	3371	<10000	0,788	0,882	238	5	17	1:18%	5:14%	6:14%	19	1,5	0,3			22,6	34,1	100,0	1,0	100,0	1,0	46,8	0,6			
Mürtz-Klinikum GmbH Waren	Waren	<500	p	3351	<10000	0,829	0,819	329	8	26	6:13%	5:12%	11:11%	35	0,8	0,0			19,4	28,6	89,8	0,9	89,8	0,9	49,2	0,6			
Klinik Amsee GmbH	Waren	<50	p	3321	<5000	1,075	0,981	69	1	3	4:85%	23:5%	5:3%	4	2,5	1,5			42,9	71,1	44,4	0,8	44,4	0,8	28,0	0,5			
SANA Hansekl. Wismar	Wismar	<500	p	3179	<20000	0,925	0,810	378	9	28	5:19%	6:13%	1:11%	27	3,9	1,2			14,0	28,9	100,0	1,0	78,6	0,7	26,2	0,6			
Kreis-Krankenhaus Wolgast gGmbH	Wolgast	<200	ö	3419	<10000	0,881	0,874	239	7	20	5:20%	6:18%	8:15%	22	1,6	0,3			18,2	34,9	100,0	1,0	68,6	0,9	22,4	0,6			
<b>Niedersachsen</b>		<b>233</b>		<b>3278</b>		<b>1,078</b>	<b>0,821</b>		<b>12</b>	<b>39</b>	<b>5:16%</b>	<b>8:15%</b>	<b>6:12%</b>	<b>35</b>	<b>3,3</b>	<b>1,7</b>	<b>0</b>	<b>18</b>	<b>19</b>										
Aller-Weser-Klinik	Achim	<200	ö	3318	<10000	0,914	0,868	241	7	20	8:25%	5:14%	6:13%	36	0,9	0,0			13,8	23,0	34,4	0,7	5,9	0,3	3,6	0,2			
AMEOS Klinikum Alfeld	Alfeld	<200	p	3452	<10000	0,944	0,864	269	6	19	5:16%	6:16%	8:13%	25	1,0	0,0			11,4	16,1	100,0	1,0	10,0	0,4	8,4	0,3			
Marienhospital Anklam-Beisenbrück	Anklam	<200	fg	3500	<5000	0,779	0,896	191	4	13	8:17%	6:16%	14:16%	35	0,8	0,0			14,2	19,5	100,0	1,0	38,6	0,6	13,3	0,3			
Ubbo-Emmius-Klinik Aurich	Aurich	<500	ö	3380	<20000	0,936	0,828	364	6	23	8:15%	6:13%	14:12%	30	0,8	0,0			12,3	23,5	100,0	1,0	100,0	1,0	21,6	0,2			
Paulinenkrankenhaus Bad Bentheim	Bad Bentheim	<50	fg	3456	<5000	1,212	0,980	47	2	3	8:97%	1:1%	18:1%	72	0,9	0,0			21,5	35,7	96,5	1,0	16,8	0,4	8,1	0,2			
Fachklinik Bad Bentheim	Bad Bentheim	<50	p	3342	<5000	1,000	0,997	7	1	1	9:97%	8:2%	17:0%		0,2	0,0			N 137,7	209,8	99,6	1,0	48,0	0,5	38,8	0,4			
Diana-Klinik	Bad Bentheim	<50	p	3385	<1000	1,780	0,984	26	1	2	5:39%	1:29%	8:21%		0,0	0,0			N 45,3	61,2	59,2	0,9	19,7	0,8	19,6	0,8			

Krankenhausname	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	H	10 km		20 km		30 km	
																								Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
Herz- und Gefäßzentrum Bad Bevensen	Bad Bevensen	<200	p	3307	<20000	2,449	0,946	129	3	8	5,88%	1,3%	-1,2%	57	6,0	0,1			37,3	56,3	98,9	1,0	42,4	0,7	42,1	0,7			
Klinik Fallingbostal	Bad Fallingbostal	<50	p	3063	<1000	0,707	0,994	11	1	2	5,94%	-1,5%	21,0%		0,0	17,0			N	70,0	87,0	57,2	0,9	41,1	0,6	41,1	0,6		
Helios Klinik Bad Gandersheim	Bad Gandersheim	<50	p	3375	<5000	0,998	0,861	246	7	20	8,20%	6,19%	5,15%	31	3,8	0,0			17,7	21,8	100,0	1,0	17,7	0,4	10,1	0,3			
Asklepios Harzkliniken GmbH	Bad Harzburg	<50	p	3353	<5000	1,509	0,980	72	1	3	8,96%	1,2%	9,0%	76	0,3	0,0			21,9	37,5	100,0	1,0	23,8	0,8	8,8	0,3			
Orthopädische Klinik Dr. Muschinsky	Bad Lautenberg	<50	p	3555	<1000	0,629	0,997	6	1	1	8,84%	1,16%			0,0	0,0			19,7	35,2	100,0	1,0	65,1	0,6	25,7	0,3			
Fachklinik für Diabetes und Stoffwechsellkrankheiten	Bad Lautenberg	<50	fg	3444	<5000	0,930	0,997	16	1	1	10,91%	5,8%	14,0%	8	0,0	0,0			68,2	113,6	91,5	1,0	36,2	0,6	21,3	0,5			
Kirchberg-Klinik	Bad Lautenberg	<50	p	3449	<1000	0,692	0,995	10	1	2	5,100%				0,0	0,0			78,4	89,1	99,7	1,0	37,2	0,7	23,4	0,4			
Deister-Süntel-Klinik GmbH	Bad Münder	<50	fg	3430	<5000	0,798	0,939	140	4	12	5,35%	4,12%	6,9%	6	4,6	0,0			5,7	13,2	100,0	1,0	9,4	0,5	1,7	0,1			
AGAPLISION Evang. Bathidskrankenhaus Bad Pyrmont gGmbH	Bad Pyrmont	<50	fg	3428	<20000	1,036	0,851	303	6	22	8,25%	1,18%	5,15%	28	1,4	0,5			15,6	24,7	100,0	1,0	38,9	0,6	10,8	0,3			
Schüchtermann Klinik	Bad Rothenfelde	<50	p	3362	<50000	3,187	0,964	130	2	5	5,94%	-1,1%	4,1%	61	5,1	0,7			46,3	85,6	100,0	1,0	33,2	0,5	8,7	0,2			
Augenklinik Dr. Georg	Bad Rothenfelde	<50	p	3361	<1000	0,431	0,987	17	1	3	2,100%			74	0,0	0,0			N	24,5	39,2	100,0	1,0	33,9	0,6	13,6	0,3		
Johann-Wilhelm-Ritter Klinik	Bad Rothenfelde	<50	p	3122	<1000	0,892	0,997	4	1	1	9,100%				0,0	0,0			N	35,0	50,0	100,0	1,0	51,6	0,5	18,2	0,2		
St.-Ansgar-Klinik Bassum	Bassum	<50	fg	3450	<5000	0,975	0,871	251	6	18	6,26%	5,15%	8,10%	36	0,5	1,2	P		13,9	24,3	100,0	1,0	54,2	0,7	4,6	0,2			
Krankenhaus Borkum	Borkum	<50	ö	5245	<1000	0,403	0,936	97	4	11	5,28%	6,13%	4,13%		0,0	0,0			8,7	8,7	100,0	1,0	100,0	1,0	100,0	1,0			
St.-Remhard-Hospital Brake	Brake	<200	fg	3371	<10000	0,975	0,864	258	6	20	6,20%	5,18%	8,13%	27	2,0	0,1			13,1	20,3	100,0	1,0	25,8	0,5	4,1	0,2			
Niels Stensen Kliniken Bramsche GmbH	Bramsche	<50	fg	3507	<5000	0,678	0,945	107	3	8	5,28%	6,17%	4,17%		4,0	1,9	P		2,6	12,1	100,0	1,0	4,4	0,2	3,0	0,1			
Städtisches Klinikum Braunschweig	Braunschweig	>1000	ö	3381	>50000	1,275	0,729	507	13	43	5,15%	1,11%	6,10%	37	3,3	0,4	P		9,0	25,6	59,6	0,5	44,7	0,4	30,7	0,2			

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 WDC			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	Med	OQ	10 km			20 km			30 km		
																							Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil
Krankenhaus Marienstift gGmbH	Braunschweig	<200	fg	3391	<10000	0,746	0,887	268	3	13	6:18%	14:15%	15:11%	36	3,2	0,0			6,2	13,5	10,1	0,5	8,5	0,4	5,0	0,2					
Krankenhaus St. Vinzenz	Braunschweig	<200	fg	3480	<5000	0,756	0,916	197	5	12	4:33%	5:23%	14:11%	24	1,1	1,7			7,5	16,8	7,0	0,5	6,0	0,4	3,4	0,2					
Herzogin-Elisabeth-Hospital (HEH)	Braunschweig	<500	fg	3379	<20000	1,327	0,891	211	5	15	8:42%	6:18%	5:13%	62	1,7	0,0			13,0	26,6	12,9	0,5	10,9	0,4	6,5	0,2					
Venenzentrum Braunschweig	Braunschweig	<50	p	3452	<5000	0,646	0,997	14	1	1	5:94%	6:5%	9:1%	99	0,0	0,0			N	28,9	39,2	41,7	0,6	37,4	0,5	24,5	0,3				
Augenkl. Dr. Hoffmann	Braunschweig	<50	p		<1000	0,457	0,988	20	1	2	2:100%			78	0,0	0,0			N	43,5	59,1	37,0	0,6	36,8	0,6	33,5	0,5				
OsteMed Klinik Bremen-vörde	Bremen-vörde	<200	ö	3336	<5000	0,857	0,859	249	5	19	6:16%	5:14%	8:14%	22	0,6	0,0			13,1	16,3	100,0	1,0	100,0	1,0	19,5	0,6					
Krankenhaus BUCHHOLZ und Winsen GmbH (Buchholz)	Buchholz	<500	ö	3396	<20000	0,908	0,790	391	10	33	5:17%	8:12%	6:11%	31	2,2	0,9			14,0	24,3	99,3	1,0	23,5	0,4	5,2	0,2					
Agaplesion Ev. Krankenhaus Bethel gGmbH	Bückeburg	<200	fg	3331	<10000	0,909	0,868	276	6	19	8:24%	6:17%	5:13%	47	0,5	0,0			17,1	20,8	75,4	0,8	11,3	0,4	7,2	0,3					
Klinikum Großburgwedel	Burgwedel	<500	ö	3319	<20000	0,920	0,835	307	7	23	6:15%	8:15%	5:12%	31	1,8	0,0			16,0	25,8	73,0	0,7	6,5	0,2	4,6	0,1					
Elbe Klinikum Buxtehude	Buxtehude	<500	ö	3436	<20000	0,911	0,843	315	8	25	8:18%	5:17%	6:16%	39	1,1	2,3			11,7	21,5	100,0	1,0	11,1	0,3	3,4	0,1					
Allgemeines Krankenhaus Celle	Celle	<1000	fg	3360	<50000	1,103	0,777	423	11	34	5:14%	6:13%	8:13%	35	1,8	0,4			15,7	23,6	100,0	1,0	100,0	1,0	58,5	0,5					
Asklepios Harzkliniken GmbH Robert-Koch-Krankenhaus	Clausthal-Zellerfeld	<50	p	3451	<5000	1,418	0,959	83	2	4	8:28%	5:22%	1:20%		0,5	0,0			23,3	28,5	100,0	1,0	4,5	0,4	2,7	0,2					
Krankenhaus Lindenbrunn	Coppenbrügge	<200	fg	3259	<5000	1,405	0,960	70	3	6	1:63%	4:9%	8:8%		7,3	66,3			N	26,1	45,7	100,0	1,0	7,7	0,5	1,4	0,2				
Helios Krankenhaus Cuxhaven	Cuxhaven	<500	p	3435	<20000	0,964	0,809	357	8	26	5:18%	8:11%	6:11%	28	3,1	0,0			2,0	9,0	80,5	0,9	59,3	0,7	43,9	0,6					
HELIOS Seehospital Sahlenburg	Cuxhaven	<50	p	3401	<5000	1,178	0,978	62	1	4	8:99%	1:0%	18:0%	39	2,2	0,0			36,3	61,6	64,4	0,8	51,4	0,6	32,0	0,5					
Krankenhaus St. Elisabeth gGmbH	Damme	<500	fg	3341	<20000	0,897	0,853	295	7	21	1:21%	8:18%	6:11%	26	1,7	3,0			15,5	25,7	100,0	1,0	37,1	0,4	12,8	0,2					
Elbe-Jeetzel-Klinik, Dammenberg	Dammenberg (Elbe)	<50	p	3423	<10000	0,790	0,851	283	7	23	8:17%	5:16%	6:15%	23	1,0	0,0			14,3	25,0	100,0	1,0	100,0	1,0	23,9	0,7					
Josef-Hospital Delmenhorst gGmbH	Delmenhorst	<500	ö	3412	<20000	0,902	0,817	365	8	26	6:17%	5:13%	8:10%	29	2,0	0,5			6,2	7,9											

Krankenhausname	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			Med	OQ	10 km		20 km		30 km	
																							Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
Lungenklinik Diekholzen GmbH	Diekholzen	<50	ö	3406	<5000	1,025	0,983	52	2	3	4:93%	5:2%	18	3,7	7,1				43,7	59,7	22,8	0,4	21,3	0,4	15,3	0,2		
St. Ansgar Klinik Diepholz	Diepholz	<200	fg	3458	<10000	0,819	0,863	276	7	20	5:27%	6:12%	32	0,4	0,0				17,7	22,9	100,0	1,0	17,0	0,4	14,9	0,3		
Krankenhaus St. Martini	Duderstadt	<200	fg	3280	<10000	1,021	0,852	280	7	22	5:24%	6:15%	29	0,8	0,0				13,3	18,4	100,0	1,0	33,0	0,6	6,0	0,3		
Einbecker Bürgerspital GmbH	Einbeck	<200	ö	3295	<5000	0,876	0,889	172	6	18	6:27%	8:18%	27	0,8	0,0				3,4	23,5								
Klinikum Emden Hans-Susemihl-Krankenhaus gGmbH	Emden	<500	ö	3368	<20000	0,943	0,942	309	7	22	1:22%	8:14%	24	4,0	1,4	P			7,8	20,7	100,0	1,0	100,0	1,0	20,0	0,3		
St. Marien-Hospital gGmbH Friesoythe	Friesoythe	<200	fg	3408	<10000	0,888	0,885	253	5	16	6:17%	8:16%	30	1,3	0,1				16,3	17,5	100,0	1,0	100,0	1,0	6,6	0,3		
STENUM Ortho GmbH	Ganderkesee	<50	p	3314	<5000	1,785	0,982	48	1	3	8:98%	21:1%	70	1,1	0,0	N			48,1	84,6	39,3	0,5	7,1	0,2	4,2	0,1		
Klinikum Robert-Koch Gehrden	Gehrden	<500	ö	3411	<20000	0,905	0,922	354	7	26	5:23%	6:14%	32	1,7	0,0				12,9	18,8	100,0	1,0	10,4	0,2	6,6	0,1		
Klinikum Osnabrücker Land, Georgsmarienhütte	Georgsmarienhütte	<50	ö	3420	<5000	0,940	0,963	108	2	4	20:33%	6:18%		1,2	0,0				16,0	38,0	7,9	0,3	6,5	0,3	4,0	0,2		
Franziskus Hospital Hardenberg	Georgsmarienhütte	<500	fg	3359	<20000	0,944	0,955	308	6	21	8:21%	6:18%	40	4,5	0,0				13,3	26,1	19,2	0,4	13,6	0,2	11,8	0,2		
HELIOS Klinikum Gifhorn	Gifhorn	<500	p	3398	<20000	0,885	0,826	357	7	26	5:15%	6:13%	31	1,6	0,0				12,0	19,3	100,0	1,0	42,0	0,6	15,2	0,3		
Asklepios Harzklänken GmbH Dr. Herbert-Weper-Krankenhaus	Goslar	<500	p	3425	<20000	0,886	0,815	385	9	27	5:23%	6:13%	33	1,4	0,0				13,6	18,8	100,0	1,0	44,7	0,5	22,9	0,3		
Universitätsmedizin Göttingen	Göttingen	>1000	ö	3338	>50000	1,480	0,691	502	18	51	1:15%	5:13%	40	8,3	2,9	P			32,9	58,8	61,2	0,6	53,5	0,5	41,2	0,4		
Evangel. Krankenhaus Göttingen-Weende gGmbH	Göttingen	<500	fg	3382	<50000	1,183	0,920	377	8	27	8:23%	4:23%	38	3,1	0,4				20,6	32,1	28,1	0,6	24,2	0,5	18,2	0,3		
Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende gGmbH, Standort Neu-Marienhilf	Göttingen	<200	fg	3414	<10000	0,988	0,908	214	4	10	8:24%	5:18%	45	1,3	0,0				15,8	32,0	10,2	0,5	8,7	0,4	7,1	0,3		
Agaplesion Krankenhaus Neu-Bethlehem gGMBH	Göttingen	<50	fg	3469	<10000	0,755	0,923	210	3	10	5:39%	14:14%	53	1,5	0,0				17,6	34,4	14,7	0,5	12,6	0,4	10,4	0,3		

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG			TOP 3 WDC			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	P	10 km		20 km		30 km	
																								Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
Johanniter-Krankenhaus Gronau gGmbH	Gronau	<200	fg	3341	<5000	1,058	0,888	234	5	16	8:20%	5:20%	6:16%	26	0,3	0,0				14,8	15,6	75,7	0,9	9,6	0,4	4,7	0,2		
Median Klinik Gylum	Gylum	<50	p	3202	<1000	1,412	0,966	57	2	4	1:28%	8:24%	4:15%		2,3	1,6				N	57,4	81,6	19,4	0,9	3,5	0,7	1,8	0,3	
Sana Klinikum Hameln-Pyrmont	Hameln	<500	ö	3411	<50000	0,975	0,794	431	8	28	5:19%	6:13%	8:12%	33	2,1	1,5				12,6	21,1	100,0	1,0	60,7	0,6	25,3	0,3		
Klinikum Hann. Münden GmbH	Hann. Münden	<500	fg	3411	<10000	0,989	0,835	305	7	24	11:19%	5:18%	6:12%	40	6,8	0,0				12,3	42,2	60,4	0,8	5,0	0,4	2,7	0,2		
Sophienklinik Vahrenwald	Hannover	<50	p	3571	<1000	0,490	0,979	41	2	4	3:44%	8:27%	6:24%	99	0,0	0,0				N	12,6	24,8	3,2	0,2	2,4	0,2	2,3	0,2	
Sophienklinik	Hannover	<50	p	3570	<5000	0,597	0,972	115	1	4	8:82%	6:6%	3:2%	54	0,7	0,0				10,2	16,6	4,3	0,2	3,5	0,2	2,8	0,1		
DRK-Krankenhaus Clementenhaus	Hannover	<200	fg	3328	<20000	1,024	0,891	248	5	15	5:32%	6:19%	8:16%	43	1,1	0,0				7,4	13,9	6,9	0,2	5,7	0,2	4,8	0,1		
Auf der Bult Kinder- und Jugendkrankenhaus	Hannover	<500	fg	3449	<10000	0,919	0,903	239	4	11	6:17%	1:17%	3:14%	20	4,0	9,8	P			13,9	33,4	6,0	0,2	4,9	0,2	3,9	0,1		
Diakoniekrankenhaus Henrietenstiftung gGmbH	Hannover	<1000	fg	3408	<50000	1,011	0,816	381	6	24	14:14%	5:14%	1:13%	32	1,4	0,3	P			8,1	16,0	10,5	0,2	8,8	0,2	6,9	0,1		
Diakoniekrankenhaus Frederikenstift gGmbH	Hannover	<500	fg	3395	<50000	0,967	0,806	411	6	26	8:23%	1:12%	14:11%	39	3,0	0,7				6,5	13,0	11,5	0,2	9,5	0,2	7,4	0,1		
Klinikum Nordstadt	Hannover	<500	ö	3398	<50000	1,099	0,817	365	10	28	1:17%	3:17%	8:15%	45	1,7	0,3				10,8	22,5	12,1	0,3	9,5	0,2	8,8	0,2		
Medizinische Hochschule Hannover	Hannover	>1000	ö	3354	>50000	1,767	0,673	515	15	52	5:13%	1:10%	8:9%	44	11,6	3,0	P			26,1	63,4	26,3	0,3	22,0	0,2	17,5	0,2		
Vinzenzkrankenhaus	Hannover	<500	fg	3346	<20000	0,882	0,846	350	6	19	5:18%	6:18%	11:11%	37	1,0	0,0				8,6	14,7	10,3	0,2	8,4	0,2	6,3	0,1		
Lister Krankenhaus*	Hannover	<50	fg	3421	<1000	0,443	0,991	30	1	2	3:94%	2:2%	4:1%	99	0,0	0,0				10,2	21,8	9,1	0,3	8,1	0,2	7,7	0,2		
Annastift Hannover	Hannover	<200	fg	3347	<10000	1,586	0,967	66	3	7	8:98%	21:1%	18:1%	81	5,7	0,0				37,8	80,4	8,5	0,2	7,2	0,2	5,5	0,1		
Klinikum Slioh-Oststadt-Heidehaus	Hannover	<1000	ö	3408	<50000	1,217	0,833	356	8	23	4:23%	5:22%	6:16%	30	3,8	0,7				9,2	17,2	15,8	0,2	12,9	0,2	10,0	0,1		
St.-Vinzenz-Hospital	Haselüne	<200	fg	3467	<5000	0,728	0,937	111	4	10	5:32%	4:17%	6:15%	2	2,0	0,2	P			2,6	14,5	100,0	1,0	5,8	0,3	5,8	0,3		
HELIOS St. Marienberg Klinik Helmstedt	Helmstedt	<500	p	3151	<20000	1,084	0,814	345	10	30	8:20%	5:19%	6:14%	31	2,6	0,0				14,3	22,5	100,0	1,0	100,0	1,0	23,7	0,4		

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 IDC			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	10 km	20 km	30 km	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil
HELIOS Klinik Herzberg/Osterode GmbH	Herzberg am Harz	<500	p	3388	<20000	0,933	0,844	319	6	21	5:18%	6:14%	8:14%	23	1,7	0,0			12,9	21,7	100,0	1,0	46,9	0,6	10,1	0,3					
BOH-Klinik Hessisch Oldendorf	Hessisch Oldendorf	<200	fg	3342	<5000	5,692	0,984	27	1	3	1:73%	-1:23%	3:2%	23	4,3	41,6			26,0	59,4	100,0	1,0	21,0	0,3	7,0	0,3					
St.-Bemward-Krankenhaus	Hildesheim	<1000	fg	3414	<50000	0,975	0,806	393	9	26	5:15%	1:12%	6:11%	28	2,1	0,9			12,7	24,8	50,6	0,6	42,8	0,4	8,7	0,1					
HELIOS Klinikum Hildesheim GmbH	Hildesheim	<1000	p	3383	<50000	1,125	0,771	450	10	32	8:17%	5:16%	6:11%	37	2,6	1,2			15,8	25,4	46,5	0,6	39,1	0,4	8,3	0,2					
AGAPLESION Evangelisches Krankenhaus	Holzminden	<200	fg	3409	<10000	0,970	0,813	333	8	27	5:21%	6:14%	8:12%	31	1,7	0,0			16,0	20,8	25,0	0,7	25,0	0,7	18,4	0,4					
Waldklinik Jesteburg	Jesteburg	<50	p	3269	<1000	3,971	0,990	18	1	2	1:89%	-1:9%	8:2%	9	4,0	73,6			76,2	123,5	17,8	0,8	6,4	0,4	1,7	0,2					
Klinikum Agnes Karll Laatzen	Laatzen	<500	ö	3359	<20000	1,090	0,965	265	7	21	8:28%	1:15%	6:14%	32	2,7	0,0			8,1	14,8	9,1	0,3	6,7	0,2	4,9	0,1					
Ameos Klinikum Geestland	Langen-Deibstedt	<500	fg	3424	<10000	1,205	0,944	146	4	8	8:52%	11:26%	1:12%	62	2,8	0,0			19,2	39,2	35,3	0,5	32,1	0,5	22,8	0,3					
Paracelsus-Klinik am Silbersee	Langenhagen	<50	p	3360	<5000	0,978	0,911	194	5	13	8:41%	6:16%	5:12%	47	0,5	0,0			9,9	19,6	3,3	0,2	2,6	0,2	2,4	0,2					
Geriatrische Langenhagen	Langenhagen	<50	ö	3318	<5000	1,500	0,977	61	1	2	1:51%	8:22%	5:12%	2,0	0,2				12,7	20,9	1,7	0,2	1,1	0,1	1,1	0,1					
Kreis Krankenhaus Leer	Leer	<500	ö	3429	<20000	0,894	0,856	336	6	19	5:22%	6:15%	8:15%	25	0,9	0,1			15,3	22,5	56,3	0,6	38,9	0,4	22,9	0,3					
Borromäus-Hospital gGmbH	Leer	<500	fg	3436	<20000	0,885	0,824	363	7	25	8:17%	11:15%	6:14%	45	0,9	0,0			19,2	26,7	46,8	0,6	34,8	0,4	20,6	0,3					
Klinikum Lehrte	Lehrte	<200	ö	3411	<10000	0,922	0,859	251	8	24	8:20%	6:20%	5:16%	32	2,0	0,0			7,0	13,0	100,0	1,0	4,3	0,2	3,1	0,1					
Residenz Kliniken GmbH	Lilienthal	<50	p	3226	<10000	1,197	0,897	172	4	15	5:35%	8:20%	6:16%	50	0,5	0,0			15,3	23,7	9,1	0,5	4,7	0,3	3,7	0,2					
Bonifatius Hospital, Lingen	Lingen (Ems)	<500	fg	3427	<50000	1,144	0,795	414	8	27	5:20%	8:16%	6:10%	41	1,8	0,0			14,8	25,4	99,0	1,0	31,1	0,3	21,5	0,3					
Hedon-Klinik GmbH u. Co. KG	Lingen (Ems)	<50	p	3196	<5000	4,370	0,986	21	1	3	1:61%	8:19%	-1:18%	17	5,3	59,1			72,2	137,5	19,4	0,6	18,1	0,6	4,4	0,3					
St.-Franziskus-Hospital Löhne	Löhne	<200	fg	3426	<10000	0,830	0,854	300	7	22	8:25%	11:15%	6:12%	46	1,3	0,0			11,7	17,4	31,6	0,7	18,4	0,4	10,4	0,2					
St.-Anna-Stift	Löningen	<50	fg	3300	<5000	0,824	0,879	254	6	19	11:20%	8:20%	5:16%	39	0,3	0,0			14,8	24,6	100,0	1,0	24,7	0,5	15,0	0,3					
Privatklinik Dr. Havemann	Lüneburg	<50	p	3496	<1000	0,748	0,967	38	3	7	13:56%	9:20%	6:10%	83	0,0	0,0			7,9	13,7	99,0	1,0	10,3	0,9	3,7	0,3					
Städtisches Klinikum Lüneburg	Lüneburg	<1000	ö	3309	<50000	1,065	0,772	440	9	31	5:14%	6:12%	1:9%	33	2,5	0,0			11,4	26,6	100,0	1,0	100,0	1,0	100,0	1,0					
Orthoklinik Lüneburg	Lüneburg	<50	ö	3266	<5000	1,233	0,983	31	2	3	8:99%	1:1%		98	0,6	0,0			13,9	27,2	99,8	1,0	29,1	0,7	19,0	0,4					

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG			TOP 3 WDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patienten-wege (PKW/km)	Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis							
									25%	50%	3	2	1	O		ZE	SE	P				B	P	10 km		20 km		30 km	
																								Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
Christliches Klinikum Melle GmbH	Melle	<200	fg	3436	<10000	0,925	0,864	274	6	19	8:25%	6:12%	5:12%	39	2,3	0,0			8,7	18,7	1000	1,0	20,9	0,4	3,8	0,1			
Ludmienstift	Meppen	<500	fg	3408	<50000	1,073	0,816	388	8	26	8:19%	1:15%	6:10%	32	3,1	4,2			18,9	26,2	1000	1,0	48,4	0,5	36,6	0,4			
Flüggenhofseelklinik	Münster	<50	p	3464	<1000	0,324	0,993	7	1	2	3:92%	21:8%		79	0,0	0,0	N		14,6	20,5	1000	1,0	62,1	0,9	25,0	0,6			
Klinikum Neustadt a. Rbge.	Neustadt a. Rbge.	<500	ö	3369	<20000	0,834	0,845	330	6	22	5:21%	6:15%	8:10%	21	1,4	0,0			13,8	16,7	1000	1,0	95,4	1,0	6,5	0,2			
HELOS Kliniken Mittelweser GmbH, Krankenhaus Nienburg	Nienburg	<500	p	3421	<20000	0,968	0,828	343	8	25	5:19%	1:13%	8:13%	27	2,2	0,4			14,7	25,5	1000	1,0	89,3	0,8	30,9	0,3			
Ubbo-Emmius-Klinik Norden	Norden	<500	ö	3356	<10000	0,769	0,886	248	5	17	5:22%	6:20%	8:13%	16	1,3	0,0	P		6,9	13,6	1000	1,0	80,0	0,8	23,7	0,4			
Helios-Klinik Wesemarsch	Nordenham	<50	p	3402	<5000	0,841	0,857	271	7	20	5:14%	6:14%	8:14%	26	0,8	0,0			3,9	17,6	1000	1,0	8,9	0,4	5,1	0,2			
Allergie- und Hautklinik	Norderney	<50	p	3601	<5000	0,581	0,917	157	2	11	9:33%	5:16%	6:10%	15	0,6	0,0			5,3	108,8	1000	1,0	23,3	0,8	23,3	0,8			
Euregio-Klinik Albert-Schweitzer-Straße GmbH	Nordhorn	<500	ö	3349	<20000	0,896	0,812	393	8	26	5:18%	6:13%	1:12%	29	1,5	0,0			12,3	20,0	1000	1,0	47,6	0,5	32,3	0,3			
Helios Albert-Schweitzer-Klinik Northeim	Northeim	<500	p	3302	<20000	0,979	0,808	340	9	30	5:26%	8:13%	6:10%	37	1,6	0,0			16,9	34,3	1000	1,0	13,6	0,4	10,3	0,3			
Klinikum Oldenburg	Oldenburg	<1000	ö	3405	>50000	1,405	0,755	470	11	37	5:22%	3:11%	6:10%	41	6,0	1,3	P		26,6	58,9	51,7	0,6	51,7	0,6	24,4	0,2			
Plus-Hospital Oldenburg	Oldenburg	<500	fg	3404	<50000	1,192	0,810	349	10	32	4:15%	6:15%	8:13%	57	5,2	1,8			18,6	43,2	30,9	0,6	30,9	0,6	13,7	0,2			
Evang. Krankenhaus Oldenburg	Oldenburg	<500	fg	3238	<50000	1,440	0,844	329	6	21	1:23%	8:19%	3:16%	41	2,6	0,8			18,3	38,5	30,0	0,6	30,0	0,6	13,7	0,2			
Paracetus-Klinik Osnabrück	Osnabrück	<200	p	3265	<10000	1,118	0,868	274	6	19	8:26%	1:23%	3:15%	56	3,8	2,3			17,3	36,1	12,0	0,4	9,5	0,3	6,3	0,2			
Marienhospital Osnabrück	Osnabrück	<1000	fg	3403	<50000	1,123	0,795	368	9	30	5:23%	6:11%	8:10%	42	4,1	0,2			10,6	26,6	32,9	0,4	25,3	0,3	18,6	0,2			
Klinikum Osnabrück GmbH	Osnabrück	<1000	ö	3331	<50000	1,300	0,752	456	10	38	8:15%	1:15%	5:12%	39	3,3	3,0			14,3	29,8	34,9	0,4	24,4	0,3	21,7	0,2			
Christliches Kinderhospital Osnabrück	Osnabrück	<200	fg	3418	<10000	0,988	0,910	216	4	12	6:17%	4:15%	15:15%	14	2,7	4,4			20,8	33,7	10,6	0,3	8,0	0,3	5,8	0,2			
Krankenhaus St. Raphael	Ostercappeln	<200	fg	3434	<10000	1,042	0,900	202	4	12	4:40%	6:16%	5:13%	35	1,8	0,1			13,3	29,1	100,0	1,0	8,5	0,2	6,4	0,2			
Kreiskrankenhaus Osterholz	Osterholz	<200	ö	3426	<10000	0,805	0,882	257	6	18	8:18%	6:14%	5:14%	24	0,9	0,0			9,0	16,2	100,0	1,0	6,7	0,3	4,2	0,2			
Krankenhaus Land Hadeln	Otterndorf	<50	p	3331	<5000	0,985	0,866	231	7	22	8:23%	6:17%	5:16%	38	0,7	0,2			16,1	28,1	100,0	1,0	33,2	0,6	24,9	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%	1	2	3	O		ZE	SE	P				HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil
Marien Hospital Papenburg Aschendorf gGmbH	Papenburg - Aschendorf	<500	fg	3440	<10000	0,891	0,848	338	6	20	5:22%	8:16%	6:13%	27	1,7	0,1	P	10,7	16,2	100,0	1,0	26,5	0,4	22,4	0,3				
Klinikum Peine gGmbH	Peine	<500	fg	3427	<20000	1,025	0,830	332	9	26	5:23%	6:16%	8:12%	28	2,1	0,0		7,1	13,3	100,0	1,0	17,4	0,4	6,5	0,2				
Christliches Krankenhaus Quakenbrück e.V.	Quakenbrück	<500	fg	3296	<20000	1,235	0,860	281	6	20	5:25%	8:17%	1:17%	31	1,4	0,2	P	17,0	31,2	100,0	1,0	51,9	0,5	16,7	0,2				
Kreiskrankenhaus Rinteln	Rinteln	<50	ö	3645	<5000	0,766	0,923	126	5	14	5:20%	1:20%	8:12%	1	0,7	0,7		16,7	22,3	28,7	0,7	4,0	0,4	2,4	0,2				
Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg	Rotenburg	<1000	fg	3363	<50000	1,063	0,752	481	13	37	5:13%	1:11%	8:11%	34	2,4	1,4	P	27,6	36,9	100,0	1,0	99,0	1,0	50,5	0,4				
St.-Elisabeth-Krankenhaus Salzgitter gGmbH	Salzgitter	<200	fg	3436	<10000	0,770	0,872	257	6	18	6:20%	5:16%	8:12%	24	0,5	0,0		3,0	13,9	100,0	1,0	13,5	0,3	5,3	0,2				
HELIOS Klinikum Salzgitter GmbH	Salzgitter	<500	p	3421	<20000	0,964	0,822	353	9	26	5:15%	8:14%	11:13%	31	2,1	0,0		5,1	13,9	100,0	1,0	13,4	0,3	8,6	0,2				
Nordwest-Krankenhaus Sanderbusch gGmbH	Sande	<500	ö	3277	<20000	1,082	0,844	325	8	25	8:23%	1:22%	4:13%	28	2,6	2,4		15,9	24,9	45,1	0,6	32,0	0,4	21,5	0,3				
Akklepios Kliniken Schildaatal GmbH	Seesen	<500	p	3353	<20000	1,262	0,886	272	5	15	1:33%	8:18%	5:18%	23	3,1	9,6		22,6	36,4	100,0	1,0	41,4	0,5	19,9	0,2				
Hümmeling Hospital Sögel	Sögel	<200	ö	3483	<10000	0,805	0,865	271	7	20	8:18%	6:18%	5:14%	36	0,8	0,1		18,8	23,2	100,0	1,0	54,2	0,6	16,9	0,3				
Heidekreis-Klinikum Soltau	Soltau	<200	ö	3422	<10000	1,027	0,891	225	6	17	5:35%	8:20%	1:14%	21	1,7	0,0		19,7	21,8	91,8	0,9	84,1	0,9	44,3	0,7				
MediClin Klinikum Soltau	Soltau	<50	p	3421	<1000	1,105	0,981	41	1	2	8:55%	1:39%	5:2%		7,3	54,4		N	27,3	65,2	30,5	0,8	30,2	0,8	15,7	0,6			
Elbe Klinikum Stade	Stade	<1000	ö	3428	<50000	1,003	0,785	413	11	34	5:16%	8:13%	1:13%	36	1,7	0,1	P	18,2	26,5	93,6	0,9	93,6	0,9	26,7	0,3				
Klinik Dr. Wirtz	Stade	<50	p	3359	<1000	1,014	0,993	8	1	2	8:100%			100	0,0	0,0		163,6	308,5	48,9	0,7	37,3	0,5	12,6	0,2				
Klinik Dr. Hancken	Stade	<50	p	3384	<5000	0,912	0,965	80	2	5	10:21%	6:17%	4:14%	42	16,6	5,1	N	N	23,9	34,5	15,1	0,9	8,2	0,4	3,1	0,2			
Augenklinik Steadthagen GmbH	Stadthagen	<50	p	3214	<1000	0,402	0,994	11	1	2	2:100%			99	0,0	0,0		N	23,6	32,8	100,0	1,0	100,0	1,0	59,6	0,6			
Kreiskrankenhaus Steadthagen	Stadthagen	<200	ö	3353	<10000	0,956	0,846	310	9	25	5:25%	8:15%	6:14%	33	0,9	0,0		11,5	17,5	100,0	1,0	44,7	0,5	8,2	0,2				
HELIOS Kliniken Mittelweser GmbH, Krankenhaus Stolzenau	Stolzenau	<50	p	3370	<5000	0,868	0,931	132	3	10	8:19%	6:17%	5:15%		3,6	0,1		14,6	24,8	100,0	1,0	21,6	0,8	6,6	0,3				
St.-Ansgar-Klinik Sulingen	Sulingen	<200	fg	3480	<10000	0,951	0,897	199	6	17	8:37%	5:13%	6:10%	26	0,3	0,0		12,7	23,5	100,0	1,0	59,9	0,7	22,9	0,3				

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG	TOP 3 WDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patienten-wege (PKW/km)	Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis										
										1	2	3		O	ZE	SE				B	P	10 km			20 km			30 km		
																						25%	50%	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil
Elisabeth-Krankenhaus	Thuine	<200	fg	3450	<5000	1,008	0,871	251	6	16	8:22%	5:11%	33	4,1	0,2			15,6	20,5	96,1	1,0	24,5	0,6	5,4	0,2					
Klinik Veerssen	Uelzen	<50	p	3321	<1000	0,810	0,978	45	2	4	8:85%	1:6%	93	0,4	0,0			N	22,5	38,7	27,0	0,8	24,3	0,7	22,0	0,6				
HELIOS Klinikum Uelzen	Uelzen	<500	p	3425	<20000	1,044	0,827	341	8	26	1:18%	5:15%	24	2,6	3,7			16,8	28,2	94,4	1,0	70,6	0,8	70,4	0,8					
St.-Johannes-Hospital	Varel	<200	fg	3354	<10000	0,927	0,842	296	6	24	5:22%	8:12%	41	1,2	0,1			11,2	25,9	100,0	1,0	19,8	0,5	7,8	0,2					
St.-Marien-Hospital Vechta	Vechta	<500	fg	3461	<20000	0,815	0,836	375	6	20	5:18%	6:13%	30	1,4	0,1			15,5	26,3	72,8	0,7	58,1	0,5	25,6	0,3					
Aller-Weser-Klinik Verden	Verden	<200	ö	3316	<10000	0,800	0,861	289	6	21	6:17%	5:16%	24	1,4	0,0			10,9	17,3	100,0	1,0	59,8	0,6	10,3	0,3					
Heidekreis-Klinikum Walsrode	Walsrode	<500	ö	3412	<10000	0,752	0,884	235	4	15	6:22%	5:11%	20	1,9	0,0	P		16,9	33,5	97,0	1,0	97,0	1,0	22,5	0,4					
Rheiderland-Krankenhaus Weener/Ems	Weener/Ems	<50	fg	3457	<5000	1,018	0,944	132	2	7	5:44%	20:18%	36	0,7	0,0			13,5	31,6	25,4	0,8	8,9	0,4	6,7	0,3					
Ammerland Klinik Westerstede	Westerstede	<500	ö	3318	<50000	1,079	0,811	368	10	28	5:24%	6:13%	39	2,6	0,2			20,3	41,9	89,3	0,9	89,3	0,9	17,9	0,3					
Bundeswehrkrankenhaus Westerstede	Westerstede	<50	ö	3245	<10000	1,368	0,916	177	5	11	8:58%	4:19%	55	1,1	0,3			19,1	29,3	28,4	0,9	28,4	0,9	5,4	0,3					
Krankenhaus Johanneum Wildeshausen	Wildeshausen	<200	fg	3301	<10000	0,909	0,865	271	6	19	8:18%	6:16%	31	2,1	0,0			11,3	17,6	100,0	1,0	38,1	0,6	7,2	0,2					
Klinikum Wilhelmshaven Wilhelmshaven	Wilhelmshaven	<1000	ö	3427	<20000	0,907	0,820	321	8	26	5:20%	6:15%	25	3,3	0,4	P		7,0	19,5	62,1	0,7	42,0	0,4	38,5	0,4					
Krankenhaus Buchholz und WINSEN gGmbH (Winsen)	Winsen/Luhe	<500	ö	3381	<20000	0,914	0,816	340	8	29	8:21%	3:14%	41	1,1	0,4			9,4	25,0	100,0	1,0	24,6	0,3	5,8	0,1					
HELIOS Klinik Wittingen	Wittingen	<50	p	3431	<5000	0,751	0,903	173	4	13	6:19%	5:19%	18	1,5	0,0			12,5	19,6	100,0	1,0	100,0	1,0	72,6	0,9					
Kreiskrankenhaus Wittmund	Wittmund	<200	ö	3443	<10000	0,868	0,870	260	7	19	8:24%	6:16%	34	0,6	0,0			19,2	21,7	100,0	1,0	21,9	0,5	15,7	0,4					
Städtisches Klinikum Wolfenbüttel	Wolfenbüttel	<500	ö	3380	<20000	0,909	0,845	320	7	22	5:19%	6:18%	29	1,2	0,0			12,3	21,2	17,8	0,5	14,2	0,3	11,0	0,2					
Städtisches Klinikum Wolfsburg	Wolfsburg	<1000	ö	3255	<50000	0,996	0,780	458	9	29	5:16%	6:12%	35	2,0	1,0			11,4	26,2	100,0	1,0	59,7	0,6	21,2	0,3					
OstMed Martin-Luther-Krankenhaus Zeven	Zeven	<50	p	3462	<5000	0,819	0,882	206	6	19	5:24%	6:16%	19	0,7	2,4			2,3	18,5	96,6	1,0	96,6	1,0	14,0	0,6					
<b>Nordrhein-Westfalen</b>		<b>387</b>		<b>3278</b>		<b>1,055</b>	<b>0,826</b>		<b>13</b>	<b>43</b>	<b>5:15%</b>	<b>8:15%</b>	<b>35</b>	<b>3,3</b>	<b>1,5</b>	<b>24</b>	<b>52</b>	<b>7</b>												
Universitätsklinikum Aachen	Aachen	>1000	ö	3398	>50000	1,688	0,896	511	17	53	5:16%	1:13%	40	7,2	2,3	B	P	20,7	39,1	42,1	0,4	30,4	0,3	24,6	0,2					
Marien-Hospital Aachen	Aachen	<500	fg	3376	<20000	1,034	0,825	352	8	24	8:17%	6:16%	50	1,2	0,0			6,6	14,0	12,2	0,3	10,6	0,3	6,7	0,2					
St.-Franziskus-Krankenhaus Aachen	Aachen	<200	fg	3344	<10000	0,968	0,891	244	5	16	8:35%	11:15%	56	0,8	0,0			8,1	13,8	8,1	0,3	6,0	0,2	4,0	0,2					

Krankenhausname	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.	Notfall	AOK-Patientenwege (PKW/km)	Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis								
									25%	50%	1	2	3		O	ZE	SE				P	B	H	10 km		20 km		30 km	
																								Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI
St.-Marien-Krankenhaus Ahaus-Vreden	Ahaus	<500	fg	3343	<20000	0,914	0,804	360	10	30	8:17%	5:14%	6:11%	31	1,7	0,0			15,3	21,3	100,0	1,0	23,4	0,4	17,1	0,3			
St.-Vincenz-Gesellschaft mbH Ahlen	Ahlen	<500	fg	3325	<20000	0,811	0,854	307	6	21	6:15%	1:12%	4:11%	21	1,9	0,1			6,3	13,9	32,0	0,6	16,5	0,3	4,9	0,1			
HELIOS Klinik Attendorf	Attendorf	<500	p	3406	<10000	0,949	0,855	293	6	22	8:25%	5:19%	6:12%	27	1,0	2,1			15,8	18,9	65,3	0,6	13,0	0,4	6,4	0,2			
Helios Klinik Bad Berleburg	Bad Berleburg	<200	p	3325	<10000	0,859	0,849	280	8	24	5:22%	8:16%	6:14%	27	1,1	1,0			1,1	26,0	100,0	1,0	31,7	0,5	21,3	0,4			
Katholisches Krankenhaus im Siebengebirge	Bad Honnef	<500	fg	3361	<10000	0,946	0,860	275	7	21	8:16%	6:14%	5:14%	33	1,6	0,3			15,0	19,4	27,6	0,5	4,6	0,2	3,2	0,1			
Krankenhaus Bad Oeynhausen	Bad Oeynhausen	<500	ö	3420	<20000	0,969	0,854	307	6	20	5:22%	6:17%	8:12%	25	2,0	0,0			7,2	8,5	13,5	0,4	9,2	0,3	4,2	0,2			
Auguste-Viktoria-Klinik	Bad Oeynhausen	<200	fg	3358	<10000	1,548	0,976	79	1	3	8:95%	1:3%	21:1%	58	0,6	0,0			24,9	46,1	23,9	0,5	10,9	0,2	5,8	0,2			
Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein-Westfalen	Bad Oeynhausen	<500	fg	3353	>50000	3,516	0,946	184	2	6	5:74%	10:12%	4:6%	51	12,9	0,0			43,6	98,7	36,6	0,6	17,4	0,3	8,4	0,2			
Rheuma-Klinik Dr. Lauen	Bad Oeynhausen	<50	p	3104	<1000	0,829	0,996	4	1	1	8:100%				0,0	0,0			21,8	26,2	20,8	0,4	13,7	0,2	8,1	0,1			
Artemed Fecklinik Prof. Dr. Dr. Saifeld GmbH Bad Oeynhausen	Bad Oeynhausen	<50	p	3244	<5000	0,685	0,998	2	1	1	5:100%			100	0,0	0,0			52,0	78,3	84,1	0,7	80,0	0,7	76,0	0,6			
Median Klinik NRW	Bad Salzflufen	<50	p	3288	<1000	3,569	0,998	1	1	1	1:100%				0,0	79,0			83,3	100,3									
St.-Elisabeth-Hospital Beckum GmbH	Beckum	<500	fg	3340	<10000	0,998	0,863	273	6	20	8:26%	5:15%	6:13%	29	1,3	0,0			2,4	14,5	100,0	1,0	11,3	0,3	4,8	0,1			
St.-Hubertus-Stift	Bedburg	<50	fg	3383	<5000	0,861	0,904	166	5	15	5:23%	8:22%	6:16%	24	0,6	0,0			3,6	14,8	33,1	0,6	7,6	0,2	1,0	0,1			
LVR-Klinik Bedburg-Hau	Bedburg-Hau	<500	ö	3394	<5000	0,921	0,975	63	2	4	1:84%	3:6%	5:2%		1,9	0,3			9,5	15,0	14,9	0,5	14,9	0,5	9,0	0,3			
Krankenhaus Maria Hilf	Bergheim	<500	fg	3404	<10000	0,841	0,870	275	5	18	6:16%	5:15%	8:13%	25	1,9	0,0			6,0	15,3	72,5	0,7	7,3	0,2	2,0	0,1			
Vinzenz Pallotti Hospital	Bergisch Gladbach	<500	fg	3375	<10000	0,811	0,883	265	2	12	14:21%	8:16%	15:15%	28	1,2	0,0			12,3	22,5	16,8	0,4	3,8	0,1	2,1	0,1			
Evangelisches Krankenhaus Gladbach	Bergisch Gladbach	<500	fg	3556	<20000	1,001	0,860	308	6	19	5:34%	6:11%	4:10%	36	0,7	0,0	P		6,8	13,7	17,2	0,4	4,2	0,1	2,7	0,1			
Städtische Kliniken Bielefeld gGmbH Klinikum Mitte	Bielefeld	>1000	ö	3401	>50000	0,987	0,768	441	13	39	8:16%	5:14%	6:12%	43	2,3	0,1			12,6	19,1	42,9	0,5	26,5	0,3	17,5	0,2			

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Box	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG			TOP 3 WDC			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	10 km		20 km		30 km	
																							Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
Ev. Klinikum Bethel gGmbH	Bielefeld	>1000	fg	3374	>50000	1,150	0,792	465	10	35	1:19%	6:10%	5:10%	27	3,5	2,5	B	P	9,3	16,4	34,9	0,5	21,5	0,3	14,3	0,2		
Frauenklinik Dr. Hartog	Bielefeld	<50	p	3378	<1000	0,616	0,979	37	2	4	13:34%	14:24%	15:23%	60	0,0	0,0			N	8,5	15,0	5,7	0,3	3,3	0,2	2,5	0,1	
Krankenhaus Mara gGmbH	Bielefeld	<200	fg											0,0	100,0	B			40,4	9	404,9							
Katholische Hospitalvereini-gung Ostwestfalen	Bielefeld	<1000	fg	3424	<50000	0,953	0,818	404	8	25	6:17%	8:15%	5:13%	37	1,4	0,0			16,6	34,6	24,9	0,5	15,3	0,2	10,0	0,2		
St. Agnes-Hospital	Bocholt	<1000	fg	3418	<50000	0,987	0,823	372	8	24	5:27%	6:14%	8:9%	32	1,7	0,0	P		6,8	18,3	100,0	1,0	61,6	0,7	23,2	0,3		
Beurgenessenschaftliches Universitätsklinikum Beigamshel GmbH	Bochum	<1000	fg	3353	<50000	1,744	0,820	325	10	30	5:26%	8:25%	1:11%	43	4,1	5,7			7,7	24,6	7,4	0,2	2,9	0,1	1,8	0,0		
St. Josefs-Hospital Linden	Bochum	<200	p	3379	<10000	0,919	0,916	203	2	7	4:21%	5:18%	6:16%	42	2,1	0,0	P		7,6	14,4	3,6	0,2	0,9	0,1	0,5	0,0		
St. Josef- u. St.-Elisabeth-Hospital Bochum gGmbH	Bochum	>1000	fg	3379	>50000	1,104	0,791	432	11	33	5:16%	8:14%	1:12%	27	4,7	0,4			10,3	21,6	17,9	0,2	6,6	0,1	4,3	0,0		
Augusta-Kranken-Anstalt gGmbH	Bochum	<1000	fg	3386	<50000	0,851	0,865	349	8	27	5:18%	11:18%	6:13%	37	3,4	0,1	P		7,8	10,3	9,4	0,2	3,7	0,1	2,3	0,0		
Martin-Luther-Krankenhaus Bochum-Wattenscheid gGmbH	Bochum	<500	fg	3391	<10000	0,946	0,878	236	6	19	8:24%	6:19%	5:18%	33	1,0	0,0	P		2,0	3,8	2,3	0,2	0,9	0,1	0,5	0,0		
Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum GmbH	Bochum	<500	ö	3327	<50000	1,311	0,820	361	7	25	2:22%	1:17%	8:16%	46	6,9	0,9			14,7	25,7	12,6	0,3	3,9	0,1	2,1	0,1		
Universitätsklinikum Bonn	Bonn	>1000	ö	3340	>50000	1,613	0,721	493	16	48	5:14%	1:13%	8:9%	45	8,0	3,4	B	P	23,2	49,3	35,0	0,4	22,6	0,2	10,2	0,1		
Gemeinschaftskrankenhaus St. Elisabeth-St. Petrus/ St. Johannes gGmbH	Bonn	<500	fg	3383	<50000	1,133	0,846	319	7	23	5:29%	8:28%	6:12%	49	1,3	0,5			7,6	17,2	13,7	0,3	8,7	0,2	3,7	0,1		
Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg	Bonn	<500	fg	3311	<20000	1,057	0,826	372	8	25	4:18%	8:18%	11:13%	39	1,0	3,0	B		14,1	19,8	12,6	0,3	6,9	0,1	3,2	0,1		
Johanniter-Krankenhaus Friedr.-Wilhelm-Stift GmbH	Bonn	<500	fg	3366	<20000	1,062	0,826	327	8	26	6:17%	4:10%	8:9%	40	7,2	0,7			9,4	19,6	9,8	0,3	7,1	0,2	3,2	0,1		
Waldkrankenhaus Bonn	Bonn	<500	fg	3361	<20000	1,071	0,819	334	7	28	8:20%	3:17%	11:13%	49	1,3	0,1			12,4	22,5	10,3	0,3	6,7	0,2	4,2	0,1		
MediClin Robert Janker Klinik	Bonn	<50	p	3237	<5000	1,680	0,962	81	2	5	1:31%	7:23%	4:14%	68	8,8	0,6			26,1	100,1	5,2	0,4	3,6	0,2	1,7	0,1		

Krankenhausname	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				Med	10 km		20 km		30 km	
																							Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
LVR-Klinik Bonn	Bonn	<1000	ö	3860	<5000	1,215	0,968	93	2	4	1:83%	3:4%	19:2%	3	3,1	2,3	P	13,2	25,4	4,9	0,2	3,8	0,2	1,5	0,1			
Augenklinik Dardenne	Bonn	<50	p	2696	<1000	0,599	0,991	14	1	2	2:100%			97	0,0	0,0		N	34,7	63,3	11,7	0,4	11,4	0,4	7,4	0,3		
St.-Marien-Hospital Borken GmbH	Borken	<500	fg	3283	<20000	1,009	0,847	322	7	24	8:29%	1:15%	6:12%	31	1,9	1,2		12,1	18,9	100,0	1,0	35,6	0,5	9,7	0,2			
Knappschaftskrankenhaus Bottrop gGmbH	Bottrop	<500	ö	3353	<20000	0,853	0,885	330	9	28	1:16%	11:16%	5:16%	36	3,6	0,0		4,3	6,9	12,6	0,2	3,7	0,1	2,3	0,1			
Marienhospital Bottrop gGmbH	Bottrop	<500	fg	3398	<20000	0,876	0,846	316	6	21	6:16%	5:16%	8:15%	29	1,1	0,0		3,5	9,1	12,6	0,2	2,8	0,1	1,7	0,1			
Städt. Krankenhaus Maria-Hilf-Brilon	Brilon	<200	ö	3448	<10000	0,805	0,846	350	6	21	8:16%	5:16%	6:13%	32	0,9	0,0		14,8	23,6	62,7	0,8	45,6	0,5	19,9	0,2			
Marienhospital Brühl GmbH	Brühl	<500	fg	3378	<10000	0,920	0,840	307	7	23	6:17%	5:17%	8:12%	29	0,8	0,0		1,5	9,6	41,6	0,5	2,8	0,1	1,8	0,1			
Lukas-Krankenhaus Bünde	Bünde	<500	fg	3382	<20000	1,029	0,847	291	7	23	5:22%	6:21%	8:20%	36	1,6	2,6	B	5,3	11,9	94,2	1,0	14,7	0,4	5,5	0,2			
Ev. Krankenhaus Castrop-Rauel	Castrop-Rauel	<500	fg	3311	<20000	1,032	0,868	284	5	19	8:25%	1:17%	6:16%	29	2,0	2,0	P	6,4	14,0	10,4	0,2	2,1	0,1	1,3	0,0			
Christophorus-Kliniken GmbH Betriebsteil St. Vincenz-Hospital GmbH	Coesfeld	<1000	fg	3347	<50000	0,866	0,820	383	7	26	5:16%	6:15%	1:11%	20	1,6	2,3		16,5	20,3	100,0	1,0	57,5	0,5	23,4	0,3			
Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln	Datteln	<500	fg	3764										0,2	99,7	B	P	19,5	26,2									
St.-Vincenz-Krankenhaus	Datteln	<500	fg	3402	<20000	0,840	0,862	322	4	15	14:18%	6:11%	5:11%	38	1,2	0,0		7,8	16,5	58,5	0,7	3,9	0,1	2,3	0,1			
Klinikum Lippe GmbH – Detmold	Detmold	>1000	ö	3372	>50000	1,005	0,770	467	11	37	5:16%	8:13%	6:11%	36	3,0	0,9	P	13,3	22,5	100,0	1,0	85,3	0,9	14,6	0,2			
St.-Vincenz-Hospital gGmbH	Dinslaken	<500	fg	3325	<20000	0,860	0,849	322	5	20	8:18%	6:14%	4:11%	24	1,6	0,0	P	4,6	11,7	15,4	0,4	4,7	0,1	1,9	0,1			
Kreis-Krankenhaus Dornagen	Dornagen	<500	ö	3311	<20000	1,058	0,821	340	8	26	5:20%	8:18%	6:14%	38	1,8	0,1		7,9	17,6	100,0	1,0	3,5	0,1	1,9	0,1			
Klinikum Dortmund gGmbH	Dortmund	>1000	ö	3343	>50000	1,280	0,721	504	17	50	8:14%	5:12%	1:10%	44	2,1	0,5		8,1	20,0	35,5	0,3	11,4	0,1	7,4	0,1			
St.-Josefs-Hospital	Dortmund	<500	fg	3387	<20000	0,990	0,824	361	8	26	6:15%	6:14%	11:11%	35	1,4	0,0		5,8	10,4	10,3	0,3	3,0	0,1	2,0	0,1			
Kath.-Krankenhaus Dortmund West	Dortmund	<500	fg	3398	<20000	0,878	0,848	332	6	21	8:21%	6:16%	5:14%	30	0,8	0,0		6,1	14,4	9,5	0,2	3,3	0,1	2,0	0,1			

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 WDC			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	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
Knappschafskrankenhaus Lütgendortmund	Dortmund	<500	fg	3175	<10000	1,162	0,894	223	5	15	8: 28%	6: 18%	20: 10%	19	2,5	0,0	P		6,8	17,7	2,6	0,2	1,1	0,1	0,6	0,0	
Hüttenhospital Dortmund-Hörde	Dortmund	<200	ö	3375	<5000	1,513	0,961	113	2	5	1: 23%	5: 15%	8: 13%		2,2	6,4			7,0	11,6	4,4	0,3	1,3	0,1	0,8	0,1	
Klinikum Westfalen GmbH	Dortmund	<1000	ö	3291	<50000	1,138	0,797	411	11	31	5: 15%	8: 14%	6: 14%	34	2,7	0,0			14,0	18,6	23,4	0,3	8,6	0,1	4,3	0,1	
St.-Elisabeth-Krankenhaus	Dortmund	<50	fg	3363	<5000	1,404	0,864	94	2	3	1: 29%	8: 23%	5: 23%		0,6	7,1			10,0	16,7	2,8	0,3	1,2	0,1	0,4	0,1	
Marien Hospital Dortmund-Hombuch	Dortmund	<500	fg	3400	<5000	0,865	0,957	114	2	5	20: 34%	5: 20%	10: 14%	5	2,3	0,0	P		6,0	10,7	2,8	0,2	1,2	0,1	0,7	0,0	
Ortho-Klinik Dortmund	Dortmund	<200	fg	3362	<5000	1,346	0,975	41	2	5	8: 99%	18: 0%	21: 0%	73	0,5	0,0			7,0	12,7	10,8	0,3	3,3	0,1	1,8	0,1	
BG Klinikum Duisburg gGmbH	Duisburg	<500	ö	3304	<5000	1,532	0,938	133	2	9	8: 78%	1: 6%	9: 5%	85	1,3	31,8			20,2	39,7	8,5	0,2	1,6	0,1	0,9	0,0	
HELOS Klinikum Duisburg	Duisburg	>1000	p	3823	<50000	0,802	0,838	428	10	28	8: 13%	5: 12%	6: 12%	26	5,9	0,0	P		4,6	9,3	13,0	0,2	5,4	0,1	2,9	0,1	
Evangelisches Klinikum Niederrhein gGmbH	Duisburg	>1000	fg	3396	>50000	1,422	0,813	437	11	30	5: 29%	4: 12%	8: 10%	42	3,6	0,1	P		9,3	16,1	27,4	0,3	8,5	0,1	4,6	0,1	
Evang. Krankenhaus Bethesda Duisburg	Duisburg	<500	fg	3483	<20000	1,001	0,845	321	6	20	4: 16%	8: 14%	6: 14%	38	1,2	0,0			3,8	8,0	11,9	0,2	3,1	0,1	2,0	0,0	
Johanniter-Krankenhaus Duisburg-Rheinhausen	Duisburg	<500	fg	3365	<20000	1,067	0,856	325	6	19	5: 36%	6: 15%	8: 12%	27	3,0	0,5			4,1	7,1	10,2	0,2	3,2	0,1	1,4	0,0	
Malteser Klinikum Duisburg	Duisburg	<1000	fg	3280	<50000	0,985	0,808	393	9	30	3: 23%	5: 15%	6: 14%	38	2,7	0,4			13,8	18,6	24,9	0,3	4,0	0,1	2,3	0,0	
Krankenhaus Düren gGmbH	Düren	<500	ö	3367	<50000	1,083	0,814	378	8	26	5: 20%	6: 14%	11: 10%	33	2,8	0,0			6,2	12,7	42,5	0,5	20,0	0,3	8,2	0,1	
St.-Augustinus-Krankenhaus GmbH	Düren	<500	fg	3375	<20000	0,994	0,883	239	5	18	8: 29%	1: 22%	5: 12%	24	1,5	0,2			9,6	14,1	32,4	0,5	17,1	0,3	5,8	0,1	
Universitätsklinikum Düsseldorf	Düsseldorf	>1000	ö	3359	>50000	1,735	0,686	507	17	53	5: 15%	1: 12%	8: 9%	44	9,5	0,8	B		11,7	22,2	27,5	0,3	12,8	0,1	5,6	0,1	
St.-Martinus-Krankenhaus	Düsseldorf	<500	fg	3159	<10000	1,087	0,889	194	4	15	2: 32%	8: 15%	6: 12%	51	2,7	1,6			6,0	14,1	6,6	0,3	2,7	0,1	1,2	0,1	
Marien-Hospital Düsseldorf	Düsseldorf	<500	fg	3369	<20000	0,792	0,844	373	7	22	6: 16%	1: 12%	9: 8%	28	4,6	2,5	B		4,4	6,5	11,0	0,2	6,0	0,1	2,2	0,1	
St.-Vinzenz-Krankenhaus*	Düsseldorf	<500	fg	3333	<10000	1,054	0,897	235	4	15	8: 45%	6: 20%	5: 6%	43	1,6	3,4			3,8	7,2	7,5	0,2	2,9	0,1	1,3	0,0	
Florence-Nightingale-Krankenhaus	Düsseldorf	<1000	fg	3390	<50000	0,921	0,863	352	4	14	4: 24%	14: 12%	6: 11%	30	1,9	5,7	P		11,1	17,2	20,5	0,3	5,2	0,1	2,1	0,0	
Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf	Düsseldorf	<1000	fg	3405	<50000	0,833	0,835	379	6	21	6: 19%	5: 13%	3: 12%	34	1,6	1,1	P		5,5	9,9	16,8	0,3	7,4	0,1	3,0	0,1	

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG			TOP 3 IDC			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	H	10 km		20 km		30 km	
																								Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
Paracelus Klinik Golzheim	Düsseldorf	<200	p	3390	<5000	0,895	0,978	74	3	11:75%	12:23%	18:1%	59	0,7	0,0			8,9	13,3	9,3	0,2	4,9	0,1	1,8	0,0				
Krankenhaus Moersbroich-Rath GmbH	Düsseldorf	<1000	fg	3348	<20000	1,310	0,895	257	5	5:49%	8:21%	6:10%	49	1,7	0,0			6,5	10,5	10,6	0,3	3,1	0,1	1,4	0,0				
St.-Willibrord-Spital Emmerich-Rees GmbH	Emmerich	<500	fg	3250	<20000	0,942	0,863	261	6	8:34%	4:15%	6:12%	31	1,2	0,4			13,0	17,1	46,0	0,6	34,2	0,5	19,3	0,3				
Katholische Kliniken Oberberg KKO	Engelskirchen	<500	fg	3355	<20000	1,133	0,860	290	6	8:25%	11:18%	6:14%	36	0,8	0,0			16,9	21,5	100,0	1,0	13,4	0,3	4,1	0,1				
Ev. Krankenhaus Enger gGmbH	Enger	<50	fg	3312	<5000	1,804	0,984	54	1	8:42%	1:26%	5:12%		3,1	0,0			10,2	18,7	6,8	0,6	1,5	0,2	1,1	0,1				
Marien-Hospital	Erfstadt	<200	fg	3338	<10000	0,766	0,906	207	5	5:39%	6:15%	8:11%	20	2,2	0,0			4,5	15,9	50,6	0,6	4,0	0,1	1,6	0,1				
Hermann-Josef-Krankenhaus Erkelenz	Erkelenz	<500	p	3358	<20000	0,911	0,825	312	8	5:18%	6:16%	11:10%	31	1,6	0,7			9,9	17,6	90,5	0,9	12,2	0,2	7,0	0,1				
Universitätsklinikum Essen	Essen	>1000	ö	3340	>50000	1,667	0,713	515	17	5:12%	1:10%	2:8%	44	9,6	0,7			14,4	40,0	17,8	0,2	6,6	0,1	3,8	0,0				
Kath. Krankenhaus St. Josef Essen Werden	Essen	<200	fg	3408	<10000	0,994	0,873	272	5	6:29%	3:20%	8:18%	45	4,8	0,0			7,9	15,4	4,4	0,2	1,3	0,1	0,6	0,0				
Elisabeth-Krankenhaus Essen GmbH	Essen	<1000	fg	3401	<50000	0,978	0,858	369	6	5:30%	14:11%	6:11%	30	2,0	0,3			5,8	9,1	14,1	0,2	4,9	0,1	2,6	0,0				
Ev.-Krankenhaus Lutherhaus gGmbH	Essen	<500	fg	3213	<20000	1,118	0,843	313	6	8:20%	4:16%	11:15%	43	1,0	0,0			3,3	10,2	5,6	0,2	2,1	0,1	1,2	0,0				
Kliniken Essen Mitte Ev.-Huyssens-Stiftung/ Knapp-schardt gGmbH/ Akademisches Lehrkrankenhaus	Essen	<1000	fg	3340	<50000	1,213	0,826	363	7	4:20%	6:16%	9:9%	39	4,5	6,5	B	P	7,2	16,5	10,6	0,2	3,9	0,1	2,1	0,0				
Ev.-Krankenhaus Essen-Werden gGmbH	Essen	<500	fg	3268	<10000	1,294	0,907	213	5	8:29%	2:25%	5:15%	49	8,0	0,1			8,5	13,8	4,5	0,2	1,4	0,1	0,6	0,0				
Alfred Krupp von Bohlen und Halbach Krankenhaus gemeinnützige GmbH	Essen	<1000	fg	3382	<50000	1,245	0,810	401	8	8:18%	5:15%	1:15%	47	5,2	0,0			9,5	14,5	11,8	0,2	3,8	0,1	2,1	0,0				
Katholisches Klinikum Essen GmbH	Essen	<1000	fg	3377	<50000	1,053	0,808	389	9	5:25%	8:15%	6:13%	30	2,1	0,0	P		4,1	9,2	9,9	0,1	3,9	0,1	2,6	0,0				
Katholische Kliniken Ruhr-halbseel gGmbH	Essen	<500	fg	3312	<20000	1,050	0,864	284	8	8:29%	1:16%	6:11%	43	1,2	1,3	P		10,1	15,3	9,0	0,2	2,5	0,1	1,3	0,0				

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG			TOP 3 WDC			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				10 km		20 km		30 km	
																						Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
Ruhrlandklinik Westdeutsches Lungenzentrum am Universitätsklinikum Essen GmbH	Essen	<500	fg	3360	<20000	1,439	0,972	125	2	4	4:90%	-1:3%	5:1%	28	3,4	0,2			36,9	67,4	12,3	0,3	3,6	0,1	1,6	0,0	
St.-Katharinen-Hospital	Frechen	<500	fg	3352	<20000	0,980	0,825	349	8	24	5:18%	1:17%	6:11%	26	2,3	0,0			11,4	20,8	15,4	0,3	5,7	0,1	3,4	0,1	
St.-Elisabeth-Krankenhaus	Geilenkirchen	<500	fg	3352	<20000	0,904	0,878	248	6	19	8:32%	6:21%	5:14%	38	1,0	0,0			6,6	15,9	100,0	1,0	14,6	0,2	6,6	0,1	
St.-Clemens-Hospital Geldern	Geldern	<500	fg	3433	<20000	0,616	0,886	327	5	19	6:17%	14:11%	5:10%	24	1,5	0,0			13,0	14,9	73,1	0,8	36,1	0,5	7,6	0,1	
Marienhospital GmbH	Gelsenkirchen	<1000	fg	3433	<50000	0,931	0,827	387	6	21	5:27%	6:11%	3:9%	30	2,1	0,0			5,3	8,5	8,5	0,2	3,4	0,1	2,1	0,0	
Ev. Kliniken Gelsenkirchen GmbH	Gelsenkirchen	<500	fg	3388	<20000	0,978	0,831	363	7	22	1:18%	9:15%	6:11%	35	2,2	2,2			4,0	7,0	5,5	0,2	2,2	0,1	1,4	0,0	
Sankt Marien-Hospital Buer gmbh	Gelsenkirchen-Buer	<500	fg	3395	<20000	1,035	0,857	294	6	20	5:17%	8:16%	14:14%	41	1,8	0,0			4,7	7,2	6,2	0,2	2,1	0,1	1,3	0,0	
Brigmannsheil und Kinderklinik Buer GmbH	Gelsenkirchen-Buer	<500	fg	3225	<50000	1,055	0,841	320	6	23	8:26%	4:15%	6:14%	37	1,2	2,5			8,5	10,7	8,4	0,2	3,5	0,1	2,2	0,1	
Elisabeth-Krankenhaus GmbH Erle	Gelsenkirchen-Erle	<500	fg	3366	<5000	1,305	0,950	111	2	7	5:22%	8:19%	10:15%	8	0,1	0,0			6,0	8,6	1,3	0,2	0,5	0,1	0,3	0,0	
Hospital zum Heiligen Geist	Geseke	<50	fg	3435	<5000	0,678	0,909	162	5	14	8:24%	5:20%	6:15%	24	0,1	0,0			1,7	13,5	100,0	1,0	4,8	0,3	3,1	0,2	
Katholischen Kliniken Enscher-Lippe	Gladbeck	<1000	fg	3386	<50000	1,003	0,799	389	11	32	6:15%	8:12%	1:12%	27	4,3	1,7			3,7	8,2	19,6	0,2	3,4	0,1	2,4	0,1	
Wilhelm-Anton-Hospital	Goch	<500	fg	3399	<10000	0,843	0,906	236	3	12	4:32%	6:28%	7:8%	18	4,9	0,3			17,2	21,7	80,5	1,0	19,3	0,3	15,3	0,2	
Maria-Josef-Hospital GmbH	Greven	<500	fg	3510	<10000	0,884	0,850	281	7	22	8:19%	5:17%	6:14%	29	0,6	0,3					100,0	1,0	6,0	0,3	4,4	0,2	
Kreiskrankenhaus Grevenbroich	Grevenbroich	<500	ö	3371	<20000	0,898	0,840	318	7	23	6:20%	5:16%	8:10%	23	0,8	1,0			4,5	10,1	100,0	1,0	5,2	0,1	2,1	0,1	
St.-Antonius-Hospital GmbH	Gronau	<500	fg	3194	<20000	0,955	0,843	325	6	22	5:16%	6:13%	12:11%	35	1,3	0,0			3,3	14,5	98,4	1,0	44,4	0,5	15,6	0,3	
Lukas-Krankenhaus	Gronau	<200	fg	3258	<5000	1,566	0,978	70	1	3	1:30%	8:29%	5:17%		0,9	5,8			11,6	23,5	24,5	0,9	10,6	0,5	3,8	0,2	
Klinikum Oberberg	Gummersbach	>1000	ö	3427	<50000	0,914	0,822	407	9	29	5:20%	6:13%	1:12%	31	2,0	0,0			15,7	25,9	100,0	1,0	46,8	0,4	21,4	0,2	
Klinikum Gütersloh GmbH	Gütersloh	<500	ö	3391	<20000	0,953	0,803	359	9	29	5:27%	6:12%	8:11%	40	2,1	0,0			10,3	14,2	45,0	0,6	12,6	0,3	9,3	0,2	
St.-Elisabeth-Hospital	Gütersloh	<1000	fg	3450	<50000	0,780	0,845	360	7	26	8:17%	6:13%	1:10%	29	1,6	0,0			16,2	19,8	60,5	0,6	17,3	0,3	12,7	0,2	
LWL-Klinikum Gütersloh	Gütersloh	<500	ö	3203	<50000	1,506	0,966	80	1	3	1:54%	8:21%	5:8%		0,5	9,5			8,5	16,4	6,9	0,6	2,1	0,3	1,5	0,2	

Krankenhausname	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	H	H	H	10 km	20 km	30 km
St.-Josef-Krankenhaus	Haan	<500	fg	3375	<10000	1,001	0,890	247	3	14	5:22%	8:17%	4:14%	31	0,9	0,3			7,2	12,1	12,3	0,3	3,2	0,1	1,3	0,0		
Allgemeines Krankenhaus Hagen gGmbH	Hagen	<1000	fg	3392	<50000	0,965	0,798	412	9	29	6:15%	5:13%	8:12%	31	2,4	0,1			6,4	11,5	29,3	0,4	6,6	0,1	2,8	0,1		
Kath. Krankenhaus Hagen gGmbH	Hagen	<1000	fg	3389	<50000	1,006	0,792	370	12	34	5:17%	1:16%	3:13%	42	3,3	1,4	P		7,1	14,4	30,2	0,4	6,5	0,1	2,7	0,1		
Helios Klinik Hagen-Ambrock Fachklinik für Pneumologie	Hagen	<50	p	3147	<5000	1,871	0,984	53	1	2	4:90%	-1:7%	5:2%	19	4,2	0,4			15,7	30,1	14,6	0,4	3,2	0,1	1,4	0,1		
Ev. Krankenhaus Eisey gGmbH	Hagen-Eisey	<50	fg	3353	<5000	0,862	0,911	235	1	9	20:35%	6:15%	5:13%	18	0,3	0,0			8,3	23,3	6,5	0,3	1,7	0,1	0,9	0,1		
Ev. Krankenhaus Hagen-Haspe	Hagen-Haspe	<500	fg	3373	<20000	0,961	0,861	278	7	21	8:25%	6:16%	5:16%	35	1,2	0,1			8,6	15,3	14,3	0,3	3,0	0,1	1,3	0,1		
Klinik für Manuelle Therapie e.V.	Hamm	<200	fg	3330	<5000	1,162	0,993	16	1	2	8:67%	1:32%	19:1%	7,8	12,0			N	69,6	120,3	36,2	0,5	23,2	0,3	12,3	0,1		
St.-Barbara-Klinik Hamm-Heessen GmbH	Hamm	<1000	fg	3390	<50000	0,954	0,830	402	9	31	8:20%	6:13%	11:8%	46	2,7	0,0			10,8	14,6	34,3	0,4	24,2	0,3	8,8	0,1		
Ev. Krankenhaus Hattingen gGmbH	Hattingen	<500	fg	3388	<20000	0,975	0,838	305	7	26	8:29%	1:17%	6:13%	39	1,3	3,4			6,0	13,6	19,8	0,3	1,8	0,1	1,0	0,0		
Städtisches Krankenhaus Heinsberg GmbH	Heinsberg	<500	ö	3428	<10000	0,798	0,850	297	6	21	5:19%	6:16%	14:10%	26	0,8	0,0			1,6	13,8	100,0	1,0	23,1	0,4	5,6	0,2		
Paracelus-Klinik Hemer GmbH	Hemer	<200	p	3414	<10000	1,005	0,873	238	6	19	8:27%	5:17%	6:16%	33	1,0	0,0			3,3	8,7	16,2	0,6	5,2	0,2	1,6	0,1		
Lungenklinik Hemer	Hemer	<500	fg	3366	<10000	1,219	0,980	83	1	3	4:93%	-1:2%	5:1%	26	4,0	1,0			26,5	50,1	41,9	0,6	16,6	0,2	6,0	0,1		
Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke	Herdecke	<500	fg	3358	<20000	1,038	0,852	315	6	20	1:16%	14:12%	6:11%	23	4,3	10,7	P		10,1	23,3	11,3	0,3	2,9	0,1	1,2	0,0		
Klinikum Herford	Herford	<1000	ö	3396	<50000	1,025	0,792	435	10	30	5:14%	6:13%	1:12%	30	3,5	0,4	P		12,5	18,3	54,7	0,6	11,7	0,2	9,2	0,2		
Kath. Krankenhaus Marienhospital	Heme	<1000	fg	3393	<50000	0,922	0,827	401	8	30	5:21%	11:17%	4:12%	36	4,4	0,8			5,6	13,0	9,3	0,2	3,7	0,1	2,4	0,1		
Ev. Krankenhaus Heme	Heme	<500	fg	3371	<50000	1,214	0,827	341	7	27	4:26%	6:15%	5:13%	37	3,3	1,5	B		4,8	8,6	8,0	0,2	2,9	0,1	1,9	0,0		
Rheumazentrum Ruhrgebiet St. Josefs-Krankenhaus	Heme	<200	fg	3336	<10000	0,955	0,988	56	1	2	8:98%	4:1%	1:0%	4,8	0,0			N	19,9	38,4	7,4	0,2	3,4	0,1	2,1	0,1		
St.-Anna-Hospital Eickel	Heme Wanne-Eickel	<500	fg	3396	<50000	0,885	0,922	299	1	4	8:67%	6:6%	14:4%	37	0,4	0,0			11,2	27,9	12,3	0,2	5,4	0,1	3,1	0,0		

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 WDC			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	Med	OQ	10 km		20 km		30 km	
																								Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
St.-Josefs-Krankenhaus Hilden GmbH	Hilden	<500	fg	3389	<10000	0,880	0,955	281	7	23	8:15%	6:15%	5:12%	35	0,7	0,0			2,5	9,4	11,8	0,3	2,8	0,1	1,1	0,0			
Capio Klinik im Park	Hilden	<50	p	3095	<5000	0,711	0,997	12	1	1	5:99%	18:0%	9:0%	99	0,0	0,0			22,6	42,3	63,9	0,7	31,3	0,3	14,4	0,1			
Katholische Kliniken Weser-Egge	Höxter	<1000	fg	3352	<50000	0,761	0,840	416	9	31	5:16%	8:16%	6:15%	28	3,2	0,8	P		22,2	34,3	80,5	0,7	80,5	0,7	62,7	0,5			
Klinikum Ibbenbüren	Ibbenbüren	<500	fg	3350	<50000	0,955	0,836	373	10	28	1:14%	5:14%	6:12%	27	3,9	0,4	P		11,6	21,5	100,0	1,0	23,8	0,4	12,5	0,2			
Ev. Krankenhaus Bethanien Iserlohn	Iserlohn	<500	fg		<10000	0,793	0,900	205	5	14	5:17%	1:15%	14:15%	15	0,2	4,4					22,6	0,4	5,0	0,1	2,6	0,1			
Katholische Kliniken im Märkischen Kreis	Iserlohn	<500	fg	3475	<20000	0,875	0,817	324	9	31	6:20%	8:16%	5:15%	30	0,5	0,0			13,9	14,0	39,7	0,4	8,5	0,1	4,3	0,1			
Marienhospital Letmathe	Iserlohn-Letmathe	<50	ö	3384	<5000	0,937	0,899	201	5	15	6:19%	8:19%	1:16%	27	6,0	0,0			8,0	15,5	5,1	0,2	1,5	0,1	0,8	0,1			
Augusta-Hospital Anholt GmbH	Isselburg-Anholt	<50	fg	3348	<5000	1,572	0,996	11	1	1	1:100%	2:0%			4,5	13,7			57,5	101,7	100,0	1,0	74,5	0,8	28,4	0,4			
Krankenhaus St. Elisabeth	Jülich	<200	fg	3395	<10000	0,923	0,865	254	6	21	5:22%	6:18%	8:16%	23	1,3	0,0			0,3	11,1	59,0	0,6	6,1	0,2	2,9	0,1			
St.-Nikolaus-Hospital Kalkar	Kalkar	<50	fg	3428	<1000	0,657	0,954	65	2	7	5:25%	6:20%	4:13%		1,8	0,0			7,9	14,9	17,3	0,9	1,4	0,3	0,6	0,2			
St.-Bemhard-Hospital Kamp-Lintfort GmbH	Kamp-Lintfort	<500	fg	3355	<20000	1,055	0,869	288	5	19	5:32%	8:24%	6:14%	33	2,8	0,5			12,1	19,6	28,8	0,5	6,1	0,1	3,4	0,1			
Marienhospital gGmbH Kevelaer	Kevelaer	<500	fg	3387	<10000	1,038	0,877	249	6	18	5:29%	1:22%	6:14%	35	1,9	0,0			7,5	19,4	48,4	0,6	27,4	0,4	7,7	0,2			
St.-Antonius-Hospital gGmbH Kleve	Kleve	<500	fg	3489	<20000	0,489	0,912	324	6	18	5:23%	8:11%	11:10%	26	1,1	0,0			9,3	14,1	67,7	0,8	56,4	0,7	45,6	0,5			
Universitätsklinikum Köln	Köln	>1000	ö	3318	>50000	1,655	0,711	512	15	46	5:15%	1:13%	2:12%	49	8,1	2,8	B	P	17,2	40,9	21,3	0,2	14,8	0,1	9,2	0,1			
Kliniken der Stadt Köln gGmbH, Betriebsstell. Holweide	Köln	<500	ö	3379	<50000	0,983	0,833	381	5	20	14:14%	6:13%	3:11%	39	1,5	0,0			6,6	12,2	11,2	0,2	5,8	0,1	3,4	0,1			
St.-Agatha-Krankenhaus Köln	Köln	<200	fg	3278	<5000	1,017	0,907	186	2	10	10:27%	8:16%	6:12%	46	0,3	0,0	P		3,0	10,9	3,1	0,2	1,9	0,1	1,2	0,1			
Heilig-Geist-Krankenhaus Köln	Köln	<500	fg	3399	<20000	0,876	0,857	309	6	18	1:15%	11:15%	6:12%	25	1,4	0,2			7,3	7,9	8,5	0,2	4,4	0,1	2,5	0,1			
Krankenhaus der Augustinerinnen	Köln	<500	fg	3402	<20000	1,090	0,870	275	3	13	8:19%	14:16%	4:14%	38	1,0	0,2			5,2	12,0	5,8	0,2	3,8	0,1	2,4	0,1			
St.-Antonius-Krankenhaus Köln	Köln	<500	fg	3154	<10000	0,986	0,870	276	6	19	5:23%	8:17%	6:17%	31	0,9	0,0			5,8	7,6	4,6	0,2	3,2	0,1	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.	Notfall	AOK-Patientenwege (PKW/km)	Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis							
									25%	50%	1	2	3	O		ZE	SE	P				B	H	10 km		20 km		30 km	
																								Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI
St.-Franziskus-Hospital GmbH	Köln	<500	fg	3300	<20000	1,010	0,862	271	7	22	8:32%	3:19%	6:14%	49	1,0	0,0	4,8	12,7	7,7	0,2	5,1	0,1	3,0	0,1					
St.-Elisabeth-Krankenhaus	Köln	<500	fg	3400	<50000	0,865	0,822	384	6	21	3:15%	2:11%	6:11%	55	0,7	0,0	10,2	21,3	12,3	0,2	6,9	0,1	4,3	0,1					
Ev. Krankenhaus Kalk	Köln	<500	fg	3378	<20000	0,965	0,848	306	5	19	5:18%	6:16%	14:11%	31	1,2	0,2	3,4	11,9	6,6	0,2	4,6	0,1	2,5	0,1					
Evong. Krankenhaus Köln Weyeral gGmbH	Köln	<500	fg	3436	<10000	0,813	0,874	292	4	15	6:14%	8:14%	14:14%	49	0,5	0,0	9,6	19,4	5,7	0,2	3,7	0,1	2,3	0,1					
Krankenhaus Porz am Rhein	Köln	<500	fg	3367	<50000	0,974	0,951	339	5	20	5:29%	6:13%	8:9%	32	1,7	0,0	5,7	14,8	12,0	0,2	5,4	0,1	4,0	0,1					
Kliniken der Stadt Köln GmbH, Betriebsstell Merheim	Köln	<1000	ö	3352	<50000	1,702	0,780	400	12	37	8:23%	1:15%	4:14%	54	5,8	3,2	14,8	29,7	14,5	0,2	9,7	0,1	5,6	0,1					
Kliniken der Stadt Köln GmbH, Betriebsstell Kinderkrankenhaus Riehl	Köln	<500	ö	3420	<20000	0,904	0,873	256	6	21	6:18%	1:10%	8:10%	20	1,8	1,4	14,5	26,4	8,3	0,2	5,7	0,1	3,3	0,1					
Malteser-Krankenhaus St.-Hildegards	Köln	<500	fg	3393	<10000	0,936	0,875	282	5	16	4:31%	8:16%	5:15%	32	1,3	0,5	8,2	17,0	5,6	0,2	3,9	0,1	2,3	0,1					
Dreifähigkeits-Krankenhaus	Köln	<50	p	3357	<10000	1,495	0,976	54	3	5	8:98%	1:1%	9:0%	86	1,0	0,0	17,5	31,2	11,6	0,2	6,2	0,1	3,8	0,1					
Helios Klinikum Krefeld	Krefeld	>1000	p	3339	>50000	1,259	0,725	483	14	45	5:15%	1:10%	8:10%	37	4,4	1,1	7,0	14,1	62,4	0,6	11,8	0,1	6,9	0,1					
Malteser Krankenhaus St. Josefshospital	Krefeld	<500	fg	3405	<10000	1,016	0,822	312	9	29	8:20%	3:14%	6:14%	46	1,8	0,0	7,0	15,9	8,8	0,3	2,4	0,1	1,2	0,1					
Klinik Königshof	Krefeld	<200	fg	3504	<1000	0,936	0,990	15	1	2	1:82%	4:13%	3:3%		0,0	1,0	8,7	19,2	5,3	0,5	1,0	0,1	0,6	0,1					
Krankenhaus Maria-Hilf	Krefeld	<1000	fg	3355	<20000	1,077	0,827	331	9	26	6:16%	8:15%	5:15%	34	1,9	6,5	5,3	10,9	19,3	0,5	3,3	0,1	2,1	0,1					
St.-Martinus-Krankenhaus	Langenfeld	<200	fg	3415	<10000	0,754	0,866	265	7	20	6:17%	8:15%	5:11%	33	0,8	0,0	2,8	7,4	18,6	0,4	3,1	0,1	1,3	0,1					
LWL-Klinik Lengerich	Lengerich	<500	ö	3472	<5000	0,895	0,975	44	2	5	1:72%	4:8%	8:6%	1	5,1	4,6	9,2	24,8	44,1	0,9	5,2	0,2	3,6	0,1					
Helios Klinik Lengerich GmbH	Lengerich	<200	p	3312	<10000	0,993	0,873	259	6	21	8:37%	6:17%	5:12%	42	2,5	0,0	8,3	16,3	86,3	0,9	8,7	0,2	4,8	0,2					
Remigius-Krankenhaus Opladen	Leverkusen	<500	fg	3438	<20000	1,266	0,845	313	7	23	8:27%	4:13%	6:12%	35	1,7	1,1	5,8	11,9	29,4	0,4	3,4	0,1	1,8	0,1					
Dreifähigkeits-Hospital	Lippstadt	<500	fg	3325	<20000	0,826	0,865	358	9	32	5:28%	8:19%	11:12%	41	2,3	0,6	7,4	16,7	62,1	0,8	43,3	0,5	11,5	0,2					
Ev. Krankenhaus Lippstadt	Lippstadt	<500	fg	3405	<20000	0,823	0,844	321	6	22	1:15%	6:15%	14:10%	22	2,1	0,0	10,0	20,9	60,8	0,7	54,1	0,6	9,5	0,2					
Krankenhaus Lübbecke	Lübbecke	<1000	ö	3411	<20000	0,799	0,848	320	7	21	6:15%	5:14%	8:12%	27	1,2	0,0	11,7	21,3	100,0	1,0	19,7	0,4	11,6	0,3					
Klinikum Lüdenscheid	Lüdenscheid	<1000	ö	3414	<50000	0,948	0,766	465	11	37	5:17%	6:12%	4:11%	33	3,4	0,0	13,9	20,3	70,5	0,7	35,5	0,3	13,0	0,1					

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 WDC			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	Med	OQ	10 km			20 km			30 km		
																								Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil
Berglandklinik Lüdenscheid	Lüdenscheid	<50	p	3448	<1000	0,441	0,976	66	2	3	14:49%	13:19%	31	0,1	0,0			N	5,5	14,6	21,5	0,7	9,2	0,3	3,0	0,1						
Sportklinik Hellesen	Lüdenscheid	<500	fg	3378	<10000	1,078	0,976	56	1	5	8:97%	21:0%	66	0,8	0,0				18,6	39,5	53,7	0,6	30,3	0,3	11,8	0,1						
St.-Marien-Hospital Lüdinghausen GmbH	Lüdinghausen	<200	fg	3406	<10000	0,982	0,868	246	7	21	8:26%	6:15%	27	1,5	2,2				10,9	12,9	100,0	1,0	14,6	0,4	1,5	0,1						
St.-Marien-Hospital	Lünen	<1000	fg	3313	<50000	1,171	0,792	396	11	34	5:21%	6:13%	1:11%	32	2,6	1,7				5,7	10,9	63,8	0,6	8,7	0,1	3,4	0,1					
Katholisches Klinikum Ruhrgebiet Nord	Marl	>1000	fg	3401	<50000	0,856	0,833	390	9	29	5:20%	6:16%	8:15%	31	2,0	0,3				12,6	16,9	31,3	0,3	11,2	0,1	4,7	0,1					
St.-Marien-Hospital	Marsberg	<200	fg	3246	<10000	1,006	0,856	260	8	23	8:30%	6:15%	5:14%	32	1,3	0,0				2,1	17,1	100,0	1,0	46,0	0,6	5,7	0,3					
Kreis Krankenhaus Mechernich	Mechernich	<500	ö	3354	<50000	0,998	0,802	395	8	28	8:20%	6:13%	34	2,1	0,5				18,0	26,6	100,0	1,0	49,7	0,5	16,9	0,2						
St.-Elisabeth-Hospital Meerbusch-Lank	Meerbusch	<200	fg	3431	<5000	1,206	0,975	80	2	4	8:95%	4:1%	40	2,0	5,1				19,7	33,0	11,3	0,3	3,3	0,1	1,5	0,0						
St.-Wallburg-Krankenhaus GmbH	Meschede	<500	fg	3383	<10000	0,846	0,829	300	9	28	6:19%	8:12%	30	2,2	0,0				11,7	24,7	100,0	1,0	49,0	0,6	12,0	0,2						
Johannes Wesling Klinikum Minden	Minden	<1000	ö	3346	<50000	1,049	0,760	490	12	38	5:11%	3:10%	34	3,9	0,1				19,9	28,2	66,6	0,7	37,2	0,4	28,0	0,3						
Innenstadtklinik Minden	Minden	<50	p	3400	<5000	0,922	0,958	75	3	7	8:52%	10:12%	87	0,0	0,0				11,2	26,2	15,9	0,8	6,3	0,4	3,7	0,2						
St.-Josef-Krankenhaus Moers	Moers	<500	fg	3346	<5000	0,841	0,841	321	8	23	5:16%	6:12%	31	7,3	26,2				5,9	11,9	19,2	0,3	5,9	0,1	2,4	0,0						
Krankenhaus Bethanien	Moers	<1000	fg	3255	<50000	0,812	0,879	367	6	21	4:23%	6:12%	30	1,2	0,0				6,0	12,6	31,1	0,4	8,0	0,1	3,8	0,1						
Städtische Kliniken Mönchengladbach GmbH	Mönchengladbach	<1000	ö	3361	<50000	0,923	0,825	376	5	22	6:14%	14:12%	27	0,8	0,5				6,8	18,0	31,2	0,4	13,5	0,2	6,0	0,1						
Evang. Krankenhaus Bethesda Mönchengladbach	Mönchengladbach	<500	fg	3290	<20000	0,948	0,835	309	9	28	5:19%	6:18%	13:11%	46	0,7	0,0				5,0	14,1	13,4	0,3	5,3	0,1	3,1	0,1					
Krankenhaus Neuwerk Maria von den Aposteln	Mönchengladbach	<500	fg	3484	<20000	0,911	0,857	324	4	20	8:26%	6:17%	14:10%	33	0,3	0,0				10,2	15,6	15,1	0,3	5,9	0,1	3,0	0,1					
St.-Marien-Hospital Mülheim an der Ruhr GmbH	Mülheim	<500	fg	3433	<20000	0,654	0,926	269	7	20	8:30%	6:16%	5:15%	29	0,9	0,0	P			4,9	6,0	12,4	0,2	3,4	0,1	1,6	0,0					
Evangelisches Krankenhaus Mülheim an der Ruhr GmbH	Mülheim	<1000	fg	3376	<50000	1,130	0,787	408	9	31	5:19%	2:18%	8:12%	47	2,9	0,4				4,8	6,4	13,1	0,3	3,3	0,1	1,6	0,0					
Universitätsklinikum Münster	Münster	>1000	ö	3353	>50000	1,692	0,676	512	18	53	8:13%	5:13%	1:12%	49	8,1	2,9	P			50,2	90,8	37,7	0,4	33,9	0,4	23,6	0,2					

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 IDC			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	H	10 km		20 km		30 km	
																								Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
Ludgen-Kliniken Münster GmbH	Münster	<500	fg	3356	<50000	1,108	0,829	375	5	20	4:18%	8:15%	6:13%	30	2,5	5,3			17,0	32,5	15,2	0,4	13,0	0,3	8,7	0,2			
Herz-Jesu-Krankenhaus Hiltrup GmbH	Münster	<500	fg	3461	<20000	0,782	0,838	321	9	26	1:19%	6:13%	8:13%	32	4,3	0,3			18,1	29,4	15,5	0,4	13,2	0,3	7,5	0,2			
Raphaelsklinik GmbH*	Münster	<500	fg	3236	<20000	1,063	0,858	311	6	18	8:25%	5:16%	6:14%	48	1,5	0,0			9,7	31,2	12,2	0,4	10,7	0,3	8,2	0,2			
Ev. Krankenhaus Johannisstift gGmbH	Münster	<200	fg	3373	<10000	1,414	0,879	252	4	16	8:36%	1:14%	6:11%	37	2,4	2,8			8,2	12,4	4,3	0,4	3,7	0,3	2,6	0,2			
LWL-Klinik Münster	Münster	<500	ö	3152	<1000	0,605	0,983	41	1	2	20:60%	19:11%	1:8%		4,0	0,0	P		6,4	11,3	1,7	0,3	1,5	0,2	0,9	0,1			
St. Franziskus-Hospital GmbH	Münster	<1000	fg	3407	<50000	1,014	0,827	408	7	26	5:17%	8:16%	6:12%	46	5,3	0,0			18,1	34,1	24,3	0,4	21,8	0,4	16,5	0,3			
Fachklinik Homheide	Münster-Handorf	<200	fg	3378	<10000	1,058	0,965	132	1	3	9:74%	3:7%	17:6%	87	1,4	0,0			71,8	99,9	18,0	0,6	14,5	0,4	10,7	0,3			
Städt. Krankenhaus Nettetal GmbH	Nettetal	<200	ö	3456	<10000	0,940	0,881	234	6	19	8:31%	6:20%	5:13%	37	0,9	0,0			2,0	14,3	50,5	0,6	8,8	0,2	3,7	0,1			
Johanna-Etienne-Krankenhaus Neuss	Neuss	<500	fg	3528	<50000	1,101	0,808	365	8	32	1:17%	8:15%	5:15%	36	0,0	0,0			5,1	15,3	12,9	0,3	4,5	0,1	2,7	0,1			
Städtische Kliniken Neuss Lukaskrankenhaus GmbH	Neuss	<1000	ö	3371	<50000	0,954	0,808	457	7	23	5:17%	6:13%	3:10%	38	1,3	0,6			7,8	13,5	19,4	0,3	6,8	0,1	4,1	0,1			
HELIOS St.-Elisabeth Klinik Oberhausen	Oberhausen	<500	p	3245	<10000	0,976	0,869	282	5	18	8:27%	9:25%	4:11%	41	3,6	0,0			3,9	12,6	5,1	0,2	1,8	0,1	0,9	0,0			
Katholisches Klinikum Oberhausen	Oberhausen	<1000	fg	3326	<50000	0,958	0,815	379	8	26	5:17%	6:16%	8:12%	24	1,7	0,7	P		4,7	7,2	16,5	0,2	4,7	0,1	2,4	0,0			
Evangelisches Krankenhaus Oberhausen	Oberhausen	<1000	fg	3382	<50000	1,079	0,822	367	5	24	5:19%	14:13%	6:11%	34	1,5	0,3			2,9	6,6	7,8	0,2	3,3	0,1	1,7	0,0			
Plus-Hospital Ochtrup	Ochtrup	<50	fg	3469	<5000	0,725	0,951	113	2	6	9:24%	5:22%	6:17%	1	3,5	0,0			8,2	39,5	100,0	1,0	6,5	0,4	2,7	0,2			
Klinikum Katholische Hospital-gesellschaft Südwestfalen	Olpe	<1000	fg	3409	<20000	0,760	0,851	367	9	30	5:20%	6:14%	8:12%	39	2,7	0,0	P		22,7	30,4	100,0	1,0	27,5	0,4	11,7	0,2			
Elisabeth-Klinik Olsberg	Olsberg	<200	fg	3303	<10000	1,155	0,945	160	2	7	8:83%	5:4%	1:3%	52	0,6	4,3			28,4	45,0	49,9	0,7	23,1	0,3	17,0	0,3			
St.-Vincenz-Krankenhaus Paderborn	Paderborn	<1000	fg	3430	<50000	0,806	0,832	385	6	24	5:17%	6:14%	1:12%	24	2,7	0,0			12,9	21,7	55,7	0,6	53,5	0,5	26,4	0,3			
Brüderkrankenhaus St. Josef Paderborn	Paderborn	<500	fg	3300	<50000	0,967	0,823	364	7	25	8:20%	5:16%	6:14%	35	6,6	2,0			9,6	21,7	31,5	0,5	30,0	0,5	15,2	0,3			

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 WDC			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	B	P	10 km	20 km	30 km
St. Johannisstift Ev. Krankenhaus Paderborn GmbH	Paderborn	<500	fg	3300	<10000	0,893	0,881	274	4	13	5:18%	14:16%	6:12%	26	0,5	2,7			7,8	16,7	12,2	0,5	11,6	0,5	5,9	0,2	
Krankenhaus Plettenberg	Plettenberg	<200	fg	3286	<5000	0,915	0,869	234	7	22	5:24%	8:21%	6:16%	31	0,4	0,6			2,8	13,5	30,9	0,4	9,8	0,5	3,9	0,2	
Institut für Venenchirurgie Porta Westfalica	Porta Westfalica	<50	p	3300	<1000	0,697	0,998	2	1	1	5:100%			99	0,0	0,0			21,4	31,5	13,6	0,7	12,3	0,6	11,9	0,6	
St.-Marien-Krankenhaus GmbH	Ratingen	<500	fg	3446	<10000	0,873	0,861	279	6	21	6:20%	5:13%	8:10%	27	1,2	0,0			2,5	7,1	8,2	0,3	1,6	0,1	0,8	0,0	
Fachklinik 360° GmbH	Ratingen	<200	p	3402	<5000	1,401	0,968	83	3	6	8:98%	1:1%	9:0%	61	1,6	4,4			11,7	25,8	10,3	0,3	1,7	0,1	0,9	0,0	
Elisabeth-Krankenhaus GmbH	Recklinghausen	<500	fg	3368	<20000	1,047	0,869	257	6	20	5:46%	8:16%	1:13%	34	1,5	1,6	B		5,4	13,4	6,0	0,2	2,1	0,1	1,3	0,0	
Klinikum Vest GmbH	Recklinghausen	<1000	fg	3264	<50000	1,207	0,782	409	12	35	8:18%	1:17%	5:13%	36	2,6	1,5			10,7	19,2	16,6	0,3	6,2	0,1	3,0	0,1	
Ev. Stiftung Tamenhof	Remscheid	<500	fg	3395	<1000	0,936	0,974	52	2	5	1:69%	19:17%	8:11%	1	2,3	0,3	P		9,9	16,7	3,8	0,5	1,6	0,2	0,5	0,1	
Gesundheitszentrum Rheine	Rheine	<1000	fg	3438	<50000	0,954	0,819	423	7	24	5:20%	6:14%	4:10%	29	3,1	2,1	B		8,6	20,5	100,0	1,0	44,6	0,4	24,1	0,2	
Fachkrankenhaus Schmallenberg-Grafschaft	Schmallenberg-Grafschaft	<200	fg	3403	<10000	0,810	0,968	126	2	4	4:61%	5:13%	6:10%	2	0,7	15,9	B		29,6	48,3	100,0	1,0	55,7	0,6	31,0	0,4	
Helios Klinikum Schwelm	Schwelm	<500	p	3391	<20000	0,968	0,818	346	9	28	8:20%	5:15%	6:13%	33	1,9	0,9			8,9	9,8	17,5	0,4	6,5	0,1	1,8	0,1	
Marienkrankenhaus Schwerte gGmbH	Schwerte	<500	fg	3408	<20000	0,925	0,846	313	5	22	8:28%	6:12%	5:9%	47	2,2	0,0			2,7	14,7	18,3	0,3	3,5	0,1	2,0	0,1	
Marienkrankenhaus Schwerte – Schützenstraße	Schwerte	<200	fg	3316	<5000	0,921	0,934	137	3	9	4:23%	5:18%	8:15%		0,7	5,1			2,3	12,3	6,6	0,4	1,3	0,1	0,7	0,1	
St.-Josef-Stift	Sendenhorst	<500	fg	3063	<20000	1,401	0,975	83	2	5	8:97%	1:1%	9:1%	42	3,8	0,0			64,7	104,5	78,0	0,9	14,8	0,2	12,8	0,2	
HELIOS Klinikum Siegburg	Siegburg	<500	p	3335	<50000	1,401	0,841	313	8	24	5:40%	6:12%	8:11%	39	2,2	0,0			9,9	19,8	42,7	0,5	7,9	0,2	3,8	0,1	
KreisKlinikum Siegen	Siegen	<1000	ö	3395	<50000	0,952	0,864	305	8	24	1:21%	5:17%	8:14%	33	3,7	0,1	P		13,5	25,0	34,6	0,5	23,7	0,3	19,9	0,3	
St. Marien-Krankenhaus	Siegen	<500	fg	3380	<50000	1,071	0,841	344	7	22	5:30%	8:18%	6:12%	45	3,9	0,0			13,4	21,4	31,3	0,5	26,6	0,4	16,0	0,2	
DRK Kinderklinik Siegen	Siegen	<200	fg	3834	<10000	1,088	0,915	194	3	10	6:17%	1:17%	4:13%	16	1,3	0,0	B		29,0	43,9	13,8	0,4	11,3	0,3	6,7	0,2	
Diakonie Klinikum	Siegen	<1000	fg	3362	<50000	1,099	0,781	435	9	32	6:14%	8:13%	9:10%	38	2,0	1,3	B		20,0	37,8	38,8	0,5	32,8	0,4	21,4	0,2	
Klinikum Stadt Soest	Soest	<500	ö	3337	<20000	1,003	0,797	360	9	32	8:16%	5:15%	1:13%	33	1,4	1,4			12,3	20,6	60,4	0,6	27,6	0,4	7,2	0,1	
Marienkrankenhaus Soest	Soest	<500	fg	3221	<20000	1,141	0,847	300	6	22	5:29%	4:24%	8:13%	35	1,3	0,1			15,2	22,7	46,1	0,6	17,8	0,3	6,4	0,1	

Krankenhausname	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	H	10 km		20 km		30 km	
																								Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
Städtisches Klinikum Solingen	Solingen	<1000	ö	3427	<50000	0,814	0,833	439	9	29	5:16%	6:13%	3:11%	34	3,0	0,1			4,7	7,2	44,2	0,5	12,8	0,2	4,2	0,1			
St.-Lukas-Klinik GmbH	Solingen	<500	fg	3375	<20000	1,102	0,836	340	6	21	1:30%	3:17%	6:11%	27	1,9	2,2			8,1	13,9	14,6	0,3	3,5	0,1	1,5	0,1			
Krankenhaus Bethanien gGmbH	Solingen	<200	fg	3090	<10000	1,366	0,975	89	1	3	4:87%	-1:4%	5:3%	16	2,1	1,5			15,2	25,9	17,7	0,3	4,3	0,1	2,1	0,0			
Krankenhaus und MVZ Maria-Hilf Stadlohn GmbH	Stadlohn	<200	fg	3259	<10000	0,960	0,867	216	6	20	8:22%	5:21%	6:12%	30	0,8	0,0			8,4	13,9	100,0	1,0	13,1	0,4	8,5	0,2			
Marienhospital Steinfurt GmbH	Steinfurt-Borghorst	<500	fg	3432	<10000	0,974	0,860	272	7	21	8:22%	5:19%	6:18%	33	0,1	0,0			10,0	12,2	100,0	1,0	18,8	0,5	3,4	0,2			
SauerlandKlinik Hachen gGmbH	Sundern	<200	fg	3267	<5000	1,221	0,996	12	1	1	1:100%	2:0%	8:0%		0,7	0,1			N	84,7	157,1	46,1	0,8	31,0	0,5	12,7	0,2		
Neurologische Klinik Sorpesee	Sundern	<50	p	3193	<1000	1,039	0,990	17	1	2	1:91%	8:9%	3:0%		1,2	21,7			N	30,5	84,7	22,7	0,8	7,1	0,4	3,2	0,2		
Antoniuszentrum GmbH	Tönisvorst	<50	ö	3370	<5000	0,712	0,924	140	4	11	5:24%	6:21%	10:12%	8	2,2	0,0			5,6	9,4	6,1	0,5	1,2	0,1	0,7	0,1			
GFO Kliniken Troisdorf	Troisdorf	<500	fg	3367	<50000	0,868	0,823	376	7	25	8:14%	6:13%	14:11%	32	1,1	2,0	B		8,5	17,5	37,3	0,5	5,1	0,1	3,3	0,1			
Katharinen-Hospital gGmbH	Unna	<500	fg	3421	<20000	0,715	0,891	329	6	21	5:32%	6:12%	9:9%	32	2,2	1,4	B		9,6	19,4	71,6	0,8	9,2	0,2	4,9	0,1			
Ev. Krankenhaus Unna	Unna	<500	fg	3381	<20000	1,049	0,865	269	7	22	8:22%	1:20%	6:15%	30	1,6	3,8			7,9	15,5	42,6	0,7	4,7	0,1	2,6	0,1			
Fachklinik für Kinderneurologie und Sozialpädiatrie Königsborn	Unna	<50	fg											0,0	100,0	B													
LVR Klinik für Orthopädie Viersen	Viersen	<200	ö	3301	<5000	1,355	0,984	50	1	3	8:99%	1:0%	9:0%	63	1,2	0,0			19,3	31,7	33,0	0,4	9,9	0,2	4,5	0,1			
St.-Ingardis-Krankenhaus Sichtein	Viersen	<200	fg	3430	<10000	0,954	0,878	244	5	18	8:24%	6:19%	5:15%	25	1,1	0,0			6,0	11,9	13,8	0,3	4,0	0,2	1,6	0,1			
Allgemeines Krankenhaus Viersen GmbH	Viersen	<500	fg	3413	<20000	0,772	0,843	308	7	22	5:18%	6:12%	4:11%	28	1,7	0,0			6,1	16,4	20,2	0,4	8,6	0,2	3,5	0,1			
St. Laurentius-Stift	Waltrop	<200	fg	3330	<5000	1,455	0,961	78	2	6	8:23%	5:21%	1:17%		1,0	9,1	P		9,8	11,1	6,3	0,4	0,7	0,1	0,4	0,1			
Helios Klinikum Warburg GmbH	Warburg	<200	p	2960	<10000	0,947	0,845	274	7	24	5:25%	8:18%	6:15%	27	1,4	0,0			13,1	17,9	100,0	1,0	29,4	0,5	10,2	0,3			
Josephs-Hospital	Warendorf	<500	fg	3379	<20000	0,925	0,829	328	8	25	5:26%	6:15%	8:14%	33	1,7	0,1			10,7	20,7	100,0	1,0	54,8	0,9	5,4	0,2			
Krankenhaus Maria-Hilf Warstein	Warstein	<200	fg	3478	<10000	0,869	0,853	272	7	22	5:17%	8:16%	6:15%	25	3,4	0,0			9,6	12,4	100,0	1,0	19,1	0,4	5,2	0,2			

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG			TOP 3 WDC			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			Med	OQ	10 km		20 km		30 km		
																							Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	
St.-Antonius-Krankenhaus Wegberg GmbH	Wegberg	<50	p	3404	<5000	0,845	0,927	137	3	9	5:22%	6:17%	8:14%	13	0,2	0,0		9,5	9,5	7,1	0,5	1,8	0,2	0,9	0,1				
Märkische Kliniken GmbH StadtKlinik Werdohl	Werdohl	<50	ö	3399	<5000	0,846	0,880	216	5	16	5:24%	8:18%	6:14%	13	0,7	0,0		2,9	9,2	9,8	0,6	4,6	0,3	2,3	0,1				
Mariannen-Hospital gGmbH	Weri	<200	fg	3391	<10000	1,036	0,865	254	6	21	5:23%	8:19%	6:16%	28	0,7	0,0		0,8	13,4	100,0	1,0	4,1	0,2	1,9	0,1				
Krankenhaus-Wermelskirchen	Wermelskirchen	<200	ö	3391	<10000	0,882	0,835	298	6	25	6:21%	8:16%	5:16%	33	1,2	0,0		2,5	11,5	93,6	1,0	4,5	0,2	2,1	0,1				
St.-Christophorus-Krankenhaus	Werne	<500	nb	3240	<20000	1,071	0,868	264	5	19	8:35%	4:16%	6:14%	39	1,1	0,0		10,0	12,2	37,1	0,6	7,0	0,2	3,1	0,1				
Marien-Hospital gGmbH	Wesel	<500	fg	3487	<20000	0,917	0,813	358	8	25	5:24%	6:14%	4:10%	30	1,3	1,2	P	9,6	15,7	61,0	0,7	20,7	0,3	5,5	0,1				
Ev. Krankenhaus Wesel	Wesel	<500	fg	3405	<20000	0,789	0,860	329	8	28	1:21%	6:18%	8:15%	28	3,9	0,2		11,1	15,0	53,5	0,7	22,2	0,4	4,5	0,1				
Dreifaltigkeits-Krankenhaus	Wesseling	<200	fg	3387	<10000	1,078	0,852	278	8	25	6:24%	8:15%	5:14%	41	0,5	0,1		9,0	10,7	18,0	0,3	2,3	0,1	2,0	0,1				
Orthopädische Klinik Volmarstein	Wetter	<200	fg	3256	<10000	1,552	0,971	70	2	5	8:97%	1:2%	18:0%	82	2,5	0,0		18,0	37,4	13,9	0,2	3,6	0,1	1,6	0,1				
St.-Franziskus-Hospital	Winterberg	<50	fg	3383	<5000	1,007	0,879	212	6	18	8:28%	5:18%	1:13%	26	0,4	0,0		15,0	24,1	100,0	1,0	19,2	0,5	8,8	0,3				
Helios Klinik Wipperfürth	Wipperfürth	<200	p	3406	<10000	0,799	0,869	237	5	19	6:18%	5:14%	8:13%	29	0,9	0,0		8,5	16,4	59,7	0,6	12,7	0,4	2,0	0,1				
Marien-Hospital Witten gGmbH	Witten	<500	fg	3390	<50000	0,961	0,842	362	5	18	5:23%	6:13%	14:12%	34	1,1	0,1		4,0	11,6	14,4	0,2	4,3	0,1	2,2	0,0				
Ev. Krankenhaus Witten gGmbH	Witten	<500	fg	3376	<20000	1,130	0,830	329	8	25	11:19%	8:16%	6:15%	35	2,3	1,8		3,8	9,9	6,7	0,3	2,0	0,1	1,0	0,0				
Helios Klinikum Wuppertal GmbH	Wuppertal	>1000	p	3373	>50000	1,198	0,757	471	13	35	5:17%	1:9%	6:9%	39	2,8	0,4	B	6,8	14,3	50,1	0,4	18,1	0,2	5,0	0,1				
Klinikverbund St. Antonius und St. Josef GmbH	Wuppertal	<1000	fg	3360	<50000	1,159	0,838	344	9	26	8:30%	6:13%	4:13%	41	3,3	1,8		5,8	12,5	21,5	0,4	8,2	0,2	2,3	0,1				
Agaplesion Krankenhaus Bethesda	Wuppertal	<500	fg	3367	<20000	1,061	0,842	338	7	23	5:17%	8:16%	6:15%	37	1,5	0,1		5,7	9,8	20,8	0,5	5,7	0,1	1,7	0,1				
St.-Josef-Hospital	Xanten	<200	fg		<10000	0,951	0,880	213	6	18	8:28%	6:17%	5:13%	32	0,6	1,8		8,8	18,3	100,0	1,0	8,8	0,2	3,1	0,1				
<b>Rheinland-Pfalz</b>		<b>332</b>		<b>3465</b>		<b>0,964</b>	<b>0,830</b>		<b>10</b>	<b>33</b>	<b>5:17%</b>	<b>8:15%</b>	<b>6:13%</b>	<b>32</b>	<b>2,0</b>	<b>1,4</b>	<b>5</b>	<b>10</b>											
DRK Krankenhaus Alzey	Alzey	<200	fg	3478	<10000	0,782	0,879	263	5	16	6:19%	5:17%	4:15%	23	1,5	0,0		11,9	19,1	82,0	0,9	12,1	0,4	4,6	0,2				
Rheinhesen-Fachklinik Alzey	Alzey	<1000	ö	3608	<5000	0,816	0,971	63	2	5	1:64%	8:24%	3:6%		0,9	0,2	P	17,8	27,3	39,0	0,9	8,8	0,4	3,2	0,2				

Krankenhausname	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									
										1	2	3		O	ZE	SE				P	B	Med	OQ	10 km		20 km		30 km	
																								25%	50%	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
St. Nikolaus Stifftshospital GmbH	Andemach	<500	fg	3588	<20000	0,902	0,848	303	7	22	8:20%	5:16%	6:15%	29	3,1	3,2		8,6	15,1	22,9	0,5	8,3	0,3	6,0	0,2				
Rhein-Mosel-Fachklinik	Andemach	<500	ö	4024	<5000	0,965	0,971	87	2	5	1:82%	3:4%	8:4%	2	2,7	3,7	P	15,5	26,0	13,8	0,4	5,2	0,3	3,6	0,2				
Kamillus-Klinik	Asbach	<200	fg	3604	<5000	0,773	0,951	128	2	7	1:55%	4:14%	5:10%		2,8	0,0		18,5	35,6	100,0	1,0	39,3	0,5	3,7	0,1				
Capio Mosel-Eifel-Klinik	Bad Bertrich	<50	p	3391	<5000	0,809	0,997	10	1	1	5:94%	9:5%	21:1%	92	0,0	0,0		70,2	115,7	100,0	1,0	67,9	0,7	67,9	0,7				
Krankenhaus St. Marienwörth	Bad Kreuznach	<500	fg	3558	<20000	0,858	0,818	353	9	29	6:18%	8:12%	5:11%	30	2,4	0,0	P	8,3	20,3	33,4	0,6	25,0	0,4	14,1	0,2				
Diakonie-Krankenhaus	Bad Kreuznach	<1000	fg	3593	<20000	0,877	0,831	375	6	23	8:20%	5:15%	6:12%	30	1,6	0,0		19,1	36,3	62,8	0,6	39,1	0,3	27,4	0,2				
Geriatrische Fachklinik Rheinhessen-Nahe Zentrum für Akutbehandlungen und Rehabilitation	Bad Kreuznach	<50	ö	3368	<5000	1,851	0,983	31	1	2	1:33%	8:27%	5:15%		3,6	0,4		18,9	42,1	6,2	0,6	4,2	0,3	2,6	0,2				
Marienhaus Klinikum im Kreis Altweller	Bad Neuenahr-Altweller	<500	fg	3587	<20000	0,962	0,814	360	9	28	5:21%	8:15%	6:13%	29	1,6	0,0		19,3	41,1	76,3	0,8	11,4	0,3	6,1	0,1				
Venen-Clinic	Bad Neuenahr-Altweller	<50	p	3566	<5000	0,679	0,996	21	1	1	5:81%	6:18%	9:1%	96	0,0	0,0		N	41,7	67,2	42,8	0,6	15,5	0,3	9,8	0,2			
Geräßzentrum Dr. Bauer	Bad Neuenahr-Altweller	<50	p	3581	<5000	1,089	0,988	38	1	1	5:84%	9:9%	8:3%	82	0,0	0,0		39,0	55,7	30,9	0,6	9,3	0,3	5,0	0,1				
DRK-Elisabeth-Krankenhaus	Birkenfeld	<200	fg	3631	<5000	0,698	0,904	219	3	12	8:26%	5:18%	6:14%	19	7,7	0,0		6,7	23,0	100,0	1,0	19,7	0,5	11,0	0,3				
Krankenhaus-Verbund Bitburg/Neuburg	Bitburg	<1000	fg	3714	<20000	0,779	0,844	336	7	23	5:18%	8:16%	6:15%	24	2,2	0,0	P	21,6	37,1	100,0	1,0	100,0	1,0	17,1	0,3				
Marienkrankenhaus Cochem	Cochem	<200	fg	3583	<5000	0,949	0,857	242	8	23	5:19%	6:17%	8:15%	30	0,3	0,0		18,3	26,2	100,0	1,0	33,0	0,7	12,0	0,4				
Herz-Jesu Krankenhaus Dembach	Dembach	<500	fg	3588	<10000	0,896	0,851	294	7	21	5:25%	8:15%	6:15%	32	1,9	0,0		12,1	24,0	100,0	1,0	9,6	0,3	5,4	0,2				
Ev. und Johanner-Krankenhaus Dierdorf-Selters gGmbH	Dierdorf	<200	fg	3572	<10000	0,828	0,874	255	6	19	1:19%	5:16%	8:16%	25	0,4	1,7	B	13,6	22,3	100,0	1,0	13,8	0,3	5,0	0,2				
Krankenhausgesellschaft St. Vincenz mbH Krankenhaus Diez	Diez	<200	fg	3592	<5000	0,927	0,890	198	5	16	8:25%	6:20%	5:14%	35	1,3	0,0		9,7	16,8	20,1	0,7	13,4	0,5	5,7	0,3				
Gesellschaft MikroNeuro-Chirurgie, Dr. Klein	Gensingen	<50	p	3537	<5000	1,336	0,997	7	1	1	8:99%	1:0%	21:0%	96	0,0	0,0		98,2	125,6	29,7	0,6	24,8	0,5	9,3	0,1				



Krankenhausesname	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	Med	10 km		20 km		30 km	
																							Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
Giantal-Klinik Meisenheim	Meisenheim	<200	ö	3376	<5000	0,871	0,913	165	5	15	1:27%	6:21%	8:14%	18	1,2	9,4			13,4	23,2	100,0	1,0	20,0	0,7	5,4	0,3		
Katholische Kliniken Lahn, Nassau	Nassau	<50	fg	3824	<5000	0,968	0,955	94	2	6	4:59%	8:10%	5:8%	3	1,5	4,2			25,3	40,4	100,0	1,0	5,1	0,3	3,5	0,2		
Krankenhaus Hetzelstift	Neustadt	<500	fg	3580	<20000	1,007	0,811	359	10	29	5:20%	6:15%	8:10%	36	1,8	0,0			6,9	11,5	100,0	1,0	33,3	0,4	6,0	0,2		
DRK Krankenhaus Neuwied	Neuwied	<500	fg	3544	<20000	0,955	0,853	348	5	17	5:30%	4:13%	8:12%	27	2,6	0,0			9,9	22,2	24,5	0,4	9,8	0,3	7,5	0,2		
Marienhaus Kliniken GmbH	Neuwied	<1000	fg	3586	<50000	0,947	0,828	391	7	25	8:18%	5:14%	14:11%	38	1,4	0,9			12,3	24,7	39,7	0,4	15,9	0,3	12,4	0,2		
Loreley-Kliniken St. Goar-Oberwesel	Oberwesel	<500	fg	3569	<5000	0,855	0,947	176	1	2	8:69%	6:10%	5:6%	20	15,2	0,0			26,2	51,5	100,0	1,0	100,0	1,0	5,5	0,3		
Städtisches Krankenhaus Pirmasens gmbH	Pirmasens	<500	ö	3589	<20000	0,904	0,831	351	8	23	5:19%	6:15%	8:10%	29	1,6	0,0	P		7,2	13,1	76,5	0,7	76,5	0,7	13,0	0,3		
St.-Joseph-Krankenhaus Prüm	Prüm	<200	fg	3665	<5000	0,894	0,877	215	7	19	5:20%	8:19%	6:17%	22	2,1	0,0			17,2	30,7	100,0	1,0	100,0	1,0	24,9	0,7		
St.-Elisabeth-Krankenhaus Rodalben	Rodalben	<200	fg	3582	<10000	1,009	0,895	221	5	16	8:34%	6:17%	5:13%	30	2,3	0,0			10,5	16,7	31,5	0,7	15,8	0,5	5,3	0,3		
Kreiskrankenhaus St. Franziskus Saarburg GmbH	Saarburg	<500	ö	3596	<10000	0,834	0,847	270	7	25	8:22%	6:19%	5:15%	29	0,9	0,0			11,4	17,0	100,0	1,0	11,0	0,4	10,0	0,3		
Hunsrück Klinik kreuznacher diakonie	Simmern	<500	fg	3620	<10000	0,714	0,849	290	7	23	5:16%	6:14%	8:11%	22	0,9	0,0			14,0	20,7	100,0	1,0	100,0	1,0	14,0	0,3		
Altral-Klinik Sinzig	Sinzig	<50	p	3503	<1000	0,494	0,990	15	1	2	5:93%	4:3%	3:2%		0,0	0,0			10,8	15,9	36,2	0,6	7,3	0,2	3,9	0,1		
Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer	Speyer	<500	fg	3519	<50000	1,026	0,844	361	4	19	5:20%	14:14%	6:12%	29	0,6	2,1			12,7	21,4	100,0	1,0	15,8	0,3	6,7	0,1		
Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen gmbH	Trier	<1000	fg	3549	<50000	0,955	0,779	445	8	33	6:15%	8:12%	3:9%	38	0,8	1,3	B	P	21,0	40,9	45,5	0,5	40,5	0,5	30,6	0,3		
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier	Trier	<1000	fg	3605	<50000	1,142	0,833	410	10	29	5:27%	8:13%	1:13%	42	4,3	1,2			26,4	50,3	52,6	0,6	47,1	0,5	36,1	0,4		
BDH-Klinik Vallendar GmbH	Vallendar	<50	fg	3510	<5000	4,392	0,993	12	1	1	1:80%	-1:18%	21:2%	18	3,1	50,9	B		39,7	63,6	5,3	0,6	2,8	0,3	2,8	0,3		
Verbundkrankenhaus Bemkastei-Wittlich	Wittlich	<1000	fg	3596	<20000	0,873	0,827	365	8	23	5:19%	6:13%	8:13%	24	1,0	0,3	P		16,4	29,8	100,0	1,0	65,9	0,7	32,5	0,3		
Klinikum Worms gmbH	Worms	<1000	ö	3585	<50000	0,955	0,804	399	8	27	5:14%	6:14%	8:11%	27	0,7	0,1			7,5	16,4	100,0	1,0	32,4	0,4	12,1	0,2		



Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 IDC			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	Med	10 km		20 km		30 km	
																							Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
Knappschafts-Krankenhaus Sulzbach	Sulzbach	<500	fg	3363	<20000	0,843	0,868	301	5	18	2:32%	11:11%	1:10%	45	1,1	0,0			12,5	29,6	20,9	0,4	10,5	0,2	6,8	0,2		
SHG Kliniken Völklingen	Völklingen	<500	ö	3433	<50000	1,598	0,907	240	4	12	5:54%	11:17%	4:13%	41	2,0	0,0	P		14,8	35,3	24,4	0,4	13,6	0,2	10,5	0,2		
Marienhäuser Kliniken St. Elisabeth-Krankenhaus Wadern/St. Josef Losheim am See	Wadern	<200	fg	3602	<10000	0,813	0,916	206	2	9	8:35%	5:18%	6:14%	11	6,8	0,0			15,8	21,0	100,0	1,0	36,9	0,4	6,6	0,1		
St.-Nikolaus-Hospital Sachsen	Wallerfangen	<200	fg	3512	<1000	1,584	0,971	38	2	5	1:25%	8:19%	6:17%		2,9	2,0	P		10,6	16,3	3,8	0,6	1,4	0,2	0,8	0,1		
EKA Erzebergsklinikum Annaberg gGmbH	Annaberg-Buchholz	<500	ö	3398	<20000	0,885	0,844	307	8	22	5:18%	6:16%	8:12%	24	1,6	0,0			11,2	16,8	100,0	1,0	55,8	0,6	9,3	0,3		
Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Ansdorf	Ansdorf	<500	ö	3368	<50000	1,071	0,972	62	2	5	1:81%	8:7%	19:3%	1	4,8	1,0			23,8	37,8	57,5	0,8	5,1	0,2	4,1	0,2		
HELIOS Klinikum Aue	Aue	<1000	p	3379	<50000	0,992	0,768	427	9	36	5:14%	8:11%	6:11%	34	3,6	1,2			10,7	21,2	100,0	1,0	47,1	0,4	15,0	0,2		
MediClin Waldkrankenhaus Bad Dübener - Fachkrankenhaus für Orthopädie	Bad Dübener	<200	p	3232	<50000	1,295	0,973	79	1	3	8:92%	1:6%	9:1%	60	1,1	0,0			25,8	35,6	100,0	1,0	27,7	0,5	10,2	0,3		
MediClin Klinik am Brunnenberg Bad Elster	Bad Elster	<50	p	3179	<1000	1,905	0,995	7	1	1	1:100%				4,1	65,5			N	54,2	82,2	100,0	1,0	33,7	0,8	5,1	0,3	
Oberlausitz-Kliniken gGmbH, KH Bautzen	Bautzen	<500	ö	4220	<20000	0,858	0,809	361	10	30	5:19%	6:13%	1:8%	30	1,6	0,4			12,7	17,7	100,0	1,0	70,8	0,7	45,5	0,4		
Neurologisches Rehabilitationszentrum Leipzig	Bennewitz	<50	p	3390	<5000	3,709	0,990	22	1	2	1:87%	-1:12%	2:0%	12	1,3	61,2			N	72,1	97,2	25,3	0,8	11,9	0,5	2,4	0,2	
Oberlausitz-Kliniken gGmbH, KH Bischofswerda	Bischofswerda	<200	ö	4203	<10000	0,900	0,867	266	6	19	8:27%	5:14%	6:13%	32	0,8	0,0			9,3	15,3	100,0	1,0	15,2	0,3	7,0	0,3		
Sana Kliniken Leipziger Land GmbH	Borna	<500	p	3333	<50000	1,039	0,769	424	10	34	5:15%	8:12%	6:12%	31	2,7	0,4			17,8	25,9	100,0	1,0	39,9	0,5	13,7	0,2		
Kliniken Erfabrumb gGmbH	Bräunbrunn	<500	p	3367	<20000	1,064	0,854	292	5	20	8:30%	5:15%	6:13%	32	1,3	1,2			19,2	25,7	100,0	1,0	31,9	0,6	12,6	0,2		
Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz	Chemnitz	<500	fg	3385	<20000	1,117	0,880	277	5	15	8:34%	11:26%	6:12%	43	1,9	0,1			10,8	20,0	19,1	0,7	12,7	0,4	8,9	0,2		

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 WDC			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	10 km	20 km	30 km		
																									Markt-anteil	HHI
Klinikum Chemnitz gGmbH	Chemnitz	>1000	ö	3384	>50000	1,212	0,747	480	12	39	5:19%	1:11%	8:10%	32	4,4	1,4			11,7	27,6	64,4	0,6	48,5	0,4	38,2	0,3
DRK-Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein	Chemnitz	<500	fg	3333	<20000	0,734	0,886	279	3	13	9:21%	14:15%	15:13%	30	1,7	2,9			13,3	21,3	17,9	0,6	13,5	0,4	7,5	0,2
Fachkrankenhaus Coswig GmbH	Coswig	<200	p	3330	<10000	1,165	0,975	66	2	5	4:87%	23:4%	-1:2%	22	3,3	5,0			36,1	66,3	28,9	0,5	10,8	0,2	8,7	0,2
Kreiskrankenhaus Delitzsch GmbH	Delitzsch	<500	ö	4244	<20000	0,886	0,843	311	8	24	5:20%	6:18%	8:12%	31	1,5	0,0			28,1	31,9	100,0	1,0	16,6	0,4	5,2	0,1
Klinikum Döbeln	Döbeln	<200	p	3223	<20000	1,098	0,843	280	8	24	8:30%	5:20%	6:14%	45	1,4	0,0			7,6	18,7	100,0	1,0	30,0	0,3	12,8	0,2
Krankenhaus St. Joseph-Stift Dresden	Dresden	<500	fg	4220	<20000	0,940	0,889	266	3	11	6:19%	14:14%	15:12%	35	5,5	2,7			6,0	10,1	11,2	0,3	7,9	0,2	7,3	0,2
Diakonissenkrankenhaus Dresden	Dresden	<500	fg	4307	<20000	0,875	0,832	322	6	24	6:17%	8:12%	11:10%	37	1,3	0,0			12,1	70,5	12,1	0,3	9,2	0,2	8,5	0,2
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden an der Technischen Universität Dresden	Dresden	>1000	ö	3331	>50000	1,487	0,697	496	14	46	8:12%	1:12%	3:8%	46	6,9	5,3			13,4	51,1	37,8	0,3	27,3	0,2	24,5	0,2
St.-Marien-Krankenhaus Dresden	Dresden	<200	fg	3271	<5000	0,932	0,976	37	2	6	1:71%	8:21%	19:5%		2,2	15,5			14,9	36,1	7,4	0,3	6,0	0,2	4,7	0,2
Städtisches Klinikum Dresden*	Dresden	<1000	ö	3354	<50000	0,976	0,829	389	5	20	5:16%	1:14%	8:11%	21	1,6	1,0			8,9	18,4	15,0	0,3	11,8	0,2	11,0	0,2
Herzzentrum Dresden GmbH Universitätsklinik	Dresden	<500	p	3286	<50000	2,896	0,963	80	3	7	5:94%	4:2%	-1:1%	64	3,2	0,0			26,7	59,2	26,6	0,4	17,4	0,3	15,7	0,2
Kreiskrankenhaus Freiberg gGmbH	Freiberg	<500	ö	3315	<20000	0,927	0,817	352	8	27	5:15%	6:12%	8:12%	27	1,4	0,0			10,3	23,9	100,0	1,0	100,0	1,0	18,6	0,2
HELIOS Weißertal-Kliniken GmbH	Freital	<500	p	4097	<20000	1,008	0,831	315	8	24	5:19%	8:18%	6:14%	31	1,9	0,1			12,7	20,7	36,8	0,6	10,8	0,2	8,0	0,2
Rudolf Virchow Klinikum Glauchau gGmbH	Glauchau	<500	ö	3384	<20000	0,887	0,837	303	8	25	5:17%	6:16%	8:13%	28	3,9	0,2			8,1	16,1	60,0	0,6	10,6	0,2	5,6	0,2
Malfeser Krankenhaus St. Carolus	Görlitz	<200	fg	3359	<10000	0,902	0,871	232	6	20	11:22%	5:18%	6:16%	31	1,4	1,5			6,1	30,4	30,2	0,7	30,2	0,7	14,7	0,4



Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG			TOP 3 WDC			Part. in %	Budget-Anteile		Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patienten-wege (PKW/km)		Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis						
									25%	50%	3	2	1	O		ZE	SE			P	Med	oQ	10 km		20 km		30 km	
																							Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
Klinikum Mittleres Erzgebirge gmbh Haus Olbernhau	Olbernhau	<50	ö	3544	<5000	0,823	0,889	203	6	18	8:22%	6:18%	5:18%	26	0,5	0,0			13,0	18,4	100,0	1,0	100,0	1,0	10,8	0,3		
Collim Klinik Oschatz gmbh	Oschatz	<200	ö	4088	<10000	1,079	0,846	272	7	23	8:31%	5:18%	6:14%	40	2,3	0,0			9,5	17,3	100,0	1,0	23,8	0,4	13,3	0,3		
HELIOS Klinikum Pirna GmbH	Pirna	<500	p	4078	<20000	1,018	0,798	411	9	30	5:18%	8:12%	6:9%	40	1,7	0,3			12,4	20,3	100,0	1,0	14,4	0,4	7,8	0,2		
Krankenhaus Bethanien Plauen	Plauen	<50	fg	3456	<5000	0,624	0,950	112	3	7	3:56%	8:16%	6:9%	70	0,1	0,0			20,2	34,5	25,2	0,8	12,1	0,4	7,3	0,2		
HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen	Plauen	<1000	p	3347	<50000	1,072	0,762	426	10	37	5:18%	8:12%	6:10%	34	3,8	0,3			7,5	22,1	90,6	0,9	36,4	0,3	26,5	0,3		
HELIOS Klinik Schloss Pulsnitz	Pulsnitz	<50	p											0,7	99,2	B			8,0	9,8	78,5	0,9	4,6	0,2	3,6	0,2		
Aklepios-ASB Klinik Radeberg	Radeberg	<200	p	4119	<10000	0,957	0,878	202	6	19	5:25%	6:21%	8:17%	31	0,8	0,0												
Kleinwachau Sächsisches Epilepsiezentrum Radeberg gmbh	Radeberg, OT Liegau-Augustusbad	<50	fg											0,0	100,0	B												
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	Radebeul	<500	ö	3902	<20000	1,139	0,820	335	8	26	8:20%	2:18%	5:14%	51	0,8	0,4			9,2	23,8	13,4	0,4	6,2	0,2	5,3	0,2		
Fachkrankenhaus für Geriatrie Radeburg	Radeburg	<50	p	3343	<1000	1,618	0,977	35	2	4	8:24%	1:20%	6:15%		0,2	0,0	N	27,2	59,0	100,0	1,0	0,8	0,2	0,6	0,1			
Paracelsus-Klinik Reichenbach GmbH	Reichenbach	<200	p	3326	<10000	0,980	0,834	290	8	26	8:20%	11:17%	6:15%	42	2,8	0,2			4,2	11,6	38,3	0,6	7,2	0,2	4,8	0,2		
ELBLANDLANDKLINIKUM Riesa	Riesa	<500	ö	4009	<20000	1,020	0,791	394	9	29	5:23%	6:11%	3:10%	34	4,1	0,2			12,9	22,7	100,0	1,0	41,2	0,5	28,4	0,4		
Klinikum Oberröhlitzsch Rodewisch	Rodewisch	<500	ö	4183	<20000	0,935	0,834	322	6	25	6:17%	5:14%	8:14%	30	2,2	0,4			10,0	13,6	91,5	0,9	25,4	0,4	8,5	0,2		
Sächsisches Krankenhaus Rodewisch	Rodewisch	<500	ö	3252	<5000	0,771	0,968	57	3	6	1:69%	8:10%	19:4%		4,4	6,0	P		13,2	22,7	32,9	0,8	9,1	0,3	3,1	0,1		
Orthopädisches Zentrum Martin-Ullrich-Haus Rothenburg gmbh	Rothenburg	<50	fg	3287	<5000	1,490	0,979	53	2	3	8:97%	1:2%	9:0%	68	1,6	0,0			41,4	63,2	100,0	1,0	43,3	0,7	40,6	0,7		
Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Altscherbitz	Schkeuditz	<500	ö	3409	<5000	0,909	0,977	52	2	4	1:79%	19:6%	8:6%		2,3	10,0	P		14,0	22,9	27,8	0,6	3,5	0,2	2,1	0,1		

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 IDC			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	P	10 km		20 km		30 km	
																								Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
HELIOS Klinik Scheideitz	Scheideitz	<200	p	3337	<10000	0,995	0,883	205	4	16	8:20%	6:13%	5:11%	44	1,4	0,0		11,7	17,9	38,4	0,6	5,2	0,2	3,3	0,1				
Paracetus-Klinik Adorf/Schöneck	Schöneck	<500	p	3328	<20000	1,091	0,872	283	6	20	8:38%	5:16%	6:14%	36	4,8	0,0		19,4	23,5	100,0	1,0	23,0	0,4	17,3	0,3				
Sächsische Schweiz Klinik Sebnitz	Sebnitz	<200	p	4161	<10000	0,943	0,861	193	6	21	5:23%	8:17%	6:12%	26	1,0	1,8		9,6	20,7	62,4	0,9	34,1	0,5	9,6	0,3				
Kreiskrankenhaus Stollberg gGmbH	Stollberg	<500	ö	4239	<10000	0,918	0,831	321	9	27	5:17%	3:16%	6:14%	35	0,6	0,4		11,1	13,4	100,0	1,0	7,3	0,3	4,6	0,2				
Kreiskrankenhaus Torgau „Johann Kentmann“ gGmbH	Torgau	<500	ö	4343	<20000	0,815	0,849	254	8	22	5:17%	6:15%	8:13%	32	1,5	0,0		13,0	19,1	100,0	1,0	100,0	1,0	37,3	0,5				
Kreiskrankenhaus Weißwasser gGmbH	Weißwasser	<200	ö	4371	<10000	0,760	0,861	259	5	19	5:20%	6:14%	4:10%	18	1,3	0,2		20,1	20,1	100,0	1,0	63,6	0,6	22,3	0,4				
Pleißental-Klinik GmbH Werdau	Werdau	<500	ö	3309	<10000	0,851	0,852	303	6	20	6:16%	8:14%	5:11%	27	0,7	0,0		10,3	11,9	22,2	0,5	12,3	0,3	5,8	0,1				
Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH	Wernsdorf	<500	ö	3391	<5000	1,070	0,955	93	3	7	1:62%	6:7%	4:6%	3	4,5	5,7		24,2	35,7	100,0	1,0	12,5	0,4	8,4	0,3				
Muldenklinik GmbH – Gemeinnützige Gesellschaft	Wurzen	<500	ö	3974	<20000	0,839	0,835	339	8	26	5:16%	6:15%	8:14%	27	1,2	0,0		16,5	22,7	99,0	1,0	87,6	0,9	10,1	0,2				
Klinikum Oberlausitzer Beigand gGmbH	Zittau	<500	ö	4337	<20000	0,810	0,834	339	8	25	5:18%	6:16%	8:12%	23	3,9	0,4		15,2	26,4	100,0	1,0	100,0	1,0	76,3	0,7				
Diakoniewerk Zschadraß	Zschadraß	<200	fg	3322	<1000	0,728	0,985	35	1	2	1:67%	8:26%	19:2%	0,0	0,0	0,0	P	25,0	35,7	38,7	0,8	22,1	0,5	4,4	0,2				
Klinikum Mittleres Erzgebirge GmbH Haus Zschopau	Zschopau	<500	ö	4114	<20000	0,909	0,842	276	8	24	8:22%	6:18%	5:14%	36	0,8	0,0	P	14,3	19,3	100,0	1,0	12,7	0,5	7,4	0,2				
Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau	Zwickau	<1000	ö	3321	<50000	1,105	0,735	479	14	42	5:15%	6:12%	8:12%	40	4,4	2,7	B	11,8	24,6	66,6	0,6	38,1	0,3	20,2	0,2				
Paracetus-Klinik Zwickau	Zwickau	<200	p	3509	<10000	1,196	0,866	284	7	21	1:29%	8:27%	5:13%	38	2,6	0,6		5,8	17,4	18,8	0,5	12,3	0,3	5,4	0,1				
<b>Sachsen-Anhalt</b>		<b>376</b>		<b>3278</b>		<b>1,053</b>	<b>0,820</b>		<b>11</b>	<b>38</b>	<b>5:17%</b>	<b>8:14%</b>	<b>6:13%</b>	<b>32</b>	<b>3,1</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>0</b>											
Lungenklinik Ballenstedt/ Harz gGmbH	Ballenstedt	<200	fg	3304	<5000	0,853	0,979	85	2	4	4:81%	5:7%	23:5%	11	5,4	3,4		23,7	43,7	100,0	1,0	24,6	0,8	10,7	0,4				
AMEOS Klinikum Bernburg GmbH	Bernburg	<500	p	3345	<20000	0,978	0,883	265	6	17	1:24%	5:20%	6:14%	19	1,6	0,0		12,4	18,8	94,6	1,0	48,7	0,5	31,9	0,4				
Waldklinik Bernburg GmbH	Bernburg	<50	p	3326	<1000	1,123	0,998	3	1	1	1:100%				0,0	45,3			81,0	109,3	70,0	0,8	67,0	0,8	64,8	0,7			

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 WDC			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	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
Gesundheitszentrum Bitterfeld / Wolfen gGmbH	Bitterfeld	<1000	ö	3346	<20000	0,942	0,825	362	7	25	5:26%	6:14%	8:10%	25	2,1	0,6	P	12,2	15,7	1000	1,0	52,9	0,6	13,5	0,2		
Helios Klinik Jerichower Land GmbH	Burg	<500	p	3375	<10000	0,879	0,837	295	6	23	6:17%	8:17%	5:11%	23	2,3	0,7		14,6	23,8	74,7	0,9	74,7	0,9	10,0	0,3		
MediClin Herzzentrum Coswig	Coswig	<200	p	3344	<20000	2,629	0,967	92	2	5	5:94%	-1:2%	1:1%	58	2,5	0,0		34,6	57,0	1000	1,0	31,9	0,6	12,0	0,3		
Städtisches Klinikum Dessau	Dessau	<1000	ö	3385	<50000	1,020	0,780	435	12	33	5:15%	8:11%	1:9%	35	3,6	0,2		13,6	25,7	85,1	0,9	54,4	0,5	39,2	0,4		
Diakonissenkrankenhaus Dessau gGmbH	Dessau	<200	fg	3322	<10000	0,968	0,902	209	3	13	11:31%	6:27%	12:11%	49	1,8	0,3		16,9	23,3	25,7	0,8	19,5	0,6	9,2	0,3		
Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH Elbingerode	Elbingerode	<200	fg	3332	<5000	0,904	0,983	60	1	1	20:68%	5:11%	10:5%		1,1	0,0	P	137,5	153,6	15,2	0,9	4,1	0,4	3,0	0,3		
Helios Fachklinik Vogelsang-Gommern GmbH	Gommern	<200	p	3330	<10000	1,011	0,977	62	2	4	8:95%	1:3%	19:0%	39	1,6	2,1		36,3	66,8	49,0	0,6	19,4	0,3	16,4	0,3		
Ameos Klinikum St. Salvator Halberstadt GmbH	Halberstadt	<500	p	3374	<50000	0,890	0,819	363	9	28	3:19%	5:14%	8:13%	37	1,1	0,2		14,3	24,5	100,0	1,0	41,8	0,6	35,2	0,5		
Krankenhaus des Evangelischen Diakoniewerk Halle	Halle	<500	fg	3383	<10000	1,226	0,910	225	4	10	6:21%	4:20%	5:19%	34	5,1	0,6	P	8,8	19,9	9,3	0,3	7,4	0,3	5,0	0,2		
Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannstrost	Halle	<500	fg	3076	<20000	1,856	0,850	289	7	22	8:35%	1:21%	6:9%	45	2,2	15,3		5,1	19,0	15,1	0,4	11,2	0,3	6,5	0,2		
Krankenhaus St. Elisabeth & St. Barbara	Halle	<1000	fg	3414	<50000	0,949	0,847	361	5	19	5:22%	6:16%	14:11%	29	4,3	0,6	P	7,1	14,3	26,8	0,4	22,0	0,3	15,5	0,2		
Krankenhaus Martha-Maria Halle-Dölau GmbH	Halle	<1000	fg	3323	<50000	1,251	0,805	380	9	30	8:15%	1:15%	4:15%	38	2,6	0,3		16,4	37,3	23,8	0,4	19,7	0,3	16,7	0,3		
KMG Klinikum Havelberg GmbH	Havelberg	<50	p	3445	<5000	0,666	0,912	159	3	13	5:22%	6:20%	8:19%	12	1,2	0,1		5,4	24,1	100,0	1,0	100,0	1,0	6,0	0,4		
AWO Fachkrankenhaus Jerichow	Jerichow	<500	fg	2874	<1000	1,036	0,980	26	2	4	1:69%	8:22%	5:9%		0,2	26,7	P	26,0	44,2	100,0	1,0	16,9	0,9	11,2	0,5		
Helios Klinik Köthen GmbH	Köthen	<500	p	3292	<20000	1,005	0,856	285	7	20	5:26%	8:17%	6:13%	38	3,3	0,0		3,5	16,5	100,0	1,0	23,7	0,5	7,2	0,2		
Lungenklinik Lostau	Lostau	<200	fg	3202	<10000	1,378	0,976	81	1	3	4:82%	23:7%	5:3%	20	5,0	2,2		41,8	62,5	54,0	0,8	12,7	0,3	9,9	0,3		
Klinik Bosse Wittenberg	Wittenberg	<500	fg	3266	<1000	0,686	0,979	33	2	5	1:73%	8:13%	3:5%		3,3	41,4	P	16,7	27,9	27,3	0,8	27,0	0,7	15,7	0,6		

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG			TOP 3 IDC			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	HHI	10 km		20 km		30 km	
																								Markt-anteil	Markt-anteil	Markt-anteil	Markt-anteil	Markt-anteil	Markt-anteil
Paul Gerhardt Diakonie Krankenhaus und Pflege GmbH	Lutherstadt Wittenberg	<500	fg	3453	<20000	0,964	0,813	332	10	28	5:17%	8:13%	6:13%	26	1,8	0,5			15,3	24,2	93,7	0,9	80,0	0,8	50,6	0,6			
Otto-von-Guericke Universität	Magdeburg	>1000	ö	3354	>50000	1,452	0,678	507	17	54	8:14%	5:12%	1:9%	48	7,1	1,4			18,1	42,4	47,8	0,5	38,1	0,4	29,8	0,3			
Klinikum in den Pflieffersche Stiftungen GmbH	Magdeburg	<500	fg	3377	<20000	1,210	0,879	236	6	16	8:32%	5:27%	6:13%	37	1,6	0,5			8,5	12,5	15,2	0,4	12,4	0,3	9,9	0,3			
Klinikum Magdeburg GmbH	Magdeburg	<1000	ö	3339	<50000	1,096	0,783	431	10	32	5:19%	6:12%	1:9%	34	4,1	1,4	P		8,9	21,1	33,9	0,4	24,2	0,3	21,2	0,3			
Median Klinik Neurologisches Rehabilitationszentrum Magdeburg	Magdeburg	<50	p	3417	<5000	13,859	0,989	17	1	2	1:59%	-1:39%	8:1%	38	0,2	43,3			39,4	72,5	5,4	0,5	5,1	0,4	4,1	0,3			
Klinik St. Marienstift Magdeburg	Magdeburg	<200	fg	3320	<10000	0,791	0,923	200	3	10	6:21%	8:16%	14:13%	52	0,8	0,3			10,1	32,5	17,9	0,4	14,5	0,3	11,3	0,2			
Carl-von-Baseow-Klinikum Saalekreis GmbH	Merseburg	<1000	ö	3383	<50000	1,018	0,817	364	10	28	5:20%	6:14%	8:12%	28	2,2	0,8	P		13,8	45,1	100,0	1,0	15,3	0,2	7,2	0,1			
Klinikum Burgenlandkreis gGmbH	Naumburg	<1000	fg	3326	<50000	0,888	0,826	368	8	27	5:19%	6:15%	8:14%	25	1,6	0,5	P		26,1	32,3	100,0	1,0	61,3	0,6	31,6	0,3			
Helios BördeKlinik GmbH	Oschersleben	<500	p	3147	<10000	0,937	0,837	270	9	27	5:27%	8:14%	6:14%	28	1,7	0,0			11,1	20,8	100,0	1,0	100,0	1,0	7,3	0,2			
Harzklinikum Dorothea Christiane Erleben GmbH	Quedlinburg	<1000	ö	3355	<50000	0,980	0,801	410	9	30	5:21%	6:16%	8:10%	29	3,5	1,9	P		23,2	31,0	100,0	1,0	57,4	0,6	57,4	0,6			
Altmark-Klinikum gGmbH	Salzwedel	<500	ö	3389	<20000	0,752	0,844	310	7	21	6:18%	5:15%	8:15%	21	0,6	0,0			33,3	49,1	100,0	1,0	100,0	1,0	77,0	0,7			
Helios Kliniken Mansfeld-Südharz GmbH	Sangerhausen	<1000	p	3343	<50000	0,922	0,793	380	10	33	5:16%	8:14%	6:13%	28	3,0	0,3	P		28,7	34,7	100,0	1,0	59,5	0,6	56,1	0,6			
AMEOS Klinikum Schönebeck GmbH	Schönebeck	<500	p	3326	<20000	0,786	0,865	296	6	19	5:28%	6:17%	8:9%	26	1,8	0,9			4,8	23,2	76,5	0,9	14,3	0,3	10,8	0,2			
Diakoniekrankenhaus Seehausen GmbH	Seehausen	<200	fg	3386	<5000	0,714	0,877	219	6	19	5:21%	6:19%	8:13%	19	0,7	0,0			14,6	21,2	100,0	1,0	100,0	1,0	29,7	0,5			
SALUS gGmbH Fachklinikum Uchtspringe	Uchtspringe	<500	p	3365	<5000	0,672	0,983	35	2	3	1:53%	4:21%	8:19%	14	13,3		P		28,9	49,9	100,0	1,0	36,0	0,8	36,0	0,8			
Helios Klinik Zerbst/Anhalt GmbH	Zerbst	<500	p	3289	<10000	0,867	0,869	248	3	19	8:27%	6:19%	5:13%	27	1,7	0,0			4,9	24,4	100,0	1,0	23,3	0,6	12,1	0,3			



Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG	TOP 3 IDC			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	HHI	10 km		20 km		30 km	
																									Med	OQ	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
Klinik Dr. Wrinkler	Husum	<50	p	3379	<1000	0,655	0,979	42	2	4	8:80%	97	0,0	0,0			16,9	27,4	28,2	0,8	28,2	0,8	28,2	0,8						
Zweckverb. Krankenhaus Itzehoe	Itzehoe	<1000	ö	3302	<50000	1,009	0,791	419	9	29	5:15%	29	1,6	7,8	P		16,4	23,4	100,0	1,0	100,0	1,0	80,5	0,9						
Paracelsus-Klinik Henstedt-Ulzburg/Kaltenkirchen	Kaltenkirchen	<500	p	3409	<10000	0,941	0,850	315	6	22	8:19%	36	0,6	0,0			11,5	16,6	63,3	0,8	22,2	0,6	2,8	0,1						
Park-Klinik GmbH Kiel	Kiel	<50	p	3461	<5000	0,667	0,961	70	2	7	6:32%	94	1,2	0,0			12,2	40,0	7,7	0,6	7,1	0,5	7,0	0,5						
Lubinus-Stiftung Kiel	Kiel	<500	p	3390	<10000	1,254	0,950	133	3	8	8:85%	92	0,7	0,0			16,0	41,5	17,4	0,5	16,2	0,5	14,6	0,4						
Schmerz-Klinik Kiel GmbH & Co KG	Kiel	<50	p	3311	<1000	1,251	0,998	3	1	1	1:98%		0,0	0,0			345,1	591,6	41,1	0,8	40,7	0,8	38,5	0,7						
Ostseeklinik Kiel GmbH	Kiel	<50	p	3416	<5000	0,759	0,958	106	3	7	8:66%	97	0,8	0,0			8,1	24,0	7,7	0,5	7,2	0,5	5,2	0,3						
Städtisches Krankenhaus	Kiel	<1000	ö	3442	<50000	0,928	0,844	379	6	21	5:17%	19	4,5	1,3			6,6	10,4	22,5	0,6	20,8	0,5	14,1	0,3						
nordBUCK Augenklinik	Kiel	<50	p	3451	<1000	0,406	0,990	17	1	2	2:100%	68	0,0	61,9			27,6	89,2	19,3	0,7	19,2	0,7	19,1	0,7						
Praxisklinik Kronshagen GmbH KG	Kronshagen	<50	p	3235	<1000	0,522	0,984	23	2	4	8:73%	99	0,0	0,0			48,5	66,0	5,1	0,4	4,8	0,4	3,4	0,3						
Marien-Krankenhaus Lübeck	Lübeck	<50	fg	3520	<5000	0,430	0,969	101	2	4	14:27%	52	0,0	0,0			7,1	12,4	42,2	0,8	41,7	0,7	19,1	0,3						
DRK Therapiezentrum Marti GmbH	Lübeck	<500	p	3349	<5000	1,663	0,969	84	1	3	8:30%		0,3	9,9			9,1	14,5	22,0	0,8	21,5	0,8	7,4	0,2						
Sana Kliniken Lübeck GmbH	Lübeck	<500	p	3338	<50000	1,181	0,812	374	10	29	5:25%	35	2,7	0,0			7,6	12,7	75,1	0,8	55,9	0,5	25,7	0,3						
FEK-Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH	Neumünster	<1000	ö	3359	<50000	1,127	0,787	420	10	31	5:17%	29	3,4	0,8	P		7,7	17,5	98,2	1,0	79,1	0,9	25,4	0,3						
Klinik Klosterstraße	Neumünster	<50	p	3451	<1000	0,668	0,982	26	1	4	13:78%	93	0,0	0,0			4,3	13,1	16,9	0,8	16,9	0,8	2,3	0,2						
Klinikum Neustadt	Neustadt	<500	p	3220	<50000	1,436	0,965	295	4	17	8:39%	49	0,5	1,3			22,5	53,1	98,9	1,0	45,0	0,6	25,8	0,4						
Kinderzentrum Pelzerhaken	Pelzerhaken, Neustadt in Holstein	<50	fg									0,0	100,0	B																
Regio Kliniken GmbH	Pinneberg	<1000	p	3549	<50000	1,003	0,798	390	9	29	5:17%	34	1,3	0,9	P		16,6	21,9	75,1	0,7	9,7	0,2	6,6	0,1						
Klinik Preetz Krankenhaus des Kreises Plön	Preetz	<200	ö	3368	<10000	0,812	0,964	280	7	21	5:18%	29	0,2	0,0			13,9	21,2	96,7	1,0	8,3	0,5	6,1	0,3						

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG			TOP 3 WDC			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				10 km	20 km	30 km		
																									Med	OQ
Norddeutsches Epilepsie-Zentrum	Raisdorf	<50	fg	3665	<1000	0,835	0,998	1	1	1:100%			0,0	68,5				100,3	171,2	20,9	0,6	20,9	0,6	17,6	0,5	
DRK Krankenhaus Mölln / Ratzeburg	Ratzeburg	<200	fg	3455	<10000	0,901	0,857	279	7	5:29%	6:15%	8:11%	28	0,9	0,0			10,7	21,8	97,9	1,0	34,0	0,6	25,3	0,5	
DRK Ropersberg Klinik, Klinik für Geriatrie Ratzeburg GmbH	Ratzeburg	<50	p	3311	<5000	1,821	0,980	51	3	8:34%	5:23%	4:12%		0,9	5,1			25,0	40,0	31,9	0,9	12,5	0,6	9,0	0,5	
Krankenhaus Reinbek St.-Adolf-Stift	Reinbek	<500	fg	3306	<20000	1,009	0,820	365	7	5:22%	6:19%	8:8%	33	2,6	2,4			9,4	21,0	50,5	0,5	6,3	0,2	4,0	0,1	
Kreiskrankenhäuser und Kreiskliniken Rendsburg-Eckernförde GmbH	Rendsburg	<1000	ö	3347	<50000	0,883	0,807	447	10	5:16%	6:12%	8:11%	34	1,4	0,6			21,8	28,5	100,0	1,0	100,0	1,0	43,4	0,4	
HELIOS Klinikum Schleswig	Schleswig	<500	p	3447	<20000	1,079	0,818	353	9	5:25%	6:13%	1:12%	33	2,7	2,1			14,2	22,2	100,0	1,0	100,0	1,0	31,7	0,6	
DRK Krankenhaus für Geriatrie Süsel und Neurologie	Süsel	<200	fg	3422	<5000	2,371	0,982	46	3	8:27%	1:25%	5:16%	2	1,5	28,4			27,2	42,0	13,8	0,5	12,7	0,5	6,2	0,3	
Nordseeklinik Westerland	Westerland	<200	p	3981	<5000	0,762	0,890	226	3	5:18%	9:18%	6:13%	17	0,1	0,0			9,1	66,9	100,0	1,0	100,0	1,0	100,0	1,0	
<b>Thüringen</b>		<b>371</b>		<b>3278</b>		<b>1,086</b>	<b>0,794</b>		<b>13</b>	<b>41</b>	<b>5:16%</b>	<b>8:14%</b>	<b>6:12%</b>	<b>34</b>	<b>3,4</b>	<b>2,3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>								
Klinikum Altenburger Land GmbH	Altenburg	<500	ö	3354	<20000	0,996	0,828	315	9	5:18%	1:15%	6:14%	23	2,7	2,8	B		8,7	16,4	100,0	1,0	35,0	0,4	12,3	0,2	
Robert-Koch-Krankenhaus Apolda GmbH	Apolda	<500	ö	3321	<10000	0,865	0,856	285	5	8:16%	6:14%	5:14%	31	0,6	1,2			3,9	17,4	100,0	1,0	14,6	0,5	7,7	0,3	
Mariensift Amstadt, Orthopädische Klinik	Amstadt	<50	fg	3325	<5000	1,470	0,974	43	2	8:100%			83	1,5	1,7			41,6	81,0	59,7	0,7	25,8	0,4	13,0	0,2	
Ilm-Kreis-Kliniken Amstadt-Ilmenau gGmbH	Amstadt	<500	ö	3371	<20000	0,901	0,833	337	8	5:18%	6:13%	8:12%	26	0,9	0,0			23,8	26,0	87,2	0,9	23,3	0,5	12,3	0,2	
Gräfliche Kliniken Moritz Klinik Bad Klosterlausnitz	Bad Klosterlausnitz	<50	p	3338	<1000	2,343	0,994	10	1	1:98%	22:2%		4,0	78,0	B			36,8	56,6	56,5	0,8	5,5	0,4	4,2	0,3	
Hufeland-Klinikum GmbH Bad Langensalza	Bad Langensalza	<500	ö	3351	<50000	0,990	0,828	376	8	5:22%	6:17%	8:14%	33	1,0	0,0			27,6	27,6	100,0	1,0	53,7	0,6	19,5	0,3	
m&I Fachklinik Bad Liebenstein	Bad Liebenstein	<50	p	3384	<1000	2,713	0,996	3	1	1:100%			8,0	77,4	B			66,7	107,7	13,9	0,7	6,3	0,3	3,5	0,2	



Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 WDC			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	H	10 km		20 km		30 km	
																								Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI
Sozialwerk Meiningen gGmbH Geriatrische Fachklinik Georgenhaus	Meiningen	<200	fg	3324	<5000	1,845	0,992	21	1	2	8:50%	1:31%	5:12%	0,3	4,5			31,1	48,4	47,4	0,9	40,5	0,7	17,6	0,4				
Ökumenisches Heinrichsklinikum gGmbH	Mühlhausen	<1000	fg	3312	<5000	0,780	0,976	37	2	4	1:78%	8:6%	3:5%	1,0	0,2			16,4	31,2	100,0	1,0	46,8	0,7	14,9	0,3				
Ev. Fachkrankenhaus für Atemwegserkrankungen	Neustadt	<50	fg	3338	<5000	1,576	0,985	34	1	2	4:89%	-1:5%	5:4%	9	3,3	3,2		44,3	60,3	28,5	0,8	28,5	0,8	16,3	0,5				
Südharz Klinikum Nordhausen gGmbH	Nordhausen	<1000	ö	3346	<50000	1,092	0,751	504	11	37	5:16%	6:11%	8:9%	37	3,2	0,3		15,5	29,6	92,2	0,9	81,1	0,9	44,2	0,6				
Eichsfeld Klinikum gGmbH	Reifenstein	<500	fg	3331	<20000	0,876	0,847	315	7	20	5:16%	6:16%	11:11%	27	1,4	0,5		25,5	26,1	100,0	1,0	78,0	0,9	40,4	0,4				
Kreiskrankenhaus Ronneburg	Ronneburg	<200	ö	3344	<5000	1,823	0,996	19	1	1	8:82%	1:17%	5:1%	0,0	0,5			22,5	35,6	35,8	1,0	29,9	0,7	10,5	0,2				
Thüringen Kliniken Georgius Agricola	Saalfeld	<1000	ö	3349	<50000	1,063	0,790	417	10	33	5:17%	8:16%	6:16%	31	1,6	0,4	P	19,9	25,8	100,0	1,0	98,0	1,0	50,3	0,6				
Kreiskrankenhaus Schliez gGmbH	Schliez	<200	ö	3377	<5000	0,738	0,871	214	6	20	5:20%	8:13%	6:12%	21	1,1	0,0		17,7	23,5	100,0	1,0	100,0	1,0	14,2	0,4				
Elisabeth Klinikum Schmalkalden GmbH	Schmalkalden	<200	ö	3357	<10000	0,855	0,846	270	7	24	5:24%	6:15%	8:12%	26	1,2	0,0		9,9	15,1	100,0	1,0	15,7	0,3	8,6	0,2				
Medios Kreiskrankenhäuser Sonneberg und Neuhaus gGmbH	Sonneberg	<500	ö	3347	<20000	0,990	0,833	334	9	26	5:24%	8:16%	6:13%	33	2,0	5,4		13,8	25,2	85,0	0,8	29,7	0,4	24,0	0,3				
Asklepios Fachklinikum Stadtroda GmbH	Stadtroda	<500	p	3154	<1000	0,828	0,984	41	1	3	1:86%	8:7%	19:3%	1,2	40,9			30,8	48,7	100,0	1,0	12,8	0,6	6,8	0,3				
SRH Zentralklinikum Suhl GmbH	Suhl	<1000	p	3337	<50000	0,987	0,758	415	12	38	5:15%	3:11%	6:10%	38	3,2	0,3		14,1	32,5	100,0	1,0	73,1	0,7	42,7	0,4				
KMG Rehabilitationszentrum Sülzhayn GmbH	Sülzhayn	<50	p										0,0	0,0	B														
Klinik a.d. Weißenburg GmbH	Uhstädt- Kirchhasel	<50	p	3421	<1000	1,181	0,990	13	1	2	8:85%	1:14%	6:0%	1,9	0,0			48,8	70,2	100,0	1,0	38,3	0,6	11,8	0,3				
Sophien- und Hufeland Klinikum gGmbH	Weimar	<1000	fg	3346	<20000	0,938	0,820	372	7	26	1:17%	8:13%	5:12%	28	2,9	2,5		12,1	25,3	50,7	0,7	17,8	0,3	11,1	0,2				

This page intentionally left blank

# Der Krankenhaus-Report 2018 im Internet

Alle Tabellen und Abbildungen des Krankenhaus-Reports 2018 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:

Rufen Sie bitte die oben genannte Internetseite auf und lassen Sie sich registrieren. Folgen Sie dem Link: „Dann registrieren Sie sich [hier]!“ Es öffnet sich ein Formular zur Registrierung. Bitte füllen Sie die mit einem Stern markierten Pflichtfelder aus und klicken Sie dann auf den Button „absenden“. Sobald Ihre Angaben vom Schattauer-Verlag überprüft wurden, erhalten Sie per E-Mail die Zugangsberechtigung zum Internetportal. Jetzt kommen Sie auf das Internetportal und können die unten aufgeführten Materialien herunterladen.

Sollten Sie schon im Internetportal des Krankenhaus-Reports registriert sein, so müssen Sie sich nicht erneut registrieren.

## Im Internetportal zum Krankenhaus-Report 2018 finden Sie:

- Inhaltsverzeichnis
- Zusammenfassungen der Beiträge (deutsch/englisch)
- alle Abbildungen im EPS-Format
- alle Tabellen im XLS-Format
- das Krankenhaus-Directory 2016 mit erweiterten Informationen im PDF-Format
- die Krankenhauspolitische Chronik 2001 bis 7/2017

## Zusätzlich zum Buch finden Sie im Internetportal:

- Inhaltsverzeichnisse der Krankenhaus-Reporte 1993 bis 2017
- Zusammenfassungen der Krankenhaus-Reporte 1997 bis 2017

## Ergänzende Abbildungen zu Kapitel 11:

Abbildung 11–a: Altersstandardisierte Prävalenz von stationär diagnostizierten Erkrankungen nach Obergruppen und ausgewählten Einzeldiagnosen, Bevölkerung mit und ohne Demenzdiagnose im Alter 50+, 2010

Abbildung 11–b: Prognostizierte Veränderungen von stationär diagnostizierten Erkrankungen nach Obergruppen und ausgewählten Einzeldiagnosen, Szenario 1 (oben) und Szenario 2 (unten), Bevölkerung mit und ohne Demenzdiagnose im Alter 50+, 2015–2060

## **Ergänzende Tabellen zu den Kapiteln 11, 19, 20 und 21:**

### **Kapitel 11:**

- Tabelle 11-a: Prognostizierte Patientenzahlen nach Krankheitsgruppen und Prognosejahren (2020–2060) und nach Personen mit und ohne Demenz im Alter 50+ (Szenario 1)
- Tabelle 11-b: Prognostizierte Patientenzahlen nach Krankheitsgruppen und Prognosejahren (2020–2060) und nach Personen mit und ohne Demenz im Alter 50+ (Szenario 2)

### **Kapitel 19**

- Tabelle 19-a: Zentrale Indikatoren der Krankenhäuser für 2005–2015
- Tabelle 19-b: Bettendichte im Ländervergleich 2005 und 2015
- Tabelle 19-c: Personal nach Trägerschaft 2015
- Tabelle 19-d: Krankenhäuser nach Trägerschaft 1991 bis 2015

### **Kapitel 20**

- Tabelle 20-a: Patienten nach Krankheitsklasse und Wohnort je 100 000 Einwohner 2015 – rohe Rate –

### **Kapitel 21**

- Tabelle 21-a: Ausgewählte Hauptdiagnosen und ihre zehn häufigsten Nebendiagnosen der Krankenhauspatienten 2015
- Tabelle 21-b: Die 50 häufigsten Nebendiagnosen der Krankenhauspatienten 2015 – insgesamt –
- Tabelle 21-c: Die 50 häufigsten Nebendiagnosen der Krankenhauspatienten 2015 – männlich –
- Tabelle 21-d: Die 50 häufigsten Nebendiagnosen der Krankenhauspatienten 2015 – weiblich –
- Tabelle 21-e: Die 50 häufigsten Operationen (Dreisteller) – insgesamt –
- Tabelle 21-f: Die 50 häufigsten Operationen (Dreisteller) – männlich –
- Tabelle 21-g: Die 50 häufigsten Operationen (Dreisteller) – weiblich –
- Tabelle 21-h: Die Operationen mit den größten Veränderungen von 2014 auf 2015 (Dreisteller)
- Tabelle 21-i: Die 50 häufigsten Operationen (Viersteller) – insgesamt –
- Tabelle 21-j: Die 50 häufigsten Operationen (Viersteller) – männlich –
- Tabelle 21-k: Die 50 häufigsten Operationen (Viersteller) – weiblich –
- Tabelle 21-l: Die Operationen mit den größten Veränderungen von 2014 auf 2015 (Viersteller)
- Tabelle 21-m: Fallpauschalen nach MDCs und Bundesländern
- Tabelle 21-n: Casemix nach MDCs und Bundesländern
- Tabelle 21-o: Casemix-Index nach Fachabteilungen und Altersgruppen – insgesamt –
- Tabelle 21-p: Casemix-Index nach Fachabteilungen und Altersgruppen – männlich –
- Tabelle 21-q: Casemix-Index nach Fachabteilungen und Altersgruppen – weiblich –

**Krankenhaus-Directory (Kapitel 22)**

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)	
– Appendektomie	

Informationen zum Krankenhaus-Report finden Sie auch unter [www.wido.de/khreport.html](http://www.wido.de/khreport.html).

This page intentionally left blank

# Autorenverzeichnis



**Prof. Dr. rer. pol. Boris Augurzky**  
**Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung e.V. (RWI), Hohenzollernstraße 1–3, 45128 Essen**

Prof. Dr. Boris Augurzky ist Leiter des Kompetenzbereichs „Gesundheit“ am RWI in Essen, seit 2007 Geschäftsführer der Institute for Health Care Business GmbH und seit 2014 wissenschaftlicher Geschäftsführer der Stiftung Münch. Er ist Mitglied des Fachausschusses „Versorgungsmaßnahmen und -forschung“ der Deutschen Krebshilfe. 2016 wurde er zum außerplanmäßigen Professor an der Universität Duisburg-Essen berufen.



**Dipl.-Pol. Alexander Barth**  
**Universität Rostock, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Ulmenstraße 69, 18057 Rostock**

Alexander Barth ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Empirische Sozialforschung und Demographie der Universität Rostock. Nach dem Studium der Politikwissenschaft in Bamberg arbeitet er zu den Folgen der Bevölkerungsalterung für Gesundheitswesen und Pflegesystem und zu speziellen körperlichen und kognitiven Ursachen für Pflegebedarf.



**Prof. Dr. rer. pol. Andreas Beivers**  
**Hochschule Fresenius München, Infanteriestraße 11a, 80797 München**

Studium der VWL an der Ludwig-Maximilians-Universität München. 2004–2009 zunächst wissenschaftlicher Mitarbeiter, dann Bereichsleiter für stationäre Versorgung am Institut für Gesundheitsökonomik in München. Promotion an der Universität der Bundeswehr München. Seit 2010 Studiendekan für Gesundheitsökonomik an der Hochschule Fresenius in München. Im März 2011 Berufung zum Professor an der Hochschule Fresenius durch das Hessische Kultusministerium.



**Elke Berger, MPH**

**Technische Universität Berlin, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Straße des 17. Juni 135, 10623 Berlin**

Jahrgang 1986. 2005–2009 Diplom-Studiengang Sozialarbeit/ Sozialpädagogik an der Hochschule Lausitz. 2010–2016 Tätigkeit als Sozialarbeiterin in der Charité – Universitätsmedizin Berlin am Campus Mitte und im Comprehensive Cancer Center. 2013–2016 berufsbegleitendes Studium zum Master of Public Health. Seit 2016 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der TU Berlin. Forschungsschwerpunkte: Qualität der ambulanten und stationären Versorgung, Versorgungsforschung, Health-Technology-Assessment.



**Ute Bölt**

**Statistisches Bundesamt, Gruppe H1 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 H1 Gesundheit. Schwerpunkt: Methodische Weiterentwicklung der Krankenhausstatistik.



**Dr. rer. nat. Gregor Botero**

**Stabsbereich Vertragsanalyse, GKV-Spitzenverband, Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin**

Copyright Foto Botero: GKV-Spitzenverband,  
Fotografin: Jenny Sieboldt

Gregor Botero, Jahrgang 1987, wurde in Berlin geboren und wuchs in Dresden auf. Er studierte Naturwissenschaften, Mathematik und Philosophie an der Universität Leipzig und promovierte anschließend an der Humboldt-Universität zu Berlin im Fach Mathematik. Seit dem Jahr 2017 ist er beim GKV-Spitzenverband im Stabsbereich Vertragsanalyse beschäftigt, der sich mit der Bewertung der Gesamtverträge zwischen Kassen und niedergelassenen Ärzten befasst.



**Dr. med. Dominik Brammen**  
**Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensiv-**  
**therapie, Otto-von-Guericke-Universität,**  
**Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg**

Studium der Humanmedizin an der Justus-Liebig-Universität Gießen. Promotion und seitdem mehrere Projekte im Kontext Versorgungsforschung mit Routinedaten in der Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin. Facharzt für Anästhesiologie mit Zusatzbezeichnungen Notfallmedizin und Intensivmedizin. Seit 2013 Projektleiter im BMBF-Verbundforschungsprojekt „Verbesserung der Versorgungsforschung in der Akutmedizin in Deutschland durch den Aufbau eines nationalen Notaufnahmeregisters“. Träger des Zertifikats Medizinische Informatik der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS).



**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 Fachkrankenpfleger in der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin des Marienhospitals in Bottrop/NRW.



**Prof. Dr. med. Reinhard Busse, MPH, FFPH**  
**Technische Universität Berlin, Lehrstuhl Management**  
**im Gesundheitswesen – WHO Collaborating Centre**  
**for Health Systems, Research and Management,**  
**Straße des 17. Juni 135, 10623 Berlin**

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).



**Prof. Dr. rer. soc. oec. Gabriele Doblhammer**  
**Universität Rostock, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Ulmenstraße 69, 18057 Rostock**

Gabriele Doblhammer ist Professorin für Empirische Sozialforschung und Demografie an der Universität Rostock. Sie ist Geschäftsführende Direktorin des Rostocker Zentrums zur Erforschung des demografischen Wandels, Leiterin der Abteilung Demografische Studien am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen in Bonn und „Distinguished Research Scholar“ am Max Planck Institut für demografische Forschung. Ihre Forschung beschäftigt sich mit Mustern und Trends in Gesundheit, Morbidität und Pflegebedarf im Alter. Ein spezieller Schwerpunkt liegt auf Lebenslauffaktoren kognitiver und physischer Leistungsfähigkeit im Alter und auf neurodegenerativen Erkrankungen wie Demenzen und Parkinson.



**Hendrik Dräther**  
**Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO),  
 Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin**

Studium der Angewandten Systemwissenschaften im Fachbereich Mathematik der Universität Osnabrück. Anschließend wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Wirtschaftswissenschaftlichen Abteilung des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen. Seit 2002 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO), Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen. Seit März 2009 Leiter des Forschungsbereichs Ambulante Analysen und Versorgung im WiDO. Arbeitsschwerpunkte: Finanzierung des Gesundheits- und Pflegesystems und Vergütung der Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung.



**Prof. Dr. med. Saskia E. Drösler**  
**Hochschule Niederrhein, Fachbereich Gesundheitswesen,  
 Institut für Medizin, Medizin-Controlling und  
 Informationssysteme, Reinarzstraße 49, 47805 Krefeld**

Studium der Humanmedizin. 1992 Promotion an der Universität Würzburg. Ausbildung zur Ärztin für Anästhesiologie an den Universitätskliniken Bonn und Düsseldorf. Erwerb der ärztlichen Zusatzbezeichnungen medizinische Informatik und ärztliches Qualitätsmanagement. Tätigkeit im Medizin-Controlling. Seit 1999 Professorin für Medizin-Controlling und Informationssysteme im Fachbereich Gesundheitswesen an der Hochschule Niederrhein. Arbeitsschwerpunkt Versorgungsforschung mit Routinedaten; hierzu Expertentätigkeit in verschiedenen internationalen und nationalen Gremien.



**Claus Fahlenbrach, MPH**  
**AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin**

1983–1989 Studium der Humanmedizin an den Universitäten Marburg und Göttingen, klinisch tätig in Krankenhäusern in Bremen, Neuss und Potsdam. Facharzt für Innere Medizin. 1997–2003 leitender Notarzt der Landeshauptstadt Potsdam. 2000–2002 Public-Health-Studium an der Technischen Universität Berlin, Magister Public Health. 2003–2009 Deutsche Krankenhausesellschaft. Seit September 2009 im AOK-Bundesverband als Referent tätig, seit 2011 Leiter des Referats Versorgungsqualität in der Abteilung Stationäre Versorgung und Rehabilitation.



**Anne Fink, M. Sc.**  
**Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V., c/o Universität Rostock, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Ulmenstraße 69, 18057 Rostock**

Anne Fink ist seit 2009 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. und am Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen auf der Epidemiologie von Demenz, Risikofaktoren von Demenz sowie Pflegebedürftigkeit und Sterblichkeit bei Demenz.



**Jörg Friedrich**  
**Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),  
 Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin**

Studium der Sozialwissenschaften in Hannover. 1996–1999 Stabsstelle der Pflegedienstleitung des Agnes-Karll-Krankenhauses Laatzten. 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.



**Thomas Fritze, M. Sc.**  
**Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V., c/o Universität Rostock, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Ulmenstraße 69, 18057 Rostock**

Studium der Demographie (Master) an der Universität Rostock. Seit 2011 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. und am Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels. Die Forschungsschwerpunkte liegen auf der Epidemiologie der Demenz sowie dem Einfluss von Risikofaktoren im Lebenslauf auf kognitive Fähigkeiten und das Risiko einer Demenz im Alter.

**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 Beratertätigkeit war der Krankenhausbereich. Seit 2012 Referent für Gesundheitspolitik und Entgeltsysteme im Krankenhaus beim AOK-Bundesverband.

**Dr. rer. oec. Alexander Geissler, Dipl.-Ing.****Technische Universität Berlin, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Straße des 17. Juni 135, 10623 Berlin**

Studium des Wirtschaftsingenieurwesens u. a. mit den Schwerpunkten Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin, 2008 Diplom. 2013 Promotion mit dem Schwerpunkt Vergleich international eingesetzter Krankenhausvergütungs- und Patientenklassifikationssysteme. 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 Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie, Fachbereich Medizin, Philipps-Universität, Karl-von-Frisch-Straße 4, 35043 Marburg**

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. 2009–2016 Lehrstuhlinhaber für Gesundheitssystemforschung an der Universität Witten/Herdecke. Seit Juni 2016 Leitung des Instituts für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie an der Philipps-Universität Marburg.



**Diplom-Gesundheitswirt (FH) Felix Greiner, M. Sc.**  
**Universitätsklinik für Unfallchirurgie, Otto-von-Guericke-**  
**Universität, Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg**

Nach langjähriger praktischer Tätigkeit im Gesundheitswesen Studium der Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg. Danach Mitarbeit in Projekten der primären und sekundären Hautkrebsprävention, Gesundheitskommunikation und Leitlinienerstellung. Postgradualer Masterstudiengang Epidemiologie an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Seit 2015 wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Arbeitsgruppe Register- und Versorgungsforschung in der Notfallmedizin an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.



**Dr. med. David Herr**  
**Geschäftsstelle des Sachverständigenrats zur Begut-**  
**achtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR),**  
**Friedrichstraße 108, 10117 Berlin**

Medizinstudium und Promotion in Münster. 2010 studentischer Trainee beim Standing Committee of European Doctors in Brüssel. 2012–2014 ärztliche Tätigkeit im Universitätsklinikum Köln. Seit 2014 wissenschaftlicher Referent in der Geschäftsstelle des Sachverständigenrats. Schwerpunktthemen u. a. sektorenübergreifende Koordination sowie Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.



**Dr. rer. pol. Bernd Hillebrandt**  
**Graumannsweg 60, 22087 Hamburg**

Bis November 2017 Geschäftsführer der Universitätsmedizin Rostock Versorgungsstrukturen GmbH; zuvor Geschäftsführer der Gesundheitswirtschaft Hamburg GmbH, Berater und Bevollmächtigter des Geschäftsführers der GSB Deutsche Gesundheitssystemberatung GmbH, Verwaltungsleiter eines MVZ und Vorstand einer gesetzlichen Krankenkasse, wissenschaftlicher Mitarbeiter für den Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen. Gesundheitsökonom, Wirtschaftswissenschaftler. Derzeit als Berater im Gesundheitswesen tätig.



**Dr. med. Anja Hohmann, MPP**  
**Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Heidelberg,**  
**Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg**

Studium der Medizin und Archäologie in Berlin, Paris und Havana. Anschließend McCloy Fellow an der Harvard Kennedy School of Government, Abschluss Master in Public Policy. 2015–2017 wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Sachverständigenrat Gesundheit, seit Ende 2017 am Universitätsklinikum Heidelberg.



**Jürgen Klauber**  
**Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO),**  
**Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin**

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.



**Prof. Dr. jur. Winfried Kluth**  
**Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Lehrstuhl für**  
**Öffentliches Recht, Forschungsstelle Migrationsrecht –**  
**FoMig, Universitätsplatz 10a, 06099 Halle**

Winfried Kluth forscht seit vielen Jahren im Bereich des Medizin- und Gesundheitsrechts. Nach dem Studium der Rechtswissenschaft und Geschichte an den Universitäten Bonn und Münster hat er sich als wissenschaftlicher Assistent an der Universität zu Köln habilitiert. Er ist seit 1999 Inhaber eines Lehrstuhls für Öffentliches Recht und Direktor des Interdisziplinären Wissenschaftlichen Zentrums Medizin-Ethik-Recht an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg sowie Mitglied im Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht.



**Franz Krause**  
**GKV-Spitzenverband, Reinhardstraße 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.



**Daniel Kreft, M. Sc.**  
**Universität Rostock, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Ulmenstraße 69, 18057 Rostock**

Daniel Kreft ist nach dem Studium der Sozialwissenschaften (Bachelor) und der Demographie (Master) an der Universität Rostock seit 2010 am Lehrstuhl für Empirische Sozialforschung und Demographie sowie am Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels beschäftigt. Die Forschungsschwerpunkte liegen auf den Analysen regionaler Unterschiede von Gesundheit und Sterblichkeit und deren individuellen und kontextuellen Ursachen.



**Dr. rer. pol. Wulf-Dietrich Leber**  
**GKV-Spitzenverband, Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin**

Geboren 1957. Studium der Physik und der Volkswirtschaftslehre in Aachen und Kiel. 1986–1990 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**

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.

**Sherry Lee, MPH****Technische Universität Berlin, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Straße des 17. Juni 135, 10623 Berlin**

Studium der Mikrobiologie, Immunologie und Ökonomie an der University of British Columbia, Kanada (2008–2013). Onkologische Grundlagenforschung am Vancouver Prostate Centre (2013–2015). Anschließend Public-Health-Studium an der Ecole des Hautes Etudes en Sante Publique (EHESP) in Rennes (2015–2017), Frankreich. Seit 2017 am Fachgebiet für Management im Gesundheitswesen der TU Berlin.

**Kathleen Lehmann****Abteilung Ambulante Versorgung, GKV-Spitzenverband, Rheinhardtstraße 28, 10117 Berlin**

Kathleen Lehmann hat Volkswirtschaftslehre mit dem Schwerpunkt Gesundheitsökonomie an der TU Berlin studiert. Nach Absolvierung eines Traineeprogramms der Rhön Klinikum AG im Krankenhausmanagement war sie Referentin für den Bereich vertragsärztliche Versorgung und Vergütung im Bundesministerium für Gesundheit. Seit 2009 ist Frau Lehmann im GKV-Spitzenverband tätig und befasst sich hier mit der Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung, insbesondere mit den Themen Bedarfsplanung, Versorgungssteuerung, neue Versorgungsformen und sektorenübergreifende Versorgung.

**Dr. med. 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 2007 Abteilungsleiter Stationäre Einrichtungen/Rehabilitation.

**Ulla Mielke****Wissenschaftliches Institut der AOK, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin**

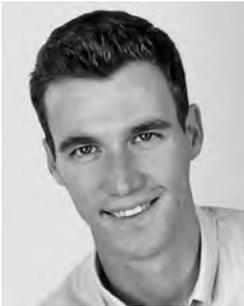
Ausbildung und anschließend zweijährige Tätigkeit als Apothekenhelferin. Ausbildung zur Bürokauffrau im AOK-Bundesverband. Ab 1987 Mitarbeiterin im damaligen Selbstverwaltungs-büro des AOK-Bundesverbandes. Seit 1991 Mitarbeiterin des WIdO im Bereich Mediengestaltung. Verantwortlich für die grafische Gestaltung des Krankenhaus-Reports und die Aufbereitung der Daten für das Internetportal.



### **Carina Mostert**

**Wissenschaftliches Institut der AOK, Rosenthaler Straße 31,  
10178 Berlin**

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 (WIdO).



### **Michael Nerius, M.Sc.**

**Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V., c/o Universität Rostock, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Ulmenstraße 69,  
18057 Rostock**

Studium der Sozialwissenschaften und Demographie an der Universität Rostock (2009–2014). Seit Februar 2015 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen in der Arbeitsgruppe Demographische Studien sowie am Lehrstuhl für Empirische Sozialforschung und Demographie an der Universität Rostock. Forschungsschwerpunkte sind die Verteilung, Einflussfaktoren, Präventionsmöglichkeiten und pharmakologischen Interventionen bei neurodegenerativen Erkrankungen.



### **Dr. rer. oec. Adam Pilny**

**Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung e.V. (RWI), Hohenzollernstraße 1–3, 45128 Essen**

Dr. Adam Pilny hat von September 2013 bis Dezember 2014 als Wissenschaftler im FZD Ruhr am RWI gearbeitet. Seit Januar 2015 ist er als Wissenschaftler im Kompetenzbereich „Gesundheit“ tätig. Er studierte Wirtschaftswissenschaft an der Ruhr-Universität Bochum und war von 2010 bis 2013 Promotionsstudent an der Ruhr Graduate School in Economics (RGS). Er wurde im Februar 2015 an der Ruhr-Universität Bochum promoviert. Sein Forschungsinteresse gilt der Gesundheitsökonomie und der angewandten Ökonometrie, insbesondere befasst er sich mit Konsolidierungen und Investitionssubventionen im Krankenhausmarkt sowie Discrete-Choice-Modellen zur Untersuchung von Patientenentscheidungen.



**Johannes Pollmanns, MSc**  
**Kompetenzzentrum Routinedaten im Gesundheitswesen,**  
**Hochschule Niederrhein, Reinarzstraße 49, 47805 Krefeld**

Studium des Health Care Managements an der Hochschule Niederrhein. Seit 2014 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Fachbereich Gesundheitswesen der Hochschule Niederrhein. Arbeitsschwerpunkte in den Bereichen Qualitätsindikatoren, Analyse von Sekundärdaten und regionale Versorgungsforschung.



**Dr. med. Wilm Quentin, MSc HPPF**  
**Technische Universität Berlin, Fachgebiet Management im**  
**Gesundheitswesen, Straße des 17. Juni 135, 10623 Berlin**

Seit 2009 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Fachgebiet Management im Gesundheitswesen an der TU Berlin. Managing Editor der Zeitschrift „Health Policy“, Mitherausgeber der Health Care Systems in Transition Series des European Observatory on Health Systems and Policies und einer der Koordinatoren des EuroDRG Projekts. Publikation international vergleichender Arbeiten über Gesundheitssysteme, Krankenhausfinanzierung und Kosten (von Krankheiten und Interventionen).



**Dr. rer. oec. Sabine Richard**  
**AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin**

1983–1988 Studium der Volkswirtschaftslehre an der Georg-August-Universität Göttingen. 1988–1993 Wissenschaftliche Assistentin am Lehrstuhl für Preis-, Markt- und Wettbewerbstheorie und -politik, Institut für Volkswirtschaftslehre an der Universität Hohenheim. 1993 Promotion zum Dr. oec. 1993–2001 Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen; ab 1995 Leiterin der Abteilung Versorgungsmanagement. 2001–2013 AOK Berlin – Die Gesundheitskasse, AOK Berlin-Brandenburg, AOK Nordost; ab 2005 Leiterin des Unternehmensbereichs Arzneimittel. 2013–2014 AOK-Bundesverband, Abteilungsleiterin Arzneimittel. Seit 2015 Geschäftsführerin Versorgung.



**Prof. Dr. med. Bernt-Peter Robra**  
**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 H1 Gesundheit,**  
**Zweigstelle Bonn, Graurheindorfer Straße 198,**  
**53117 Bonn**

Studium der Geografie mit Schwerpunkten Wirtschafts- und Sozialgeografie in Bayreuth und Bonn. 2002–2003 bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Bereich Bedarfsplanung tätig. Seit 2003 Mitarbeiter im Statistischen Bundesamt, seit 2005 Leiter des Referats Krankenhausstatistik/Todesursachenstatistik in der Gruppe H1 Gesundheit.



**Dr. rer. oec. David Scheller-Kreinsen**  
**GKV-Spitzenverband, Abteilung Krankenhäuser,**  
**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 Abteilung Krankenhäuser beim GKV-Spitzenverband.



**Prof Dr. rer. oec. Jonas Schreyögg**  
**Hamburg Center for Health Economics, Universität**  
**Hamburg, Esplanade 36, 20354 Hamburg**

Prof. Dr. Schreyögg ist Inhaber des Lehrstuhls für Betriebswirtschaftslehre, insb. Management im Gesundheitswesen an der Universität Hamburg und wissenschaftlicher Direktor des Hamburg Center for Health Economics (HCHE). Er ist gleichzeitig assoziierter Forscher an der Stanford University. Er ist Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, der Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ beim Bundesministerium für Gesundheit und zahlreicher wissenschaftlicher Beiräte von Institutionen des Gesundheitswesens. Er erhielt zahlreiche Preise und Forschungsstipendien und verbrachte Lehr- und Forschungsaufenthalte in Norwegen, Singapur, Taiwan und den USA.



**Michael Slowik**  
**AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin**

Studium der Gesundheitsökonomie (Bachelor und Master) an der Universität Bayreuth und der School of Public Health an der University of Michigan. Seit 2016 Referent für Stationäre Versorgung in der Abteilung Stationäre Versorgung, Rehabilitation des AOK-Bundesverbands. Thematische Schwerpunkte: sektorenübergreifende Notfallversorgung, wertorientierte Versorgungsmodelle, innovative Vergütungsmethoden, Transparenzinitiativen im Gesundheitswesen sowie Accountable Care Organizations.



**Susanne Sollmann**  
**Wissenschaftliches Institut der AOK, 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 WIdO, u. a. im Projekt Krankenhausbetriebsvergleich und im Forschungsbereich Krankenhaus. Verantwortlich für Redaktion und Koordination des Krankenhaus-Reports.



**Jutta Spindler**  
**Statistisches Bundesamt, Gruppe H1 Gesundheit,**  
**Zweigstelle Bonn, Graurheindorfer Straße 198,**  
**53117 Bonn**

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 H1 Gesundheit zuständig für die Organisation und Koordination im Bereich der Gesundheitsstatistiken sowie für die konzeptionelle und methodische Weiterentwicklung der Statistiken.



**Dr. phil. Anke Spura**  
**Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie**  
**(ISHME), Otto-von-Guericke-Universität,**  
**Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg**

Seit 2013 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie an der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. 2012–2013 Projektleiterin „WOMEN – Realising a transnational strategy against the brain-drain of well-educated women“ (EU/INTERREG IVB) und „Interregionale Zusammenarbeit zur Fachkräftegewinnung und -sicherung Autonome Region Valencia – Sachsen-Anhalt“. 2006–2012 wissenschaftliche Projektmitarbeiterin Emmy-Noether-Nachwuchsgruppe „Liebe, Arbeit, Anerkennung – Anerkennung und Ungleichheit in Doppelkarriere-Paaren“ (DFG) am Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB, Nürnberg), Institut für Soziologie der FAU Erlangen-Nürnberg, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und Institut für Soziologie, Universität Duisburg-Essen. 2005–2006 Projektmitarbeiterin „Tackling Stereotypes. Maximising the Potential of Women in SET“ im Auftrag von Gender-Institut Sachsen-Anhalt (G/I/S/A) und WiTEC – European Association for Women in Science Engineering & Technology. 2005 Magistra Artium (Soziologie, Germanistik) an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Wissenschaftliche Schwerpunkte: Versorgungsforschung, Medizinsoziologie, Medizinische Ausbildungs-, Berufs- und Professionswissenschaft.



**Dr. rer. oec. Yauheniya Varabyova**  
**Geschäftsstelle des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR),  
Friedrichstraße 108, 10117 Berlin**

2006–2010 Studium der Betriebswirtschaftslehre an der LCC International University in Klaipėda, Litauen. 2010–2012 Studium der Volkswirtschaftslehre an der Universität Hamburg. Anschließend wissenschaftliche Mitarbeiterin und Promovierende am Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen an der Universität Hamburg. Forschungsschwerpunkte: Effizienz und Qualität im Gesundheitswesen und insbesondere im Krankenhaus sowie Health Technology Assessment (HTA). Seit 2017 wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Geschäftsstelle des Sachverständigenrats.



**Prof. Dr. rer. pol. Lilia Waehlert**  
**Hochschule Fresenius, Fachbereich Wirtschaft & Medien  
Business School · Media School · Psychology School,  
Richard-Klinger-Straße 11, 65510 Idstein**

Studiendekanin für Führung und Management im Gesundheits- und Sozialwesen (M. A.) und International Pharmacoeconomics, Health Economics and Market Strategies for Healthcare Products (M. Sc.). Nach dem Studium der Betriebswirtschaftslehre mit Schwerpunkt Absatz, Markt, Konsum und anschließender Promotion erfolgte 2004 die Habilitation mit *venia legendi* für das Fach Betriebswirtschaftslehre. Nach Stationen als wissenschaftliche Mitarbeiterin, wissenschaftliche Assistentin und Privat-Dozentin an der Universität Trier in diverse Forschungsprojekte im Zentrum für Gesundheitsökonomie an der Universität Trier involviert, zuletzt in leitender Funktion. Seit 2012 Professorin für Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsökonomie sowie Studiendekanin für die Hochschule Fresenius in Idstein und Frankfurt am Main.

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Strategische und systemische Unternehmensführung, Systemtheorie und Unternehmensethik, Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung sowie Führungs- und Managementtheorie.



**Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Wasem**  
**Lehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-**  
**Essen, 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 Alfred 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.



**Christian Wehner**  
**AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin**

Studium der Gesundheitsökonomie an den Universitäten Bayreuth, Massey (Neuseeland) und Stellenbosch (Südafrika). 2007–2011 Referent für das Krankenhausverhandlungsmanagement und für die ambulante Vergütung im AOK-Bundesverband. Seit 2011 Referatsleiter Stationäre Versorgung sowie seit 2016 zusätzlich Leiter des Referats Rehabilitation und Vorsorge im AOK-Bundesverband. Seit 2012 Dozent an der SRH Hochschule Berlin. Verschiedene Beratungsprojekte als Senior Consultant im Auftrag der AOK International Consulting für die Nationalen Krankenversicherungen in Abu Dhabi (2010) und in Griechenland (2014/15).



**Prof. Dr. hum. biol. Maria Weyermann, MPH**  
**Hochschule Niederrhein, Fachbereich Gesundheitswesen,**  
**Institut für Public Health, Epidemiologie und Biometrie,**  
**Reinarzstraße 49, 47805 Krefeld**

Nach dem Studium der Biologie (RWTH Aachen) und der Gesundheitswissenschaften (Universität Ulm) Tätigkeit als Epidemiologin (Universität Ulm, Deutsches Zentrum für Altersforschung DZFA Heidelberg, Deutsches Krebsforschungszentrum DKFZ Heidelberg). Seit 2007 Professorin für Public Health, Epidemiologie und Biometrie an der Hochschule Niederrhein im Fachbereich Gesundheitswesen.

This page intentionally left blank

# Index

## A

Akkreditierung 60, 64  
 Ambulantisierung 31, 34, 70  
 ambulant-sensitive Konditionen 157  
 angebotsinduzierte Versorgung 97  
 ärztlicher Bereitschaftsdienst 35  
 Arzt-Patient-Beziehung 3, 6, 8

## B

bedarfsgerecht 4, 20, 25, 42, 150, 235, 286, 289, 293  
 Bedarfsplanung 3, 9, 17, 20, 28, 36, 40, 102, 108, 115, 169, 210–214, 217, 219–223, 227, 230–231, 242, 251, 254  
 Behandlungsbedarf 4, 7, 23  
 Bestandsschutz 149–150, 168  
 Bettenkapazitäten 24–25, 287  
 Bevölkerungsvorausberechnung 194–195, 199, 207  
 Budgetanstieg 318, 330, 333  
 Bundeskartellamt 101–102, 107, 125, 348

## C

Casemix 311, 323, 407–408, 433–435, 439, 444  
 Casemix-Index (CMI) 323, 325–326, 407–408, 433, 439, 444–445, 448

## D

Daseinsvorsorge 25, 41, 300  
 Demenz 193–201, 204, 206  
 Digital Health 274–275, 277  
 Digitalisierung 126, 273–283  
 Doppelstrukturen 236, 250

## E

eHealth 265, 274, 282  
 Emergency Department Information System (EDIS) 266–267, 271  
 Entlassungsmanagement 196, 205  
 Ergebnisqualität 54, 111–112, 120, 160, 171, 177, 299

Erreichbarkeit 9, 25, 34, 58, 61, 66–67, 73, 75, 80, 82, 108, 113, 126, 139, 160, 165, 167, 179, 181, 186, 188, 241, 273, 286–287  
 evidenzbasierte Medizin 10–11, 86

## F

Facharztstandard 66, 163–165, 179–180  
 Fallmanagement 275, 280, 282  
 Fördermittel 105, 124, 133–135, 145, 147

## G

gemeinsame Selbstverwaltung 4, 8, 15  
 Gesundheitspolitik 23, 69, 287, 313  
 Grund- und Regelversorgung 25, 34

## H

Health Literacy 98  
 Hill-Burton-Formel 25, 348  
 hochspezialisierte Versorgung 61  
 Hospitalisierungsraten 152, 154, 158, 168, 197, 282  
 Hygienesonderprogramm 314, 320, 334

## I

ICD-10-GM 262, 266, 268, 271  
 Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) 101–102, 171, 173, 190, 302, 306, 313  
 Investitionen  
 – Bedarf 143, 145  
 – Finanzierung 37, 70, 104, 174, 188, 300, 303  
 – Stau 70, 104

## K

Komorbiditäten 195–196  
 Krankenhaus  
 – Ambulanzen 127–130, 209–211, 214, 217, 220, 223, 225, 229–230  
 – Dichte 103, 132, 139, 142, 348, 448  
 – Investitionen 104, 303

- Planung 23–28, 34–37, 44–59, 62–66, 73, 101–103, 106, 110–112, 119–128, 148–152, 159, 162, 165, 167–179, 188, 190, 204, 234, 251, 295, 299, 302, 348
- Wahl 34, 69, 71–76, 79, 83

**L**

## Leistung

- Angebot 50, 53–55, 64, 275
- Einkauf 53, 55, 57, 59, 62, 64–65
- Planung 25, 27, 53–54, 65
- Recht 15, 19
- Verdichtung 54

Leitlinien 10–13, 98, 205, 272, 313

- Konformität 13

Leitsymptom 262

Lizensierung 60

**M**

Marktregulierung 101–102, 105–106, 108–111, 120–121, 124–128

Maximalversorgung 25, 313

Mehrleistungsabschlag 320–322

Mengensteuerung 128, 211, 214, 223

Mindestfallzahlen 27, 51, 58, 63, 175, 182, 188–189

Mindestmengen 29, 58, 63, 66–67, 73, 107, 112–113, 116, 125–126, 161–164, 171, 173, 175–183, 188–190, 300

- Regelungen 51, 54, 113–114, 173, 302, 306

Morbidity 7, 9, 11, 31, 36, 193, 199, 202

**N**

Notaufnahme 35, 259–272

Notdienst 234–236, 240, 245, 248, 251–252

## Notfall

- Ambulanzen 35, 235–236, 245, 254, 271
- Medizin 259–260, 264, 271
- Patienten 81, 260, 262, 266, 269
- Stufenkonzept 115, 303
- Versorgung 34–36, 38, 40, 58, 68, 110, 114–115, 129, 181, 188, 233–253, 257–268, 272, 303, 444, 447

**O**

Operationsraten 87–90, 94–99

**P**

## Patienten

- Beteiligung 11
  - Orientierung 71
  - Sicherheit 12, 65, 115, 119–120, 299–300
  - Steuerung 188, 233, 235, 237, 251
- Personalmangel 70, 310
- Pflegepersonal 118–119, 176, 205, 299, 303, 305, 308
- Untergrenzen 107, 117–119, 176, 299, 301, 304–305
- Pflegequalität 118
- Portalpraxen 235, 244–245, 248, 255, 260
- Prozessqualität 62, 77, 112

**Q**

## Qualität

- Anforderungen 50, 60, 112, 126, 171
  - Berichterstattung 54
  - Indikatoren 54–55, 64–65, 70, 107, 117–120, 164, 173–174, 190, 271–272, 299, 301–302, 306–307, 448
  - Management 65, 254–255, 264–265, 271, 279, 309
  - Sicherung 12, 50, 54, 63–64, 77, 101–102, 107, 111, 116–120, 128, 173, 190, 210–211, 230, 235, 252–253, 255, 261, 271, 301, 305, 309, 448
  - Standards 34, 60, 63–64, 66, 281
  - Verträge 54, 302
- Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) 54, 182, 443, 448–449

**R**

Rahmenplanung 25, 53, 65, 67, 109, 295

Regulierungsbehörde 101–102, 107–108, 125

Rettungsdienst 234, 252–253, 255, 260, 269–270

**S**

- Sektorengrenzen 25, 127, 210, 279
- sektorenübergreifende Bedarfsplanung
  - 128, 209, 217, 229
- Selektive Verträge 61, 66, 111
- Sicherstellung
  - Auftrag 40–43
  - Zuschläge 25, 121, 127, 173, 295, 308
- Standortschließungen 124–125, 146
- Strukturfonds 34, 103, 121, 124–125, 131–135, 138, 145–150, 174, 300
- Strukturqualität 4, 107, 112, 173

**T**

- Trägervielfalt 45, 47, 50–51

**U**

- Überkapazitäten 31, 34, 66, 70, 102–103, 110–112, 122–127, 132, 134, 159, 214, 287–288, 359
- Übersversorgung 11–12, 16, 18, 40, 108–109, 149, 152, 157, 212–213, 230–231, 286, 293
- Unterversorgung 5, 9, 10–12, 20, 23, 25, 40, 98, 209, 219, 222, 224, 229–230, 276, 283, 286, 313
- Up-Coding 263

**V**

- Vergabeverfahren 53, 65, 221–222
- Verhältniszahlen 4, 9, 24, 28

- Vernetzung 168, 279, 283, 296

**Versorgung**

- Auftrag 27, 220, 222–223, 227, 309, 311
- Bedarf 3, 7–10, 12, 15, 17
- Forschung 5, 13–17, 20, 23, 98, 100, 259–265, 269–270
- Grad 4, 212–213, 220–224, 227
- Kapazitäten 9, 289
- Planung 59, 62, 231
- Stufe 24, 27, 127, 171, 179–182, 188, 217, 220–221, 234, 252
- Zuschlag 308, 322, 334, 444
- Vollzeitäquivalente 164, 181, 219, 226, 230, 362
- Vorstellungsgrund 262, 266, 269

**Z**

- Zentralisierung 53, 61, 67, 70, 82, 84, 122–123, 159–168, 171–179, 189, 260, 300, 445
- Zentren 24–25, 54, 62, 82, 110, 116, 121–127, 159–162, 168–170, 175–176, 182–183, 278, 281, 444
- Zertifizierung 54, 60, 65, 159–160, 183, 190, 261
- Zusatzentgelte 318–319, 323, 330, 333, 447

This page intentionally left blank

Die Orientierung am Bedarf der Patienten muss die oberste Maxime der Sicherung einer qualitativ hochwertigen und finanzierbaren Versorgung sein. Die jüngste Krankenhausgesetzgebung hat mit dem Fokus auf Qualität der Versorgung und Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft das »Wie« der Bedarfsorientierung verstärkt in den Vordergrund gerückt.

Im Rahmen seines Schwerpunktthemas »**Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit**« betrachtet der Krankenhaus-Report 2018 unter anderem:

- Bedarfsbestimmung im Gesundheitswesen allgemein und in der stationären Versorgung im Besonderen
- Rechtliche Implikationen der Bedarfsorientierung
- Regionale Unterschiede in der Leistungserbringung
- Bedarfsentwicklung aufgrund demografischen Wandels
- Patientenorientierung und Strukturwandel
- Qualitätsorientierung in der Krankenhausplanung und Bedarfssicherung durch Marktregulierung
- Neuordnung der Notfallversorgung und sektorenübergreifende Angebotssteuerung für ambulante Leistungen
- Die Rolle des Strukturfonds bei der bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft

Zusätzlich werden folgende Themen zur Diskussion gestellt:

- Anforderungen der Versorgungsforschung in der Notfallmedizin
- Digitalisierung im Krankenhaus am Beispiel von Herzerkrankungen
- Einfluss von Bürgerbegehren auf Standortentscheidungen

Der **Datenteil** umfasst die Grund-, Kosten- und Diagnosedaten des Statistischen Bundesamtes für Krankenhäuser. Ergänzt werden diese Datenanalysen durch das bewährte **Krankenhaus-Directory** und die **Krankenhauspolitische Chronik**.

Das **Internetportal** zum Krankenhaus-Report 2018 enthält alle Abbildungen und Tabellen sowie die komplette Krankenhauspolitische Chronik ab dem Jahr 2000.