

# Krankenhaus- Report 2003

Schwerpunkt:  
G-DRGs im Jahre 1

---

## Kernaussagen der Beiträge



**WidO** Wissenschaftliches  
Institut der AOK

Bonn, November 2003

---

---

---

# Inhalt

- Editorial** (*H. Schellschmidt, Bernt-Peter Robra und Jürgen Klauber*)
- 1 DRG-Entwicklungsperspektiven** (*Wolfram Fischer*)
- 2 Fallkostenkalkulation und Relativgewichte –entscheidende Faktoren der zukünftigen Krankenhausvergütung** (*Clemens Platzköster und Harald Schmitz*)
- 3 Das deutsche DRG-Entgeltsystem**  
(*Christian Günster, Thomas Mansky und Uwe Repschläger*)
- 4 G-DRG-System – Anpassungsnotwendigkeiten aus medizinischer Sicht**  
(*Norbert Roeder und Bernhard Rochell*)
- 5 Zur ökonomischen Steuerung der Krankenhausversorgung unter DRG-Fallpauschalen**  
(*Günter Neubauer*)
- 6 Vertragswettbewerb und die Versorgung mit stationären Leistungen**  
(*Stefan Greß, Klaus Jacobs, Sabine Schulze und Jürgen Wasem*)
- 7 Krankenhausplanung auf Grundlage von DRGs**  
(*Bernt-Peter Robra, Uwe Deh, Enno Swart, Stefan Felder und Ralf Dralle*)
- 8 Instrumente des Operations Research in der praktischen Krankenhausplanung**  
(*Thomas Fritz, Christian Gilow und Dieter Paffrath*)
- 9 Konsequenzen der DRG-Einführung für die ambulante Versorgung**  
(*Markus Längen und Karl W. Lauterbach*)
- 10 Konsequenzen der DRG-Einführung für die angrenzenden Versorgungsbereiche Rehabilitation und Pflege** (*Harry Fuchs*)
- 11 Zukunft deutscher Universitätsklinika im DRG-System?**  
(*Bente Rüschemann, Jan Zabel und Hans-Heinrich Rüschemann*)
- 12 Patientenfade (Clinical Pathways) im DRG-Zeitalter** (*Susanne Vogel und Michael Wilke*)
- 13 Folgen der DRGs für den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien im Krankenhaus** (*Jürgen Stausberg*)
- 14 Qualitätsanalysen mit Routinedaten** (*Günther Heller, Enno Swart und Thomas Mansky*)
- 15 Arbeitszeit-Innovation im ärztlichen Dienst** (*Lars Herrmann*)
- 16 Krankenhauspolitische Chronik: 2000 bis 2002** (*Andreas Lehr*)
- 17 Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2001**  
(*Sebastian Rolland und Christiane Rosenow*)
- 18 Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2000**  
(*Sebastian Rolland und Christiane Rosenow*)
- 19 Operationshäufigkeit in deutschen Krankenhäusern 1998 bis 2001** (*Bettina Gerste*)
- 20 Krankenhaus-Directory – Optionshäuser 2003**

Jürgen Klauber, Bernt-Peter Robra, Henner Schellschmidt (Hrsg.), **Krankenhaus-Report 2003**. Schattauer-Verlag, Stuttgart 2004. 488 Seiten, incl. CD-ROM € 49,95; ISBN 3-7945-2284-2

## **1 DRG-Entwicklungsperspektiven**

*Wolfram Fischer*

Probleme mit der Adaptation von DRG-Systemen und mit der Homogenität von DRGs brachten viele der DRG-interessierten Länder dazu, eigene DRG-Varianten oder neue DRG-ähnliche Patientenklassifikationssysteme aufzubauen. Auch in Deutschland steht man nun vor dieser Herausforderung, wenn man das übernommene AR-DRG-System in ein angepasstes G-DRG-System umwandeln wird. Besonderes Augenmerk ist dabei – neben der Analyse der einzelnen DRGs und deren Splits – auf die Frage der Falldefinition sowie der Gruppierung bei Mehrfachbehandlungen und Zusatzleistungen zu richten. Dabei ist u. a. auch zu überlegen, inwiefern sich mittels Aussagen der Pflege die Beschreibung der Fälle verbessern ließe, um so zu einer besseren Homogenität der Fallgruppen zu gelangen (Fischer 2002: 89 ff). Durch eine geschickte Definition von unterschiedlichen Sets von Kostengewichten und von modularen Fallpauschalen muss eine risikogerechtere Ausgestaltung eines DRG-Systems nicht zwingend zu einer immer größeren Anzahl von Fallgruppen führen. Ein derart gestaltetes System lässt sich außerdem leichter in Vergütungsmodelle für Behandlungsketten integrieren. Dieser Beitrag fasst die bisherige Entwicklung der internationalen DRG-Systeme in ihren Phasen zusammen, erläutert die wesentlichen Entwicklungsprobleme und stellt Lösungsmöglichkeiten für die weitere Ausgestaltung vor.

## **2 Fallkostenkalkulation und Relativgewichte – entscheidende Faktoren der zukünftigen Krankenhausvergütung**

*Harald Schmitz und Clemens Platzköster*

Eine gerechte Leistungsvergütung im DRG-System bedingt, dass die Relativgewichte der einzelnen Fallgruppen die tatsächlichen durchschnittlichen Ressourcenverbräuche abbilden. Die Ermittlung der Relativgewichte in Deutschland gliedert sich in zwei Schritte: Zunächst sind jährlich in einer Auswahl von Krankenhäusern die Kosten je Fall für eine Periode zu kalkulieren. Darauf aufbauend werden aus den zusammengeführten Daten die Relativgewichte ermittelt bzw. der Entgeltkatalog weiterentwickelt. Der Beitrag befasst sich im Schwerpunkt mit der Kalkulation der Fallkosten in den Krankenhäusern. Darüber hinaus wird auf die anschließende Berechnung der Relativgewichte eingegangen.

### **3 Das deutsche DRG-Entgeltsystem**

*Christian Günster, Thomas Mansky und Uwe Repschläger*

Die Einführung der G-DRGs hat die Abrechnung von Krankenhausleistungen in Deutschland stark verändert. Im Juli 2003 rechneten bereits rund 380 Krankenhäuser nach dem G-DRG-Entgeltsystem ab; weitere 900 Häuser haben erklärt, bis Ende des Jahres umzustellen. Mit der Abrechnung der DRG-Fallpauschalen und der weiteren Vergütungskomponenten ist eine geänderte Fallzählung verbunden. Eine Überleitung der Fallzahlen zum DRG-Einstieg ist erforderlich. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen im Optionsjahr 2003 haben grundsätzlich die Voraussetzungen für eine reibungslose DRG-Abrechnung geschaffen. Die systemimmanenten Anreize einer fallbezogenen Vergütung, mehr Fälle abzurechnen, werden durch das G-DRG-Entgeltsystem bei Verlegungen abgemildert; eine Regelung der kurzfristigen Wiederaufnahmen scheint darüber hinaus erforderlich. Bis zum Start der Konvergenzphase im Jahr 2005 bedarf es einer überschaubaren Anpassung der Entgeltsystematik und der Vorgaben für die Budgetverhandlungen unter DRG-Bedingungen.

### **4 G-DRG-System – Anpassungsnotwendigkeiten aus medizinischer Sicht**

*Norbert Roeder und Bernhard Rochell*

Die wesentlichen Ziele der Einführung des neuen G-DRG-Krankenhausvergütungssystems sind die leistungsgerechte Finanzierung voll- und teilstationärer Leistungen sowie die für Planungszwecke, Qualitätssicherung und Gesundheitsberichterstattung nutzbare umfassende Transparenz über das medizinische Leistungsgeschehen im Krankenhaus. Das aus Australien übernommene AR-DRG-System muss für den Einsatz in Deutschland unter Berücksichtigung der in beiden Ländern unterschiedlichen gesundheitlichen Versorgungsstrukturen und ordnungspolitischen Rahmenvorgaben angepasst werden. Dies gilt umso mehr, da eine G-DRG-Fallpauschale künftig möglichst sämtliche Leistungen des jeweiligen (teil-)stationären Aufenthaltes vergüten soll. Additive oder alternative Vergütungen sollen entweder nur in engen Ausnahmen, befristet oder via gesonderter Rechtsverordnung durch das BMGS zugelassen werden. Diese im Vergleich mit anderen internationalen DRG-Anwendungen sehr weitreichende Zielsetzung hat sich zwar durch das Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG) bis zum Abschluss der Einführungsphase am Ende des Jahres 2006 schon relativiert, begründet aber dennoch einen hohen Anspruch an die Ausgestaltung des G-DRG-Systems: Je höher der Budgetanteil ausfällt, der über G-DRG-Fallpauschalen vergütet wird, desto differenzierter und realistischer muss dieses System spätestens mit Ablauf der budgetneutralen Einführungsphase die vielfältige Leistungswirklichkeit an deutschen Krankenhäusern abbilden, wenn die verfügbaren Mittel sachgerecht verteilt werden sollen. Dieser Beitrag stellt die Anpassungsnotwendigkeiten und -optionen bezogen auf das G-DRG-Vergütungssystem und seiner Komponenten dar und erläutert diese anhand von Beispielen.

## **5 Zur ökonomischen Steuerung der Krankenhausversorgung unter DRG-Fallpauschalen**

*Günter Neubauer*

Die beschlossene Einführung eines umfassenden Fallpauschalensystems auf DRG-Basis wird das ökonomische Steuerungssystem für die Krankenhäuser in Deutschland grundlegend ändern. Doch wird es auf die noch offene Ausgestaltung des Entgeltsystems nach 2006 ankommen, wenn man bestimmte Wirkungen erreichen will. Diese zielgerichtete Ausgestaltung steht im Mittelpunkt dieses Beitrages, nachdem eingangs das Steuerungssystem auf der Basis der Jahre 2003/04 beschrieben wird. Als Ziel definieren wir ein wettbewerbsorientiertes preisliches Steuerungssystem, das die knappen Ressourcen zu genau den Krankenhäusern lenkt, welche die Versorgung am effizientesten sicherstellen. Welche Module ein solches Steuerungssystem beinhalten muss, leiten wir im dritten Abschnitt ab. Schließlich zeigen wir, unter welchen Voraussetzungen staatliche Budgetvorgaben hinfällig werden und wie daraus die Mengensteuerung über flexible Vertragspreise unter Einbeziehung der Versicherten und Patienten erfolgen kann. Wo die sozialpolitischen Grenzen eines wettbewerblichen Steuerungssystems liegen und welche Veränderungen auf die Krankenhausplanung der Länder zukommt, wird abschließend diskutiert. Der Ausblick richtet sich auf die Europäische Union, die in der Gesundheitspolitik immer stärkere Konturen annimmt.

## **6 Vertragswettbewerb und die Versorgung mit stationären Leistungen**

*Stefan Greß, Klaus Jacobs, Sabine Schulze und Jürgen Wasem*

Die Umstellung der Krankenhausvergütung auf DRGs verändert die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung für Krankenhäuser. Allerdings wird diese Einzelmaßnahme nicht zu einer umfassenden wettbewerblichen Neuorientierung in der stationären Versorgung führen, sofern wesentliche Wettbewerbshemmnisse für die Versorgung mit stationären Leistungen bestehen bleiben. In diesem Beitrag wird daher ein Konzept für einen Vertragswettbewerb um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der (stationären) Gesundheitsversorgung entwickelt. Zum wettbewerblichen Gesamtkonzept gehören der Abbau von Regulierung, die Erweiterung von Freiheiten für (stationäre) Leistungsanbieter und Krankenkassen und eine für alle Beteiligten geltende Wettbewerbsordnung, die den Wettbewerb in angemessener Weise reguliert und unerwünschte Auswirkungen des Wettbewerbs verhindert.

## **7 Krankenhausplanung auf Grundlage von DRGs**

*Bernt-Peter Robra, Uwe Deh, Enno Swart, Stefan Felder und Ralf Dralle*

Die Krankenhausvergütung durch DRGs ist auf Versorgungsleistungen (Output) bezogen, nicht auf die Auslastung vorgegebener Kapazitäten (Inputs). Eine Kapazitätsplanung im herkömmlichen Sinn (Bettenplanung) ist daher nicht mehr systemkonform. Sie hat im Übrigen auch keine hinreichende Versorgungsgerechtigkeit geschaffen, wie am Beispiel der heterogenen Betten- und Leistungsverteilung in Sachsen-Anhalt gezeigt wird. Zwischen einer residualen Aufsicht der Länder im Sinne der Daseinsvorsorge einerseits und gestaltenden Verträgen der Kostenträger und Leistungserbringer andererseits ist ein neues Gleichgewicht erforderlich. Die Basis einer leistungsorientierten Rahmenplanung sollten versicherten- und bevölkerungsbezogene Leistungsdichten bilden. Mengen und Struktur der stationären Leistungen werden zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern durch periodisch zu erneuernde strategische Versorgungsverträge und konkretisierende Leistungsverträge vereinbart. Dabei sind stationersetzende Leistungen anderer Sektoren zu berücksichtigen. Ein bevölkerungsbezogenes Monitoring der Versorgungsleistungen auf Basis von Abrechnungsdaten schließt die gestufte Leistungsplanung zum lernenden System.

## **8 Instrumente des Operations Research in der praktischen Krankenhausplanung**

*Thomas Fritz, Christian Gilow und Dieter Paffrath*

Bei der Umsetzung landesweiter Vorgaben der Krankenhausplanung auf der örtlichen Ebene setzen die Krankenkassen Methoden des Operations Research ein. Mit der Krankenhausplanung werden in Nordrhein-Westfalen Kapazitäten in der Form von Krankenhausbetten, strukturiert nach Fachabteilungen, festgelegt. Die qualitativen und quantitativen Vorgaben der Planung sind auf der Landesebene verhandelt worden. Danach sollen landesweit 9.300 Betten abgebaut werden. Die differenzierten Leistungsstrukturen und Bettenzahlen in den einzelnen Krankenhäusern werden auf örtlicher Ebene verhandelt. Bei der Vorbereitung setzt die Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen die Methode der "gemischt-ganzzahligen Programmierung" ein. Das Modell ermöglicht eine Minimierung der Krankenhaus- und der Wegekosten unter Einhaltung einer Vielzahl von Voreinstellungen des Landes und der Vertragspartner. Die Autoren beschreiben den Stand der Planung und die Arbeitsweise des Modells.

## **9 Konsequenzen der DRG-Einführung für die ambulante Versorgung**

*Markus Lungen und Karl W. Lauterbach*

Hauptfolge der DRGs ist die Absenkung der Verweildauer. Diese wird unabhängig von den konkreten Ausgestaltungen (Budgetobergrenze, Festpreise, Direktverträge) eintreten. Fraglich ist jedoch, ob das Krankenhaus ausreichende Anreize hat, neben der Absenkung der Verweildauer auch ganze Krankheitsgebiete in den ambulanten Bereich zu verlegen. Ausreichende gesetzliche Grundlagen gibt es nur bei ambulanten Operationen. Andere Bereiche würden überwiegend durch Vertragsärzte übernommen. Der Anreiz zur Suche und Umsetzung von ambulanten Potenzialen fehlt für Krankenhäuser in Deutschland derzeit weitgehend. Die daher weiterhin notwendigen Fehlbelegungskontrollen werden durch die Einführung von DRGs zwar strukturiert, nicht jedoch der aufwändigen Einzelfallprüfung entzogen. Auch die institutionelle Zusammenarbeit wird durch DRGs allein nicht wesentlich begünstigt. Zwar verbessern DRGs die Kalkulationsgrundlage für Komplexpauschalen, integrierte Budgets oder sonstige Kooperationen, sie beseitigen jedoch nicht das Dilemma des Krankenhauses, dass eine Zunahme der ambulanten Versorgung eine Abnahme der Versorgungsaufgaben des Krankenhauses bedeutet. Die Ursache liegt in der strikten Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung. Vorgeschlagen wird daher, den Zugang zu ambulanter Versorgung an der Angemessenheit von Versorgungsstufen zu orientieren. Verbunden mit einer leistungsgerechten Vergütung wird so die Grundlage für eine Ausstrahlung der DRGs auf den ambulanten Bereich gelegt. Ohne diese Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen bleiben DRGs ein sehr gutes Steuerungsinstrument der Krankenhäuser, verschenken jedoch ihr eigentliches Potenzial.

## **10 Konsequenzen der DRG-Einführung für die angrenzenden Versorgungsbereiche Rehabilitation und Pflege**

*Harry Fuchs*

Die DRG-Einführung im Krankenhaus hat in den angrenzenden Versorgungsbereichen Rehabilitation und Pflege eine breite Diskussion ausgelöst, die weit über das Fallpauschalensystem hinausgeht. Hierzu gehört zunächst die grundsätzliche Frage, ob die mit der DRG-Einführung im Krankenhaus verfolgten politischen und ökonomischen Ziele in den Bereichen Reha und Pflege überhaupt in gleicher Weise anzustreben sind. Diskutiert wird zudem, ob das DRG-System methodisch und inhaltlich auch für die angrenzenden Bereiche geeignet und übertragbar ist und ob eine gemeinsame Vergütung z. B. in Form von Komplexpauschalen an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Rehabilitation gestaltet werden sollte. Mit Blick auf die gänzlich unterschiedlichen Aufgaben und Ziele von Akutversorgung, medizinischer Rehabilitation und Pflege wird diskutiert, welche Auswirkungen sich für die Versorgungsinhalte, -strukturen und -qualität der Reha und der Pflege ergeben. Grundsätzlich wird die Meinung vertreten, dass für Rehabilitation und Pflege andere Rahmenbedingungen und Maßstäbe gelten müssen als für die Akutversorgung, mit entsprechenden Konsequenzen für die Verwendung von DRGs oder anderer Klassifikationssysteme als Vergütungsgrundlage.

## **11 Zukunft deutscher Universitätsklinika im DRG-System?**

*Bente Rüschemann, Jan Zabel und Hans-Heinrich Rüschemann*

Die Kalkulationsergebnisse 2002 und DRG-Erlössimulationen für zwei Universitätsklinika mit über 40 Einzelkliniken zeigen neben den schon heute bestehenden Verlusten in Millionenhöhe zukünftig zu erwartende Defizite von jährlich rund 66,8 Mio. € im Durchschnitt dieser beiden Klinika. Die Bundesländer werden die Defizite aus dem allgemeinen Krankenhausbetrieb über Quersubventionierung nicht weiter tragen können. Im Sinne eines „lernenden Systems“ wird es im DRG-System zu zahlreichen Anpassungen kommen. Die Relativgewichte werden sich z. B. zugunsten der höherwertigen Leistungen verschieben. Bei den zu erwartenden Verlusten in der genannten Größenordnung spielt dies jedoch eine untergeordnete Rolle. Die untersuchten Universitätsklinika sind aus sich selbst heraus so nicht existenzfähig. Übliche Kosteneinsparungsmaßnahmen (Rationalisierung) und zeitnah zu realisierende Änderungen im Leistungsspektrum bieten keine Lösung mehr. Erforderlich sind Strukturveränderungen, die unterschiedliche Trägerschaftsmodelle für den Krankenhausbetrieb empfehlen lassen. Nur so kann universitäre Krankenhausversorgung mit Forschung und Lehre erhalten werden.

## **12 Patientenpfade (Clinical Pathways) im DRG-Zeitalter**

*Susanne Vogel und Michael Wilke*

Patientenpfade sind klinikinterne diagnosegebundene berufsgruppenübergreifende Leitlinien, die vor allem durch die Einführung des DRG-Systems aktuell in Deutschland stark an Bedeutung zunehmen. Dabei ist ein breites Spektrum unterschiedlicher Definitionen, Ziele, Erstellungs- und Anwendungsformen zu beobachten, insbesondere im IT-Bereich. Nicht die Pfaderstellung, sondern deren Einführung ist für Krankenhäuser die eigentliche Herausforderung. Sie besteht darin, die Mitarbeiter von Sinn und Notwendigkeit zu überzeugen, mit und nach Pfaden zu arbeiten. Wenn der Nutzen – höhere Transparenz, auch gegenüber Patienten, Integration und Konsensfindung zwischen allen Berufsgruppen und Schnittstellen – den späteren Anwendern vermittelt werden kann, kann Motivation für Pfade geweckt und entwickelt werden. Die erfolgreiche Pfadeführung wird allerdings auch stark vom Grad der durch den Pfad gebotenen Prozessunterstützung abhängen.

### **13 Folgen der DRGs für den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien im Krankenhaus**

*Jürgen Stausberg*

Das Informationsmanagement der Krankenhäuser ist noch unzureichend auf die Einführung von Diagnosis Related Groups (DRGs) vorbereitet. Notwendig sind der Aufbau einer DRG-gerechten Basisdokumentation, die Einführung einer Leistungserfassung mit der zur Kalkulation erforderlichen Tiefe und die Bereitstellung von Funktionen zur integrierten Steuerung. Durch den Aufbau umfassender rechnergestützter Krankenhausinformationssysteme werden sich gewohnte Abläufe, Zuständigkeiten und Qualifikationsprofile ändern. Von den Mitarbeitern wird eine ausgeprägte Bereitschaft zur Veränderung verlangt. Die notwendigen Investitionen in Informations- und Kommunikationstechnologien müssen schrittweise, systematisch und orientiert an klinischen Prozessen getätigt werden.

### **14 Qualitätsanalysen mit Routinedaten**

#### ***Ansatz und erste Analysen aus dem Gemeinschaftsprojekt „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR)***

*Günther Heller, Enno Swart und Thomas Mansky*

„Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR)“<sup>1</sup> ist ein gemeinsames Forschungsprojekt des AOK-Bundesverbandes, der HELIOS Kliniken GmbH, des Forschungs- und Entwicklungsinstituts für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt (FEISA) und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). QSR ist ausgerichtet auf die Unterstützung der Qualitätssicherung in der stationären Versorgung auf Basis von GKV-Routinedaten. Dabei steht die Ermittlung von Ergebnisqualität im Mittelpunkt der Projektbemühungen. Bislang gibt es in Deutschland trotz umfangreicher gesetzlicher Regelungen keine Qualitätssicherungsverfahren, die es Kostenträgern oder Versicherten erlauben, datenbasiert gute Leistungen bzw. Leistungserbringer zu identifizieren. Andererseits bieten die bisher in Deutschland etablierten Qualitätssicherungsverfahren auch den Leistungserbringern keine oder eine nur sehr eingeschränkte Bewertung der Ergebnisqualität. QSR ergänzt sowohl die in Deutschland etablierten Verfahren, die primär auf Struktur- und Prozessqualität abzielen (wie EFQM oder KTQ), als auch die gesetzlich verankerte externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V. In diesem Beitrag wird der Ansatz von QSR kurz dargelegt und mit Rekurs auf die internationale Literatur begründet (Abschnitt 14.1). Nach einer kurzen Darstellung von Datengrundlagen und Methodik (14.2) werden erste Ergebnisse aus dem Projekt am Beispiel des Qualitätsindikators Krankenhaussterblichkeit bei Kolonkarzinom-Operation dargestellt (14.3). Die im Benchmarking-Prozess notwendigerweise auftretenden Probleme werden dabei exemplarisch aufgezeigt, mögliche Lösungswege werden diskutiert (14.4).

## **15     Arbeitszeit-Innovation im ärztlichen Dienst**

*Lars Herrmann*

Der Weg zu flexiblen Arbeitszeitsystemen im ärztlichen Dienst wird durch die Entkoppelung von Servicezeit und Arbeitszeit, durch Flexi-Spielregeln, die einen sparsamen Umgang mit der Arbeitszeit fördern, und durch die konsequente Schaffung und Fortentwicklung prozeduraler und inhaltlicher Standards für die Ärzte geebnet. Weil damit gleichermaßen die Produktivität des Krankenhauses gefördert und die zeitliche Belastung der Mitarbeiter verringert werden kann, ist der erzielbare Nutzen besonders hoch. Dies gilt insbesondere, wenn unerwünschte Einkommenseffekte für die Ärzte weitestgehend vermieden werden, weil dann die Ablösung des in der Regel weder sachgerechten noch patientenorientierten Regeldienst-Bereitschaftsdienst-Schemas sozialverträglich gestaltbar ist.

Hinter Überlastsituationen der Ärzte stecken meist arbeitsorganisatorische Schwachstellen. Dennoch ist das durchaus unbequeme Arbeitszeitmanagement als chefärztliche Führungsaufgabe bislang nicht etabliert. Nehmen die Krankenhäuser – auch getrieben durch arbeitsrechtliche und arbeitsmarktliche Entwicklungen – die sich mit flexiblen Arbeitszeiten eröffnende Chance zur kontinuierlichen Verbesserung ernst, kann aus der derzeitigen Belastungsgröße „Arbeitszeit“ (wieder) eine Gestaltungsgröße werden.

## **16     Krankenhauspolitische Chronik: 2000 bis 2002**

*Andreas Lehr*

Mit dem Krankenhaus-Report 2003 erscheint zum ersten Mal die krankenhauspolitische Chronik. Diese neue Rubrik soll die für die Krankenhauspolitik in Deutschland relevanten Ereignisse in einer übersichtlich strukturierten Form darstellen. Angestrebt ist ein informativer Service für diejenigen, die sich die wichtigen Prozesse und die sukzessiven Entscheidungen eines Jahres in Erinnerung rufen wollen. Auch Regelungstatbestände mit Einstrahlung in den stationären Sektor, z. B. DMPs, werden aufgenommen.

Die Chronik folgt einer klaren Zeitschiene, nennt die relevanten Vorgänge, ordnet ihnen Leitbegriffe zu und erläutert den jeweiligen Inhalt. Dem Nutzer eröffnen sich damit drei strukturierte Zugänge zu bestimmten Inhalten. Als Beginn der Chronik wurde das Jahr 2000 mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz gewählt. Aus naheliegenden Gründen liegt hier eine Zäsur für die weitere krankenhauspolitische Entwicklung, an der sinnvoll angesetzt werden kann. Es ist beabsichtigt, die Chronik in jedem neuen Report fortzuschreiben.

So soll ein möglichst umfassendes, zugleich sinnvoll verdichtetes Bild der Entwicklungen über die Zeit entstehen. Die Herausgeber des Krankenhaus-Reports freuen sich, dass sie mit Dr. Andreas Lehr einen kundigen Beobachter und erfahrenen Kommentator der Gesundheitspolitik in Deutschland für diese Chronik gewinnen konnten. Der Autor steht für eine fundierte und zugleich pointierte Darstellung, die auch zu Widerspruch reizen kann. Dies ist nicht unerwünscht. Bewertungen sind die des Autors und nicht die des Krankenhaus-Reports bzw. seiner Herausgeber. Wir hoffen, dass die Chronik Interesse bei den Lesern des Krankenhaus-Reports findet und freuen uns auch im Namen des Autors über Anregungen zu unserem neuen Angebot.

## 17 Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2001

*Sebastian Rolland und Christiane Rosenow*

Das Statistische Bundesamt berichtet jährlich über die Struktur- und Kostendaten der Krankenhäuser und der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Nachgewiesen werden Anzahl, sachliche und personelle Ausstattung sowie Kosten der Einrichtungen. Grundlage ist eine jährlich durchgeführte Totalerhebung. Die Daten bilden die Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen von Bund und Ländern.

2001 gab es in Deutschland 2 240 Krankenhäuser. Die Zahl der Betten auf 552 680 zurück, das sind 1,2 % weniger als 2000 und 17% weniger als 1991. Die Zahl der vollstationär behandelten Patienten nahm gegenüber 2000 um 0,6 % auf 16,58 Millionen zu. Gleichzeitig gingen die Pflergetage um 2 Millionen auf 163 Mill. zurück. Dadurch sank die durchschnittliche Verweildauer von 10,1 Tagen im Jahr 2000 auf 9,8 im Jahr 2001. Im Vergleich zu 1991 wurde die Verweildauer um fast ein Drittel (32,9 %) kürzer.

Die Zahl der Vollkräfte sank gegenüber 2000 um 0,2% auf 832 530, im Vergleich zu 1991 jedoch um 4,9%. Die Zahl der Ärzte stieg dagegen seit 1991 um 15,7% (2000: +1,3%) und lag 2001 bei 110 152, die der Pflegekräfte bei 331 472 (+1,7% gegenüber 1991, 2000: -0,2).

Die bereinigten Kosten der Krankenhäuser sind seit 2000 um 2,6 % gestiegen und lagen 2000 bei 52,6 Mrd. €. Die bereinigten Kosten je vollstationärer Fall lagen bei 3280 € (+2%) , die Kosten je vollstationärer Pflergetag stiegen um 5,4% auf 334 €.

Im Vergleich der Bundesländer entstanden 2001 die niedrigsten Kosten je vollstationärer Fall in den neuen Ländern Brandenburg (2 817 €), Mecklenburg-Vorpommern (2 825 €) und Thüringen (2 832 €), die höchsten Kosten wie schon in den Jahren davor in den Stadtstaaten Berlin (4 391 €), Hamburg (4 148 €) und Bremen (3 819 €).

Die Bettenstruktur der Krankenhäuser bezogen auf die Fachabteilungen hat sich seit 1991 deutlich verändert: Den größten Rückgang gab es in diesem Zeitraum mit -45% bei der Kinder- und Jugendpsychiatrie und mit 35,4% bei der Allgemeinen Psychiatrie. Auch bei der Augenheilkunde und der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (jeweils 29,1%) sowie den Haut- und Geschlechtskrankheiten (-25,7%) gab es deutliche Betteneinbußen. Bettenzuwächse waren dagegen in neuen oder modernen Behandlungsbereichen zu beobachten. Hierzu zählen die Nuklearmedizin, die im Vergleich zu 1991 um +67,9% zunahm, die Neurochirurgie (+33,1%), die Psychosomatik (+30,4%) und die Neurologie (+8,9%). Von 2000 auf 2001 sind jedoch nur noch in der Nuklearmedizin mit +8,9% größere Zuwächse zu beobachten.

## **18 Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2000**

*Sebastian Rolland und Christiane Rosenow*

In diesem Beitrag werden die Ergebnisse der Krankenhausdiagnosestatistik 2000 hochgerechnet aus einer repräsentativen 10-%-Stichprobe vorgestellt. Die Diagnosen werden seit dem 1. 1. 2000 nach der ICD-10 in der SGB-V-Ausgabe verschlüsselt. Erhoben werden folgende Merkmale: Geschlecht, Geburtsmonat und -jahr, Zugangs- und Abgangsdatum, Sterbefall ja/nein, Hauptdiagnose, Operation ja/nein, Fachabteilung mit längster Verweildauer, Wohnort.

Die häufigsten Diagnoseklassen waren 2000 die Krankheiten des Kreislaufsystems (2 685 500 PatientInnen) und die Neubildungen (1 891 350), gefolgt von den Krankheiten des Verdauungssystems (1 634 280) und den Verletzungen/Vergiftungen (1 614 890).

Bei den Frauen waren die drei häufigsten Diagnosen die Normale Entbindung (474 990 Patientinnen; Durchschnittsalter: 28,7 Jahre), die Bösartige Neubildung der Brustdrüse (192 230; Ø 59,9 Jahre) und die Chronische ischämische Herzkrankheit (174 960; Ø 68,4 Jahre). Bei den Männern führten die Chronische ischämische Herzkrankheit (361 650; Ø 63,7 Jahre), die Psychischen/Verhaltensstörungen durch Alkohol (193 110; Ø 43,8) und die Hernia inguinalis (164 820; Ø 51,9) die Diagnosestatistik an.

Die mit Abstand höchsten Verweildauern gab es 2000 mit 25,1 Tagen bei den Psychischen und Verhaltensstörungen, die niedrigsten bei den Krankheiten des Auges (4,3 Tage) und bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit 5,6 Tagen. Die durchschnittliche Verweildauer betrug im Jahr 2000 10,1 Tage. 10,3% der Patienten und Patientinnen wurden nur einen Tag vollstationär behandelt, 28,7% verbrachten nicht mehr als drei Tage im Krankenhaus.

## **19 Operationshäufigkeit in deutschen Krankenhäusern 1998 bis 2001** ***Eine Auswertung unter Berücksichtigung regionaler Verteilungen, ambulanter Operationen und nichtoperativer Prozeduren***

*Bettina Gerste*

Die Untersuchung analysiert die Operationshäufigkeiten in deutschen Krankenhäusern auf Basis der Leistungs- und Kalkulationsaufstellungen (LKA) hochgerechnet für die Jahre 1998 und 2001. Dargestellt werden:

- regionale Unterschiede in der Häufigkeit ausgewählter Operationen
- Veränderungen der Operationshäufigkeiten von 1998 auf 2001
- Entwicklungen im Vergleich des stationären Sektors mit dem ambulanten Bereich
- Anzahl offen-chirurgisch durchgeführter Operationen gegenüber minimal-invasiven Verfahren

- Häufigkeiten nicht-operativer Prozeduren wie diagnostische und therapeutischen Maßnahmen, bildgebende Verfahren etc.).

Mit den 30 häufigsten Operationen nach Schlüssel OPS-301 dreistellig sind bereits 75 % aller OPs abgedeckt. Die häufigsten Eingriffe sind: Operationen an Haut und Unterhaut (370 101 Fälle), die Reposition von Fraktur und Luxation (336 879), die Arthroskopische Gelenkoperation (327 383), die Operationen an anderen Knochen (306 174) und der Endoprothetische Gelenk- und Knochenersatz (304 943).

Bei OPS-301 vierstellig werden mit den 10 häufigsten Positionen ein Viertel aller OPs abgedeckt. Ein Drittel aller Kategorien machen dagegen zusammen nur 1% aller OPs aus. Die häufigsten Eingriffe sind: Extrakapsuläre Extraktion der Linse (254 034 Fälle), Verschluss einer Hernia inguinalis (=Leistenbruch) (204 859), Arthroskopische OP an Gelenkknorpel/Meniskien (192 487) , Cholezystektomien (=Gallenblasenentfernung) (180 601), Hüftendoprothesen-Implantation (171 298).

Regional beträchtliche Unterschiede gab es z. B. bei den Mandeloperationen: Je 1000 Einwohner werden in Rheinland-Pfalz (4,3) und im Saarland (4,0) die häufigsten Mandeln-Ops durchgeführt, die wenigsten in Hamburg mit 1,8 je 1000 Einwohner. Tendenziell werden im Norden und Osten weniger Mandeln entfernt als im Süden und Westen.

Die Anzahl der Kaiserschnittgeburten nimmt von Jahr zu Jahr zu und stieg von 1998 bis 2001 um 11,3%. Auf 1000 Lebendgeburten kommen in Bremen 337 Kaiserschnitte bzw im Saarland 335, in Brandenburg dagegen 153 und in Sachsen und Sachsen-Anhalt jeweils 166.

## **20 Krankenhaus-Directory – Optionshäuser 2003**

Entsprechend dem Schwerpunktthema G-DRGs im Jahre 1 beleuchtet das diesjährige Directory erstmals deutsche Krankenhäuser unter dem Blickwinkel der DRGs. Datengrundlage bilden die Aufstellungen der Entgelte und Budgetermittlung (AEB) gemäß Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Mit Inkrafttreten dieses Gesetzes müssen Krankenhäuser, die an der Abrechnung von DRGs teilnehmen, zunächst ihre Ist- und Forderungsdaten an die Kostenträger übermitteln. Als Ergebnis der dann anschließenden Budgetverhandlungen steht eine Vereinbarungs-AEB, d. h. die konsentierten geplanten Leistungen nebst der zugehörigen Erlöse. Dokumentiert werden hier Daten aus den AEB-Vereinbarungen für das Budgetjahr 2003. Es sind – nota bene – keine tatsächlichen Leistungen des Jahres 2003, sondern die sich aus den Verhandlungen ergebenden vereinbarten DRG-Leistungsvolumina.