

# Krankenhaus-Report 2008/2009

Schwerpunkt: Versorgungszentren

Jürgen Klauber, Bernt-Peter Robra und Henner Schellschmidt



## Zusammenfassung

### TEIL I Schwerpunktthema: Versorgungszentren

#### Kapitel 1 Zentrierte Versorgung – Ziele und Optionen

Günter Neubauer und Christof Minartz

Der Beitrag befasst sich mit den Zielen und Optionen der Zentrierten Versorgung. Anhand von theoretischen Erklärungsansätzen wird dargelegt, welche Gründe für eine zentrierte Versorgung sprechen. Insbesondere wird hierbei auf Skaleneffekte, die Steigerung der Qualität durch Spezialisierung und die Reduktion von Transaktionskosten eingegangen. Bei der Darstellung von konkreten Ausprägungsformen konzentriert sich der Beitrag auf die folgenden drei Ebenen der Versorgungszentrierung: sektorübergreifende Zentrierung der Versorgung in einer Region, Versorgungszentrierung in einer Unternehmensgruppe und schließlich in einem einzelnen Krankenhausbetrieb. Abschließend wird gezeigt, inwieweit sich die Versorgungszentrierung in Deutschland weiterentwickeln wird und welche Rolle in diesem Kontext die Europäisierung spielt.

#### Kapitel 2 Zentrenbildung in Deutschland – eine Bestandsaufnahme auf Basis der Qualitätsberichte

Bettina Gerste

Anhand einer Sekundärdatenanalyse soll die Zentrenlandschaft in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2006 beschrieben werden. Dazu wurden die Qualitätsberichte der Krankenhäuser ausgewertet. Die Verteilung der Zentren nach Größe, Trägerschaft und Region sowie die an den Zentren beteiligten Fachabteilungen werden ebenso dargestellt wie die Strukturmerkmale der zentrenbildenden Krankenhäuser. Insgesamt werden 2 933 Zentrennennungen aus 889 Krankenhäusern ausgewertet. Die meisten Zentren befanden sich in Kliniken öffentlicher Trägerschaft und waren etwa gleich auf Häuser unterschiedlicher Größe verteilt. In der Regel waren ein bis drei Fachabteilungen an einem Zentrum beteiligt. Die häufigste Form war das Brustzentrum. Die ausgewerteten Qualitätsberichte geben jedoch nicht zu allen Fragen Aufschluss, da die Diversität der Einträge einen schnellen systematischen Überblick erschwert.

### **Kapitel 3 Eine empirische Analyse der MVZ am Krankenhaus**

Leonhard Hansen

Seit zum Jahresbeginn 2004 die Möglichkeit zur Bildung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) geschaffen wurde, wurden mehr als tausend solcher Einrichtungen gegründet. An mehr als einem Drittel ist ein Krankenhaus beteiligt. Von den MVZ erwartet man unter anderem eine teilweise Durchbrechung der strikten Trennung zwischen stationärem und ambulantem Sektor. Der vorliegende Beitrag untersucht, inwiefern die MVZ unter Krankenhausbeteiligung besondere Charakteristika aufweisen. Hierzu wird bezüglich zentraler Aspekte wie Anzahl, Größe und vertretene Fachrichtungen deren Entwicklung von 2004 bis Anfang 2008 nachgezeichnet und der entsprechenden Entwicklung bei den übrigen MVZ gegenübergestellt. Dabei zeigen sich viele Übereinstimmungen, aber auch Unterschiede insbesondere bezüglich der gewählten Rechtsform und des starken Rückgriffs auf Ärzte im Angestelltenverhältnis.

### **Kapitel 4 Ausländische Erfahrungen mit ambulanten Leistungen am Krankenhaus**

Reinhard Busse und Markus Wörz

Schon seit einigen Jahren kann man im deutschen Gesundheitswesen eine zunehmende Aktivität der Krankenhäuser bei ambulanten Leistungen beobachten. Diese Tendenz wurde auch durch gesetzgeberische Maßnahmen befördert. Trotzdem und nach wie vor bieten deutsche Krankenhäuser im internationalen Vergleich eher wenige Leistungen ambulant an. Dieser Beitrag beleuchtet internationale Entwicklungen. Er stellt hierzu Typen von Gesundheitssystemen vor und beschreibt und analysiert die Stellung von ambulanten fachärztlichen Leistungen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses. Er geht dann auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Verbreitung von ambulanten Operationen ein. Die Themen werden anhand von zwei Gesundheitssystemen – England und Österreich – vertieft, die gleichzeitig unterschiedliche Typen von Gesundheitssystemen repräsentieren. Unter anderem zeigt sich die Entstehung von hybriden Organisationsformen, die die Trennlinie zwischen ambulant und stationär verwischen.

### **Kapitel 5 Zentrenbildung im Krankenhaus – ein ungesteuerter Großversuch**

Uwe Deh und Ralf Dralle

In Ermangelung eines konsistenten Regelungsrahmens zur Bildung von zentrierten Versorgungsangeboten (Zentren) an Krankenhäusern vollzieht sich in der Realität eine Zentrenbildung ohne klare Zielstellung. Zwar wird i. d. R. die Notwendigkeit eines Zentrums vom einzelnen Krankenhaus medizinisch-inhaltlich begründet, doch herrscht bei genauerer Betrachtung regelmäßig die vergütungsrechtliche und damit ökonomische Motivation vor. Diese Entwicklung ist bedenklich, da sie den Beitrags- und Steuerzahlern als Finanziers der Zentrumsleistung keinen adäquaten Gegenwert bietet. Als Hauptursache für diesen „Wildwuchs“ werden die weitgehend

inhaltsfreien Vorgaben zur Vergütungsfindung für besondere Krankenhausleistungen identifiziert. Die Fixierung auf den Vergütungstatbestand bei gleichzeitiger weitester Interpretationsmöglichkeit desselben führt dazu, dass die Frage, ob eine Zentrumsleistung sinnvoll und/oder erforderlich ist, nicht beantwortet wird. Als Ausweg bietet sich an, die medizinisch-inhaltliche Definition zum Ausgangspunkt aller Überlegungen zur Zentrenbildung zu machen und den Vergütungstatbestand durch die Krankenhausplanung „inhaltslich aufzuladen“.

## **Kapitel 6    Zentrierte Versorgungsformen als Antwort auf die Bevölkerungsentwicklung**

Matthias Schäg, Markus Herrmann, Andreas Klement, Thomas Lichte und Bernt-Peter Robra

Mit der demographischen Alterung der Bevölkerung steigen die Anforderungen an eine altersgerechte, d. h. wohnortnahe und zugehende Versorgung. Dies gilt insbesondere für ländliche und strukturschwache Regionen. Gleichzeitig wird die hausärztliche Versorgung durch Mangel an Allgemeinärzten und Probleme bei der Wiederbesetzung von Praxen in der Fläche ausgedünnt. Zur Sicherstellung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung werden daher neue Formen der Zusammenarbeit regionaler Primärärzte untereinander sowie zwischen Primärärzten, sekundären Fachärzten, Krankenhäusern und Pflegediensten nötig. In Regionen mit drohender Unterversorgung wird ein vor allem allgemeinmedizinisch ausgerichtetes Medizinisches Versorgungszentrum vorgeschlagen. Es bietet Ärztinnen und Ärzten planungssichere und zeitgeeignete Arbeitsplätze mit reduzierter Investitionsbelastung. Eine zugehende Versorgung besonders der alten multimorbiden Patienten wird durch integriertes, mobil oder dezentral tätiges Fachpersonal arztentlastend unterstützt. Mit dem regionalen Krankenhaus und anderen Leistungserbringern werden sektorübergreifende Patientenpfade und eine gemeinsame Qualitätssicherung abgestimmt. Um die flächendeckende Versorgung nachhaltig zu sichern, werden sektorübergreifende Weiterbildungsstellen geschaffen. Bei heute schon hoher Wanderungsbereitschaft der Versicherten bei elektiven stationären Eingriffen sichert eine abgestimmte Integration in die regionale Versorgung auch die Krankenhäuser. Nicht zuletzt den Universitätsklinikern eröffnet der Weg in eine gemeindebezogene Versorgung neue Chancen in Ausbildung, Weiterbildung und Versorgung.

## **Kapitel 7    Zentrenbildung zur Verbesserung von Qualität und Effizienz – Evidenz am Beispiel der Universitätsklinik Köln**

Ludwig Kuntz und Michael Wittland

Die Bildung von Zentren verspricht insbesondere für Universitätsklinien eine Reihe von Vorteilen. Zentren scheinen Fachabteilungs- und Sektorenüberbrückung, Spezialisierung sowie positive Skaleneffekte zu ermöglichen und beschreiben damit einen Weg zur Verbesserung von Qualität und Effizienz. Jedoch gilt es, eine Reihe von Faktoren und Details bei der Zentrenbildung zu beachten. Vor allem der Einbeziehung der beteiligten Mitarbeiter kommt dabei eine Schlüsselrolle zu.

Dieser Artikel zeigt auf, welchen Mehrwert insbesondere krankheits- bzw. problemorientierte Zentren für Universitätskliniken bedeuten können, diskutiert aber ebenso erfolgskritische Faktoren bei der Bildung dieser. Theoretische Potenziale werden dabei den Zielen und Erfahrungen der Universitätsklinik Köln gegenübergestellt.

## **Kapitel 8    Psychosoziale Interaktionsqualität aus Patientenperspektive in den NRW-Brustzentren**

Petra Steffen, Oliver Ommen, Nicole Ernstmann und Holger Pfaff

Die psychosoziale Interaktionsqualität zwischen Ärzten bzw. Pflegekräften und Patienten ist ein wichtiger Aspekt der Versorgungsqualität von Brustzentren. Anhand empirischer Befragungsdaten (Rücklauf 88%; n=3.285) wird aufgezeigt, dass die Patientinnen einzelne Bereiche der psychosozialen Interaktionsqualität in den NRW-Brustzentren wie die Unterstützung durch Ärzte oder Pflegekräfte insgesamt positiv bewerten. Ein Vergleich zwischen den Zentren auf aggregierter Ebene zeigt deutliche Unterschiede auf. Die psychosoziale Interaktionsqualität der NRW-Brustzentren weist damit bereits einen hohen Standard auf, den es jedoch zu halten und ggf. durch eine Verringerung der Zentren-Unterschiede sowie eine gezielte Ursachen-Analyse weiter auszubauen gilt.

## **Kapitel 9    Die Bildung von Versorgungszentren und Leistungsnetzen im Praxistest am Beispiel der Rhön-Klinikum AG**

Wolfgang Pföhler

Die Bildung medizinischer Leistungsnetze und Kompetenzzentren kann maßgeblich zur Sicherstellung einer hochwertigen, wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung beitragen. Die Rhön-Klinikum AG setzt hierfür auf die standortübergreifende Arbeitsteilung und Kooperation zwischen Kliniken der Grund- und Regelversorgung einerseits und Einrichtungen der Schwerpunktversorgung und universitären Maximalversorgung andererseits. Dabei ermöglicht insbesondere die informationstechnische und telemedizinische Verknüpfung der beteiligten Einrichtungen und die Nutzung einer webbasierten elektronischen Patientenakte eine reibungslose Kommunikation und verbesserte Zusammenarbeit zwischen den Leistungsträgern. Mit diesem innovativen, vielversprechenden Ansatz trägt das Unternehmen Spitzenexpertise wohnortnah in die Fläche, fördert den Wissenstransfer und setzt eine sich selbstverstärkende Leistungs- und Innovationsspirale zum Wohle der Bevölkerung und Patienten in Gang.

## TEIL II      Zur Diskussion

### **Kapitel 10    Wirtschaftliche Steuerung von Krankenhäusern in Zeiten der G-DRGs**

Markus Lungen, Christina Hochhuth und Christian Ernst

Die Einführung von DRGs hat den Krankenhäusern wesentlich neue Möglichkeiten eröffnet, Managementinstrumente zur internen Steuerung (Controlling) einzusetzen. Dazu zählen insbesondere Interne Budgetierung, Balanced Scorecards, Pathways, Benchmarking und Portfolioanalysen (Kostenträgerrechnung). Der Beitrag soll klären, welche der Instrumente sich bisher zur Steigerung der Effizienz oder Erreichung anderer Ziele bewährt haben. Dazu wird systematisch die deutschsprachige und die englischsprachige Literatur ausgewertet.

Im Ausblick wird untersucht, ob Krankenhäuser spezielle Steuerungsinstrumente benötigen, die bisher noch nicht entwickelt wurden, oder ob sich die internen Abläufe der Krankenhäuser so weitgehend wandeln, dass auch die Instrumente fortlaufend angepasst werden müssen.

### **Kapitel 11    Neue Wege der Krankenhausfinanzierung – leistungsbezogene Investitionsförderung in NRW**

Arndt Winterer

Nordrhein-Westfalen hat Ende 2007 einen Systemwechsel vorgenommen, der die gesamte Investitionsförderung der Krankenhäuser durch das Land auf leistungsbezogene Pauschalen umstellt. Im Kern verbindet diese Reform die Steuerungswirkungen der Monistik mit einer landespolitisch verantworteten Krankenhausplanung und zeigt damit einen möglichen „dritten Finanzierungsweg“ in der Diskussion um den künftigen Ordnungsrahmen der Krankenhäuser auf.

### **Kapitel 12    Patientenwege ins Krankenhaus: Räumliche Mobilität bei Elektiv- und Notfalleistungen am Beispiel von Hüftendoprothesen**

Jörg Friedrich und Andreas Beivers

Zwischen flächendeckender, wohnortnaher Versorgung und einer zentrierten und spezialisierten Form besteht zweifelsfrei ein Zielkonflikt. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie viele Patienten unabhängig von bereitgestellter, wohnortnaher Versorgung schon jetzt nicht das nächstgelegene Krankenhaus wählen, sondern entferntere Krankenhäuser aufsuchen, die aufgrund von Größe, Spezialisierung o.ä. geeigneter erscheinen. Die folgende Studie untersucht auf Basis von mehr als sechs Millionen Krankenhausfällen des Jahres 2006 von AOK-Versicherten, welchen Stellenwert das geographisch nächste Krankenhaus in der Patientenversorgung tatsächlich besitzt und welche zusätzlichen Wege für Patienten resultieren, wenn ein anderes

Krankenhaus die Leistung erbringt. Die zurückgelegten Patientenwege bei Elektiv- und Notfällen werden am Beispiel der Leistung „Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk“ verglichen. Die Ergebnisse liefern klare Indizien für eine bewusste Krankenhauswahl unter Inkaufnahme zusätzlicher Wege.

### **Kapitel 13 Auswirkungen der Einführung von Mindestmengen in der Behandlung von sehr untergewichtigen Früh- und Neugeborenen (VLBW) – Eine Simulation mit Echtdate**

Günther Heller

Vor dem Hintergrund der Einführung von Mindestmengen scheinen Studien, die deren Auswirkungen simulieren, von großer Bedeutung. Ziel dieser Arbeit war es daher, eine Simulationsstudie am Beispiel der Auswirkungen einer Einführung von Mindestmengen in der Behandlung von sehr untergewichtigen Früh- und Neugeborenen (VLBW) durchzuführen. Dazu wurden stationäre AOK-Abrechnungsdaten von insgesamt 12.171 VLW genutz und Umverteilungseffekte über verschiedene Schwellenwerte analysiert. Die Anzahl der potenziell vermiedenen Todesfälle nahm mit der Höhe der Mindestmenge zu. Darüber hinaus konnte die Zunahme der Entfernungen zur Klinik bei höheren Mindestmengen nachgezeichnet werden. Zusätzlich konnten – orientiert am tatsächlichen Bedarf – Regionen ausgewiesen werden, für die eine flächendeckende Versorgung nach Vereinbarung einer definierten Mindestmenge als gefährdet angesehen werden kann.

## **TEIL III Krankenhauspolitische Chronik**

### **Kapitel 14 Krankenhauspolitische Chronik**

Jutta Visarius und Andreas Lehr

## **TEIL IV Daten und Analysen**

### **Kapitel 15 Die Krankenhausbudgets 2005 bis 2007 unter dem Einfluss der Konvergenz**

Gregor Leclerque und Jörg Friedrich

Im Rahmen der Einführung der G-DRGs soll die von Krankenhaus zu Krankenhaus noch sehr unterschiedliche Entlohnung für die einzelnen Leistungen auf ein landesweit einheitliches Niveau angepasst werden. Bereits im vergangenen Jahr wurde gezeigt, dass dieser sogenannte Konvergenzprozess nicht so abläuft, wie die gängige idealtypische Darstellung vermuten lässt.

Auf Grundlage neuer Daten werden diese Befunde bestätigt. Während bei der Betrachtung einzelner Krankenhäuser deutliche Abweichungen von der als stetig angenommenen Annäherung der krankenhausesindividuellen Vergütungssätze an den Landesbasisfallwert feststellbar sind, gibt es dessen ungeachtet insgesamt dennoch eine klare Konvergenz. In diese Richtung wirkt auch der Umstand, dass sich die auf Ebene der Länder festgelegten Landesbasisfallwerte stärker aneinander angeglichen haben. Aus diesem Blickwinkel betrachtet verspricht der Konvergenzprozess, sein Ziel zu erreichen.

## **Kapitel 16 Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2006**

Ute Bölt

Dieser Beitrag fasst die Ergebnisse der Krankenhausstatistik zu den Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser für das Berichtsjahr 2006 zusammen. Er gibt einen Überblick über die sachlichen und personellen Ressourcen (z. B. Betten, Fachabteilungen, Personal) sowie die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen (Patientenbewegungen) und beziffert die Aufwendungen für Personal- und Sachkosten. Die Krankenhausstatistik ist eine seit 1991 bundeseinheitlich durchgeführte jährliche Vollerhebung. Auskunftspflichtig sind die Träger der Krankenhäuser und der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Die Diagnosedaten der Krankenhauspatienten werden wie die fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) und die Grund- und Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen jeweils in einem gesonderten Beitrag behandelt (siehe Kapitel 17–19).

## **Kapitel 17 Statistische Krankenhausdaten: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2006**

Torsten Schelhase

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 2006. 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 2006 waren dies insgesamt 17,14 Millionen Patienten. Damit ist die Fallzahl im Vorjahresvergleich leicht angestiegen. Die Ergebnisse der Diagnosen werden nach wichtigen Indikatoren wie Hauptdiagnosen, Alter, Geschlecht, Verweildauer und Fachabteilungen dargestellt. Aufgrund geschlechts- und altersspezifischer Morbiditätshäufigkeiten werden die Ergebnisse teilweise standardisiert und so um den demographischen Effekt bereinigt. Dadurch sind bevölkerungsunabhängige Aussagen möglich.

## **Kapitel 18 Fallzahlbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der Patienten auf Basis des § 21 Krankenhausentgeltgesetz**

Jutta Spindler

Mit den DRG-Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) steht seit dem Jahr 2005 eine weitere wichtige Datenquelle neben den Grund- und Kostendaten sowie den Diagnosedaten der Krankenhäuser für die Nutzerinnen und Nutzer im Rahmen des Angebots des Statistischen Bundesamtes zur Verfügung. Zentrale Ergebnisse zur stationären Versorgung des Jahres 1806, die das Informationsspektrum der herkömmlichen amtlichen Krankenhausstatistik ergänzen und erweitern, sind Gegenstand des Beitrags. Im Vordergrund stehen die Art und Häufigkeit durchgeführter Operationen und medizinischer Prozeduren sowie die Darstellung wichtiger Hauptdiagnosen ergänzt um ihre jeweiligen Nebendiagnosen auch unter fachabteilungsspezifischen Gesichtspunkten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten.

## **Kapitel 19 Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2006**

Thomas Graf

In diesem Beitrag werden die Ergebnisse zum Angebot und zur Inanspruchnahme der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland für das Berichtsjahr 2006 dargestellt. Neben den Krankenhäusern gehören sie ebenfalls zum Berichtskreis der amtlichen Krankenhausstatistik. Das Angebot der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen wird durch eine sachliche, eine personelle und eine fachlich-medizinische Komponente bestimmt. Informationen über diese Leistungskomponenten liefern die Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Aussagen über den Umfang der Inanspruchnahme von stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen können ebenfalls anhand der Grunddaten getroffen werden. Darüber hinaus stehen ab 2003 differenziertere Ergebnisse zur Diagnose- und Patientenstruktur in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten zur Verfügung. Im Rahmen der ersten Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung wurde die Berichtspflicht zur Diagnosestatistik auf die genannten Einrichtungen ausgedehnt.

## **TEIL V Krankenhaus-Directory**

### **Kapitel 20 Krankenhaus-Directory 2007: DRG-Krankenhäuser im dritten Jahr der Budgetkonvergenz**