

# **G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG**

Endbericht des dritten Forschungszyklus  
(2008 bis 2010)

März 2013

Untersuchung im Auftrag des deutschen DRG-Instituts (InEK)

Torsten Fürstenberg

Mareike Laschat

Karsten Zich

Silvia Klein

Patrick Gierling

Hans-Dieter Nolting

Torsten Schmidt

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180

10117 Berlin

[www.iges.de](http://www.iges.de)





Alle Rechte vorbehalten

© 2013 by Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK),  
Siegburg, Germany

## Vorwort

Mit der Einführung des fallpauschalierenden, leistungsbezogenen Vergütungssystems für den stationären Versorgungssektor vor zehn Jahren wurden als konkrete Zielsetzungen die Förderung der Wirtschaftlichkeit, des Wettbewerbs und der bedarfsorientierten Entwicklung von Leistungsstrukturen und -kapazitäten, die Erhöhung der Transparenz des Leistungsgeschehens sowie die Verbesserung der Qualität angestrebt.

In § 17b Abs. 8 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) wurde daher mit Einführung des G-DRG-Systems gesetzlich verankert, dass die Selbstverwaltungspartner eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems durchzuführen haben. Diese Begleitforschung soll insbesondere Veränderungen der Versorgungsstrukturen und der Qualität der Versorgung, die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie Art und Umfang von Leistungsverlagerungen betrachten.

Zu den vom Gesetzgeber vorgegebenen Forschungsschwerpunkten wurde im Rahmen einer Vorstudie ein Katalog von Forschungsfragen entwickelt, der eine wesentliche Grundlage für die Begleitforschung darstellt. Nach einer europaweiten Ausschreibung konnte die IGES Institut GmbH im Januar 2009 mit der Bearbeitung des ersten Forschungszyklus der Begleitforschung beginnen, dessen Ergebnisse im April 2010 veröffentlicht wurden. Dieser erste Forschungszyklus untersuchte vorrangig die Jahre 2004 bis 2006 und somit die Einführungsphase des G-DRG-Systems. Im Rahmen des zweiten Forschungszyklus, dessen Ergebnisse im Juni 2011 veröffentlicht wurden, wurde mit den Jahren 2006 bis 2008 der Kern der Konvergenzphase des G-DRG-Systems untersucht. Der vorliegende Forschungsbericht stellt nun die Ergebnisse des dritten Forschungszyklus der Begleitforschung nach § 17b Abs. 8 KHG dar, der sich im Wesentlichen auf das Ende der Konvergenzphase des G-DRG-Systems, also die Jahre 2008 bis 2010, bezieht.

Trotz des Abschlusses der G-DRG-Begleitforschung mit diesem dritten Forschungszyklus sollte eine engmaschige wissenschaftliche Analyse der Veränderungsprozesse des stationären Sektors und der angrenzenden Bereiche aufgrund der G-DRG-Einführung auch in Zukunft gewährleistet werden, um diese Prozesse für Versicherte und Patienten, Beschäftigte, Akteure und die Legislative vor dem Hintergrund der in das System gesetzten Ziele möglichst objektiv bewertbar zu machen und somit weiterhin steuerbar zu gestalten.

Die Begleitforschung nach § 17b Abs. 8 KHG stützt sich auf eine breite und valide Datengrundlage, die – wie bereits im ersten und zweiten Forschungszyklus – in Form einer Datenbank veröffentlicht wird, um eine umfassende Transparenz über die ausgewerteten Daten und die daraus gewonnenen Erkenntnisse herzustellen. Die Datenbank zum dritten Forschungszyklus beinhaltet neben der Datengrundlage des Untersuchungszeitraums (2008 bis 2010)

auch die Datengrundlagen der vorangegangenen Forschungszyklen und für einzelne Kennzahlen bis in die neunziger Jahre zurückreichende Zeitreihen. Diese Datenbank wird auf der Internetseite des InEK bereitgestellt und verweist in den einzelnen Datenblättern auf die jeweiligen Abschnitte des Forschungsberichts, sodass Forschungsbericht und Datenbank eine Einheit bilden. Mithilfe der Datenbank können sowohl die Ergebnisse des Forschungsberichts reproduziert als auch eigenständige Auswertungen durchgeführt werden. Wir hoffen, dass von dieser Möglichkeit auch im dritten Forschungszyklus umfangreich Gebrauch gemacht wird.

Der Forschungsbericht gliedert sich in fünf Kapitel. Nach Darstellung des Forschungsauftrages, einer Einführung zum G-DRG-System und der Darstellung der Methodik der Begleitforschung werden im Hauptteil die empirischen Ergebnisse vorgestellt und bezüglich der Auswirkungen des G-DRG-Systems analysiert und diskutiert. Dieser Bericht differenziert bei den Analysen in der Regel nicht nach dem Geschlecht der Personen. Im Interesse der Lesbarkeit wird meist die männliche Form verwendet.

Wir bedanken uns bei den Mitarbeitern der Krankenhäuser, die sich an der Krankenhausbefragung beteiligt haben und durch ihre – vielfach auch kontinuierliche – Teilnahme eine wesentliche Grundlage für die empirischen Analysen geschaffen haben. Den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung danken wir für die Bereitstellung hochaggrierter Daten.

Besonders bedanken möchten wir uns bei den Krankenkassen und Krankenkassenverbänden – insbesondere dem Wissenschaftlichen Institut der AOK, dem AOK-Bundesverband, dem BKK Bundesverband und dem Verband der Ersatzkassen – und deren Mitarbeitern, die ergänzende Routinedatenanalysen für den dritten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung ermöglicht haben. Dem GKV-Spitzenverband danken wir für die umfassende Unterstützung bei der Datenbereitstellung und deren Koordination.

Für den Zugang zu ihren spezifischen Datenquellen danken wir den Mitarbeitern des Statistischen Bundesamtes und der AQUA-Institut GmbH. Außerdem möchten wir uns beim Picker Institut für die Bereitstellung von aggregierten Ergebnissen seiner Patientenbefragungen bedanken.

Bedanken möchten wir uns insbesondere auch bei den Mitarbeitern des InEK, die in allen drei Forschungszyklen mit ihrem Wissensschatz zum G-DRG-System stets zur Verfügung standen, und bei dem Begleitgremium der G-DRG-Begleitforschung, das mit seinem reichen Erfahrungsschatz und einer hohen Kooperationsbereitschaft zur erfolgreichen Durchführung der gesamten G-DRG-Begleitforschung beigetragen hat.

Berlin, im März 2013

Torsten Fürstenberg	Mareike Laschat	Karsten Zich	Silvia Klein
Patrick Gierling	Hans-Dieter Nolting	Torsten Schmidt	

## Kurzfassung

Im Jahr 2004 wurde in Deutschland mit dem [G-]DRG-System ([German-] Diagnosis-Related Groups) für nahezu alle stationär behandelten Patienten in somatischen Krankenhäusern ein neues diagnose- und prozedurenbasiertes fallpauschalierendes Vergütungssystem eingeführt. Mit Hilfe der aus dem G-DRG-System resultierenden einheitlichen „Produktdefinitionen“ der stationären Leistungen werden die Krankenhausbudgets leistungsbezogen prospektiv ermittelt und die individuellen Vergütungen der einzelnen Behandlungsfälle bestimmt. Die Einführung des G-DRG-Systems sollte die Wirtschaftlichkeit, den Wettbewerb und die bedarfsorientierte Entwicklung der Leistungsstrukturen fördern, die Transparenz des stationären Versorgungssektors erhöhen und die Qualität in der stationären Versorgung sichern. Zur Flankierung des letztgenannten Zieles wurden die Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung stationärer Leistungen eingeführt bzw. ausgebaut.

Eine solch grundlegende Veränderung der Anreizstrukturen im stationären Versorgungssektor kann auch zu unerwünschten und ggf. unerwarteten Anpassungsreaktionen der Akteure führen.

Der Gesetzgeber hatte daher die Selbstverwaltungspartner in § 17b Abs. 8 KHG verpflichtet, eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zu Veränderungen der Versorgungsstruktur und der Qualität der Versorgung sowie zu Auswirkungen auf andere Versorgungsbereiche einschließlich Art und Umfang von Leistungsverlagerungen, durchzuführen.

Die Selbstverwaltungspartner des stationären Versorgungssektors (Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband und Verband der privaten Krankenversicherungen) hatten daher ein Forschungskonzept zur Begleitforschung gem. § 17b Abs. 8 KHG entwickelt und das IGES Institut im Dezember 2008, nach Durchführung einer öffentlichen Ausschreibung, mit der Umsetzung dieses Forschungskonzepts beauftragt.

Die Ergebnisse des ersten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung, der im April 2010 veröffentlicht wurde, bezogen sich ausschließlich auf die Einführungsphase des G-DRG-Systems, also die Jahre 2004 bis 2006. Im Rahmen des zweiten Forschungszyklus wurde der Kern der Konvergenzphase, also die Jahre 2006 bis 2008, untersucht. Der nun vorliegende Bericht zum dritten Forschungszyklus betrachtet das Ende der Konvergenzphase, also die Jahre 2008 bis 2010.

Die Gliederung der Begleitforschung in drei Phasen ermöglichte auch Anpassungen des Forschungskonzepts, um neue Entwicklungen oder Erkenntnisse zu berücksichtigen. So wurden nicht alle Fragestellungen des ersten Forschungszyklus in den folgenden Forschungszyklen erneut aufgegriffen und

neue Fragestellungen, z. B. zu Leistungsverlagerungen in den ambulanten (vertragsärztlichen) Versorgungssektor, zu Auswirkungen auf die poststationäre Sterblichkeit und zu Veränderungen des Verlegungsverhaltens der Krankenhäuser, im Verlauf der Begleitforschung in die Untersuchungen integriert.

Die Begleitforschung stützt sich auf eine breite empirische Datenbasis. Hierzu zählen schriftliche Befragungen aller nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und aller Medizinischen Dienste der Krankenversicherung. Zudem standen hochaggregierte Auswertungen der G-DRG-Daten gem. § 21 KHentgG, der vom Statistischen Bundesamt gem. Krankenhausstatistik-Verordnung erhobenen Daten sowie der Daten der BQS bzw. des AQUA-Instituts zur Verfügung. Der vorliegende Forschungsbericht wird ergänzt durch eine anwenderfreundliche Datenbank, die auf der Internetseite des InEK heruntergeladen werden kann und die neben der Datengrundlage des Untersuchungszeitraums auch die Datengrundlagen der vorangegangenen Forschungszyklen enthält.

Zusätzlich konnten dank der umfangreichen Datenbereitstellung von Krankenkassen und Krankenkassenverbänden GKV-Routinedaten in die Begleitforschung integriert werden. Aus Gründen des Datenschutzes sind diese Daten nicht in der Datenveröffentlichung zur Begleitforschung enthalten.

Aufgrund der flächendeckenden und zeitgleichen Systemeinführung kann sich die Begleitforschung nur auf Daten von Krankenhäusern stützen, die an der G-DRG-Einführung teilnahmen. Somit können zwar Veränderungen im Zeitverlauf beschrieben werden, über die Ursachen dieser Veränderungen sind wegen fehlender Referenzbedingungen jedoch nicht immer zuverlässige Aussagen möglich. Zudem ist zu berücksichtigen, dass neben der G-DRG-Einführung eine Vielfalt von weiteren, parallel verlaufenden Entwicklungen den stationären Sektor und damit die im Rahmen der Evaluation analysierten Parameter beeinflusst haben dürfte. Eine Trennung zwischen einem spezifischen „G-DRG-Effekt“ und anderen plausiblen Einflussfaktoren ist in vielen Fällen nicht zweifelsfrei möglich. Aus methodischen Gründen können von der Begleitforschung daher vielfach nur Veränderungen beschrieben werden, aber keine abschließenden Aussagen zur Kausalität bzw. zum kausalen Beitrag der Einführung des neuen Vergütungssystems getroffen werden.

Dennoch liefert die Begleitforschung ein umfassendes Bild des stationären Versorgungssektors und von dessen Veränderungen seit Einführung des G-DRG-Systems im Jahr 2004 und der im Verlauf der Konvergenzphase durch das G-DRG-System induzierten Anpassungen sowohl im stationären Versorgungssektor als auch in den angrenzenden Sektoren.



## **Auswirkungen auf Strukturen und Leistungen des Krankenhaussektors**

Der bereits vor der Einführung des G-DRG-Systems feststellbare Trend der Verringerung der Krankenhausanzahl und der aufgestellten Betten hat sich nach der Systemeinführung im Zeitraum 2003 bis 2010 in nahezu identischem Umfang fortgesetzt. Die Reduzierung der Angebotskapazitäten fiel jedoch insbesondere bei der Anzahl der Betten seit der Einführung des G-DRG-Systems zunehmend schwächer aus. So nahm die Anzahl der aufgestellten Betten ebenso wie die Anzahl der Betten je 100.000 Einwohner am Ende der Konvergenzphase nur noch geringfügig ab und reduzierte sich bereits in der Kernphase der Konvergenz weniger stark als noch in der Einführungsphase des G-DRG-Systems. Die Entwicklung der Fachabteilungszahlen verlief in den verschiedenen Fachgebieten sehr unterschiedlich. Während sich etwa bei den Fachabteilungen für Augenheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Hals-Nasen-Ohrenheilkunde der bereits seit den 90er-Jahren bestehende Trend sinkender Abteilungszahlen nach der Einführung des G-DRG-Systems sogar in stärkerem Umfang fortsetzte, verzeichneten andere Fachgebiete, wie etwa die Neurochirurgie und die Neurologie, wie bereits im Zeitraum vor der Umstellung des Vergütungssystems, weiterhin steigende Abteilungszahlen. Eine alleinige Zuschreibung dieser Entwicklungen auf die Einführung des G-DRG-Systems ist jedoch aufgrund der vielfältigen neben dem Vergütungssystem wirkenden Einflussfaktoren nicht möglich.

Im Rahmen der Krankenhausbefragung berichten viele Krankenhäuser auch am Ende der Konvergenz von weiteren Anpassungen und Reorganisationsmaßnahmen der Aufbauorganisation. Dazu gehören wie bereits in der Einführungsphase des G-DRG-Systems und der Kernphase der Konvergenz etwa der Aufbau oder die Weiterentwicklung von Zentrumsstrukturen, Erweiterungen des Leistungsspektrums, der Auf- und Ausbau des Ambulanten Operierens und der entsprechenden Strukturen, die Etablierung von Intermediate Care Units oder Reorganisationsmaßnahmen der Aufnahme. Für die benannten Veränderungsmaßnahmen werden überwiegend weitgehend unabhängig vom G-DRG-System bestehende Ursachen als ausschlaggebend angegeben. Die mit der Einführung des G-DRG-Systems in Verbindung stehenden durchgeführten Anpassungen sollen den Angaben der Krankenhäuser zufolge insbesondere eine wirtschaftlichere Leistungserstellung oder eine höhere Versorgungsqualität ermöglichen. Zur Erreichung dieser Ziele wurden am Ende der Konvergenzphase auch häufiger institutionalisierte Kooperationen mit anderen Krankenhäusern geschlossen als noch in der Einführungsphase des G-DRG-Systems. Insbesondere die Anreize für eine wirtschaftlichere Leistungserstellung haben die Krankenhäuser darüber hinaus zu Reorganisationsmaßnahmen im Bereich der innerbetrieblichen Ablauforganisation veranlasst, die sich etwa auf die Weiterentwicklung der fachbereichsübergreifenden Zu-

sammenarbeit, den Einsatz von EDV und die Anwendung von Controllinginstrumenten beziehen.

Der im Zeitraum vor Einführung des G-DRG-Systems festgestellte Abbau der in den Krankenhäusern insgesamt beschäftigten Vollkräfte hat sich seit der Systemeinführung nicht bzw. nur in sehr geringem Umfang weiter fortgesetzt, wobei sich die Entwicklungen der Anzahl von Vollkräften und der unter Bezug auf die Fallzahl und die Belegungstage abgeleiteten Personalbelastungskennzahlen bei den einzelnen Dienstarten durchaus unterschiedlich gestalten. Im Ärztlichen Dienst hat sich die Anzahl der Vollkräfte nach der Einführung des G-DRG-Systems deutlicher erhöht als zuvor. Die Personalbelastung, ausgedrückt über die Anzahl der Fälle je Vollkraft, hat sich im gesamten Zeitraum 2003 bis 2010 stärker verringert als vor der Einführung des G-DRG-Systems, während sich die Anzahl der Belegungstage je Vollkraft im Zeitraum 2003 bis 2010 im gleichen Umfang reduzierte wie im Zeitraum 1995 bis 2003. Im Pflegedienst hingegen hat sich die Anzahl der Vollkräfte seit der Einführung des G-DRG-Systems schwächer verringert als noch zuvor, da sich die bereits in der Kernphase der Konvergenz einsetzende Zunahme der Vollkräftezahl am Ende der Konvergenzphase verstärkt hat. Während sich die über die Anzahl der Fälle je Vollkraft ausgedrückte Personalbelastung im Pflegedienst, wie bereits vor der Einführung des G-DRG-Systems, erhöhte, ist die Anzahl der Belegungstage je Vollkraft weiterhin gesunken. Da der Personalbestand in den Krankenhäusern von vielfältigen Faktoren (z. B. Veränderungen des Behandlungsbedarfs der vollstationären Patienten, gesetzliche Förderprogramme oder Outsourcing) beeinflusst wird, ist eine Abgrenzung des Einflusses des G-DRG-Systems auf die Entwicklung der Vollkräftezahlen jedoch nicht möglich.

Der mögliche Einfluss des G-DRG-Systems auf die Mitarbeiterzufriedenheit wurde mangels Primärdaten mithilfe einer systematischen Literaturrecherche untersucht. Im Ergebnis der einzigen im dritten Forschungszyklus identifizierten Studie zeigt sich im Zeitraum 1999 bis 2010 ein steigender Anteil von Pflegekräften, die mit ihrem Arbeitsplatz unzufrieden sind. Inwiefern diese Entwicklung einen G-DRG-Effekt darstellt, wird im Rahmen der Studie jedoch nicht untersucht. Die Arbeitszufriedenheit hat sich allerdings seit den 80er-Jahren in Deutschland allgemein verringert, sodass auch die gestiegene Unzufriedenheit bei den Pflegekräften nicht ausschließlich den besonderen Arbeitsbedingungen im Krankenhaus bzw. den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems zugeschrieben werden kann.

Eines der Hauptziele der G-DRG-Einführung war die Reduzierung der stationären Krankenhausverweildauer. Im Unterschied zu tagesbezogenen Vergütungssystematiken setzt das G-DRG-System hierfür deutliche Anreize. Gleichzeitig werden mit einem Fallpauschalensystem auch (Fehl-)Anreize zur Fallzahlsteigerung gesetzt, die im G-DRG-System durch begleitende Abrechnungsregelungen reduziert wurden.

Die stationäre Fallzahl stieg im Zeitraum 2008 bis 2010 mit jahresdurchschnittlich 1,5% bzw. 255 Tsd. Fällen deutlich an, nachdem sie direkt nach Einführung des G-DRG-Systems zunächst nahezu stabil blieb, im Zeitraum 2006 bis 2008 aber deutlich stärker um jahresdurchschnittlich 2,1% anstieg. Allerdings traten ähnlich hohe Fallzahlzunahmen auch in anderen Zeiträumen, z. B. in der zweiten Hälfte der 90er-Jahre, auf.

Die Verweildauer ist bereits vor der G-DRG-Einführung in einem langjährigen, relativ stabilen Trend gesunken. Dieser Trend des Verweildauerrückganges setzte sich nach G-DRG-Einführung leicht abgeschwächt fort. Die Verweildauer ist im Zeitraum 2004 bis 2010 von 7,77 auf 6,82 Tage um jahresdurchschnittlich 2,2% gesunken. Die Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer im Zeitraum 2008 bis 2010 stellt sich, wie schon in den Zeiträumen 2004 bis 2006 und 2006 bis 2008, als eine weitgehend homogene Entwicklung dar, die sich auf nahezu alle G-DRGs und Hauptdiagnosen erstreckt. Unter zusätzlicher Berücksichtigung des langfristigen Trends der Verweildauerreduktion und der kontinuierlich rückläufigen Entwicklung im gesamten Zeitraum nach G-DRG-Einführung sprechen diese homogenen Veränderungen nicht für einen hohen spezifischen Einfluss des G-DRG-Systems auf die Verweildauer.

Sowohl bei der Fallzahl als auch beim Case-Mix zeigen sich auch am Ende der Konvergenzphase deutliche Leistungsverschiebungen insbesondere hin zu den G-DRGs der MDC 08 (Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe), 05 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems) und der Prä-MDC. Ähnliche Entwicklungen waren bereits im Zeitraum 2004 bis 2008 nachweisbar. Die deutlichsten Case-Mix-Erhöhungen waren in den Leistungsbereichen Langzeitbeatmung, Bandscheibenoperationen, Defibrillatorimplantationen, Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk sowie der endovaskulären Herzklappenimplantation zu verzeichnen. Hierbei handelt es sich um Leistungen mit einem überdurchschnittlichen Sachkostenanteil. Diese Leistungsstrukturveränderungen beeinflussen auch die Kostenstrukturen der Krankenhäuser hin zu einem zunehmenden Sachkostenanteil und einem abnehmenden Personalkostenanteil.

Die durchgeführte Komponentenzerlegung der Case-Mix-Entwicklung am Ende der Konvergenzphase ergab, dass ein Großteil (675 Tsd. Case-Mix-Punkte) des Case-Mix-Zuwachses von insgesamt 954 Tsd. Case-Mix-Punkten in diesem Zeitraum aus Strukturveränderungen insbesondere zwischen den Basis-DRGs innerhalb einer Partition, aber auch innerhalb der Basis-DRGs und zwischen den MDCs resultiert. Weitere 538 Tsd. Case-Mix-Punkte ergeben sich aus der deutlichen Fallzahlzunahme. Die Verweildauerreduktion hatte hingegen wie bereits im Zeitraum 2004 bis 2006 und 2006 bis 2008 einen negativen Einfluss auf die Case-Mix-Entwicklung. Während der Case-Mix-Anstieg in der Einführungsphase des G-DRG-Systems noch nahezu ausschließlich auf Strukturverschiebungen basierte, hatte die Fallzahl bereits in

der Kernphase der Konvergenz einen sehr starken Einfluss auf den Case-Mix-Anstieg. Im Vergleich zum Kern der Konvergenzphase zeigt die Komponentenerlegung für den Zeitraum 2008 bis 2010 eine sehr ähnliche Veränderung des Case-Mix.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die oben skizzierte Leistungsentwicklung, trotz Betrachtung des relativ kurzen Untersuchungszeitraumes, auch von einer Zunahme der Prävalenz der Kreislauferkrankungen und der Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, u. a. aufgrund der demographischen Entwicklung, mit verursacht worden sind. Direkte Effekte des G-DRG-Systems auf die beschriebenen Veränderungen des Leistungsspektrums der Krankenhäuser können bei Verwendung der vorliegenden aggregierten Datenbasis insgesamt nicht nachgewiesen werden.

Die Ergebnisse der Krankenhausbefragung zeigen wie bereits in der Kernphase der Konvergenz auch an deren Ende einen weiterhin deutlich steigenden Anteil sowohl der Krankenhäuser, die eine Anfrage für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) stellen, als auch der Krankenhäuser, die daraufhin ein NUB-Entgelt vereinbaren. NUBs mit hohen Fallzahlen und einer hohen Anzahl von leistungserbringenden Krankenhäusern werden in der Regel zügig als Zusatzentgelt in das G-DRG-System überführt.

Das Verlegungsverhalten der Krankenhäuser hat sich im Zeitraum 2008 bis 2010, wie bereits in der Einführungsphase des G-DRG-Systems und im Kern der Konvergenzphase, lediglich marginal verändert.

Anhand von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung wurden im dritten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung weiterführende Analysen zu möglichen Veränderungen des Verlegungsverhaltens der Krankenhäuser anhand der realen Verlegungsketten von Versicherten durchgeführt. Mittels dieser deutlich verfeinerten Datenbasis konnten keine systematischen Veränderungen des Verlegungsverhaltens der Krankenhäuser identifiziert werden. Veränderungen der Anzahl von Verlegungsfällen korrespondieren hier mit Veränderungen der Angebots- oder der Leistungsstrukturen. Insgesamt kann nach Einführung des G-DRG-Systems auf dem bestehenden Datenaggregationsniveau keine relevante Veränderung des Verlegungsverhaltens beobachtet werden.

Eine generelle Leistungsspezialisierung der Krankenhäuser ist im gesamten Zeitraum nach Einführung des G-DRG-Systems nicht zu beobachten. Allerdings wirkt die Fallzahlsteigerung insbesondere ab dem Jahr 2005 einer deutlichen Spezialisierung entgegen. In der Regel gehen Ausweitungen des Leistungsportfolios der Krankenhäuser mit entsprechenden Fallzahlzunahmen einher, sodass korrespondierend die durchschnittliche Fallzahl je Krankenhaus bei einem Großteil der G-DRGs zugenommen hat. Deutliche Zunahmen der Zahl der leistungserbringenden Krankenhäuser zeigen sich zwischen 2008 und 2010, wie schon in der Einführungsphase und im Kern der Konvergenzphase

des G-DRG-Systems, z. B. für G-DRGs aus dem Bereich der invasiven kardiologischen Diagnostik bzw. Therapie und aus dem Bereich der orthopädisch-chirurgischen Versorgung von Bandscheibenschädigungen. In diesem Zusammenhang steht auch der weiterhin zu beobachtende Ausbau der Großgeräteinfrastruktur der Krankenhäuser (u. a. Linksherzkathetermessplätze und Kernspintomographen). Ein systematischer Einfluss der Einführung des G-DRG-Systems auf die Leistungsspezialisierung oder die Leistungsdiversifikation der Krankenhäuser konnte nicht ermittelt werden.

Die durchschnittlich kürzeste (Straßen-)Entfernung zwischen dem Wohn- und dem Behandlungsort der Patienten (22,6 km im Jahr 2010) hat sich im Untersuchungszeitraum 2004 bis 2010 ebenso wie die kürzeste Fahrtzeit (32,2 min im Jahr 2010) nur geringfügig erhöht. Nachdem sie sich im Kern der Konvergenzphase leicht erhöht hatte, vergrößerte sich die durchschnittliche Entfernung am Ende der Konvergenzphase – wie bereits in der Einführungsphase des G-DRG-Systems – nur minimal. Bei der Ermittlung der Durchschnittswerte der Fahrtstrecken und Fahrtzeiten konnten regional unterschiedliche Versorgungsstrukturen und deren Veränderungen nicht erfasst werden. Sowohl auf Ebene der MDCs als auch bei einzelnen Diagnosen zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen des Zugangs. Veränderungen des Zugangs zu spezifischen stationären Leistungen sind jedoch stark von Veränderungen der jeweiligen Fachabteilungszahlen, dem bestehenden Versorgungsangebot und auch von Veränderungen der Fallzahl (z. B. aufgrund der Veränderung der Morbidität der Bevölkerung) beeinflusst, sodass ein direkter Einfluss des Vergütungssystems auf die Entwicklung des Zugangs nicht abgeleitet werden kann.

### **Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit**

Die bereinigten Kosten der Krankenhäuser sind seit der Einführung des G-DRG-Systems weniger stark angestiegen als noch im Zeitraum 1991 bis 2003. Allerdings hat sich der Kostenanstieg im Zeitverlauf seit der Einführung des G-DRG-Systems beschleunigt. Die Steigerung der durchschnittlichen Kosten je Fall lag hingegen nach der Einführung des G-DRG-Systems über der Entwicklung im Zeitraum 1991 bis 2003.

Die Personalkosten sind seit der Einführung des G-DRG-Systems insgesamt im Zeitverlauf mit steigender Zuwachsrate angestiegen, ebenso wie die Personalkosten je Fall, die sich in diesem Zeitraum jedoch weniger stark erhöhten. Der Anteil der Personalkosten an den Brutto-Gesamtkosten hat sich in diesem Zeitraum deutlich verringert, da die Steigerung der Sachkosten im Zeitraum 2003 bis 2010 über dem Anstieg der Personalkosten liegt. Der Sachkostenanstieg ist insbesondere auf die Steigerungen der Kosten des Medizinischen Bedarfs zurückzuführen, die auch durch Veränderungen der Leistungsstruktur hervorgerufen werden. Der unmittelbare Einfluss des G-DRG-Systems auf die Entwicklung der Betriebskosten kann allerdings nicht ermittelt werden, da

diese von einer Vielzahl weiterer Einflussfaktoren (z. B. Entwicklung der Vollkräftezahlen, Anpassungen der Tarifverträge, allgemeine Preisveränderungen, Veränderungen der medizinischen Leistungserstellung) mitbestimmt wird.

Die Erlösstrukturen differenziert nach den zentralen Kontengruppen der Krankenhäuser haben sich im Zeitraum 2004 bis 2010 nur leicht verändert. Wenngleich sich der Anteil der Erlöse aus ambulanten Operationen in diesem Zeitraum leicht erhöht hat, zeigt sich insgesamt keine Diversifikation der Erlösquellen der Krankenhäuser.

Die im Rahmen der Krankenhausbefragung erhobenen Investitionsquoten sind im Zeitraum 2004 bis 2010 weitgehend stabil geblieben. Auch am Ende der Konvergenzphase investiert weiterhin ein hoher Anteil von Krankenhäusern gezielt aufgrund des G-DRG-Systems in Personalressourcen und informationstechnologische Infrastruktur. Gegenüber der Einführungsphase des G-DRG-Systems hat sich dieser Anteil allerdings kontinuierlich verringert.

Die Krankenhäuser und die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung berichten von einem steigenden Prüfaufkommen im Bereich der stationären Fallprüfungen. Insbesondere in der Einführungsphase des G-DRG-Systems hat sich die Prüfquote, d. h. der Anteil der geprüften Fälle an allen Fällen, deutlich erhöht, stieg aber auch am Ende der Konvergenzphase noch leicht an (2010: Anteil 11%). Der Anteil der geprüften Fälle mit einer Rechnungskorrektur (Rechnungskorrekturquote) hat sich seit dem Jahr 2006 kontinuierlich erhöht, zeigt im Jahr 2010 allerdings einen geringfügigen Rückgang. Auch der durchschnittliche Betrag, um den die geprüften Fälle korrigiert wurden, ist in diesem Zeitraum kontinuierlich gestiegen. Das insgesamt steigende Prüfaufkommen führt zu einem steigenden Personalaufwand sowohl auf Seiten der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung als auch bei den Krankenhäusern, die im Rahmen der Krankenhausbefragung von einer zunehmenden Anzahl von Krankenhausmitarbeitern berichten, die mit der Vorbereitung, Begleitung und Nachbereitung von MDK-Fallprüfungen befasst sind.

### **Leistungsverlagerung**

Mögliche Leistungsverlagerungen aufgrund der aus dem G-DRG-System resultierenden Anreize wurden u. a. anhand der Entwicklungen in Rehabilitationseinrichtungen untersucht. Dabei zeigt sich, dass die Anzahl der Fälle in Rehabilitationseinrichtungen ebenso wie die Anzahl der Pfl egetage sowohl vor als auch nach der Einführung des G-DRG-Systems starken Schwankungen unterlag. Der Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer in Rehabilitationseinrichtungen seit der Einführung des G-DRG-Systems, insbesondere auch in den Fachrichtungen mit hohen Direktverlegungsquoten aus den Krankenhäusern, und der im Zeitraum 2003 bis 2010 nur leicht schwankende Anteil der aus Rehabilitationseinrichtungen in Krankenhäuser verlegten Patienten an allen Patienten, deuten nicht auf eine Verlagerung von Leistungen

aus den Krankenhäusern in Rehabilitationseinrichtungen hin. Aufgrund der Veränderungen der Altersstruktur (und des Diagnosespektrums) der Patienten in Rehabilitationseinrichtungen ist auch eine Veränderung des Behandlungsaufwands zu erwarten. Es lässt sich jedoch nicht feststellen, ob bzw. in welchem Umfang die Einführung des G-DRG-Systems direkt zu einer möglichen Steigerung des Behandlungsaufwands im Rehabilitationssektor geführt hat.

Das Ambulante Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V hat seit der gesetzlichen Anpassung im Jahr 2004 stetig an Bedeutung gewonnen. Dies drückt sich insbesondere in steigenden Fallzahlen und einem hohen Anteil von Krankenhäusern aus, die ambulante Operationen durchführen. Die Fallzahlzunahme schwächte sich jedoch nach dem sprunghaften Anstieg im Jahr 2004 im Verlauf der Konvergenzphase von Jahr zu Jahr leicht ab. Die Ergebnisse der Krankenhausbefragung zeigen, dass die Krankenhäuser die notwendigen Voraussetzungen für eine verstärkte Inanspruchnahme dieses Leistungsbereichs durch gezielte Veränderungen der Aufbauorganisation schaffen und durch die Etablierung von ambulanten Leistungsstrukturen und -angeboten ihr vollstationäres Kerngeschäft erweitern bzw. erweitern wollen. Ob bzw. in welchem Umfang bestehende Anreize des G-DRG-Systems zu Fallzahlsteigerungen im Leistungsbereich des Ambulanten Operierens wirksam wurden, kann jedoch nicht beurteilt werden.

Neben den Leistungen nach § 115b SGB V beteiligen sich die Krankenhäuser zunehmend auch in anderen ambulanten Leistungsbereichen, etwa im Rahmen der vorstationären Behandlung nach § 115a SGB V ohne anschließenden stationären Aufenthalt. Die Fallzahlen in diesem Leistungsbereich sind den Ergebnissen der Krankenhausbefragung zufolge im Zeitraum 2006 bis 2010 deutlich, jedoch mit leicht abnehmenden Zuwachsraten, angestiegen, wofür sowohl in der Kernphase der Konvergenz als auch an deren Ende ca. 40% der Krankenhäuser das G-DRG-System als maßgebliche Ursache ansehen.

Auch in den Notfallaufnahmen berichten die Krankenhäuser von kontinuierlichen Fallzahlzunahmen im Zeitraum 2006 bis 2010. Hierfür sieht jedoch am Ende der Konvergenzphase wie bereits in deren Kernphase nur ein sehr geringer Anteil der Krankenhäuser das G-DRG-System als ausschlaggebend an. Die Fallzahlsteigerungen führen die Krankenhäuser vielmehr auf die Neustrukturierung ihrer Notfallaufnahme, sowohl in Bezug auf räumliche Veränderungen als auch durch ablauforganisatorische Reorganisationsmaßnahmen, auf fehlende Ressourcen der Kassenärztlichen Notfallversorgung im haus- und fachärztlichen Bereich oder auf regionale Neustrukturierungen der Notfallversorgung, etwa durch Veränderungen der umgebenden Krankenhauslandschaft, zurück. Dennoch dürften durch das G-DRG-System, das eine wirtschaftliche innerbetriebliche Leistungserstellung erfordert, die Notfallaufnahmen in den Krankenhäusern weiter an Bedeutung gewonnen haben, da sie einerseits als Instrument der Patientengewinnung und -bindung angesehen werden können

und andererseits den ggf. erforderlichen stationären Aufenthalt vorbereiten und den Patienten in die optimalen hausinternen Versorgungsbahnen steuern.

Trotz leicht steigender Leistungsausgaben für Regel- und Ermessensleistungen im Bereich der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V (als Ersatz oder zur Vermeidung bzw. Verkürzung eines Krankenhausaufenthaltes) im Zeitraum 2003 bis 2010 kann – auch vor dem Hintergrund der insgesamt sehr geringen Anzahl von Leistungsfällen und Leistungstagen – nicht auf eine systematische Leistungsverlagerung in den Bereich der Häuslichen Krankenpflege geschlossen werden.

### **Auswirkungen auf die Qualität**

Anhand der sehr umfangreichen, von Krankenkassen und Krankenkassenverbänden bereitgestellten GKV-Routinedaten konnte untersucht werden, ob es nach Einführung des G-DRG-Systems zu Veränderungen der poststationären Mortalität als einem Indikator der Ergebnisqualität gekommen ist. Hierbei wurden die Zeiträume von der stationären Aufnahme und bis 30 Tage, bis 90 Tage bzw. 365 Tage nach der Entlassung aus einem vollstationären Krankenhausaufenthalt untersucht.

Insgesamt zeigt sich eine kontinuierliche und deutliche Reduktion der poststationären Sterblichkeit für den gesamten Zeitraum nach Einführung des G-DRG-Systems (2004 bis 2010). Sowohl für den Zeitraum von der Aufnahme bis 30 Tage nach Entlassung als auch bis 90 und 365 Tage nach Entlassung zeigen sich signifikante Verringerungen der Sterblichkeit um 6,5% bis 7,8%.

Ob und ggf. in welchem Umfang der festgestellte Rückgang der poststationären Mortalität von der Einführung des G-DRG-Systems beeinflusst ist, kann jedoch nicht quantifiziert werden. Festgestellt werden kann hingegen, dass es durch die Einführung des G-DRG-Systems nicht zu einer systematischen Verschlechterung der Versorgungsqualität in Form von ansteigenden poststationären Mortalitätsraten gekommen ist. Diese Ergebnisse zur Entwicklung der poststationären Sterblichkeit decken sich mit internationalen Erfahrungen nach Einführung fallpauschalierender Vergütungssysteme, z. B. aus den USA, obgleich die in Deutschland praktizierte, umfassende Einführung eines DRG-Systems, mit dem nahezu alle Krankenhausbetriebskosten und nahezu alle somatischen Krankenhausfälle finanziert werden, weltweit einzigartig war.

Neben den Routinedaten wurde für die Untersuchung möglicher Auswirkungen des G-DRG-Systems auf die Qualität der stationären Leistungserbringung die Entwicklung von Indikatoren bzw. Kennzahlen der externen Qualitätssicherung der Krankenhäuser nach § 137 SGB V untersucht. Insgesamt lässt sich für die im Verfahren nach § 137 SGB V gemessenen und über den Zeitraum 2004 bis 2010 vergleichbaren Ergebnisqualitätsindikatoren eine klar positive Entwicklung konstatieren. Diese Aussage bestätigt sich auch bei Betrachtung jener Indikatoren der Ergebnisqualität, die nur für den Zeitraum 2006 bis



2010 oder 2008 bis 2010 vergleichbar berechnet werden konnten. Auch bei den in die Untersuchung einbezogenen Indikatoren der Prozessqualität aus dem Verfahren der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V, die über den Zeitraum 2004 bis 2010 hinweg methodisch vergleichbar berechnet werden konnten, sind durchweg Verbesserungen der Gesamtergebnisse zu beobachten. Ein direkter Zusammenhang zwischen diesen Entwicklungen und der Einführung des G-DRG-Vergütungssystems lässt sich allerdings nicht herstellen. Die Veränderungen des Vergütungssystems haben jedoch in Bezug auf die betrachteten Parameter überwiegend eindeutig nicht zu einer Verschlechterung der betrachteten Ergebnisse geführt. Die Indikatoren der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V erlauben allerdings nur einen begrenzten Rückschluss auf die Ergebnisqualität der gesamten stationären Versorgung und den ggf. bestehenden Einfluss des G-DRG-Vergütungssystems. Ausschlaggebend hierfür ist, dass das Verfahren nur ausgewählte (Leistungs-)Bereiche der Krankenhausversorgung und auch innerhalb dieser Bereiche wiederum nur einzelne Aspekte der Ergebnisqualität abdeckt.

Die zur Untersuchung der Veränderung der Patientenzufriedenheit durchgeführte systematische Literaturanalyse erzielte im dritten Forschungszyklus keine Treffer. Mangels veröffentlichter Studienergebnisse wurden daher – um Hinweise zu erhalten, ob das G-DRG-System die Zufriedenheit der Patienten mit ihrem Klinikaufenthalt sowie die Versorgungsqualität im Krankenhaus aus Patientensicht verändert hat – unveröffentlichte Befragungsergebnisse herangezogen, die insgesamt nur sehr geringe Veränderungen der Patientenerfahrungen zeigen. Allerdings fehlt den Ergebnissen der Bezug zu möglichen Auswirkungen der veränderten Krankenhausfinanzierung. Aus den Ergebnissen lässt sich jedoch kein Hinweis auf eine Verschlechterung der Patientenzufriedenheit ablesen.

In diesem Zusammenhang könnte auch der kontinuierliche Auf- und Ausbau von Instrumenten und Strukturen des Qualitätsmanagements stehen, von dem die Krankenhäuser im Rahmen der Krankenhausbefragung berichten. Demzufolge hat sich die Verbreitung etwa von Qualitätsmanagementbeauftragten, Verfahrensanweisungen oder QM-Handbüchern seit dem Jahr 2004 deutlich erhöht. Insbesondere in der Einführungsphase des G-DRG-Systems zeigt sich ein stark zunehmender Einsatz dieser Instrumente, aber auch im Verlauf der Konvergenzphase erhöht sich der Verbreitungsgrad weiter. Im Zeitraum 2004 bis 2010 ist auch der Anteil der zertifizierten Krankenhäuser deutlich, allerdings im Zeitverlauf zunehmend schwächer gestiegen. Als ursächlich für den Ausbau ihres Qualitätsmanagements bezeichnen die Krankenhäuser weniger aus dem G-DRG-System resultierende Anreize als vielmehr die allgemeine Qualitätspolitik des Krankenhauses oder die gesetzlichen Vorgaben des SGB V.

## Ausblick

Die Ergebnisse der im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung gem. § 17b Abs. 8 KHG untersuchten Fragestellungen deuten darauf hin, dass das G-DRG-System seit seiner Einführung vielfältige Entwicklungen in Richtung der intendierten Ziele angestoßen hat. Die aus dem System resultierenden Anreize, etwa zur wirtschaftlicheren Leistungserstellung oder der Gewährleistung einer höheren Versorgungsqualität, haben die Krankenhäuser zu vielfältigen Reorganisationsmaßnahmen veranlasst. Mit der Umstellung des Vergütungssystems in Verbindung mit den entsprechenden Rahmenbedingungen und begleitenden Maßnahmen hat sich auch die Transparenz über das stationäre Leistungsgeschehen deutlich verbessert.

Wenngleich vielfach der direkte Einfluss des G-DRG-Systems auf die festzustellenden Veränderungen in der stationären Versorgung nicht bestimmt werden kann, sprechen die Ergebnisse der G-DRG-Begleitforschung eindeutig dafür, dass viele der befürchteten negativen Auswirkungen von fallpauschalierenden Vergütungssystemen, insbesondere hinsichtlich einer Verschlechterung der Qualität der Patientenversorgung, nicht eingetreten sind.

Bereits die Befragungsergebnisse aus dem ersten Forschungszyklus zeigten eine breite Akzeptanz des Systems bei allen Beteiligten. Die seit der Einführung des G-DRG-Systems festgestellten Entwicklungen und Anpassungen der Krankenhäuser sowie weiterer Akteure an das G-DRG-System haben sich vielfach im Verlauf der Konvergenzphase und an deren Ende weiter fortgesetzt. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Veränderungen auch nach der Konvergenzphase möglicherweise noch nicht vollständig abgeschlossen sind. Daher sollten auch nach Abschluss der G-DRG-Begleitforschung die Entwicklungen in der stationären Versorgung weiterhin beobachtet werden, um auch langfristige Veränderungen identifizieren und zielgerichtet darauf reagieren zu können.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einführung.....</b>	<b>1</b>
1.1	Ausgangssituation .....	1
1.2	Forschungsauftrag und Forschungsziele.....	3
1.3	Aufbau des Forschungsberichts.....	5
<b>2</b>	<b>Das G-DRG-System.....</b>	<b>7</b>
2.1	Einführungsprozess und gesetzlicher Rahmen .....	7
2.2	Ziele der G-DRG-Einführung .....	10
2.3	Funktionsweise des G-DRG-Systems .....	11
2.3.1	Entwicklung der DRGs .....	11
2.3.2	G-DRG-Klassifikation.....	13
2.3.3	G-DRG-Notation .....	15
2.3.4	Bedeutung der Dokumentation.....	16
2.3.5	Vergütung im G-DRG-System .....	17
2.3.6	Abrechnungsbestimmungen im G-DRG-System.....	21
2.3.7	Additive Vergütungskomponenten.....	23
2.4	Entwicklung des Fallpauschalen-Kataloges.....	26
2.5	Anreize von Fallpauschalensystemen .....	27
2.5.1	Abrechnungsregelungen.....	30
2.6	Internationale Ausgestaltung von DRG-Systemen und Erfahrungen .....	31
<b>3</b>	<b>Methodik.....</b>	<b>35</b>
3.1	Evaluationskonzepte .....	35
3.1.1	Evaluationsansatz .....	35
3.1.2	Internationale Evaluationskonzepte.....	37
3.2	Datengrundlage.....	38
3.2.1	G-DRG-Daten nach § 21 KHEntgG.....	39
3.2.2	Befragungen .....	48
3.2.3	Routinedatenauswertung der Gesetzlichen Krankenversicherung.....	58
3.2.4	Daten des Statistischen Bundesamtes .....	63
3.2.5	Daten der externen vergleichenden Qualitätssicherung der Krankenhäuser.....	67
3.3	Methodik der Auswertungen .....	68
3.3.1	Altersstandardisierung.....	69
3.3.2	Komponentenzerlegung.....	71

3.3.3	Entfernungsberechnung .....	76
3.3.4	Systematische Literaturanalysen .....	79
3.4	Mögliche Störvariablen und Ansätze für deren Isolierung.....	79
3.4.1	Identifizierung und Typologisierung der Störvariablen.....	80
3.4.2	Umgang mit Störvariablen.....	81
<b>4</b>	<b>Empirie.....</b>	<b>85</b>
4.1	Strukturen des Krankenhaussektors.....	85
4.1.1	Anzahl der Krankenhäuser und Bettenausstattung .....	85
4.1.2	Medizinische Fachabteilungen.....	96
4.2	Strukturen zwischen den Krankenhäusern.....	101
4.3	Strukturen innerhalb der Krankenhäuser .....	104
4.3.1	Vorhaltung von Krankenhauspersonal.....	105
4.3.2	Inanspruchnahme von Krankenhauspersonal.....	110
4.3.3	Fluktuation und Betriebszugehörigkeit .....	124
4.3.4	Vorhaltung Medizinisch-technischer Großgeräte .....	128
4.3.5	Aufbau- und Ablauforganisation .....	137
4.4	Leistungsmengen und Leistungsstrukturen .....	145
4.4.1	Fallzahl, Case-Mix und Belegungstage .....	145
4.4.2	Verweildauer und Case-Mix-Index .....	167
4.4.3	Leistungsspektrum .....	177
4.4.4	Verlegungsverhalten .....	224
4.4.5	Verlegungsketten .....	231
4.4.6	Spezialisierung.....	245
4.5	Zugang zu stationären Leistungen .....	264
4.5.1	Veränderung des Zuganges.....	266
4.5.2	Zugang nach MDCs .....	268
4.5.3	Zugang nach G-DRGs.....	270
4.5.4	Zugang bei bestimmten Diagnosen .....	276
4.6	Ökonomische Aspekte .....	284
4.6.1	Betriebskosten der Krankenhäuser.....	284
4.6.2	Investitionsverhalten der Krankenhäuser.....	301
4.6.3	Erlösstruktur der Krankenhäuser .....	314
4.7	Andere Versorgungsbereiche .....	319
4.7.1	Struktur und Leistungen des Rehabilitationssektors.....	320
4.7.2	Ambulante Leistungen im Krankenhaus .....	337
4.7.3	Häusliche Krankenpflege.....	352
4.8	Qualität des stationären Leistungsgeschehens.....	355
4.8.1	Strukturqualität.....	355

4.8.2	Klinische Pfade.....	363
4.8.3	Ausgewählte Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität .....	366
4.8.4	Poststationäre Mortalität.....	401
4.9	Weitere Bereiche .....	411
4.9.1	Patientenzufriedenheit .....	411
4.9.2	Mitarbeiterzufriedenheit.....	412
4.9.3	Prüfverhalten des MDK .....	414
<b>5</b>	<b>Ergebnisse und Diskussion .....</b>	<b>431</b>
5.1	Auswirkungen auf Krankenhausstrukturen.....	431
5.2	Auswirkungen auf Leistungsmengen und Leistungsstrukturen.....	442
5.2.1	Auswirkungen auf Fallzahl, Verweildauer und Case- Mix-Index.....	442
5.2.2	Auswirkungen auf das Leistungsspektrum.....	445
5.2.3	Auswirkungen auf das Verlegungsverhalten und Spezialisierung.....	448
5.3	Auswirkungen auf den Zugang zu stationären Leistungen.....	450
5.4	Auswirkungen auf ökonomische Aspekte.....	453
5.5	Auswirkungen auf andere Versorgungsbereiche .....	461
5.5.1	Auswirkungen auf den Rehabilitationssektor .....	462
5.5.2	Auswirkungen auf ambulante Leistungen im Krankenhaus .....	464
5.5.3	Auswirkungen auf die Häusliche Krankenpflege .....	471
5.6	Auswirkungen auf die Qualität des stationären Leistungsgeschehens.....	474
5.7	Auswirkungen auf die poststationäre Mortalität.....	479
5.8	Auswirkungen auf die Patientenzufriedenheit .....	482
5.9	Auswirkungen auf die Mitarbeiterzufriedenheit.....	484
5.10	Auswirkungen auf das Prüfverhalten des MDK .....	485
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>491</b>
	<b>Verzeichnis der Gesetze und Rechtsverordnungen.....</b>	<b>501</b>
	<b>Anhang .....</b>	<b>503</b>
Anhang A	Datenliefernde Krankenhäuser nach § 21 KHEntgG .....	509
Anhang B	Hauptdiagnosegruppen im G-DRG-System .....	512
Anhang C	Revisionsoperationen; OPS-Kodes .....	513

Anhang D	Suchstrings der Literaturrecherchen.....	514
Anhang E	Ergänzende Abbildungen und Tabellen.....	516
Anhang F	G-DRG-Kennzahlen (Auswahl).....	530
Anhang G	Kennzahlen zur Entwicklung der poststationären Mortalität .....	558
Anhang H	Erhebungsbogen Krankenhausbefragung.....	564
<b>Glossar</b>	.....	<b>581</b>
<b>Sachverzeichnis</b>	.....	<b>597</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Auswertungszyklen der G-DRG-Begleitforschung .....	5
Abbildung 2:	G-DRG-Konvergenzphase.....	8
Abbildung 3:	G-DRG-Notation (Beispiel G-DRG P67D).....	16
Abbildung 4:	G-DRG-Vergütungsfunktion (Y03A) (2010).....	22
Abbildung 5:	Vergütungskomponenten des G-DRG-Systems .....	25
Abbildung 6:	Datengrundlagen der G-DRG-Begleitforschung.....	38
Abbildung 7:	Versionierung der Datengrundlagen nach § 21 KHEntgG .....	40
Abbildung 8:	Quotient der Quantile für die G-DRG-Systeme Version 1.0-2007.....	46
Abbildung 9:	Case-Mix-Index Veränderung nach CMI-Klasse der Krankenhäuser (2009 zu 2010).....	47
Abbildung 10:	Pseudonymisierungskonzept der Krankenhausbefragung .....	50
Abbildung 11:	Rücklauf Krankenhausbefragung aller Forschungszyklen.....	51
Abbildung 12:	Rücklauf Krankenhausbefragung (Grundgesamtheit, 3. Forschungszyklus, 1. bis 3. Forschungszyklus) nach Bundesland.....	53
Abbildung 13:	Rücklauf Krankenhausbefragung (Grundgesamtheit, 3. Forschungszyklus, 1. bis 3. Forschungszyklus) nach Bettengrößenklasse .....	54
Abbildung 14:	Rücklauf Krankenhausbefragung (Grundgesamtheit, 3. Forschungszyklus, 1. bis 3. Forschungszyklus) nach CMI-Klasse.....	55
Abbildung 15:	Rücklauf Krankenhausbefragung (Grundgesamtheit, 3. Forschungszyklus, 1. bis 3. Forschungszyklus) nach Krankenhausträgerschaft.....	56
Abbildung 16:	Versionierung der Datengrundlagen nach § 21 KHEntgG .....	60
Abbildung 17:	Komponentenzerlegung des Case-Mix .....	74
Abbildung 18:	Entwicklung der Anzahl Allgemeiner Krankenhäuser, aufgestellter Betten in Allgemeinen Fachabteilungen, Anzahl Betten in Allgemeinen Fachabteilungen je 100.000 Einwohner (1991-2010; 1991=100).....	88
Abbildung 19:	Betten je 100.000 Einwohner und deren Veränderung nach Bundesland (2010; 1991-2010).....	90
Abbildung 20:	Anteil Allgemeine Krankenhäuser nach Bettengrößenklasse (1991-2010).....	91
Abbildung 21:	Anteil aufgestellter Betten nach Bettengrößenklasse der Krankenhäuser (1991-2010) .....	92
Abbildung 22:	Veränderung der Anzahl Allgemeiner Krankenhäuser und deren Bettenzahl nach Trägerschaft (1991-2010; 1991=100) .....	94
Abbildung 23:	Durchschnittliche Bettenzahl je Allgemeines Krankenhaus nach Trägerschaft (1991-2010).....	95
Abbildung 24:	Veränderung der Anzahl aufgestellter Betten in ausgewählten Fachabteilungen (1991-2010; 1991=100).....	100
Abbildung 25:	Veränderung der Vollkräfteanzahl ausgewählter Dienstarten (1995-2010; 1995=100).....	107
Abbildung 26:	Fallzahl je Vollkraft nach ausgewählten Dienstarten (1995-2010; 1995=100).....	111

Abbildung 27:	Belegungstage je Vollkraft nach ausgewählten Dienstarten (1995-2010; 1995=100).....	113
Abbildung 28:	Fallzahl je Vollkraft im Ärztlichen Dienst und im Pflegedienst nach Krankenhausträgerschaft (2003, 2006, 2008, 2010).....	118
Abbildung 29:	Belegungstage je Vollkraft im Ärztlichen Dienst (2003) und jährliche Veränderungsrate nach Bundesland (2003-2010).....	120
Abbildung 30:	Belegungstage je Vollkraft im Pflegedienst (2003) und jährliche Veränderungsrate nach Bundesland (2003-2010).....	121
Abbildung 31:	Belegungstage je Vollkraft im Ärztlichen Dienst und im Pflegedienst nach Krankenhausträgerschaft (2003, 2006, 2008, 2010).....	124
Abbildung 32:	Ausgewählte Medizinisch-technische Großgeräte in Krankenhäusern je 1 Mio. Einwohner nach Bundesland (2010).....	130
Abbildung 33:	Veränderung der Anzahl ausgewählter Medizinisch-technischer Großgeräte in Krankenhäusern je 1 Mio. Einwohner nach Bundesland (2003 - 2010).....	131
Abbildung 34:	Medizinisch-technische Großgeräte in Krankenhäusern nach Bettengrößenklasse und Geräteart (2010).....	132
Abbildung 35:	Medizinisch-technische Großgeräte in Krankenhäusern nach Bettengrößenklasse und Geräteart (2003).....	133
Abbildung 36:	Anteil Krankenhäuser ohne Vorhaltung Medizinisch-technischer Großgeräte nach Bettengrößenklasse und Geräteart (2003; 2010).....	134
Abbildung 37:	Anzahl Großgeräte je Krankenhaus mit mindestens einem Großgerät der jeweiligen Geräteart nach Bettengrößenklasse und Geräteart (2003; 2010).....	135
Abbildung 38:	Entwicklung von Fallzahl und Belegungstagen in Allgemeinen Krankenhäusern (1991-2010); (1991=100).....	149
Abbildung 39:	Entwicklung von Fallzahl, Case-Mix und Belegungstagen (2004-2010); (2004,2006,2008=100).....	150
Abbildung 40:	Fallzahl nach Bettengrößenklasse (2004-2010).....	151
Abbildung 41:	Belegungstage nach Bettengrößenklasse (2004-2010).....	152
Abbildung 42:	Case-Mix nach Bettengrößenklasse der Krankenhäuser (2008-2010).....	153
Abbildung 43:	Fallzahl, Belegungstage und Case-Mix nach CMI-Klasse der Krankenhäuser (2008-2010).....	155
Abbildung 44:	Altersverteilung der Fälle (2004-2010).....	156
Abbildung 45:	Belegungstage nach Altersklasse (2004-2010).....	157
Abbildung 46:	Case-Mix nach Altersklasse der Behandlungsfälle (2008-2010).....	158
Abbildung 47:	Relativer Unterschied des Case-Mix-Index nach Altersklasse zum Case-Mix-Index aller Fälle (2004; 2006; 2008; 2010).....	159
Abbildung 48:	Aufsummierte Case-Mix-Anteile nach Altersklasse (2004, 2010).....	160
Abbildung 49:	Aufsummierte Fallzahl-, Belegungstage- und Case-Mix-Anteile nach Altersklasse (2010).....	161
Abbildung 50:	Fallzahl je 1.000 Einwohner nach Altersklasse (2004-2010).....	162
Abbildung 51:	Fallzahl nach Bundesland (2004-2010).....	164
Abbildung 52:	Fallzahl je 1.000 Einwohner nach Bundesland (2004-2010).....	165
Abbildung 53:	Veränderung des Fallzahlindex (2004-2010) im Vergleich zum Fallzahlindex 2004 in den Bundesländern.....	167



Abbildung 54:	Verweildauerentwicklung in Allgemeinen Krankenhäusern (1991-2010; 1991=100); jährliche Veränderungsrate der Verweildauer.....	168
Abbildung 55:	Verweildauer nach Bettengrößenklasse der Krankenhäuser (2004-2010).....	169
Abbildung 56:	Case-Mix-Index nach Bettengrößenklasse der Krankenhäuser (2008-2010).....	170
Abbildung 57:	Verweildauerverteilung nach Alter der Behandlungsfälle (2004-2010).....	174
Abbildung 58:	Case-Mix-Index Verteilung nach Alter der Behandlungsfälle (2008-2010).....	175
Abbildung 59:	Verweildauer nach Bundesland (2004-2010).....	176
Abbildung 60:	Case-Mix-Index nach Bundesland (2008-2010) .....	177
Abbildung 61:	Fallzahl und Fallzahlveränderung nach MDCs (2008-2010) .....	179
Abbildung 62:	Fallzahl und Fallzahlveränderung in Belegabteilungen nach MDCs (2008-2010) .....	180
Abbildung 63:	Fallanteil und Fallanteilveränderung in Belegabteilungen an allen Fällen nach MDCs (2008-2010).....	181
Abbildung 64:	Jahresdurchschnittliche Fallzahlveränderung nach MDCs (2008-2010; Haupt- und Belegabteilungen).....	182
Abbildung 65:	Case-Mix und Case-Mix-Veränderung nach MDCs (2010, 2008-2010).....	183
Abbildung 66:	Verweildauer und Verweildauerveränderung nach MDCs (2010, 2008-2010).....	184
Abbildung 67:	Komponentenzerlegung der Case-Mix-Entwicklung (2008-2010; CM-Veränderung in Tsd. CM-Punkten).....	186
Abbildung 68:	Fallzahl (2010) und jahresdurchschnittliche relative Fallzahlveränderung (2008-2010) nach Basis-DRGs; (n=589 Basis-DRGs).....	195
Abbildung 69:	Fallzahl (2010) und jahresdurchschnittliche relative Fallzahlveränderung (2008-2010) nach G-DRGs; (n=1.193 G-DRGs).....	197
Abbildung 70:	Case-Mix (2010) und jahresdurchschnittliche relative CM-Veränderung (2008-2010) nach Basis-DRGs; (n=555 Basis-DRGs).....	199
Abbildung 71:	Case-Mix (2010) und jahresdurchschnittliche relative CM-Veränderung (2008-2010) nach G-DRGs; (n=1.152 G-DRGs).....	201
Abbildung 72:	Belegungstage (2010) und jahresdurchschnittliche relative Veränderung der Verweildauer (2008-2010) nach Basis-DRGs; (n=589 Basis-DRGs).....	203
Abbildung 73:	Belegungstage (2010) und jahresdurchschnittliche relative Veränderung der Verweildauer (2008-2010) nach G-DRGs; (n=1.193 G-DRGs).....	204
Abbildung 74:	Anzahl NUB-Anfragen nach NUB-Prozessschritten zur NUB-Entgeltvereinbarung (2008, 2010) .....	212
Abbildung 75:	Anteil Krankenhäuser nach NUB-Prozessschritten zur NUB-Entgeltvereinbarung und Bettengrößenklasse der Krankenhäuser (2008, 2010).....	214
Abbildung 76:	Durchschnittlicher Zeitraum vom Jahresbeginn bis zu einer NUB-Entgeltvereinbarung (2006-2010) .....	215

Abbildung 77:	Fallzahl (2010) und jahresdurchschnittliche Fallzahlveränderung (2008-2010) nach Hauptdiagnosen (ICD-3-Steller); (n=1.492 ICD-3-Steller).....	218
Abbildung 78:	Belegungstage (2010) und Verweildaueränderung (2008-2010) nach Hauptdiagnosen (ICD-3-Steller); (n=1.492 ICD-3-Steller).....	220
Abbildung 79:	Anzahl durchgeführter Prozeduren (2010) und relative jahresdurchschnittliche Veränderung (2008-2010) nach OPS-4-Steller; (n=1.375 OPS-4-Steller).....	221
Abbildung 80:	Anzahl durchgeführter Prozeduren (2010) und relative jahresdurchschnittliche Veränderung (2008-2010) nach OPS-4-Steller des Kapitels 5; (n=794 OPS-4-Steller).....	223
Abbildung 81:	Anteil Verlegungsfälle nach Anzahl der Krankenhausaufenthalte innerhalb eines Verlegungsfalles (2004, 2006; G-DRG-System 2006).....	233
Abbildung 82:	Anteil Verlegungsfälle nach Anzahl der Krankenhausaufenthalte innerhalb eines Verlegungsfalles (2006, 2008; G-DRG-System 2008).....	233
Abbildung 83:	Anteil Verlegungsfälle nach Anzahl der Krankenhausaufenthalte innerhalb eines Verlegungsfalles (2008, 2010; G-DRG-System 2010).....	234
Abbildung 84:	Anteil Verlegungen an allen vollstationären Fällen nach Altersklasse (2004-2006; G-DRG-System 2006).....	235
Abbildung 85:	Anteil Verlegungen an allen vollstationären Fällen nach Altersklasse (2006-2008; G-DRG-System 2008).....	235
Abbildung 86:	Anteil Verlegungen an allen vollstationären Fällen nach Altersklasse (2008-2010; G-DRG-System 2010).....	236
Abbildung 87:	Anteil Verlegungen an allen vollstationären Fällen nach MDC (2008, 2010).....	237
Abbildung 88:	Verteilung der G-DRGs nach Anteilen der leistungserbringenden Krankenhäuser an allen Krankenhäusern (G-DRG-Systeme 2006; 2008; 2010); (n=935, 1.132, 1.193 G-DRGs).....	250
Abbildung 89:	Verteilung der Behandlungsfälle in G-DRGs nach Anteilen der leistungserbringenden Krankenhäuser an allen Krankenhäusern (G-DRG-Systeme 2006; 2008; 2010).....	251
Abbildung 90:	Jahresdurchschnittliche Veränderung des Anteils der leistungserbringenden Krankenhäuser an allen Krankenhäusern in Prozentpunkten nach G-DRGs (2008-2010); (n=1.193 G-DRGs).....	252
Abbildung 91:	Jahresdurchschnittliche Veränderung des Anteils leistungserbringender Krankenhäuser an allen Krankenhäusern in Prozentpunkten nach Anzahl der Behandlungsfälle in G-DRGs (2008-2010); (n=1.193 G-DRGs bzw. 17,4 Mio. Fälle (2010)).....	253
Abbildung 92:	Anzahl ICD-Kodes (Hauptdiagnosen endstellig) nach Anteil der leistungserbringenden Krankenhäuser an allen Krankenhäusern (2010); (n=10.359).....	260
Abbildung 93:	Jahresdurchschnittliche Veränderung des Anteils leistungserbringender Krankenhäuser in Prozentpunkten nach ICD-Kodes (2004-2010); (n=8.696).....	262

Abbildung 94:	Anzahl OPS-4-Steller nach Anteil der leistungserbringenden Krankenhäuser an allen Krankenhäusern (2010); (n=1.519).....	263
Abbildung 95:	Jahresdurchschnittliche Veränderung des Anteils leistungserbringender Krankenhäuser an allen Krankenhäusern in Prozentpunkten nach OPS-4-Steller (2004-2010); (n=1.202) .....	264
Abbildung 96:	Anzahl G-DRGs mit durchschnittlicher Entfernung nach Entfernungsklassen (2010); (n=1.193 G-DRGs).....	267
Abbildung 97:	Anzahl Fälle in G-DRGs mit durchschnittlicher Entfernung nach Entfernungsklassen (2010); (n=1.193 G-DRGs bzw. 17,4 Mio. Fälle).....	268
Abbildung 98:	Veränderung der durchschnittlichen Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort nach G-DRGs (2008-2010); (n=1.193 G-DRGs) .....	271
Abbildung 99:	Veränderung der durchschnittlichen Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort nach G-DRGs (2008-2010); (n=1.193 G-DRGs bzw. 17,4 Mio. Fälle) .....	272
Abbildung 100:	Entwicklung der bereinigten Kosten und der bereinigten Kosten je Fall (1991-2010; 1991=100).....	287
Abbildung 101:	Bereinigte Kosten je Fall und deren Veränderung nach Bundesland (2010; 1991-2010) .....	288
Abbildung 102:	Bereinigte Kosten je Fall und deren Veränderung nach Bettengrößenklasse (2010; 1991-2010) .....	289
Abbildung 103:	Entwicklung der bereinigten Kosten je Fall nach Krankenhausträgerschaft (1991-2010; 1991=100).....	290
Abbildung 104:	Entwicklung der Personal- und Sachkosten je Fall (2002-2010; 2002=100) .....	292
Abbildung 105:	Durchschnittliche Personalkosten je Fall nach Bundesland (2010; 2003-2010) .....	294
Abbildung 106:	Durchschnittliche Personalkosten je Fall nach Bettengrößenklasse (2010; 2003-2010) .....	295
Abbildung 107:	Entwicklung der durchschnittlichen Personalkosten je Fall nach Krankenhausträgerschaft (2002-2010; 2002=100).....	296
Abbildung 108:	Durchschnittliche Sachkosten je Fall nach Bundesland (2010; 2003-2010) .....	298
Abbildung 109:	Durchschnittliche Sachkosten je Fall nach Bettengrößenklasse (2010; 2003-2010) .....	299
Abbildung 110:	Entwicklung der Anteile der Personal- und Sachkosten an den Brutto-Gesamtkosten nach Krankenhausträgerschaft (2002-2010).....	301
Abbildung 111:	Verteilung der Krankenhäuser nach Investitionsquotenklassen („Investitionsquote Sach“) (2008, 2010).....	303
Abbildung 112:	Verteilung der Krankenhäuser nach Investitionsquotenklassen („Investitionsquote Umsatz“) (2008, 2010) .....	304
Abbildung 113:	Gezielte Investitionen aufgrund des G-DRG-Systems in ausgewählten Bereichen (2008-2010).....	307
Abbildung 114:	Gezielte Investitionen aufgrund des G-DRG-Systems in ausgewählten Bereichen (Personalressourcen, Informationstechnologie; 2004-2006, 2006-2008, 2008-2010) .....	309

Abbildung 115:	Gezielte Investitionen aufgrund des G-DRG-Systems in ausgewählten Bereichen (Gebäude, (Medizin-)Technik; 2004-2006, 2006-2008, 2008-2010).....	311
Abbildung 116:	Ausschlaggebende Gründe für getätigte Investitionen in ausgewählten Bereichen (2004-2006, 2006-2008, 2008-2010).....	312
Abbildung 117:	Anzahl Rehabilitationseinrichtungen, aufgestellter Betten und Anzahl Betten je 100.000 Einwohner (1991-2010; 1991=100) .....	322
Abbildung 118:	Fallzahl und Pflgetage in Rehabilitationseinrichtungen (1991-2010; 1991=100).....	326
Abbildung 119:	Fallzahl und Pflgetage ausgewählter Fachabteilungen in Rehabilitationseinrichtungen (2002-2010; 2002=100).....	328
Abbildung 120:	Anzahl Vollkräfte ausgewählter Dienstarten in Rehabilitationseinrichtungen (1991-2010; 1991=100).....	331
Abbildung 121:	Fälle je Vollkraft ausgewählter Dienstarten in Rehabilitationseinrichtungen (1991-2010; 1991=100).....	333
Abbildung 122:	Pflgetage je Vollkraft ausgewählter Dienstarten in Rehabilitationseinrichtungen (1991-2010; 1991=100).....	334
Abbildung 123:	Maßgebliche Ursache für die Fallzahlentwicklung ambulanter Leistungen im Krankenhaus (im Zeitraum 2008-2010) .....	341
Abbildung 124:	G-DRG-System als Ursache für die Fallzahlentwicklung in der Notfallaufnahme (2006-2008;2008-2010) .....	343
Abbildung 125:	Anzahl ambulanter Operationen im Krankenhaus nach § 115b SGB V, Anzahl Krankenhäuser mit ambulanten Operationen, Relation ambulante Operationen zur stationären Fallzahl (2002-2010).....	346
Abbildung 126:	Anteil der Krankenhäuser mit ambulanten Operationen nach § 115b SGB V an allen Krankenhäusern nach Bettengrößenklasse (2002-2010).....	347
Abbildung 127:	Relation Fälle mit ambulanter Operation nach § 115b SGB V zur Summe der stationären Fälle nach Bettengrößenklasse (2003-2010).....	349
Abbildung 128:	Relation Fälle mit ambulanter Operation nach § 115b SGB V zur Summe der stationären Fälle nach Bundesland (2003-2010).....	350
Abbildung 129:	Relation Fälle mit ambulanter Operation nach § 115b SGB V zur Summe der stationären Fälle nach Krankenhausträgerschaft (2002-2010).....	351
Abbildung 130:	Anteil der Krankenhäuser mit ambulanten Operationen nach § 115b SGB V an allen Krankenhäusern nach Krankenhausträgerschaft (2002-2010).....	352
Abbildung 131:	GKV-Ausgaben im Leistungsbereich Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V (1991-2010; 1991=100).....	354
Abbildung 132:	Hauptamtlich beschäftigte Ärzte und Facharztquote in Krankenhäusern (1991-2010) .....	358
Abbildung 133:	Rohe Mortalitätsrate stationär und 30 Tage poststationär nach Altersklassen (2004, 2006, 2008, 2010).....	403
Abbildung 134:	Literaturauswahl im Rahmen der systematischen Recherche.....	412
Abbildung 135:	Literaturauswahl im Rahmen der systematischen Recherche.....	413
Abbildung 136:	Einzelfallprüfungen nach MDK (2008-2010).....	417

Abbildung 137:	Verteilung der MDK-Prüfquoten (Einzelfallprüfungen; 2006, 2008, 2010).....	419
Abbildung 138:	Verteilung der Veränderungsrate der MDK-Prüfquote (Einzelfallprüfungen; 2006-2008, 2008-2010).....	421
Abbildung 139:	MDK-Prüfquote nach Bettengrößenklasse (Einzelfallprüfungen; 2004-2010).....	422
Abbildung 140:	MDK-Prüfquote nach Krankenkassenart (Einzelfallprüfungen; 2008-2010).....	423
Abbildung 141:	Rechnungskorrekturquote nach Krankenkassenart (Einzelfallprüfungen; 2008-2010).....	424
Abbildung 142:	Prüfgrundlage der Fälle mit Rechnungskorrektur (2004-2010).....	425
Abbildung 143:	Prüfgrundlage der Fälle mit Rechnungskorrektur nach Bettengrößenklasse (2010).....	426
Abbildung 144:	Prüfgrundlage der Fälle mit Rechnungskorrektur nach Krankenkassenart (2010).....	427



## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Meilensteine der G-DRG-Einführung/Entwicklung .....	9
Tabelle 2:	G-DRG Fallpauschalen-Katalog (Ausschnitt) (2010) .....	17
Tabelle 3:	Erlösausgleiche des Erlösbudgets (2010).....	20
Tabelle 4:	Zusatzentgelte in den G-DRG-Versionen 2004-2010 .....	24
Tabelle 5:	Entwicklung der G-DRG-Versionen 2003-2010 und deren Kalkulationsgrundlagen .....	26
Tabelle 6:	Spezifische Entgelte und Abrechnungsbestimmungen (Auswahl) .....	31
Tabelle 7:	Bedeutung der Komponenten .....	76
Tabelle 8:	Verwendete Geschwindigkeiten für Straßentypen.....	78
Tabelle 9:	Ergebnisse der Entfernung- und Fahrtzeitenberechnung .....	78
Tabelle 10:	Typologisierung der Störvariablen .....	81
Tabelle 11:	Aufgestellte Betten in Allgemeinen Fachabteilungen, Anzahl Betten in Allgemeinen Fachabteilungen je 100.000 Einwohner (1991-2010).....	87
Tabelle 12:	Anzahl Allgemeiner Krankenhäuser nach Krankenhausträgerschaft (1991-2010).....	93
Tabelle 13:	Anzahl aufgestellter Betten in Allgemeinen Krankenhäusern nach Krankenhausträgerschaft (1991-2010).....	94
Tabelle 14:	Anzahl der Allgemeinen Medizinischen Fachabteilungen (1991- 2010).....	97
Tabelle 15:	Entwicklung der Anzahl der Teilgebiete/Schwerpunkte innerhalb der Chirurgie und der Inneren Medizin (1991-2010).....	98
Tabelle 16:	Anzahl der Betten in Allgemeinen Medizinischen Fachabteilungen (1991-2010).....	99
Tabelle 17:	Neu gebildete, institutionalisierte Kooperationen der Krankenhäuser nach Kooperationsfeld (2008-2010).....	101
Tabelle 18:	Neu gebildete, institutionalisierte Kooperationen der Krankenhäuser nach Kooperationsfeld (2004-2006; 2006-2008; 2008-2010).....	102
Tabelle 19:	Anteil Krankenhäuser mit neu gebildeten, institutionalisierten Kooperationen nach Bettengrößenklasse (2004-2006; 2006-2008; 2008-2010).....	103
Tabelle 20:	Inhalte geschlossener Kooperationen (häufigste Nennungen) nach Kooperationsfeldern (2008-2010).....	104
Tabelle 21:	Entwicklung der Vollkräfteanzahl nach Dienstarten (1995-2010).....	107
Tabelle 22:	Veränderung der Vollkräfteanzahl ausgewählter Dienstarten nach Bundesland (1995-2010) .....	109
Tabelle 23:	Fallzahl je Vollkraft nach Dienstarten (1995-2010) .....	112
Tabelle 24:	Belegungstage je Vollkraft nach Dienstarten (1995-2010).....	114
Tabelle 25:	Entwicklung der Fallzahl je Vollkraft nach Dienstarten und Bundesland (2003-2010) .....	115
Tabelle 26:	Entwicklung der Fallzahl je Vollkraft nach Dienstarten und Bettengrößenklasse (2003-2010) .....	116

Tabelle 27:	Entwicklung der Fallzahl je Vollkraft nach Dienstarten und Krankenhausträgerschaft (2003-2010).....	117
Tabelle 28:	Entwicklung der Anzahl Belegungstage je Vollkraft nach Dienstarten und Bundesland (2003-2010) .....	119
Tabelle 29:	Entwicklung der Anzahl Belegungstage je Vollkraft nach Dienstarten und Bettengrößenklasse (2003-2010) .....	122
Tabelle 30:	Entwicklung der Anzahl Belegungstage je Vollkraft nach Dienstarten und Krankenhausträgerschaft (2003-2010).....	123
Tabelle 31:	Fluktuationsquoten und jährliche Veränderung nach Dienstarten (2008; 2010) .....	125
Tabelle 32:	Fluktuationsquoten und jährliche Veränderung nach Dienstarten (2004; 2006; 2008; 2010).....	126
Tabelle 33:	Durchschnittliche Betriebszugehörigkeit in Jahren über alle Dienstarten (2004; 2006; 2008; 2010).....	127
Tabelle 34:	Durchschnittliche Betriebszugehörigkeit in Jahren über alle Dienstarten nach Bettengrößenklasse (2008; 2010) .....	127
Tabelle 35:	Medizinisch-technische Großgeräte in Krankenhäusern (1991-2010).....	129
Tabelle 36:	Anzahl Großgeräte je 100.000 Fälle nach Krankenhausträgerschaft (1991-2010).....	137
Tabelle 37:	Aufbau und Weiterentwicklung ausgewählter Abteilungen (2008-2010).....	139
Tabelle 38:	Wesentliche Veränderungen in der Aufbauorganisation im medizinisch-pflegerischen Bereich und Begründung der Maßnahmen (2008-2010).....	141
Tabelle 39:	Wesentliche Veränderungen in der Aufbauorganisation im sekundär-medizinischen und nicht-medizinischen Bereich und Begründung der Maßnahmen (2008-2010) .....	142
Tabelle 40:	Umfang der vorgenommenen Veränderungsmaßnahmen an der Ablauforganisation in ausgewählten Bereichen (2008-2010).....	143
Tabelle 41:	Umfang der vorgenommenen Veränderungsmaßnahmen an der Ablauforganisation in ausgewählten Bereichen (2004-2010).....	144
Tabelle 42:	Gründe für die vorgenommenen Veränderungen der Ablauforganisation in ausgewählten Bereichen (2008-2010).....	145
Tabelle 43:	Fallzahl, Belegungstage nach Trägerschaft der Krankenhäuser (2004-2010); Case-Mix nach Trägerschaft der Krankenhäuser (2008-2010).....	154
Tabelle 44:	Fallzahl, Belegungstage, Case-Mix nach Abteilungsart der Behandlungsfälle (2004-2010) .....	154
Tabelle 45:	Fallzahlindex Deutschland (2004-2010).....	163
Tabelle 46:	Standardisierter Fallzahlindex nach Bundesland (2004-2010).....	166
Tabelle 47:	Verweildauer nach Trägerschaft der Krankenhäuser (2004-2010); jahresdurchschnittliche Verweildaueränderung.....	171
Tabelle 48:	Case-Mix-Index nach Trägerschaft der Krankenhäuser (2008-2010); jahresdurchschnittliche Case-Mix-Index Veränderung.....	172
Tabelle 49:	Verweildauer nach Abteilungsart des Behandlungsfalls (2004-2010); jahresdurchschnittliche Verweildaueränderung.....	172



Tabelle 50:	Case-Mix-Index nach Abteilungsart des Behandlungsfalls (2008-2010); jahresdurchschnittliche Case-Mix-Index Veränderung.....	173
Tabelle 51:	Komponentenzerlegung der Case-Mix-Entwicklung (2008-2010) .....	189
Tabelle 52:	Komponentenzerlegung der Case-Mix-Entwicklung (2008-2010); Fortsetzung (II) .....	190
Tabelle 53:	Komponentenzerlegung der Case-Mix-Entwicklung (2008-2010); Fortsetzung (III) .....	191
Tabelle 54:	Komponentenzerlegung der Case-Mix-Entwicklung (2008-2010) Fortsetzung (IV).....	192
Tabelle 55:	Komponentenzerlegung der Case-Mix-Entwicklung (2008-2010); Fortsetzung (V).....	193
Tabelle 56:	Anzahl abgerechneter bundeseinheitlich bewerteter Zusatzentgelte (Auswahl) (2004-2010) .....	207
Tabelle 57:	Anzahl abgerechneter krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte (Auswahl) (2004-2010) .....	209
Tabelle 58:	Anteil Krankenhäuser nach NUB-Prozessschritten zur NUB- Entgeltvereinbarung (2008-2010).....	212
Tabelle 59:	Anteil Krankenhäuser nach NUB-Prozessschritten zur NUB- Entgeltvereinbarung (2006-2010).....	213
Tabelle 60:	NUB-Fallzahl und Anzahl leistungserbringender Krankenhäuser (2008-2010) .....	216
Tabelle 61:	Fallzahl mit Verlegung in andere Krankenhäuser bzw. aus anderen Krankenhäusern nach Bettengrößenklasse des Krankenhauses (2004-2010).....	225
Tabelle 62:	Anteil der Patienten mit Verlegung in andere Krankenhäuser an allen vollstationären Fällen nach Bettengrößenklasse des Krankenhauses (2004-2010).....	226
Tabelle 63:	Anteil der Patienten mit Verlegung in andere Krankenhäuser an allen vollstationären Fällen nach CMI-Klasse des Krankenhauses (2008-2010).....	226
Tabelle 64:	Anteil der Patienten mit Verlegung in andere Krankenhäuser an allen vollstationären Fällen nach Trägerschaft des Krankenhauses (2004-2010).....	227
Tabelle 65:	Case-Mix-Index der in andere Krankenhäuser verlegten Patienten nach Bettengrößenklasse des Krankenhauses (2008-2010).....	228
Tabelle 66:	Anteil der Patienten mit Verlegung aus einem anderen Krankenhaus an allen vollstationären Fällen nach Bettengrößenklasse des Krankenhauses (2004-2010).....	229
Tabelle 67:	Anteil der Patienten mit Verlegung aus einem anderen Krankenhaus an allen vollstationären Fällen nach CMI-Klasse des Krankenhauses (2008-2010).....	229
Tabelle 68:	Anteil der Patienten mit Verlegung aus einem anderen Krankenhaus an allen vollstationären Fällen nach Trägerschaft des Krankenhauses (2004-2010) .....	230
Tabelle 69:	Case-Mix-Index der Patienten mit Verlegung aus einem anderen Krankenhaus nach Bettengrößenklasse des Krankenhauses (2008-2010).....	231

Tabelle 70:	Durchschnittliche Anzahl der Krankenhausaufenthalte innerhalb einer Verlegungskette .....	232
Tabelle 71:	Anteil Verlegungsfälle an allen Fällen nach MDC (2004–2010) .....	238
Tabelle 72:	Anteil Verlegungsfälle in den / aus dem Psych-Entgeltbereich an allen verlegten Fällen inkl. Verlegungen in den / aus dem Psych Entgeltbereich.....	239
Tabelle 73:	Anteil Verlegungsketten, Case-Mix mit identischer G-DRG, identischer Basis-DRG, identischer MDC und Partition und identischer MDC an allen Verlegungsketten nach Jahr und G-DRG-System .....	240
Tabelle 74:	Anteil Verlegungsketten mit Kombination MDC / Partition nach Jahr und G-DRG-System an allen Verlegungsketten .....	241
Tabelle 75:	Anteil Case-Mix der Verlegungsketten mit Kombination MDC / Partition nach Jahr und G-DRG-System am Case-Mix aller Verlegungsketten .....	242
Tabelle 76:	Anteil der Verlegungskette, Case-Mix mit G-DRG-Kombination (G-DRG-System 2010) an allen Verlegungsketten.....	243
Tabelle 77:	Anteil der Verlegungskette, Case-Mix mit G-DRG-Kombination (G-DRG-System 2008) an allen Verlegungsketten.....	244
Tabelle 78:	Anteil der Verlegungskette, Case-Mix mit G-DRG-Kombination (G-DRG-System 2006) an allen Verlegungsketten.....	245
Tabelle 79:	Durchschnittliche Anzahl Basis-DRGs je Krankenhaus, durch die 80% der Fälle abgebildet werden, nach Bettengrößenklasse der Krankenhäuser (2008-2010) .....	246
Tabelle 80:	Durchschnittliche Anzahl Basis-DRGs je Krankenhaus, durch die 90% der Fälle abgebildet werden, nach Bettengrößenklasse der Krankenhäuser (2008-2010) .....	247
Tabelle 81:	Durchschnittliche Anzahl Basis-DRGs je Krankenhaus, durch die 100% der Fälle abgebildet werden, nach Bettengrößenklasse der Krankenhäuser (2008-2010) .....	248
Tabelle 82:	Durchschnittliche Anzahl Basis-DRGs je Krankenhaus durch die 80% der Fälle abgebildet werden nach Bundesland der Krankenhäuser (2008-2010) .....	249
Tabelle 83:	Anteil der leistungserbringenden Krankenhäuser an allen Krankenhäusern nach G-DRGs, TOP 20 G-DRGs nach Anteil 2010 (2008-2010).....	254
Tabelle 84:	Anteil der leistungserbringenden Krankenhäuser an allen Krankenhäusern nach G-DRGs, TOP 20 G-DRGs nach Fallzahl 2010 (2008-2010) .....	256
Tabelle 85:	Anteil der leistungserbringenden Krankenhäuser an allen Krankenhäusern nach G-DRGs, TOP 10 G-DRGs nach höchster Anteilszunahme (2008, 2010) .....	258
Tabelle 86:	Anteil der leistungserbringenden Krankenhäuser an allen Krankenhäusern nach G-DRGs, TOP 10 G-DRGs nach stärkster Anteilsabnahme (2008, 2010) .....	259
Tabelle 87:	Durchschnittliche kürzeste Entfernung zwischen Wohnort und Ort der Leistungserbringung nach MDCs.....	269

Tabelle 88:	Veränderung der durchschnittlichen Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort nach G-DRGs, TOP 10 G-DRGs nach Fallzahl 2010 (2008-2010).....	273
Tabelle 89:	Veränderung der durchschnittlichen Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort nach G-DRGs, TOP 10 G-DRGs mit Gesamtzuwachs an Entfernungskilometern (2008-2010).....	274
Tabelle 90:	Veränderung der durchschnittlichen Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort nach G-DRGs, TOP 10 G-DRGs mit Gesamtreduzierung an Entfernungskilometern (2008-2010).....	276
Tabelle 91:	Veränderung der Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (2004-2010); Hauptdiagnose: Schlaganfall.....	278
Tabelle 92:	Veränderung der Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (2004-2010); Hauptdiagnose: Herzinfarkt.....	279
Tabelle 93:	Veränderung der Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (2004-2010); Hauptdiagnose: Schenkelhalsfraktur (Auswahl) .....	280
Tabelle 94:	Veränderung der Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (2004-2010); Hauptdiagnose: Herzinsuffizienz .....	281
Tabelle 95:	Veränderung der Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (2004-2010); Hauptdiagnose: Hyperplasie der Gaumenmandeln .....	282
Tabelle 96:	Veränderung der Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (2004-2010); Hauptdiagnose: Lungenkrebs.....	283
Tabelle 97:	Veränderung der Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (2004-2010); Hauptdiagnose: Brustkrebs.....	284
Tabelle 98:	Veränderung der bereinigten Kosten und der bereinigten Kosten je Fall (1991-2010) .....	286
Tabelle 99:	Veränderung der bereinigten Kosten je Fall nach Krankenhausträgerschaft (1991-2010).....	290
Tabelle 100:	Veränderung der Personal- und Sachkosten (2002-2010).....	292
Tabelle 101:	Veränderung der Personalkosten nach Dienstart (2002-2010).....	293
Tabelle 102:	Veränderung der Sachkosten nach Einzelposten (2002-2010).....	297
Tabelle 103:	Entwicklung der Anteile der Personal- und Sachkosten an den Brutto-Gesamtkosten (2002-2010).....	300
Tabelle 104:	Investitionsquoten (2008, 2010) .....	303
Tabelle 105:	Investitionsquoten nach Bettengrößenklasse (2008, 2010).....	305
Tabelle 106:	Schätzung der gewichteten mittleren Investitionsquoten nach Bettengrößenklasse (2008, 2010).....	306
Tabelle 107:	Krankenhäuser mit Neuanschaffung Medizinisch-technischer Großgeräte und Umfang der kooperativen Nutzung (2008-2010) .....	313
Tabelle 108:	Erlösanteile der Kontengruppen 40 bis 43 nach KHBV (2004-2010).....	315
Tabelle 109:	Erlösanteile der Kontengruppen 40 bis 43 nach KHBV und Bettengrößenklasse (2008-2010) .....	316
Tabelle 110:	Erlöse aus ambulanten Operationen nach § 115b SGB V je Krankenhaus (2004-2010) .....	317
Tabelle 111:	Erlöse aus ambulanten Operationen nach § 115b SGB V je Krankenhaus nach Bettengrößenklasse (2004-2010).....	318

Tabelle 112:	Durchschnittliche Erlöse aus ambulanten Operationen nach § 115b SGB V je Fall (2006-2010).....	318
Tabelle 113:	Durchschnittliche Erlöse aus ambulanten Operationen nach § 115b SGB V je Fall nach Bettengrößenklasse (2008-2010).....	319
Tabelle 114:	Anzahl Rehabilitationseinrichtungen, aufgestellter Betten und Anzahl Betten je 100.000 Einwohner (1991-2010).....	321
Tabelle 115:	Anzahl Rehabilitationsfachabteilungen (1991-2010).....	323
Tabelle 116:	Anzahl der im Rehabilitationssektor aufgestellten Betten nach Fachabteilung (1991-2010).....	324
Tabelle 117:	Fallzahl und Pflagestagevolumen in Rehabilitationseinrichtungen (1991-2010).....	325
Tabelle 118:	Fallzahl in Rehabilitationseinrichtungen nach Fachabteilung (1991-2010).....	327
Tabelle 119:	Durchschnittliche Verweildauer in Rehabilitationseinrichtungen nach Fachabteilung (1991-2010).....	329
Tabelle 120:	Anzahl Vollkräfte in Rehabilitationseinrichtungen nach Dienstart (1991-2010).....	330
Tabelle 121:	Anteil Patientenzugänge aus Krankenhäusern an allen Patientenzugängen in Rehabilitationseinrichtungen nach Fachabteilung (1991-2010).....	335
Tabelle 122:	Anteil Patientenabgänge in Krankenhäusern an allen Patientenabgängen in Rehabilitationseinrichtungen nach Fachabteilung (1991-2010).....	336
Tabelle 123:	Ambulante Behandlung in Krankenhäusern (2008-2010).....	339
Tabelle 124:	Ambulante Behandlung in Krankenhäusern (2006-2010).....	340
Tabelle 125:	Notfallversorgung durch Krankenhäuser (2006-2010).....	342
Tabelle 126:	Gründe für Fallzahlsteigerung in der Notfallaufnahme (2008-2010).....	344
Tabelle 127:	Anzahl ambulanter Operationen im Krankenhaus nach § 115b SGB V nach Bettengrößenklasse (2002-2010).....	348
Tabelle 128:	GKV-Ausgaben für Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V (1991-2010).....	355
Tabelle 129:	Im Qualitätsmanagement tätiges Personal in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) je Krankenhaus (2008-2010).....	359
Tabelle 130:	Zertifizierungen nach Zertifizierungsverfahren (2004-2010).....	360
Tabelle 131:	Entwicklung von Strukturen und Instrumenten des Qualitätsmanagements (2004-2010).....	362
Tabelle 132:	Gründe für hausinternen Ausbau des Qualitätsmanagements (2008-2010).....	363
Tabelle 133:	Implementierte Klinische Pfade (2008-2010).....	364
Tabelle 134:	Implementierte Klinische Pfade (2004-2010).....	364
Tabelle 135:	Implementierte Klinische Pfade im Rahmen von Zertifizierungsverfahren (2008-2010).....	365
Tabelle 136:	Fallzahl mit Behandlung über Klinische Pfade (2008-2010).....	366
Tabelle 137:	Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Karotis-Rekonstruktion (2004-2010).....	368
Tabelle 138:	Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Gynäkologische Operationen (2004-2010).....	370

Tabelle 139:	Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Geburtshilfe (2004-2010).....	372
Tabelle 140:	Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Mammachirurgie (2008-2010).....	373
Tabelle 141:	Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Hüftgelenknahe Femurfraktur (2004-2010) .....	375
Tabelle 142:	Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (2004-2010).....	376
Tabelle 143:	Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (2004-2010).....	378
Tabelle 144:	Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Ambulant erworbene Pneumonie (2008-2010).....	379
Tabelle 145:	Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Herzschrittmacher-Implantation (2004-2010).....	380
Tabelle 146:	Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (2004-2010).....	381
Tabelle 147:	Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (2006-2010) .....	383
Tabelle 148:	Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) (2004-2010).....	385
Tabelle 149:	Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch) (2004-2010) .....	387
Tabelle 150:	Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Koronarchirurgie, isoliert (2004-2010) .....	389
Tabelle 151:	Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (2004-2010) .....	391
Tabelle 152:	Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Herztransplantation (2008-2010) .....	392
Tabelle 153:	Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Lungen- und Herz-Lungentransplantation (2008-2010).....	393
Tabelle 154:	Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Lebertransplantation (2008-2010) .....	393
Tabelle 155:	Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Leberlebendspende (2006-2010) .....	395
Tabelle 156:	Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Nierentransplantation (2008-2010).....	396
Tabelle 157:	Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Nierenlebendspende (2006-2010).....	397

Tabelle 158:	Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (2008-2010).....	398
Tabelle 159:	Anteil Fälle mit Revisionsoperation an allen operierten Fällen nach Bundesland (2006-2010) .....	400
Tabelle 160:	Anteil Fälle mit Revisionsoperation an allen operierten Fällen nach Bettengrößenklasse (2006-2010) .....	401
Tabelle 161:	Standardisierte poststationäre Mortalitätsratios (2004-2010) .....	404
Tabelle 162:	Standardisierte Mortalitätsratios nach MDCs (G-DRG-System Version 2010; Referenzjahr 2008; 2010).....	406
Tabelle 163:	Standardisierte Mortalitätsratios nach G-DRGs, TOP-10 G-DRGs nach Fallzahl (G-DRG-System Version 2010; Referenzjahr 2008; 2010).....	408
Tabelle 164:	Standardisierte Mortalitätsratios nach G-DRGs mit der höchsten Anzahl Verstorbener stationär und 30 Tage poststationär (G-DRG-System Version 2010; Referenzjahr 2008; 2010).....	410
Tabelle 165:	Durchschnittliche MDK-Prüfquote (Einzelfallprüfungen; 2004-2010).....	419
Tabelle 166:	Rechnungskorrekturbeträge nach MDK-Prüfungen (Stichproben- und Einzelfallprüfungen) (2006-2010) .....	428

## Abkürzungsverzeichnis

aF	alte Fassung
AHB	Anschlussheilbehandlung bzw. Anschlussrehabilitation
AICD	Automatischer implantierbarer Cardioverter Defibrillator
AiP	Arzt im Praktikum
AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen
BAG	Schweizer Bundesamt für Gesundheit
BGBI	Bundesgesetzblatt
BKK	Betriebskrankenkassen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BPfIV	Bundespflegesatzverordnung
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung
BR	Bewertungsrelation
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
CC	Complication or Comorbidity [Komplikation oder Komorbidität]
CCL	Complication or Comorbidity Level [Schweregrad einer Komplikation oder Komorbidität]
CCM	Cardiac Contractility Modulation [Kardiale Kontraktionsmodulation]
CHM	Compiled HTML Help (Dateiformat für Hilfedateien)
CM	Case-Mix
CMI	Case-Mix-Index
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien
DMP	Disease Management Programm (strukturiertes Behandlungsprogramm)
DRG	Diagnosis-Related Group [Diagnosebezogene Fallgruppe]
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EK	Ersatzkassen
EQ	Ergebnisqualität
FPVBE	Verordnung zur Bestimmung besonderer Einrichtungen im Fallpauschalensystem für Krankenhäuser
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
FPG	Fallpauschalengesetz
FPV	Fallpauschalenvereinbarung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G-DRG	German Diagnosis-Related Group
GIS	Geographisches Informationssystem
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	GKV-Spitzenverband; Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GKV-VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung

GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung
HD	Hauptdiagnose
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems [Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme]
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification -
IKK	Innungskrankenkassen
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IV	Integrierte Versorgung
KBS	Knappschaft-Bahn-See
KFPV	Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser
KH	Krankenhaus
KHBV	Krankenhaus-Buchführungsverordnung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHRG	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
KHStatV	Krankenhausstatistik-Verordnung
KIS	Krankenhausinformationssystem
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkassen
MDC	Major Diagnostic Category [Hauptdiagnosegruppe]
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
ND	Nebendiagnose
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PCCL	Patient Clinical Complexity Level [Patientenbezogener Gesamtschweregrad]
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen
PKS	Patientenklassifikationssystem
PKV	Private Krankenversicherung
PPS	prospective payment system
PQ	Prozessqualität
SFB	Sozialmedizinische Fallberatung
SGB	Sozialgesetzbuch
SMR	Standardisierte Mortalitätsratio
VBE	Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen
VWD	Verweildauer
VZÄ	Vollzeitäquivalente
ZE	Zusatzentgelt



# 1 Einführung

## 1.1 Ausgangssituation

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurden Ende des Jahres 1999 die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung (Selbstverwaltungspartner) beauftragt, ein „durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem“ (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) für Krankenhausleistungen zu vereinbaren und zum 1. Januar 2003 einzuführen. Dies entsprach der konsequenten Fortsetzung des mit der Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten im Jahr 1996 begonnenen Weges einer zunehmend medizinisch leistungsorientierten Vergütung der Krankenhäuser.<sup>1</sup>

Nach einer budgetneutralen Übergangsphase in den Jahren 2003 und 2004 wurde das neue Vergütungssystem durch die schrittweise Angleichung der krankenhausesindividuellen Basisfallwerte an die Landesbasisfallwerte im Verlauf einer 5-jährigen Konvergenzphase scharf geschaltet.<sup>2</sup> In § 17b Abs. 8 KHG hat der Gesetzgeber die Selbstverwaltungspartner zudem beauftragt, in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des G-DRG-Fallpauschalensystems durchzuführen. Die Begleitforschung soll insbesondere die Veränderung der Versorgungsstrukturen und der Qualität der Versorgung und die Auswirkungen auf andere Versorgungsbereiche sowie Art und Umfang von Leistungsverlagerungen untersuchen: „Die Vertragsparteien [...] führen eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung, durch; dabei sind auch die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen zu untersuchen. Sie schreiben dazu Forschungsaufträge aus und beauftragen das DRG-Institut, insbesondere die Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes auszuwerten. Die Kosten dieser Begleitforschung werden mit dem DRG-Systemzu-

---

<sup>1</sup> Durch Fallpauschalen und Zusatzentgelte gem. der Bundespflegesatzverordnung wurden ab 1996 etwa 20 bis 25% des Erlösvolumens der Krankenhäuser abgerechnet.

<sup>2</sup> Die Konvergenzphase, für die zunächst ein Zeitraum von drei Jahren vorgesehen war, wurde mit dem Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz im Jahr 2004 auf fünf Jahre verlängert. Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz wurde im Jahr 2009 der letzte Konvergenzschritt auf zwei Jahre verteilt.

schlag [...] finanziert. Die Begleitforschung ist mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen. Erste Ergebnisse sind im Jahr 2005 zu veröffentlichen“. Die Begleitforschung soll somit eine Überprüfung der mit der G-DRG-Einführung verbundenen Ziele ermöglichen und dabei ggf. vorhandene Fehlentwicklungen identifizieren. Die Begleitforschung hat schließlich auch das Ziel, die mit der Einführung des G-DRG-Systems intendierte Transparenzsteigerung zu untersuchen und soll gleichzeitig auch Teil der Systemtransparenz sein.

Die G-DRG-Begleitforschung setzt damit den Wunsch des Gesetzgebers nach einer wissenschaftlichen Evaluierung von grundlegenden Veränderungen der Vergütungssystematiken des stationären Versorgungssektors fort, wie sie z. B. auch zur Bundespflegesatzverordnung 1995 durchgeführt wurde (Asmuth et al. 1999).

Die Selbstverwaltungspartner hatten im Jahr 2006 zunächst eine Vorstudie beauftragt, um relevante Forschungsfragestellungen und deren empirische Datenbasis zu identifizieren. Nach einer europaweiten Ausschreibung wurde die IGES Institut GmbH zu Beginn des Jahres 2009 dann mit der Durchführung der Begleitforschung zu den Auswirkungen des fallpauschalierenden Vergütungssystems (G-DRG-Begleitforschung) nach dieser Systematik beauftragt.

Das InEK selbst hat in den vergangenen Jahren bereits umfangreiche Auswertungen der ihm nach § 21 KHEntgG zur Verfügung stehenden Daten veröffentlicht. Mit der Umsetzung dieser ersten Stufe der Begleitforschung konnte allerdings noch nicht allen vom Gesetzgeber mit der Einführung der G-DRGs im Krankenhausfinanzierungsgesetz verankerten Anforderungen an die Begleitforschung entsprochen werden. Die G-DRG-Begleitforschung setzte in ihrer erweiterten Form nunmehr zu einem Zeitpunkt ein, zu dem die Einführung des G-DRG-Systems bereits vergleichsweise weit zurücklag und das System in den Regelbetrieb übergegangen war.

Die G-DRG-Einführung und die DRG-Konvergenzphase wurden begleitet von umfassenden weiteren Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen des stationären Sektors, aber auch der anderen Versorgungssektoren, die lediglich zu einem Teil in direktem Zusammenhang mit der fallpauschalierenden Vergütung stehen. Zudem wurden bereits vor der Einführung des G-DRG-Systems im Krankenhausbereich umfangreiche Veränderungsprozesse in Gang gesetzt, die durch die Fallpauschalierung der Vergütung ggf. noch verstärkt, nicht jedoch allein hierdurch induziert wurden. Solche Veränderungen müssen von den rein G-DRG-bedingten Veränderungen getrennt werden. Durch die retrospektive Betrachtung im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung werden die Möglichkeiten und Spielräume der Begleitforschung eingeschränkt. Die G-DRG-Begleitforschung kann sich jedoch auf eine breite Datengrundlage stützen und umfasst Daten, die für bisherige Begleitforschungen zu Auswirkungen von Vergütungsreformen im stationären Sektor in Deutschland nicht zur Verfügung standen (vgl. Abschnitt 3.2). Ins-

besondere der Zugriff auf die Leistungsdaten der Krankenhäuser gem. § 21 KHEntgG, die für die G-DRG-Begleitforschung in hochaggregierter Form verwendet werden können, ermöglicht umfangreiche Analysen, u. a. zu möglichen Veränderungen der Leistungsstruktur der Krankenhäuser. Weitere Datenquellen waren die jährlichen Meldungen der Krankenhäuser gemäß Krankenhausstatistik-Verordnung des Statistischen Bundesamtes, die hochaggregierten Ergebnisdaten der externen stationären Qualitätssicherung der BQS bzw. des AQUA-Instituts sowie Datenerhebungen bei allen nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern, bei den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung und die umfangreiche Routinedatenauswertung der Gesetzlichen Krankenversicherung.<sup>3</sup>

Seit der G-DRG-Einführung wurde eine große Zahl von Publikationen veröffentlicht, die sich mit den Auswirkungen der G-DRG-Einführung befassen.<sup>4</sup> Einige fokussieren auf spezifische Themen, andere haben einen umfassenderen Blickwinkel. Die Ergebnisse der G-DRG-Begleitforschung können somit unter Berücksichtigung der im Rahmen von anderen Forschungsvorhaben gewonnenen Erkenntnisse diskutiert werden.

## 1.2 Forschungsauftrag und Forschungsziele

§ 17b Abs. 8 KHG steckt den Rahmen und die Ziele der Begleitforschung ab. Die Begleitforschung soll untersuchen und darstellen, inwieweit die Umstellung der Vergütung der Krankenhausleistungen auf ein weitgehend fallpauschalierendes Vergütungssystem zu Veränderungen, insbesondere der Versorgungsstrukturen und der Versorgungsqualität im stationären Bereich, geführt hat und welche Auswirkungen auf andere Versorgungsbereiche daraus resultieren.

Zu den vom Gesetzgeber vorgegebenen Forschungsschwerpunkten wurde im Rahmen einer Vorstudie von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene ein Katalog von Forschungsfragen entwickelt, der eine wesentliche Grundlage für die G-DRG-Begleitforschung darstellt. Der hierdurch operationalisierte gesetzliche Auftrag umfasst annähernd 50 Forschungsfragen mit ihren Indika-

---

<sup>3</sup> Im Rahmen des ersten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung wurden auch alle gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen sowie weitere beteiligten Akteure (z. B. Verbände der Krankenhausträger, Verbände der Kostenträger, Gesundheits- und Sozialministerien, Ärztekammern u. a.) befragt.

<sup>4</sup> Z. B.: (Rau et al. 2009; Sens 2009; von Eiff et al. 2011) sowie die zahlreichen Veröffentlichungen der DRG-Research-Group (<http://drg.uni-muenster.de>).

toren, Daten- und Informationsgrundlagen. Mit dieser Definition und Abgrenzung des Forschungsauftrags wird der gesetzlich definierte Auftrag zur Begleitforschung zur Analyse von G-DRG-spezifischen Wirkungszusammenhängen präzisiert.

Thematisch lassen sich diese Forschungsfragen sechs Schwerpunkten zuordnen:

- Auswirkungen des G-DRG-Systems auf die Krankenhausstrukturen (z. B. Versorgungskapazitäten und Ausstattung nach Art und Anzahl, Kooperationen, Aufbau- und Ablauforganisation)
- Auswirkungen des G-DRG-Systems auf Leistungsmengen und Leistungsstrukturen (z. B. Leistungsmenge nach G-DRGs oder nach Hauptdiagnosen)
- Auswirkungen des G-DRG-Systems in Hinblick auf ökonomische Aspekte (z. B. Kosten und Erlöse der Krankenhäuser, Investitionsverhalten)
- Auswirkungen des G-DRG-Systems auf andere Versorgungsbereiche (z. B. sektorübergreifende Leistungsverlagerung, induzierte Strukturanpassungen)
- Auswirkungen des G-DRG-Systems auf die Qualität des stationären Leistungsgeschehens
- Auswirkungen des G-DRG-Systems auf weitere Bereiche (z. B. Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit, Prüfverhalten durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung).<sup>5</sup>

Der Forschungsbericht orientiert sich in weiten Teilen an dieser thematischen Struktur, durchbricht diese allerdings, wenn die Autoren zielführende Verbindungen zwischen den Themenfeldern herstellen.

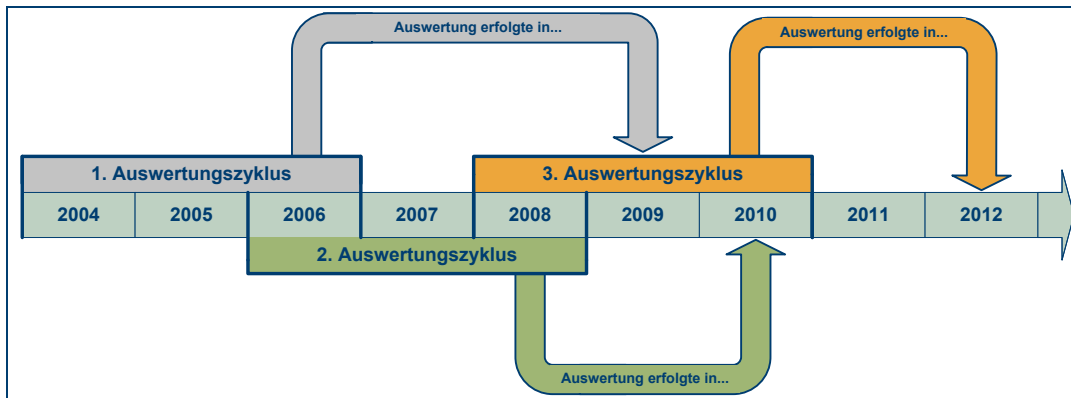
Die vorliegende Untersuchung stellt die Ergebnisse des dritten Forschungszyklus der Begleitforschung nach § 17b Abs. 8 KHG dar, der sich im Wesentlichen auf das Ende der Konvergenzphase des G-DRG-Systems, also die Jahre 2008 bis 2010, bezieht. Im ersten Forschungszyklus, dessen Ergebnisse im April 2010 veröffentlicht wurden, bezogen sich die Untersuchungen im Wesentlichen auf die Einführungsphase des G-DRG-Systems, also die Jahre 2004 bis 2006 (vgl. Fürstenberg et al. 2010), und im zweiten Forschungszyklus, des-

---

<sup>5</sup> Auswirkungen des G-DRG-Systems auf die Transparenz des Leistungsgeschehens, auf Strukturen und Kosten der Krankenkassen sowie auf die Akzeptanz des Vergütungssystems wurden primär im ersten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung untersucht.

sen Ergebnisse im Juni 2011 veröffentlicht wurden (Fürstenberg et al. 2011), auf den Kern der Konvergenzphase, d. h. auf den Zeitraum 2006 bis 2008 (Abbildung 1).

Abbildung 1: Auswertungszyklen der G-DRG-Begleitforschung



Quelle: IGES

Um die Transparenz des Systems nicht nur zu untersuchen, sondern auch einen Beitrag zur Transparenz zu leisten, werden die Ergebnisse der G-DRG-Begleitforschung, ebenso wie die Daten, auf die bei ihrer Durchführung zurückgegriffen wurde, wie bereits im ersten und zweiten Forschungszyklus in einer allgemein zugänglichen Form veröffentlicht. Der Forschungsbericht steht als PDF-Dateiformat, die Datenbasis in Form einer Access-Datenbank auf der Internetseite des InEK zum Download zur Verfügung. Zusätzlich steht der Forschungsbericht in Form einer CHM-Datei zur Verfügung und kann somit direkt aus der Access-Datenbank heraus themenspezifisch aufgerufen werden.<sup>6</sup>

### 1.3 Aufbau des Forschungsberichts

Der Aufbau des vorliegenden Berichts folgt einer Struktur, die berücksichtigt, dass die Ergebnisse der G-DRG-Begleitforschung nicht nur von den G-DRG-Experten gelesen werden, die den Prozess der Einführung des G-DRG-Systems, der begleitenden Regularien und deren Weiterentwicklung in den vergangenen Jahren stetig begleitet und nachvollzogen haben.

Aus diesem Grund werden in Kapitel 2 zunächst der gesetzliche Rahmen, der Einführungsprozess und die Entwicklung des G-DRG-Systems beschrieben.

<sup>6</sup> CHM ist ein Dateiformat für Hilfedateien.

Hier erfolgt in der gebotenen Tiefe auch eine Beschreibung des Vergütungssystems und seiner Entwicklungsschritte, um die Spezifika der G-DRG-Systematik hervorzuheben.

Kapitel 3 beschreibt die bei der G-DRG-Begleitforschung angewandten Methoden und einbezogenen Datengrundlagen sowie den Umgang mit Störgrößen.

In dem umfangreichen empirischen Kapitel 4 werden die Daten der G-DRG-Begleitforschung ausführlich beschrieben und analysiert. Dieses Kapitel gliedert sich anhand der Themenbereiche der G-DRG-Begleitforschung (vgl. Abschnitt 1.2). Da keine Darstellung der gesamten Datenbasis erfolgen kann, wurde eine Auswahl der wichtigsten Daten getroffen. Die gesamte Datenbasis steht in Form einer Access-Datenbank zusätzlich zum Forschungsbericht zur Verfügung.

Die Interpretation und Diskussion der empirischen Auswertungen zu den Auswirkungen des G-DRG-Systems erfolgt in Kapitel 5.

## 2 Das G-DRG-System

Die Ausgestaltung der Einführung des G-DRG-Systems, dessen Funktionsweise und die Anreize dieses Vergütungssystems wurden bereits im Endbericht zum ersten und zweiten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung dargestellt (vgl. Endbericht zum ersten Forschungszyklus; Endbericht zum zweiten Forschungszyklus). Aufgrund der Relevanz dieser Grundlagen auch für den vorliegenden Bericht wurden sie auf den Stand des G-DRG-Systems 2010 aktualisiert und werden im Folgenden erneut dargestellt.

### 2.1 Einführungsprozess und gesetzlicher Rahmen

Die Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Entgeltsystems für die Vergütung der Allgemeinen Krankenhausleistungen wurde mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 bereits im Jahr 1999 beschlossen.<sup>7</sup> Den Selbstverwaltungspartnern (den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft) wurde die Vereinbarung über das neue System, das sich an dem international bereits eingesetzten Vergütungssystem der Diagnosis-Related Groups (DRGs) orientieren sollte,<sup>8</sup> sowie seine Weiterentwicklung übertragen. Hierzu gründeten sie im Jahr 2001 das deutsche DRG-Institut, die InEK GmbH (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus).

Die Einführung des G-DRG-Systems erfolgte für das Jahr 2003 auf freiwilliger Basis und war in den Jahren 2003 und 2004 für die Krankenhäuser zunächst budgetneutral; mithin wurden die Krankenhausbudgets noch nach altem Recht verhandelt und die Höhe der G-DRG-Fallpauschalen ließ in diesem Jahr die Höhe der Krankenhausbudgets unbeeinflusst (vgl. Tuschen und Trefz 2004, S. 107 ff.). Die meisten Krankenhäuser (1.010) stiegen bereits im Jahr 2003 frei-

---

<sup>7</sup> Eine ausführlichere Beschreibung des Einführungsprozesses des G-DRG-Systems in Deutschland findet sich im Endbericht des ersten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG (vgl. Endbericht zum ersten Forschungszyklus).

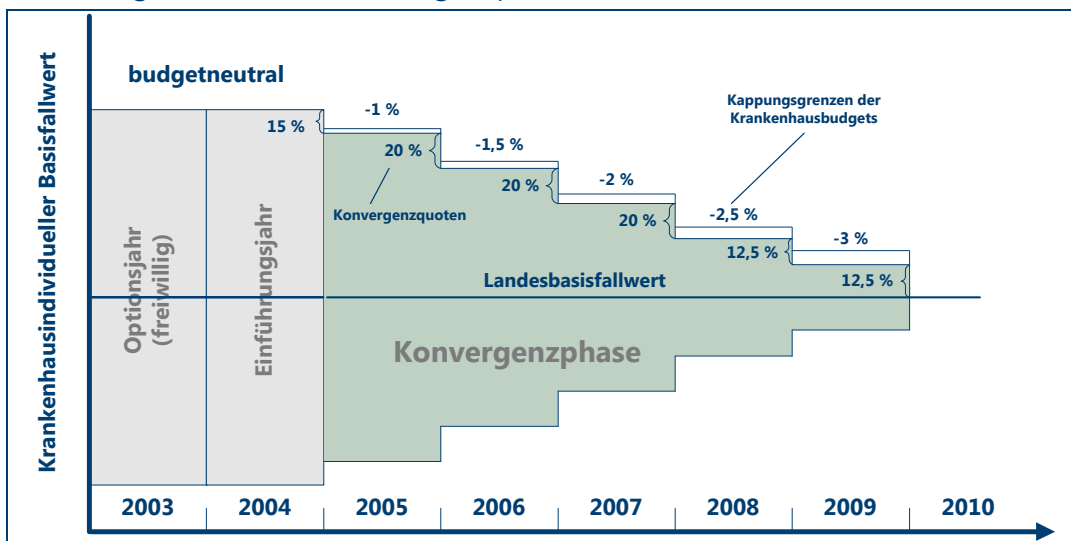
<sup>8</sup> Das australische AR-DRG-System wurde als Ausgangsbasis für das G-DRG-System (German Diagnosis-Related Groups) ausgewählt.

willig auf die Abrechnung nach dem G-DRG-System um, weitere 545 Krankenhäuser folgten im Jahr 2004.

Mit dem zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz (2. FPÄndG) wurde insbesondere die Ausgestaltung der Konvergenzphase (die schrittweise Angleichung der krankenhausesindividuellen Basisfallwerte („Preise“) an die Landesbasisfallwerte) für die Krankenhäuser verändert.

So wurden die Stufen der Anpassung der unterschiedlich hohen Krankenhausbudgets an die neuen, landesweit einheitlichen DRG-Preisniveaus (Landesbasisfallwerte) über den Zeitraum von 2005 bis 2009 (ursprünglich 2005 bis 2007) in Schritten von 15%, drei mal 20% und 25% gedehnt sowie eine auf die Dauer der Konvergenzphase befristete Verlustobergrenze eingeführt, die sich beginnend bei 1% im Jahr 2005 in Schritten von je 0,5 Prozentpunkten auf 3% im Jahr 2009 erhöhte und damit zu schnelle Budgetabsenkungen der deutlich über Landesbasisfallwertniveau liegenden Krankenhäuser milderte (vgl. Abbildung 2). Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) wurde im Jahr 2009 der letzte Konvergenzschritt auf zwei Jahre verteilt.

Abbildung 2: G-DRG-Konvergenzphase



Quelle: IGES (nach Tuschen 2009)

Nachfolgend sind die wichtigsten Meilensteine der Vorbereitung, Einführung und Umsetzung des G-DRG-Systems dargestellt.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Die Arbeiten der InEK GmbH zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems sind in Abschnitt 2.4 ausführlicher beschrieben.



Tabelle 1: Meilensteine der G-DRG-Einführung/Entwicklung

Zeitangabe	Meilenstein
22.12.1999	Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000)
27.06.2000	Beschluss der Selbstverwaltungspartner, das australische AR-DRG-System in der Version 4.1 als Grundlage für ein deutsches DRG-System zu verwenden (Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17b KHG)
10.05.2001	Gründung der InEK GmbH
23.04.2002	Verabschiedung des Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG), welches das Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG) enthielt, das die Umsetzung der Systemeinführung konkretisierte
20.07.2002	Übergabe des G-DRG-Kataloges Version 0.9, der das Mapping der deutschen Diagnose- und Prozedurenschlüssel zu den DRG-Fallgruppen der AR-DRGs definierte
05.09.2002	Veröffentlichung des G-DRG-Systems Version 1.0, in das die sich aus der Kalkulation ergebenden ersten Änderungen am Fallpauschalen-Katalog eingearbeitet waren
19.09.2002	Verabschiedung der KFPV durch das BMG per Verordnung
20.12.2002	Erstmalige Durchführung des „Strukturierten Dialoges“ zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems, der seitdem jährlich wiederholt wird
ab 01.01.2003	Freiwilliger Umstieg der Krankenhäuser auf eine Abrechnung nach G-DRGs
17.07.2003	Verabschiedung des Fallpauschalenänderungsgesetzes (FPÄndG)
13.10.2003	Fallpauschalenverordnung 2004 durch Ersatzvornahme des BMGS
19.12.2003	Verordnung zur Bestimmung besonderer Einrichtungen im Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 (Fallpauschalenverordnung besondere Einrichtungen 2004 - FPVBE 2004) durch Ersatzvornahme des BMGS
ab 01.01.2004	Obligatorischer Umstieg der Krankenhäuser auf eine Abrechnung der allgemeinen, voll- und teilstationären Krankenhausleistungen nach G-DRGs. Mit Ausnahme der in § 1 Abs. 2 der Psych-PV genannten Einrichtungen und der Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin
16.09.2004	Abschluss der Fallpauschalenvereinbarung 2005 (FPV 2005) durch die Selbstverwaltungspartner (seitdem jährliche Vereinbarungen)
15.12.2004	Verabschiedung des Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetzes (2. FPÄndG)
ab 2005	Beginn der Konvergenzphase, d. h. schrittweise Heranführung des krankenhausindividuellen Erlösbudgets an ein landeseinheitliches G-DRG-Preisniveau
12.05.2005	Verordnung zur Bestimmung besonderer Einrichtungen im Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005 (Fallpauschalenverordnung besondere Einrichtungen 2005 - FPVBE 2005) durch Ersatzvornahme des BMGS
30.11.2005	Abschluss der Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2006 (VBE 2006) durch die Selbstverwaltungspartner (seitdem jährliche Vereinbarungen)
01.04. 2007	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz Einführung einer Aufwandspauschale in Höhe von 100 € zulasten der Krankenkassen für MDK-Einzelfallprüfungen, bei denen nach der Prüfung keine Minderung des Abrechnungsbetrags vorgenommen wird; Reduzierung des Mindererlösausgleichs von 40% auf 20% für sonstige Fallpauschalen und ZE (erstmalig für Ausgleiche aus dem Jahr 2007); Einführung eines „Sanierungsbeitrags“ für die gesetzliche Krankenversicherung (Krankenhausrechnungen für allgemeine Krankenhausleistungen werden in den Jahren 2007 und 2008 um 0,5% gekürzt)
17.03.2009	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz Verlängerung der Konvergenzphase um ein Jahr; Erhöhung der Aufwandspauschale zulasten der Krankenkassen für MDK-Einzelfallprüfungen, bei denen nach der Prüfung keine Minderung des Abrechnungsbetrags vorgenommen wird, auf 300 €, Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität von Stichprobenprüfungen; Angleichung der Landesbasisfallwerte jeweils zum 1. Januar der Jahre 2010 bis 2014 in Richtung eines bundesweit einheitlichen Basisfallwertkorridors (von +2,5 Prozent bis -1,25 Prozent um den einheitlichen Basisfallwert)

31.12.2010	Entwicklung von Investitionspauschalen (Einführung 2012); Entwicklung eines pauschalierten Vergütungssystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen auf Basis tagesbezogener Entgelte (Einführung 2013) Ende der DRG-Konvergenzphase
------------	---

Quelle: IGES (nach Tuschen und Trefz 2004)

## 2.2 Ziele der G-DRG-Einführung

Die mit der Einführung des fallpauschalierenden Entgeltsystems verbundenen Zielstellungen sind in der Begründung des Deutschen Bundestages zum Fallpauschalengesetz (vgl. BT-Drs. 14/6893) abgegrenzt. Das neue Entgeltsystem soll das Leistungsgeschehen im Krankenhausbereich

- transparenter machen,
- die Wirtschaftlichkeit fördern und
- die im System tagesgleicher Pflegesätze angelegten Fehlanreize insbesondere zur Verlängerung der Verweildauer beseitigen.

Die direkte Verknüpfung der erbrachten Leistungen mit der Vergütung soll dazu beitragen, dass die Ressourcen krankenhausintern wie auch krankenhausübergreifend

- bedarfsgerechter und
- effizienter

eingesetzt werden (vgl. Tuschen und Trefz 2009). Mithin soll das neue Vergütungssystem auch dazu beitragen, die in der bisherigen Budgetsystematik angelegten Hemmnisse für einen leistungsorientierten Fluss der Finanzmittel abzubauen; das Geld soll der Leistung folgen können.

Mit der Umstellung des Entgeltsystems war auch die Erwartung verbunden, dass die leistungsorientierte Vergütung der Krankenhäuser zu mehr Wettbewerb und zu einer stärker am Bedarf orientierten Entwicklung der Leistungsstrukturen und Leistungskapazitäten führt.

Des Weiteren wurde erwartet, dass die für die Qualitätssicherung vorgesehenen Instrumente zusammen mit der Transparenz der Leistungen zu einer Verbesserung der Qualität in der stationären Versorgung führen.

## 2.3 Funktionsweise des G-DRG-Systems

DRGs (Diagnosis-Related Groups) sind ein Patientenklassifikationssystem (PKS), das Patienten klinisch definierten Klassen mit ähnlichen Behandlungskosten zuordnet. In der Regel werden DRG-Systeme zur Klassifizierung von stationären Behandlungsfällen verwendet. Ein Behandlungsfall wird hierbei genau einer DRG zugewiesen.<sup>10</sup> Die deutsche Version der DRGs wird als G-DRG-System (German Diagnosis-Related Group) bezeichnet. Mit einem solchen Patientenklassifikationssystem soll die klinische Sichtweise auf den Patienten mit seinen Symptomen und Diagnosen verbunden werden mit der ökonomischen Sichtweise auf den Ressourcenaufwand für Diagnostik und Therapie. Diese beiden Sphären sollen somit durch ein einheitliches Begriffssystem („Produktdefinition“) miteinander verbunden werden (vgl. Fetter et al. 1990).

### 2.3.1 Entwicklung der DRGs

Patientenklassifikationssysteme werden für verschiedene Anwendungszwecke genutzt, neben der Verwendung als Vergütungsinstrument z. B. auch für Leistungs- und Qualitätsvergleiche, zur Budgetfestsetzung bzw. zur Budgetfortschreibung (vgl. auch Lungen und Rath 2009). Es wurden eine Reihe weiterer Patientenklassifikationssysteme entwickelt, die DRGs haben sich als Vergütungsinstrument jedoch am weitesten durchgesetzt.

Die Entwicklung der DRGs begann 1967 in den USA. Robert B. Fetter und John D. Thompson entwickelten an der Yale University ein Programm zur Kontrolle der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen des Universitätsklinikums. Ziel war zunächst, den Output eines Krankenhauses durch ein System zur Klassifizierung von Patienten darzustellen, um die Krankenhausleistung messen und evaluieren zu können. Mit einer solchen „Produktdefinition“ wurde dann die Möglichkeit gesehen, Methoden der Industriebetriebslehre wie Kosten- und Qualitätskontrolle in vollem Umfang im Krankenhaus anzuwen-

---

<sup>10</sup> Im Unterschied zu diesem sogenannten Zellansatz arbeiten andere Patientenklassifikationssysteme mit einem Zuschlagsansatz, bei dem einem Patienten bzw. einem Versicherten je nach Krankheitslast auch mehrere Zuschläge zugeordnet werden können. Beispiele für diese Verfahren sind der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich und das PKS zur Fortschreibung des morbiditätsorientierten Behandlungsbedarfs im vertragsärztlichen Versorgungssektor. Beim Zuschlagsansatz wird die Höhe der Zuschläge in der Regel mit Hilfe eines linearen Regressionsmodells bestimmt ( $\beta$ -Koeffizienten), die somit nicht dem Mittelwert der Behandlungskosten entsprechen wie es beim Zellansatz im G-DRG-System der Fall ist.

den. Die Arbeiten führten 1977 zur ersten Vorstellung einer DRG-Klassifikation (Yale-DRG) und 1980 zur ersten Anwendung eines DRG-basierten Vergütungssystems in 26 Akutkrankenhäusern in New Jersey. 1983 wurde ein überarbeitetes System für die Vergütung der Medicare<sup>11</sup>-Versicherten in den USA landesweit eingesetzt (Health Care Financing Administration DRGs [HCFA-DRGs]). DRG-Systeme wurden im Weiteren insbesondere durch eine differenzierte Bewertung von ressourcensteigernden Kriterien (z. B. Diagnosen, Alter) verfeinert (Refined DRG-Systeme). Hierbei nahm auch die Zahl der Fallgruppen zu. Inzwischen sind DRG-Systeme international weit verbreitet und werden auch in vielen europäischen Ländern im Rahmen der Krankenhausvergütung eingesetzt (Rochell und Roeder 2001). Dabei werden in einigen Ländern bestehende DRG-Systeme übernommen bzw. weiterentwickelt (z. B. Schweiz, Deutschland), in anderen Ländern hingegen auch vollständige Neuentwicklungen durchgeführt (z. B. in den Niederlanden (Diagnose Behandeling Combinatie [DBC]) oder Österreich (Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung [LKF])).

Durch die verschiedenen Zielsetzungen und durch landesspezifische Anpassungen finden sich sehr heterogene Ausgestaltungen der DRG-Systeme. In dem englischen HRG (Healthcare Resource Groups)-DRG-System sind Prozeduren das Hauptkriterium der Zuordnung, in Österreich werden Fälle hingegen entweder in eine Hauptdiagnosegruppe oder in eine Prozedurengruppe eingruppiert. Auch der Anwendungskontext ist in den Anwenderländern sehr unterschiedlich und beschränkt sich nicht nur auf den stationären Sektor. Die niederländischen DBC basieren auf der Zuordnung einer Behandlungsperiode und sind somit sektorübergreifend angelegt.

DRGs werden in einigen Ländern nur von einem Teil der Krankenhäuser angewandt (z. B. nur private Krankenhäuser oder nur öffentliche Krankenhäuser) und der Anteil, den die Abrechnung nach DRGs am Gesamtbudget eines Krankenhauses ausmacht, variiert ebenfalls deutlich (vgl. Erlandsen 2008, S. 6).

Häufig existieren Staffelungen der Vergütung nach bestimmten Kriterien. Während unter anderem in Deutschland, Dänemark und Italien nach Region (z. B. Bundesland) differenziert wird, werden in Spanien etwa 60 Faktoren genutzt, um Unterschiede der Krankenhäuser zu berücksichtigen, und in Frankreich werden die Krankenhäuser in fünf Krankenhaustypen eingeteilt und die Vergütung entsprechend adjustiert. In vielen Ländern bestehen z. T.

---

<sup>11</sup> Medicare ist die staatliche Versicherung für Rentner in den USA.

deutliche regionale Unterschiede in der Ausgestaltung der jeweiligen DRG-Systeme.

Die meisten DRG-Systeme haben spezifische Regelungen für die Behandlung von Langliegern, um das Kostenrisiko der Krankenhäuser für diese Patienten zu reduzieren und die Kostenhomogenität der DRGs zu verbessern. Hingegen existieren in nur wenigen Ländern (neben Deutschland u. a. Frankreich) auch Regelungen für Kurzlieger. In nahezu allen DRG-Systemen existieren zudem Regelungen zu additiven Vergütungsbestandteilen, z. B. für seltene oder besonders teure Leistungen (vgl. Schreyögg et al. 2006).

Der Ansatz, alle Krankenhauskosten durch ein DRG-System zu vergüten, wie er in Deutschland verfolgt wurde, ist jedoch weltweit einzigartig.

### 2.3.2 G-DRG-Klassifikation

Jeder stationäre Behandlungsfall wird anhand des Klassifikationsalgorithmus genau einer der 1.200 G-DRGs zugeordnet (G-DRG-Version 2010). Diese Zuordnung ist eindeutig; d. h., identisch dokumentierte Behandlungsfälle werden immer der gleichen G-DRG zugewiesen. Die Zuordnung variiert ausschließlich hinsichtlich der verschiedenen Versionen des G-DRG-Systems. Die Zuordnung eines Behandlungsfalles in eine G-DRG erfolgt anhand spezifischer gruppierungsrelevanter Attribute durch lizenzierte Gruppierungssoftware (Grouper).<sup>12</sup> Für die Gruppierung relevant sind u. a. folgende Kriterien:

- demographische Informationen wie z. B. Alter und Geschlecht
- Informationen zur Morbidität wie z. B. Hauptdiagnose und Nebendiagnose(n)
- Informationen über erbrachte Leistungen wie z. B. Prozedur(en) oder die Zahl an Beatmungstunden
- Informationen über den stationären Aufenthalt wie z. B. Verweildauer, Art der Aufnahme, Art der Entlassung.

Von ausschlaggebender Bedeutung bei der Zuordnung eines Behandlungsfalles in eine G-DRG sind die Hauptdiagnose (und ggf. die Nebendiagnosen) und die ggf. durchgeführten Prozeduren. Die Diagnosen müssen nach der

---

<sup>12</sup> Die Zertifizierung der Umsetzung des korrekten Gruppierungsalgorithmus erfolgt im G-DRG-System durch das InEK. Hierdurch wird eine beliebige Zahl von Softwareanbietern in die Lage versetzt, einen entsprechenden Grouper zu entwickeln, zu zertifizieren und zu vertreiben. Für die G-DRG-Versionen 1.0 bis 2010 wurden jeweils zwischen 15 und 17 Produkte zertifiziert.

ICD-10-GM in der jeweils gültigen Version und die Prozeduren nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS in der jeweils gültigen Version dokumentiert werden.<sup>13</sup>

Bedeutendstes Zuordnungskriterium ist die Hauptdiagnose, die den Behandlungsfall regelmäßig einer von 25 Hauptdiagnosegruppen (Major Diagnostic Category [MDC]) – die das G-DRG-System nach Körpersystem oder Erkrankungsursache gliedern – oder der Prä-MDC bzw. einer Fehler-DRG zuweist.

Die hierauf folgende Zuordnung in eine der drei Partitionen, die der Gliederung des G-DRG-Systems innerhalb einer MDC dienen und die Art der medizinischen Leistungserstellung (operativ, interventionell, konservativ) beschreiben (vgl. auch Abschnitt 2.3.3),<sup>14</sup> basiert hauptsächlich auf dem Vorhandensein bzw. dem Nichtvorhandensein von definierten Prozeduren. Wurde eine im G-DRG-System als operativ definierte Prozedur<sup>15</sup> erbracht, erfolgt eine Zuordnung zu der chirurgischen Partition. Wurde eine als nichtoperativ definierte Prozedur erbracht, erfolgt die Zuordnung entweder zu der anderen Partition oder zu der medizinischen Partition.

Die weitere Eingruppierung in eine Basis-DRG, der Gliederungsebene vor den G-DRGs, basiert auf den ggf. erbrachten Prozeduren, der Hauptdiagnose und ggf. auf Funktionen.<sup>16</sup>

Die G-DRGs innerhalb einer Basis-DRG<sup>17</sup> unterscheidet ihr Ressourcenverbrauch. Die Zuweisung eines Behandlungsfalles in die G-DRG basiert regelmäßig auf dem PCCL, dem Alter, der Verweildauer, der durchgeführten Prozeduren und ggf. anderen Kriterien.

---

13 Im Untersuchungszeitraum waren dies die Versionen ICD-10-GM Version 2008, ICD-10-GM Version 2009 und ICD-10-GM Version 2010 sowie die entsprechenden OPS Versionen.

14 Allerdings weisen nicht alle MDCs drei Partitionen auf.

15 Sogenannte OR-(Operating Room) Prozedur.

16 Funktionen stellen eine Weiterentwicklung des Klassifikationsalgorithmus des G-DRG-Systems (ab der Version 2005) dar. Durch eine Zusammenfassung verschiedener Attribute (meist Prozeduren und/oder Diagnosen) kann die identische Funktion bei einer Vielzahl von DRGs angewandt werden. Im G-DRG-System 2010 existieren 22 solcher Funktionen (z. B. „Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen [MSPNG]“).

17 Diese Systemarchitektur wurde im Rahmen der Systemweiterentwicklung an einigen Stellen mit dem Ziel durchbrochen, eine flexiblere Weiterentwicklung und damit eine verbesserte Abbildungsgenauigkeit zu ermöglichen.

Die Berücksichtigung der individuellen Fallschwere innerhalb einer Basis-DRG erfolgt häufig durch den Schweregrad einer Komplikation oder Komorbidität (CCL [Complication or Comorbidity Level]). Jede Nebendiagnose erhält einen CCL-Wert in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose. Anschließend erfolgt eine Zusammenfassung der einzelnen CCL-Werte zu dem Patientenbezogenen Gesamtschweregrad (PCCL [Patient Clinical Complexity Level]), der Werte zwischen 0 und 4 annehmen kann. Der PCCL-Wert wird in vielen Basis-DRGs zur Zuordnung zu einer G-DRG verwendet.

### 2.3.3 G-DRG-Notation

Die G-DRGs folgen einer vierstelligen Notation. Der erste Buchstabe definiert eine der 25 Hauptdiagnosegruppen (MDC) oder die Prä-MDC bzw. die Ziffer 9 Fehler-DRGs und sonstige DRGs.<sup>18</sup> Die folgenden beiden Ziffern definieren gemeinsam mit dem ersten Buchstaben die Basis-DRG und im Bereich der vollstationären G-DRGs mit Ausnahme der MDCs 5 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems) und 8 (Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) auch die Zuordnung zu einer der drei Partitionen:

- chirurgische Partition (01-39)
- andere Partition (40-59)
- medizinische Partition (60-99).

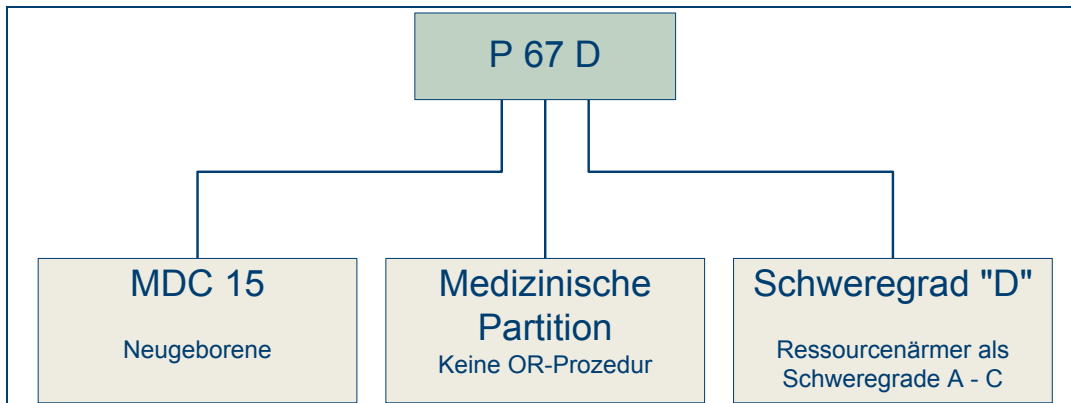
Der Buchstabe an der vierten Stelle der G-DRG-Notation definiert das Vorhandensein bzw. die Zahl der Aufteilungen (sogenannte „Splits“) einer Basis-DRG in G-DRGs aufgrund des Ressourcenverbrauchs.

Hierbei stehen der Buchstabe A für die ressourcenaufwändigste G-DRG und die Buchstaben B bis I absteigend für ressourcenärmere G-DRGs. Der Buchstabe Z definiert G-DRGs, deren Basis-DRG nicht weiter untergliedert wurde. Abbildung 3 stellt die Notation am Beispiel der in den Jahren 2008 bis 2010 mit jeweils ca. 530.000 Behandlungsfällen häufigsten G-DRG P67D (Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht >2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung >95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag) dar.

---

<sup>18</sup> Behandlungsfälle, die ungültige oder klinisch sehr untypische Informationen beinhalten, werden einer von neun (G-DRG-System 2010) Fehler-DRGs und sonstigen G-DRGs zugewiesen.

Abbildung 3: G-DRG-Notation (Beispiel G-DRG P67D)



Quelle: IGES

### 2.3.4 Bedeutung der Dokumentation

Um immer die identische DRG-Zuordnung gleicher Behandlungsfälle zu gewährleisten, wurden von den Selbstverwaltungspartnern und dem InEK die Deutschen Kodierrichtlinien veröffentlicht. Die Dokumentation der Behandlungsfälle muss gemäß den Kodierrichtlinien in der jeweiligen Version erfolgen, um eine korrekte und einheitliche Gruppierung der Behandlungsfälle zu gewährleisten. Optimalerweise sollten keine Interpretationsspielräume bei der Dokumentation der im Rahmen der Gruppierung verwendeten Attribute (insbesondere der Haupt- und Nebendiagnosen sowie Prozeduren) bestehen.

Im G-DRG-System muss genau eine stationäre Diagnose als Hauptdiagnose für einen Behandlungsfall deklariert werden. Die Hauptdiagnose ist die Diagnose eines Behandlungsfalles, die hauptsächlich für den stationären Aufenthalt des Patienten verantwortlich ist.<sup>19</sup> Eine Nebendiagnose hingegen ist eine Diagnose, die gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt.

Die Dokumentation folgt hierbei nicht immer den klinischen Abgrenzungen und die eigentliche medizinische Dokumentation in der Krankenakte des Patienten ist losgelöst vom G-DRG-System zu betrachten.

Veränderungen des Dokumentationsverhaltens aufgrund von Anpassungen der Kodierrichtlinien müssen bei einer anderen Verwendung der primär für die G-DRG-Abrechnung erhobenen Daten beachtet werden. Dies gilt insbe-

<sup>19</sup> Die exakte Definition kann gem. den Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweilig gültigen Version leicht variieren.



sondere für Versorgungsforschungsstudien, die häufig mit stationären Abrechnungsdaten durchgeführt werden. Eine Veränderung von Prävalenzen kann ausschließlich durch ein verändertes Dokumentationsverhalten hervorgerufen werden. Auch im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung treten solche Effekte auf und werden soweit möglich isoliert.

### 2.3.5 Vergütung im G-DRG-System

Jeder G-DRG ist im Fallpauschalen-Katalog (Anlage 1 Teil a bis c der Fallpauschalenvereinbarung 2010 [FPV]) bundeseinheitlich eine dimensionslose Bewertungsrelation (Relativgewicht) hinterlegt (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: G-DRG Fallpauschalen-Katalog (Ausschnitt) (2010)

DRG	Partition	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung
Y03A	operativ	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter < 16 Jahre	2,000

Quelle: InEK

Die Bewertungsrelation für die G-DRG Y03A in Höhe von 2,0 ergibt sich alleinig durch die G-DRG-Kalkulation. Die Bewertungsrelation ist nicht auf 2,0 fixiert oder genormt. Die G-DRG wurde lediglich aufgrund der einfachen Nachvollziehbarkeit als Beispiel ausgewählt.

Mit der Bewertungsrelation wird der durchschnittliche Ressourcenverbrauch im Vergleich zu einer Bezugsgröße definiert. Die Bewertungsrelationen stellen die relativen Aufwandsunterschiede zwischen den G-DRGs somit exakt dar. Die Bezugsgröße wurde in den Jahren 2004 und 2005 anhand des Mittelwertes der Fallkosten aller plausiblen Inlierfälle<sup>20</sup> in Hauptfachabteilungen der Krankenhauskalkulationsstichprobe (gewichtet mit den Häufigkeitsverteilungen der G-DRGs in der Vollerhebung der Daten gem. § 21 KHEntgG) ermittelt. Seit dem G-DRG-System 2006 wird die Bezugsgröße so angepasst, dass G-DRG-systemübergreifend die Summe der effektiven Bewertungsrelationen<sup>21</sup> aller Behandlungsfälle in Deutschland konstant bleibt (vgl. Institut für das

<sup>20</sup> Alle Fälle mit einer Verweildauer innerhalb der unteren und der oberen Grenzverweildauer einer G-DRG.

<sup>21</sup> Die effektive Bewertungsrelation entspricht der G-DRG-Bewertungsrelation des Behandlungsfalles zuzüglich bzw. abzüglich der zusätzlichen Entgelte oder Abschläge bei Anwendung der Regelungen der Fallpauschalenverordnung (z. B. Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer, zusätzliche Entgelte bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer). Additive Vergütungsbestandteile wie Zusatzentgelte oder NUBs sind hierin nicht enthalten.

Entgeltsystem im Krankenhaus 2005).<sup>22</sup> Die Bezugsgrößen variieren somit nicht nur, sondern sind im Zeitverlauf auch nicht miteinander.<sup>23,24</sup>

Zur Berechnung der Bewertungsrelationen für das G-DRG-System 2010 standen dem InEK – vor Durchführung von Datenprüfungen – die fallbezogenen Kostendaten des Jahres 2008 von 253 freiwillig an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern mit insgesamt 4,5 Mio. Fällen zur Verfügung.<sup>25</sup>

Für einige G-DRGs erfolgt zwar die Leistungsbeschreibung eines Behandlungsfalles durch eine G-DRG, eine sachgerechte Vergütung der Leistungen konnte jedoch über eine bundeseinheitliche Bewertungsrelation nicht erfolgen

---

<sup>22</sup> Durch diese Vorgehensweise konnte der Liquiditätseffekt für Krankenhäuser minimiert werden, der dadurch entstand, dass durch nicht prospektive Budgetvereinbarungen sinkende Bewertungsrelationen aufgrund der G-DRG-Systementwicklung erst verspätet durch einen Anstieg des krankenhausesindividuellen Basisfallwertes ausgeglichen werden konnten (und umgekehrt).

<sup>23</sup> Bezugsgrößen der Jahre 2004 bis 2010:

G-DRG-System	Bezugsgröße
2004	2.830,92 €
2005	2.974,89 €
2006	2.836,00 €
2007	2.735,50 €
2008	2.680,80 €
2009	2.621,30 €
2010	2.619,10 €

<sup>24</sup> Durch die Datenstruktur der G-DRG-Begleitforschung (Gruppierung aller Behandlungsfälle der Jahre 2008 bis 2010 mit der Groupversion des Jahres 2010) ergibt sich aus einer im Zeitverlauf wechselnden Bezugsgröße keine Ergebnisverzerrung.

<sup>25</sup> Seit dem Datenjahr 2005 erhalten Krankenhäuser, die an der G-DRG-Kalkulation teilnehmen, in Abhängigkeit von Anzahl und Qualität der übermittelten Datensätze eine pauschale Vergütung. Hierdurch wurden Anreize für die Krankenhäuser geschaffen, sich auch dann an der Kalkulation zu beteiligen, wenn das Krankenhaus selbst nur noch einen geringen Nutzen von der Teilnahme bzw. der Kalkulation hat. Die Datenbasis der Kalkulation der G-DRGs sollte damit hinsichtlich Umfang und Qualität dauerhaft gesichert werden.

(Anlage 3a bzw. 3b der FPV 2010).<sup>26</sup> Für diese G-DRGs sind krankenhausindividuelle Entgelte zu vereinbaren (§ 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG).

Die Ermittlung der Vergütungshöhe für einen Behandlungsfall erfolgt durch Multiplikation der Bewertungsrelation mit einem Basisfallwert. Dieser wurde in den Jahren 2004 bis 2008 krankenhausindividuell vereinbart. Seit 2009 gelten bundeslandeinheitliche Basisfallwerte (Landesbasisfallwerte), die zudem bis 2014 hin zu einem bundeseinheitlichen Basisfallwertkorridor konvergieren sollen.<sup>27</sup>

Für die G-DRG Y03A (Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter < 16 Jahre) mit der Bewertungsrelation von 2,000 ergibt sich somit bei einem angenommenen Landesbasisfallwert in Höhe des Bundesbasisfallwertes für 2010 von 2.935,78 Euro eine Vergütung in Höhe von 5.872 Euro.

Auch innerhalb der gleichen G-DRG variieren sowohl die erbrachten Leistungen als auch die eingesetzten Ressourcen z. T. deutlich. Eine G-DRG ist eine Fallpauschale für den gesamten Behandlungsfall und keine Einzelleistungsvergütung oder ein Instrument zur Kostenerstattung. Die gesetzlich vorgegebene Praktikabilität hinsichtlich des Differenzierungsgrades und somit eine Begrenzung der Anzahl der G-DRGs bedingt zwangsläufig, dass die individuellen Behandlungskosten regelmäßig von den G-DRG-Erlösen abweichen.<sup>28</sup> Eine (hinsichtlich des Ressourceneinsatzes) exakte Vergütung des Einzelfalles war nicht das Ziel der G-DRG-Einführung, da Wirtschaftlichkeitsanreize gesetzt werden sollten.

Der Erlös je G-DRG muss aufgrund der Regelungen zu den Erlösausgleichen (s. u.) allerdings nicht in allen Fällen mit einem realen Zahlungsstrom verbunden sein, da Krankenhäuser mit den Krankenkassen prospektiv ein Erlösbudget (für die bewerteten DRGs und Zusatzentgelte) und eine Erlössumme (für die unbewerteten DRGs und Zusatzentgelte) für das Folgejahr vereinbaren (§ 11 KHEntgG).<sup>29</sup> Die Vereinbarung umfasst insbesondere die im folgenden

---

<sup>26</sup> Im G-DRG-System der Version 2010 waren hiervon 41 vollstationäre und 4 teilstationäre G-DRGs betroffen.

<sup>27</sup> Die untere bzw. obere Grenze des Basisfallwertkorridors beträgt gem. § 10 Abs. 8 KHEntgG -1,25% bzw. +2,5% des Bundesbasisfallwertes.

<sup>28</sup> Über alle Fälle in Deutschland betrachtet gleichmäßig nach oben und unten, da die G-DRGs genau den Durchschnittskosten der Normallieger entsprechen.

<sup>29</sup> Bei den Vertragsparteien handelt es sich um den Krankenhausträger und die Sozialleistungsträger oder deren Arbeitsgemeinschaften, sofern auf deren Mitglieder im Vorjahr mehr als 5% der Belegungstage des Krankenhauses entfallen waren (§ 18 Abs. 2 KHG).

Jahr voraussichtliche Leistungsstruktur des Krankenhauses und die sich daraus ergebende Summe der Bewertungsrelationen (Case-Mix), das krankenhausindividuelle Erlösbudget und die Erlössumme.

Bei einer Über- oder Unterschreitung von Erlösbudget oder Erlössumme gelten besondere Regelungen zum Erlösausgleich. Seit 2009 werden Über- oder Unterschreitungen aus dem Erlösbudget und der Erlössumme zu einer Gesamterlössumme zusammengefasst und nur wenn die Gesamtsumme der Ist-Erlöse vom vereinbarten Budget abweicht, sind Erlösausgleiche vorzunehmen.

Bei einer Überschreitung sollen den Krankenhäusern ausschließlich die Mittel für zusätzlich entstandene Kosten belassen werden (Mehrerlösausgleich). Krankenhäuser müssen daher Erlöse im Rahmen des Mehrerlösausgleichs zurückzahlen. Diese Ausgleichsbeträge variieren je nach Leistungsart zwischen 25% und 65% (vgl. Tabelle 3).<sup>30</sup>

**Tabelle 3: Erlösausgleiche des Erlösbudgets (2010)**

Leistungsart	Mindererlösausgleich	Mehrerlösausgleich
Fallpauschalen für Schwerverletzte	20%	25%
Sachkostenintensive sowie schwer planbare, teure Fallpauschalen	Krankenhausindividuell	
ZE für Arzneimittel und Medikalprodukte	0%	25%
Sonstige Fallpauschalen und ZE	20%	65%
Krankenhausindividuelle Entgelte für DRGs & ZE	20%	65%
NUB, ZE für die Behandlung von Blutern	Kein Ausgleich	

Quelle: IGES

Sofern das vereinbarte Budget unterschritten wird, soll das Krankenhaus die weiterhin bestehenden Fixkosten gedeckt bekommen (Mindererlösausgleich). Auch diese Mindererlösausgleiche unterschieden sich nach Leistungsart und betragen zwischen 2004 und 2006 für die sonstigen Fallpauschalen und Zusatzentgelte zunächst 40%, seit 2007 werden diese Mindererlöse zu 20% ausgeglichen (vgl. Tabelle 3).

Trotz der neutralisierten Ergebniswirkung können durch die Erlösausgleiche Liquiditätseffekte entstehen (vgl. Tuschen et al. 2005). Um Liquiditäts- und Zinsnachteile für den jeweils Begünstigten zu reduzieren, sollen seit 2009 die Erlösausgleiche möglichst frühzeitig durchgeführt werden, falls notwendig auch durch vorläufige Abschlagszahlungen.

<sup>30</sup> Mehrerlöse, die durch eine Veränderung der Kodierpraxis entstanden, wurden bis einschließlich 2008 vollständig ausgeglichen.

Für Krankenhäuser können aus diesen Ausgleichsmechanismen spezifische Anreize resultieren, die auch das Leistungsgeschehen beeinflussen könnten.

### 2.3.6 Abrechnungsbestimmungen im G-DRG-System

Das G-DRG-System wurde um eine Vielzahl von Abrechnungsregelungen und weitere Vergütungsbestandteile erweitert, um eine sachgerechte Finanzierung des gesamten stationären Leistungsgeschehens zu ermöglichen.

#### 2.3.6.1 Berücksichtigung der Verweildauer

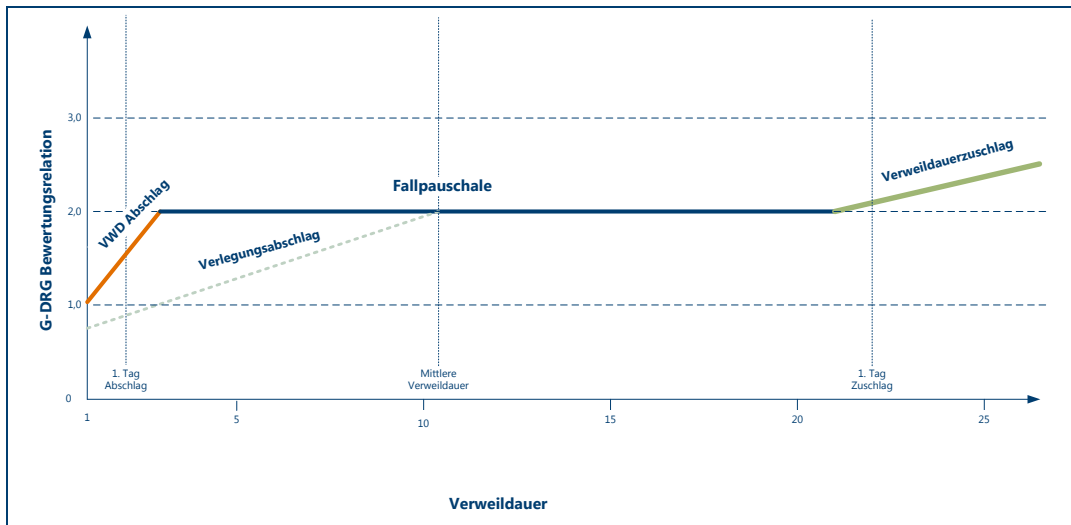
Die Bewertungsrelation einer G-DRG ist ausschließlich innerhalb der im Fallpauschalen-Katalog definierten Verweildauergrenzen fix.<sup>31</sup> Sofern ein Behandlungsfall die obere Grenzverweildauer überschreitet oder die untere Grenzverweildauer unterschreitet, werden zusätzliche Entgelte („Zuschläge“) bzw. Abschläge zu der Bewertungsrelation berechnet (vgl. Abbildung 4). In ähnlicher Weise werden Abschläge für in ein anderes Krankenhaus verlegte Patienten berechnet, sofern die im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene mittlere Verweildauer unterschritten wurde und die Fallpauschale nicht als Verlegungs-Fallpauschale im Fallpauschalen-Katalog gekennzeichnet ist.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> Behandlungsfälle, die eine Verweildauer innerhalb dieser Verweildauergrenzen aufweisen, werden als Inlier bezeichnet, Behandlungsfälle außerhalb dieser Verweildauergrenzen als Outlier.

<sup>32</sup> Von dieser Regelung sind z. B. regelmäßig G-DRGs ausgenommen, die eine bestimmte Mindestbeatmungszeit erfordern.

Abbildung 4: G-DRG-Vergütungsfunktion (Y03A) (2010)



Quelle: IGES

### 2.3.6.2 Fallzusammenführung

Bei einer Wiederaufnahme eines Versicherten in dasselbe Krankenhaus erfolgt unter bestimmten Bedingungen eine Zusammenfassung der jeweiligen Falldaten zu einem Behandlungsfall und somit zu einer G-DRG, sofern diese Fallpauschale nicht von der Regelung durch eine Kennzeichnung im Fallpauschalen-Katalog ausgenommen ist.

Eine solche Fallzusammenführung erfolgt bei

- Wiederaufnahme innerhalb der oberen Grenzverweildauer der G-DRG des ersten Aufenthaltes und der Eingruppierung des folgenden Aufenthaltes in dieselbe Basis-DRG
- Wiederaufnahme innerhalb von 30 Kalendertagen, wobei die G-DRG des ersten Aufenthaltes der medizinischen oder anderen Partition angehört und die G-DRG des folgenden Aufenthaltes der chirurgischen Partition derselben MDC angehört<sup>33</sup>
- Wiederaufnahme innerhalb der oberen Grenzverweildauer der G-DRG des ersten Aufenthaltes aufgrund von Komplikationen im Zusammenhang mit der durchgeführten Behandlung.

<sup>33</sup> Im Fallpauschalen-Katalog sind G-DRGs gekennzeichnet, die von den Regelungen gemäß a) und b) ausgenommen sind (z. B. regelmäßig bösartige Neubildungen).

Durch diese Regelungen soll der systemimmanente Anreiz zur Fallzahlsteigerung reduziert werden und ein direkter Anreiz für eine qualitativ hochwertige Behandlung gesetzt werden (vgl. Begründung zum Fallpauschalengesetz, BT-Drs. 14/6893).

### 2.3.7 Additive Vergütungskomponenten

Neben den G-DRGs und deren Zu- und Abschlägen existieren im G-DRG-System additive Vergütungskomponenten, die eine sachgerechtere Vergütung der Behandlungsfälle ermöglichen, als es alleinig durch G-DRGs möglich wäre.

#### 2.3.7.1 Zusatzentgelte

Zusätzlich zu den Fallpauschalen können in eng begrenzten Ausnahmefällen Zusatzentgelte (ZE) für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbart werden (§ 17b Abs. 1 Satz 12 KHG). Zusatzentgelte werden nach einem definierten Zusatzentgelte-Katalog (i. d. R. basierend auf hinterlegten OPS-Kodes), der ebenso wie die Fallpauschalen selbst jährlich weiterentwickelt wird, abgerechnet und stellen somit seit 2004 neben den G-DRGs eine zusätzliche Entgeltart dar.<sup>34</sup>

Im G-DRG-System 2010 betrug die Anzahl der bundesweit bewerteten Zusatzentgelte (Anlage 2 bzw. 5 der FPV 2010) 81, hinzu kamen 62 Zusatzentgelte, die krankenhausespezifisch zu vereinbaren waren (Anlage 4 bzw. 6 der FPV 2010).

Die Anzahl der Zusatzentgelte ist zwischen 2004 und 2010 um 117 kontinuierlich erweitert worden (vgl. Tabelle 4), insbesondere im Bereich der Gabe von Medikamenten und Blutprodukten. Der Anteil der bundeseinheitlich bewerteten Zusatzentgelte konnte hierbei auf 57% erhöht werden (vgl. Abschnitt 4.4.3.3)

---

<sup>34</sup> Zusatzentgelte stellen allerdings keine über das vereinbarte Krankenhaus-Budget hinausgehenden Entgelte dar, sondern sind nach Art und Umfang ebenso wie die G-DRGs prospektiv zu vereinbaren.

Tabelle 4: Zusatzentgelte in den G-DRG-Versionen 2004-2010

	G-DRG-System						
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Zusatzentgelte (mit einem Vergütungsbetrag bewertet)</b>							
Operative und interventionelle Verfahren	1	12	11	15	19	25	28
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	-	23	29	43	44	48	52
Besondere Behandlungsformen	-	-	-	1	1	1	1
<b>Zusatzentgelte (nach § 6 Abs. 1 KHEntgG; krankenhaushausindividuell zu bewerten)</b>							
Operative und interventionelle Verfahren	23	25	28	32	33	35	37
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	1	9	11	11	15	15	22
Besondere Behandlungsformen	1	2	3	3	3	3	3
<b>gesamt</b>	<b>26</b>	<b>71</b>	<b>82</b>	<b>105</b>	<b>115</b>	<b>127</b>	<b>143</b>

Quelle: IGES

### 2.3.7.2 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)

Seit 2005 können für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die durch Fallpauschalen und Zusatzentgelte noch nicht sachgerecht vergütet werden können, fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte vereinbart werden.

Im Rahmen des NUB-Verfahrens prüft das InEK zunächst, ob für das anfragende Krankenhaus in der Vergangenheit die Möglichkeit bestand, eine sachgerechte Vergütung für die angefragten Methoden/Leistungen durch Beteiligung am „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems“ zu erreichen (§ 1 Abs. 1 Satz 2 der NUB-Vereinbarung) und ob eine sachgerechte Vergütung anhand bestehender G-DRGs bzw. Zusatzentgelte vorliegt (§ 1 Abs. 1 Satz 1 der NUB-Vereinbarung). Die Anzahl der potenziell zu vereinbarenden NUBs ist zwischen 2005 und 2010 von 26 auf 89 deutlich erweitert worden (vgl. auch Abschnitt 4.4.3.4).

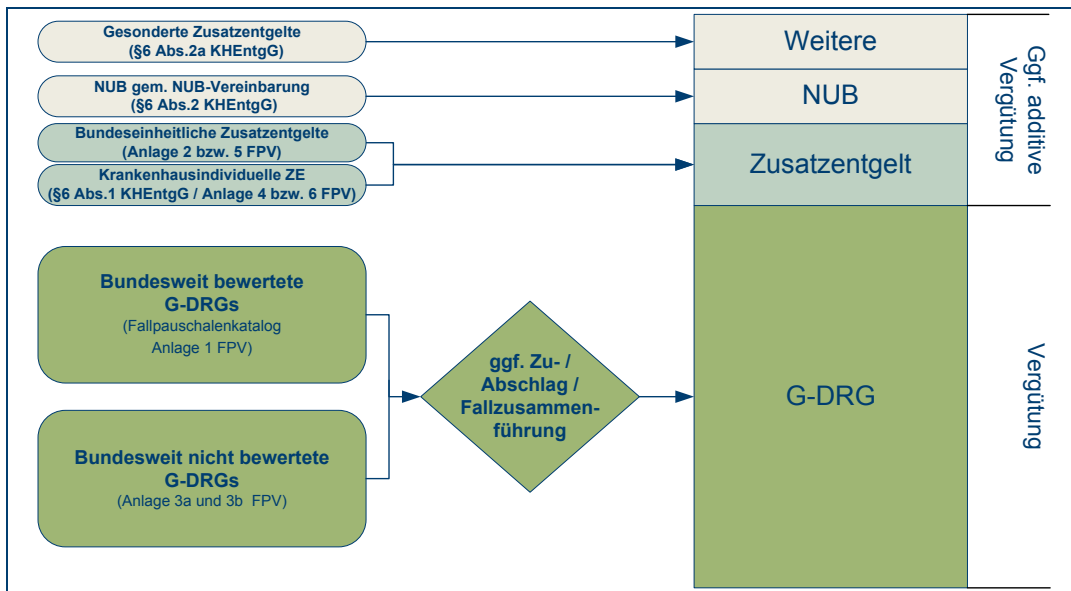
### 2.3.7.3 Gesonderte Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 2a KHEntgG

Des Weiteren besteht für die Vertragsparteien in Ausnahmefällen die Möglichkeit für Leistungen, die zwar den Fallpauschalen und Zusatzentgelten zugeordnet sind, jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, gesonderte Zusatzentgelte zu vereinbaren, sofern es sich um hochspezialisierte Leistungen handelt, die nur von sehr wenigen Krankenhäusern erbracht werden und aufgrund der Komplexität der Behandlung die Kosten der G-DRG-Vergütung um über 50% überschritten werden (§ 6 Abs. 2a KHEntgG).



Zusammenfassend ergeben sich die folgenden wichtigsten Vergütungskomponenten des G-DRG-Systems (Abbildung 5):

Abbildung 5: Vergütungskomponenten des G-DRG-Systems



Quelle: IGES

Neben diesen relevantesten Vergütungskomponenten existiert eine Vielzahl weiterer Vergütungsbestandteile, die im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung jedoch nicht betrachtet werden.<sup>35</sup>

<sup>35</sup> Im Betrachtungszeitraum zählen hierzu folgende Zu- oder Abschläge:

- DRG-Systemzuschlag für jeden abzurechnenden Krankenhausfall (2010: 0,99 €)
- 10 € Abzug vom Erlösbudget (2010) je nicht geliefertem G-DRG-Falldatensatz gem. § 21 KHEntgG
- krankenhausspezifische Zuschläge für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen sowie für Zentren und Schwerpunkte
- G-BA-Systemzuschlag (2010: 0,87 €)
- Qualitätssicherungszuschlag oder -abschlag,
- Investitionszuschlag für Krankenhäuser in den Neuen Bundesländern (5,62 € je Belegungstag)
- sofern keine andere Vereinbarung besteht, Abschlag von 50 € je vollstationären Fall für G-DRG-Krankenhäuser, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen
- Zuschlag für ein Pflegesonderprogramm (ab 2009)
- Zuschlag zur Verbesserung der Qualität der Arbeitszeitbedingungen (bis 2009) und wegen Mehrkosten aufgrund der Abschaffung des AiP (bis 2008)
- Abzug für die Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung (bis 2008)
- Sicherstellungszuschlag nach § 17b Abs. 1 KHG.

## 2.4 Entwicklung des Fallpauschalen-Kataloges

Der G-DRG-Katalog wurde seit seiner ersten Version kontinuierlich weiterentwickelt.

Die Anzahl der G-DRGs erhöhte sich in der Einführungsphase bzw. in der Kernphase der Konvergenz des G-DRG-Systems deutlich von 664 G-DRGs im Jahr 2003 auf 1.082 G-DRGs im Jahr 2007.

Bis zum Jahr 2010 nahm die Anzahl der G-DRGs weiter leicht auf insgesamt 1.200 zu (vgl. Tabelle 5). Hiervon waren lediglich 41 G-DRGs unbewertet. Erstmals konnten im Jahr 2006 auch zwei teilstationäre G-DRGs in den Fallpauschalen-Katalog aufgenommen werden. Im Jahr 2010 beinhaltete der Fallpauschalen-Katalog fünf teilstationäre G-DRGs, davon eine bewertete G-DRG.

Tabelle 5: Entwicklung der G-DRG-Versionen 2003-2010 und deren Kalkulationsgrundlagen

	G-DRG-System							
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
bewertet (Teil a FP-Katalog)	642	806	845	912	1.035	1.089	1.146	1.154
nicht bewertet (Anlage 3a FP-Katalog)	22	18	33	40	42	43	41	41
Teilstationär, bewertet (Teil c FP-Katalog)	-	-	-	2*	1	1	1	1
Teilstationär, nicht bewertet (Anlage 3b FP-Katalog)	-	-	-	-	4	4	4	4
<b>Summe G-DRGs</b>	<b>664</b>	<b>824</b>	<b>878</b>	<b>954</b>	<b>1.082</b>	<b>1.137</b>	<b>1.192</b>	<b>1.200</b>
<b>Kalkulationsgrundlagen</b>								
Krankenhäuser	116	144	148	214	263	249	251	253
Fallzahl/Rohdaten (in Mio.)	0,6	2,8	2,7	3,5	4,2	3,9	4,4	4,5
Fallzahl/nach Plausibilisierung (in Mio.)	0,5	2,2	2,3	2,8	2,9	2,8	3,1	3,3

Quelle: IGES

\* Für eine G-DRG konnte ein krankenhausesindividuelles Entgelt nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG vereinbart werden.

Auch am Ende der Konvergenzphase (2008 bis 2010) wurden die kontinuierlichen Anpassungen des G-DRG-Systems an die Versorgungsrealität fortgesetzt und es wurde versucht, das Klassifikationssystem transparenter und nachvollziehbarer zu gestalten.

Der Fallpauschalen-Katalog 2008 beinhaltete insgesamt 1.137 DRGs und nunmehr 115 Zusatzentgelte. Wie erstmals im Vorjahr 2007 beinhaltete der Fallpauschalen-Katalog fünf teilstationäre DRGs. In den beiden Folgejahren konnte die Anzahl der teilstationären DRGs nicht weiter ausgeweitet werden. Die Anzahl der Kalkulationskrankenhäuser für den Katalog 2008 lag mit 249 Krankenhäusern geringfügig unter dem Wert der Vorjahreskalkulation. Die der Kostenkalkulation zugrunde liegende Anzahl der Krankenhausfälle betrug ca. 3,9 Millionen Fälle, dies entspricht ca. 21% aller Krankenhausfälle in Deutschland, von denen ca. 2,8 Millionen Fälle auswertbar waren.

Der Fallpauschalen-Katalog 2009 beinhaltete insgesamt 1.192 DRGs und 127 Zusatzentgelte. 251 Krankenhäuser mit ca. 4,4 Millionen Krankenhausfällen (ca. 23% aller Krankenhausfälle), von denen ca. 3,1 Millionen auswertbar waren, beteiligten sich an der Kostenkalkulation. Für die Erstellung des Fallpauschalen-Kataloges 2009 wurde im Datenjahr 2007 erstmals die angepasste Fassung des Kalkulationshandbuchs Version 3.0 angewandt. In dieser Version wurde die Methodik der Kostenkalkulation vereinheitlicht, indem die innerbetriebliche Leistungsverrechnung (IBLV) als einziges Kalkulationsverfahren zugelassen wurde.<sup>36</sup> Zudem wurden einige Anforderungen an die Kalkulation erhöht, z. B. eine Vorgabe der anzuwendenden Verrechnungsschlüssel.

Für den Fallpauschalen-Katalog 2010 wurden aufgrund der zunehmenden Etablierung des G-DRG-Vergütungssystems insbesondere Ergänzungen und Verfeinerungen der Systematik, jedoch keine grundsätzlichen Änderungen vorgenommen. Die statistische Güte der Klassifikation hat sich wie bereits in den Vorjahren auch im G-DRG-System 2010 noch einmal leicht verbessert ( $R^2$  von 0,7443 auf Basis aller Fälle). Der Fallpauschalen-Katalog 2010 beinhaltete insgesamt 1.200 DRGs und 143 Zusatzentgelte. Die Anzahl der Kalkulationskrankenhäuser für den Katalog 2010 hat sich gegenüber der Vorjahreskalkulation mit 253 weiter leicht erhöht. Für die Kostenkalkulation standen ca. 4,5 Millionen Krankenhausfälle zur Verfügung, mithin ca. 23% aller Krankenhausfälle in Deutschland, von denen ca. 3,3 Millionen auswertbar waren. Dies stellte die höchste bisher zur Kostenkalkulation zur Verfügung stehende Fallzahl dar.

## 2.5 Anreize von Fallpauschalensystemen

Bei der Ausgestaltung von Vergütungssystemen ist zu berücksichtigen, dass sie die Anreize zur Leistungserbringung entscheidend prägen und in der Regel neben gewünschten auch unerwünschte Anreize parallel bestehen.

Bemessungsgrundlage für die konkrete Ausgestaltung der Vergütung kann grundsätzlich u. a. sein:

- die einzelne erbrachte Leistung (Einzelleistungsvergütung)
- die Zahl der Pflgetage
- die Zahl der behandelten Patienten (Fallpauschalen)
- ein fixes Budget.

---

<sup>36</sup> Diese Vorgabe galt für die Kalkulationskrankenhäuser in Vorwegnahme des neuen Handbuchs bereits für die Kalkulation zum Fallpauschalen-Katalog 2008.

Das G-DRG-Vergütungssystem entspricht einem prospektiven Vergütungssystem mit fixen und variablen Vergütungsbestandteilen (Fallpauschale und Einzelleistungsvergütung) mit einem Schwerpunkt der Finanzierung über die Fallpauschalen.<sup>37</sup>

In einem prospektiven Vergütungssystem wird die Vergütungshöhe im Voraus festgelegt. Daraus folgt ein Effizienzanzreiz, da Gewinne im Falle einer die Kosten übersteigenden Vergütung vom Krankenhaus zumeist einbehalten werden können und die Leistungserbringer eine exakte Planungsgrundlage haben. Bei einer retrospektiven Vergütung wird die Vergütungshöhe im Nachhinein ermittelt. Werden die Kosten eines Krankenhauses dabei voll oder überwiegend erstattet, resultieren hieraus keine Effizienzanzreize.

Aufgrund der Kopplung der Vergütung an einen Behandlungsfall besteht in einem Fallpauschalensystem für ein Krankenhaus zunächst der ökonomische Anreiz, möglichst viele Patienten zu behandeln.

Eine solche Steigerung der Patientenzahlen kann auf verschiedenen Wegen erzielt werden. Hierzu zählen z. B. eine hohe Behandlungs- und Pflegequalität im Rahmen des Qualitätswettbewerbs (ein Preiswettbewerb existiert im Bereich der stationären Versorgung nicht), Verlagerungen aus dem ambulanten Sektor, das Aufteilen einer Behandlungsepisode in verschiedene Behandlungsfälle (Fallsplitting), die Anwendung spezifischer Verlegungskonstellationen oder eine Steigerung der Nachfrage.

Durch Fallpauschalen wird das Kostenrisiko, d. h. der Mehr- oder Minderaufwand pro Behandlungsfall innerhalb einer G-DRG, auf den Leistungserbringer übertragen. Fallpauschalen setzen folglich insbesondere einen ökonomischen Anreiz zur Reduzierung der Fallkosten.

Die Leistungserbringer haben hierdurch einen Anreiz, bei gegebener Fallpauschale die effizienteste Leistungskombination zu wählen. Die Senkung der Fallkosten für das Krankenhaus kann durch einen Verzicht auf die Erbringung nicht notwendiger Leistungen, durch effizienten Ressourceneinsatz oder durch die Verkürzung der Verweildauer (z. B. durch Leistungsverlagerungen in andere Sektoren wie den vertragsärztlichen Sektor oder den Rehabilitationssektor)

---

<sup>37</sup> Bei einer Einzelleistungsvergütung ist der Preis jeder Leistung festgelegt, es besteht für den Leistungserbringer somit ein Anreiz zur Erbringung möglichst vieler Leistungen mit positivem Deckungsbeitrag. Bei einer Vergütung nach der Zahl der Pflage tage wird jeder Pflage tag vergütet, sodass für Leistungserbringer der ökonomische Anreiz zur Verweildauerverlängerung besteht. Bei einem fixen Budget wird dem Leistungserbringer basierend auf seinem Input oder seiner Leistungsmenge eine feste Vergütung zugewiesen. Für das Krankenhaus besteht dadurch der Anreiz, seine Leistungen auf das Notwendige zu reduzieren.

erreicht werden. Eine Verweildauerreduktion ohne eine Qualitätsverschlechterung war eines der Ziele der G-DRG-Einführung. Allerdings können die Fallkosten auch dadurch gesenkt werden, dass medizinisch notwendige Leistungen nicht erbracht werden oder Patienten früher als medizinisch sinnvoll entlassen bzw. verlegt werden.

Ein System zur Qualitätssicherung wird hierdurch mit Einführung eines Fallpauschalensystems notwendig. Auch die durch ein DRG-System verstärkte Verbindung der medizinischen und ökonomischen Sichtweisen auf einen Patienten, die die Behandlungsfreiheit der Ärzte zugunsten des ökonomischen Kalküls reduzieren könnte, impliziert ein institutionalisiertes Qualitätssicherungssystem.

Durch Fallpauschalen können aber auch Anreize zu einer Qualitätsverbesserung gesetzt werden, da Krankenhäuser beispielsweise durch Bemühungen um die Vermeidung von Krankenhausinfektionen hohe Kosten vermeiden können (vgl. Kölking 2007, S. 38 f.). Je nach konkreter Ausgestaltung des Fallpauschalensystems kann für Krankenhäuser der finanzielle Anreiz entstehen, diejenigen Behandlungsmethoden anzuwenden, die die beste Behandlungsqualität für den Patienten sicherstellen. Auch eine Spezialisierung der Leistungserstellung kann, neben den Skaleneffekten, bei einem positiven Zusammenhang von Menge und Qualität, zu einer Verbesserung der Qualität führen.

Für Krankenhäuser bestehen auch Anreize, neue Behandlungsverfahren mit einer günstigen Kosten-Nutzen-Relation einzusetzen. Gleichzeitig besteht ein deutliches Hindernis neue Behandlungsverfahren anzuwenden, die für den Patienten zwar von Nutzen wären, im Vergütungssystem aber nicht sachgerecht dargestellt werden. Dies gilt insbesondere für teure Innovationen.

Für Krankenhäuser besteht neben den oben genannten Anreizen auch der Anreiz, Organisationsstrukturen und Arbeitsprozesse ökonomischer zu organisieren und hierdurch die Effizienz der Leistungserstellung zu erhöhen. Dies war eines der Hauptziele der Einführung des G-DRG-Systems.

Des Weiteren besteht der Anreiz, die Leistungserstellung vermehrt auf profitable Fallpauschalen oder Patientenkollektive zu fokussieren und gleichzeitig Patienten, die nicht profitabel behandelt werden können, möglichst nicht zu behandeln. Hierzu bestehen für Krankenhäuser indirekte und, mit starken Einschränkungen, auch direkte Möglichkeiten einer Risikoselektion. Je genauer ein Klassifikationssystem die Morbidität der Versicherten und deren Ressourcenverbräuche vorhersagen kann, desto geringer sind die Anreize zu einer solchen Risikoselektion. Vollständig aufgehoben werden die Anreize auch bei einer sehr feinen Systemausgestaltung jedoch nicht. Eine Reduzierung des Anreizes zur Patientenselektion könnte somit über ein stärker differenziertes Fallpauschalensystem oder über ein Mischsystem von pauschalen Vergütungen und Zusatzvergütungen (tagesbezogen oder leistungsbezogen) erfolgen. Innerhalb des bestehenden Bereichs der pauschalen Vergütung für eine be-

stimmte Leistung besteht allerdings dennoch weiterhin eine Tendenz zur Patientenselektion.

Ob sich auf der Makroebene die Gesamtkosten für die Behandlung in Krankenhäusern nach Einführung eines Fallpauschalensystems verändern, hängt von einer Vielzahl von Einflussfaktoren ab. Hierzu zählen z. B. die Veränderung der Fallkosten und der Fallzahl, Marktreaktionen auf die Veränderung des Vergütungssystems und die Frage, wem ggf. erzielte Effizienzgewinne zugutekommen.

### 2.5.1 Abrechnungsregelungen

Durch die konkrete Ausgestaltung des G-DRG-Systems in den Regelungen der Krankenhaus-Fallpauschalenverordnung(en) wurden bereits mit Einführung des G-DRG-Systems die aus einem typischen (reinen) Fallpauschalensystem resultierenden Anreize für Krankenhäuser für eine Erlösmaximierung stark gehemmt. Die Abrechnungsregeln wurden im Verlauf der Einführung des G-DRG-Systems kontinuierlich adjustiert und präzisiert. Dies betraf insbesondere auch die Regelungen zu Wiederaufnahmen, aber auch „nachgeordnete“ Regelungen wie die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR).

Die Krankenhaus-Fallpauschalenverordnung spezifiziert, unter welchen Bedingungen die G-DRG-Fallpauschalen abzurechnen sind und in welchen Konstellationen zusätzliche Entgelte abgerechnet werden können oder Abschläge auf die Fallpauschale erfolgen. Neben der Definition des „normalen“ G-DRG-Kataloges sind auch eine Vielzahl von Fallkonstellationen und Entgelte geregelt, die nachfolgend im Überblick mit ihrer jeweiligen Zielstellung aufgeführt werden (vgl. Tabelle 6).

Über die G-DRG-Systematik hinaus wirkt eine Vielzahl von weiteren Einflüssen auf die Anreize des G-DRG-Systems und auf die Strukturen des stationären Sektors. So wird durch die Krankenhausplanung auf Landesebene die Möglichkeit der Krankenhäuser zur organisatorischen Umgestaltung und z. B. der Spezialisierung ggf. eingeschränkt. Daneben haben insbesondere auch die Ergebnisse der Budgetverhandlungen einen Einfluss auf die Entwicklung der Leistungsmengen und -strukturen.

Tabelle 6: Spezifische Entgelte und Abrechnungsbestimmungen (Auswahl)

Bezeichnung	Inhalt (vereinfacht)	Zielstellung (vereinfacht)
Abschlagsregelungen bei Verlegung (Verlegungsabschlag)	Tagesgleiche Abschläge auf die Fallpauschale bei Verlegungsfällen mit kurzer Verweildauer	Hemmung der Anreize zu erlösgetriebener Fallmehrung durch Verlegungen
Regelung bei Rückverlegung in ein Krankenhaus	Betrachtung des gesamten Aufenthaltes in diesem Krankenhaus als ein Fall	Hemmung der Anreize zu erlösgetriebener Fallmehrung durch Verlegungen
Abschlag bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer	Tagesgleiche Abschläge auf die Fallpauschale bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer	Hemmung der Anreize von zu frühzeitigen Entlassungen
Zusätzliche Entgelte bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer	Belegungstagesbezogene Entgelte bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer	Hemmung der Anreize von zu frühzeitigen Entlassungen und Vermeidung der Unterfinanzierung von Verweildauerausreißern
Verbringung	Rückverlegung innerhalb von 24 Stunden werden i. d. R. nicht als eigenständiger Fall betrachtet	Hemmung der Anreize zu erlösgetriebener Fallmehrung durch Verlegungen; Förderung der fachlichen Kooperation und Arbeitsteilung zwischen Krankenhäusern durch klare Abrechnungsregelung
Regelung der Abrechnung bei Behandlung in einer Haupt- und Belegabteilung	Vorgabe, wann G-DRG für Haupt- bzw. für Belegabteilungen abzurechnen ist	Hemmung der Anreize erlösgetriebener hausinterner Verlegungen zwischen Haupt- und Belegabteilungen
Wiederaufnahme-Regelungen	Regelung, unter welchen Voraussetzungen bei Wiederaufnahme eines Patienten eine weitere G-DRG abgerechnet werden kann	Hemmung der Anreize von zu frühzeitigen Entlassungen; Verhinderung von „Drehtüreffekten“
Zusatzentgelte	Zusatzentgelte können additiv zu einer G-DRG-Fallpauschale abgerechnet werden	Vermeidung der Untervergütung spezifischer Leistungen, die über die Fallpauschalen nicht sachgerecht abgebildet werden können
NUB	Fall- oder tagesbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntG für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Vermeidung der Untervergütung spezifischer Leistungen, die über die Fallpauschalen noch nicht abgebildet werden können (Förderung von Innovationen)

Quelle: IGES

## 2.6 Internationale Ausgestaltung von DRG-Systemen und Erfahrungen

Die Forschung zu Erfahrungen mit DRG-Systemen und ihren Wirkungen konzentriert sich insbesondere auf die USA. Ohne dass sich diese Einflüsse allein auf die Einführung der HCFA-DRGs zurückführen lassen, kam es nach Einführung der DRGs in den USA zu einem Absinken der Verweildauer und zu einem sinkenden Ressourcenaufwand pro Patient (Coffey 1999). Die Behandlungsdichte pro Tag stieg für die Patienten hingegen (Barnum et al. 1995; Sloan et al. 1988). Qualitätsveränderungen in der Leistungserbringung wurden nicht berichtet. Sowohl die Mortalität als auch die Wiederaufnahmerate sind nach DRG-Einführung nicht gestiegen (Davis und Rhodes 1988). Eine deutliche Zunahme bei der Vorhaltung Medizinisch-technischer Großgeräte wie

Computertomographen und Kernspintomographen war zu verzeichnen (Coffey 1999).

Durch die Einführung der HCFA-DRGs schwächte sich der Anstieg der Kosten der Krankenhäuser gegenüber dem Vorzeitraum deutlich ab. Die Einsparungen im stationären Sektor lagen dabei höher als der nach DRG-Einführung zu verzeichnende deutliche Anstieg der Kosten im ambulanten Bereich (Chulis 1991). Durch die DRG-Einführung sind die Gewinne der Krankenhäuser gestiegen. Der Grund hierfür war insbesondere die Auslotung von Effizienzreserven. Größere Krankenhäuser profitierten von der Einführung eher als kleinere Häuser, und in Ballungszentren schnitten die Krankenhäuser besser ab als in ländlichen Regionen (U.S. Congress - Office of Technology Assessment 1985). Bei den Krankenhäusern kam es in Folge der DRG-Einführung in den USA auch zu Spezialisierungstendenzen (Eastaugh 1992; Farley und Hogan 1990). Ein Anstieg des Case-Mix-Indexes aufgrund eines veränderten Dokumentationsverhaltens war nur ein Anfangsphänomen und ging nach der Einführungsphase zurück (Hsia und Ahern 1992; Hsia et al. 1988).

Durch die DRG-Einführung kam es zu einer Veränderung der Risikostruktur der Patienten. Insbesondere DRG-Patienten, die auch ambulant behandelt werden konnten, wurden nicht mehr aufgenommen, sodass nur noch schwer erkrankte Patienten in den USA in einem Krankenhaus stationär aufgenommen wurden. Die Pflege der Patienten wurde tendenziell stärker auf andere Sektoren übertragen (Coffey 1999; Kahn 1992). Die Zahl der vorzeitigen Entlassungen stieg an (Coffey 1999; Kosecoff et al. 1990). Es kam auch zu einem Anstieg der Verlegungen zwischen Krankenhäusern (Sloan 1991).

Auch in anderen Ländern ist es schwierig, die Wirkung der DRGs von den Wirkungen anderer Systemveränderungen zu separieren. In der Folge einer DRG-Einführung kam es jedoch regelmäßig zu einem Rückgang der Verweildauer und zu einem Abbau akutstationärer Kapazitäten. In Australien wurde eine starke Erhöhung der technischen Effizienz berichtet, während vorzeitige Entlassungen oder Qualitätsveränderungen in der Leistungserbringung nicht nachgewiesen wurden (Lüngen und Rath 2009). In Schweden kam es nach Einführung der DRGs zu deutlichen Kosteneinsparungen bei Krankenhäusern (Håkansson 2000). In diesem Land waren in der zweiten Hälfte der 90er-Jahre die Gesamtausgaben für Gesundheit sogar mehrfach hintereinander rückläufig (Hjortsberg et al. 2001). Die Entwicklung der Fallzahl verlief in den verschiedenen Ländern nach der jeweiligen DRG-Einführung sehr heterogen. In Schweden und Norwegen stieg die Fallzahl, in Italien ging sie zurück (Giammanco 1999; Håkansson 2000; Lundgren et al. 1999). In Frankreich stieg die Fallzahl der öffentlichen Krankenhäuser, bei privaten Krankenhäu-



sern<sup>38</sup> kam es hingegen zu einer stärkeren Konzentration auf ambulante Patienten (Or 2009). In Österreich gab es eine Verschiebung von ambulanten zu stationären Fällen, obwohl das Gegenteil bei der LKF-Einführung (Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung) intendiert war (Kobel und Pfeiffer 2009).

---

<sup>38</sup> Die DRG-Vergütung ist in Frankreich für öffentliche und private Krankenhäuser unterschiedlich ausgestaltet. Öffentliche Krankenhäuser erhalten die Gesamtkosten der stationären Aufenthalte über DRGs vergütet, während bei privaten Krankenhäusern u. a. die Gehälter der Ärzte und kostenintensive Untersuchungsmethoden separat vergütet werden.



## 3 Methodik

### 3.1 Evaluationskonzepte

Bei der Ausgestaltung von Reformen der Vergütungssystematik sollten mit – bzw. besser schon vor – der Systemeinführung begleitende Forschungsvorhaben durchgeführt werden, um unerwünschte Entwicklungen erkennen und diesen entgegenwirken zu können und um so möglicherweise wichtige Hinweise für die Weiterentwicklung und Anpassung des Vergütungssystems geben zu können.

#### 3.1.1 Evaluationsansatz

Bei umfangreichen systemverändernden Maßnahmen, zu denen auch die G-DRG-Einführung zählt, ist es nur selten möglich, das Evaluationsdesign primär nach methodisch-wissenschaftlichen Kriterien zu gestalten. Vielmehr werden die möglichen Evaluationsansätze durch die Rahmenbedingungen der Implementierung weitgehend limitiert bzw. vorgegeben.

Als optimal im Sinne der methodischen Dignität und der Aussagekraft der Ergebnisse könnte im Fall der G-DRG-Einführung ein Evaluationsansatz gelten, der einem experimentellen Paradigma mit randomisierter Zuweisung der Beobachtungsobjekte (hier: Krankenhäuser) zu einem Treatment (Vergütung nach dem G-DRG-System) bzw. zu einer Kontrollbedingung (Abrechnung nach dem herkömmlichen Vergütungssystem) folgt.

Die Aufteilung in Untersuchungs- und Kontrollgruppe hätte man nach dem Modell der „Abwarterkontrollen“ realisieren können, d. h. die Kliniken in der Kontrollgruppe hätten das G-DRG-System zu einem späteren Zeitpunkt eingeführt und in der „Wartezeit“ als Kontrollgruppe gedient. Die tatsächlich über einen längeren Zeitraum verteilte Umstellung der Krankenhäuser auf das G-DRG-System entspricht jedoch nicht diesem Konzept, da die Häuser den Umstellungszeitpunkt selbst wählen konnten und daher systematische Unterschiede zwischen den „Früh-“ und den „Spätumstellern“ zu vermuten sind.<sup>39</sup> Ein solches Evaluationskonzept bzw. die entsprechende Begleitfor-

---

<sup>39</sup> Krankenhäusern, die sich für einen frühzeitigen Umstieg auf das G-DRG-System entschieden, wurde die Befreiung von der Begrenzung des Krankenhausbudgets (für 2003

schung hätte vor Beginn der G-DRG-Einführung implementiert werden müssen.<sup>40</sup>

Die G-DRG-Begleitforschung kann sich daher im Hauptteil der Untersuchung grundsätzlich nur auf Daten von Krankenhäusern stützen, die an der G-DRG-Einführung teilgenommen haben. Somit können zwar Parameterveränderungen beschrieben werden, über die Ursachen dieser Veränderungen sind jedoch keine zuverlässigen Aussagen möglich, da keine Kontroll- oder Referenzbedingung vorliegt.

Die Untersuchungen im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung basieren in der Regel auf Kombinationen folgender Vergleichsmöglichkeiten:

- Zeitvergleich (intertemporaler Vergleich)

Hierbei wurde, sofern möglich, als Vergleichsbasis auf Daten vor der G-DRG-Einführung zurückgegriffen. Sofern keine Daten vor Einführung des G-DRG-Systems bereitstanden, wurden die Veränderungen seit der Einführung des G-DRG-Systems untersucht. Zu einzelnen Fragestellungen war es lediglich möglich, die Veränderung zwischen den Jahren 2008 und 2010 zu untersuchen (vgl. Abschnitt 3.2.1).

- Raumvergleich (interregionaler Vergleich)

Regelhaft wurden die Entwicklungen der einzelnen Bundesländer der Entwicklung in der Bundesrepublik gegenübergestellt. Internationale Vergleiche wurden aufgrund der Heterogenität der Datengrundlagen und unterschiedlicher Versorgungsstrukturen nicht vorgenommen.

- Gruppenvergleich (intersektoraler Vergleich)

---

war eine Nullrate durch den Gesetzgeber vorgegeben worden) für 2003 angeboten (vgl. 12. SGB V ÄndG).

<sup>40</sup> Im Rahmen der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen in Deutschland ab dem Jahr 2013 sieht der Gesetzgeber auch vor, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des einzuführenden Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung, durchführen (§ 17d Abs. 8 KHG). Dabei sollen auch die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen untersucht werden. Erste Ergebnisse der Begleitforschung sollen im Jahr 2014 veröffentlicht werden. Eine Machbarkeitsstudie mit 250 Forschungsfragen, die gemeinsam von der DRG-Research-Group und dem IGES Institut erstellt wurde, liegt seit Mai 2012 vor und dient den Selbstverwaltungspartnern als Ausgangsbasis zur Entscheidung, welche Fragestellungen mit welchem Studiendesign in die Begleitforschung aufgenommen werden sollen (vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft 2012; Rummelin 2012).

Hierbei wurden die Entwicklungen vor, während und nach der Einführung des G-DRG-Systems im Hinblick auf die Trägerschaft, die Bettengrößenklassen, die Case-Mix-Index-Klassen, die Abteilungsart der Krankenhäuser bzw. hinsichtlich der Altersstruktur der Patienten untersucht.

### 3.1.2 Internationale Evaluationskonzepte

Auch nach Einführung des prospective payment systems (PPS) für Medicare Versicherte in den USA konnte kein prospektives kontrolliertes Studiendesign angewendet werden, da alle Krankenhäuser das Vergütungssystem zeitgleich einführten (vgl. Kahn 1992).

Das Schweizer Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat eine Machbarkeits- und Konzeptstudie für eine Begleitforschung zur Einführung der SwissDRGs im Jahr 2012 entwickeln lassen. Insgesamt wurden dabei etwa fünfzig Forschungsfragen in Betracht gezogen und ein Konzept mit insgesamt 16 Teilevaluationsstudien vorgeschlagen (Pellegrini et al. 2010). Der Start der Umsetzung der Teilstudien wird wahrscheinlich nicht vor SwissDRG-Einführung erfolgen. Von 2012 bis 2018 sollen insgesamt 6 wissenschaftliche Studien durch das BAG durchgeführt werden (Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2011). Überprüft werden soll hierbei:

- der Anteil pauschalierender Vergütungssysteme vor 2012 in der Schweiz
- der Einfluss der Reform auf die Kosten, die Organisation und die Finanzierung des Gesundheitssystems
- der Einfluss der Reform auf die Qualität der stationären Leistungserbringung
- der Einfluss auf die Struktur des stationären Sektors und die Sicherstellung der Versorgung
- der Umgang der Krankenhäuser mit erhöhtem Kostendruck
- ob Krankenhäuser nach Einführung von Fallpauschalen Risikoselektion betreiben.

Auch die Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) hat ein Konzept zur kontinuierlichen und frühzeitigen Begleitforschung der SwissDRGs vorgelegt, nach dem strukturiert Daten schon vor Einführung der SwissDRGs erhoben werden sollen (vgl. Meyer et al. 2009), um so einen exakten Vorher-Nachher-Vergleich zu ermöglichen. Als Untersuchungsgegenstände für eine Begleitforschung zur Einführung der SwissDRG werden die Versorgungsqualität, die Situation der betroffenen Berufsgruppen und das Gesundheitssystem selbst benannt. Darüber hinaus haben FMH und der schweizerische Krankenhausverband H+ eine Begleitforschung zu eventuellen Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem stationären und dem

ambulanten Sektor ausgeschrieben (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) 2011).

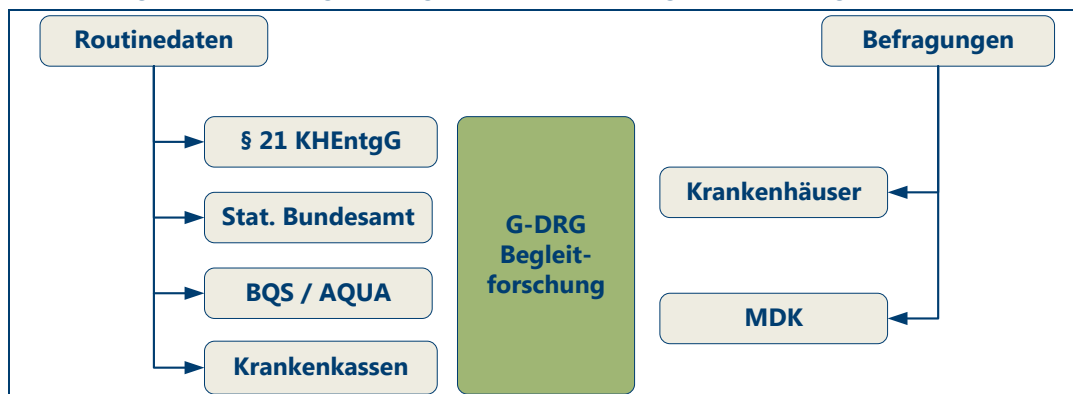
Zudem wurden sogenannte Begleitmassnahmen definiert, deren Entwicklung beobachtet werden soll, u. a. zur Messung der Qualität der medizinischen Behandlung (vgl. SwissDRG AG 2012).

### 3.2 Datengrundlage

Datengrundlage für die G-DRG-Begleitforschung sind zum einen Datenquellen, die für andere Zwecke im Routinebetrieb generiert werden (Routinedaten). Hierzu zählen die § 21 KHEntgG-Daten (G-DRG-Daten), die von den Krankenhäusern seit 2002 jährlich an die DRG-Datenstelle übermittelt werden. Des Weiteren stehen Auswertungen des Statistischen Bundesamtes über die jährlichen Meldungen der Krankenhäuser sowie der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gemäß Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) zur Verfügung. Durch Daten der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS, Datenjahre bis einschließlich 2008) bzw. der AQUA-Institut GmbH (ab Datenjahr 2009) sind Aussagen zum Stand der externen vergleichenden Qualitätssicherung der Krankenhäuser möglich. Umfangreiche Auswertungen von Routinedaten der GKV zur poststationären Sterblichkeit und zum Verlegungsverhalten der Krankenhäuser ergänzen diese Datengrundlage.

Einzelne der im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung zu beantwortenden Fragen lassen sich allerdings nicht allein mittels dieser Routinedaten beantworten. Entsprechend wurde, um die Auswirkungen des G-DRG-Systems in dem gesetzlich geforderten Umfang untersuchen zu können, die Datengrundlage durch eine Primärdatenerhebung erweitert. Anhand einer schriftlichen Befragung aller nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser sowie aller Medizinischen Dienste der Krankenversicherung konnten weitere Informationen zu den Auswirkungen der G-DRGs gewonnen werden (vgl. Abbildung 6).

Abbildung 6: Datengrundlagen der G-DRG-Begleitforschung



Quelle: IGES

### 3.2.1 G-DRG-Daten nach § 21 KHEntgG

Für die G-DRG-Begleitforschung stehen entsprechend dem Forschungsauftrag und den gesetzlichen Nutzungsbestimmungen (vgl. § 21 Abs. 3 KHEntgG) Auszüge aus den jährlichen Datenlieferungen nach § 21 KHEntgG in hochaggregierter Form zur Verfügung. Diese Daten beinhalten nicht alle in der Bundesrepublik Deutschland vollstationär behandelten Fälle, sondern ausschließlich jene, die in den Geltungsbereich des KHEntgG fallen.<sup>41</sup> Hierzu zählen auch Fälle, die nicht nach dem G-DRG-System abgerechnet wurden, für die aber dennoch eine Datenübermittlung an das InEK erfolgte (z. B. Fälle in besonderen Einrichtungen gem. § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG).

Die gebildeten Datenaggregationsebenen liegen in allen Fällen weit oberhalb der Ebene eines einzelnen Patienten (z. B. Diagnosen, G-DRGs, Prozeduren, Altersklassen) oder eines einzelnen Krankenhauses (z. B. Bettengrößenklassen, Bundesland).<sup>42</sup> Zur Wahrung des Datenschutzes wurden dem Grunde nach personen- oder unternehmensbezogene Daten, die mit einer Häufigkeit von  $n=1$  vorkommen, nicht veröffentlicht. Die Datengrundlage umfasst bei gegebener Vergleichbarkeit die Jahre 2004 bis 2010, mindestens jedoch die Jahre 2008 bis 2010.

Aufgrund von Veränderungen des Datensatzes nach § 21 KHEntgG werden bei dem Ausweis der Verlegungen aus anderen Krankenhäusern lediglich Fälle mit einer Behandlungsdauer über 24 Stunden im verlegenden Krankenhaus ausgewiesen.<sup>43</sup>

---

41 Das Statistische Bundesamt weist in den Jahren 2004 bis 2010 eine höhere (+3,4% - +5,0%) vollstationäre Fallzahl aus. Dies beruht auf einer unterschiedlichen Falldefinition. Das Statistische Bundesamt berücksichtigt auch Fälle in psychiatrischen Einrichtungen gem. Psych-PV (psychiatrische Krankenhäuser und selbstständige, gebietsärztlich geleitete psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern) und Einrichtungen für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. Daher sind diese Zahlen mit den vorliegenden Zahlen nur bedingt vergleichbar.

42 Vgl. Anhang A zur Verteilung der Krankenhäuser mit einer Datenlieferung gem. § 21 KHEntgG in den Jahren 2008, 2009 oder 2010 nach Bundesland, Bettengrößenklasse, CMI-Klasse und Trägerschaft.

43 Bis einschließlich 2006 konnte in den Daten gemäß § 21 KHEntgG nur der Aufnahmeanlass „V“ (Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden KH > 24h) dokumentiert werden und erst seit 2007 auch der Aufnahmeanlass „A“ (Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden KH < 24h). Eine Zeitreihenanalyse ist somit lediglich für Fälle mit einer Behandlungsdauer über 24 Stunden im verlegenden Krankenhaus möglich.

Das Klassifikationsverfahren (G-DRG-System) wird ebenso wie die zugrunde liegenden Kataloge (ICD und OPS) in jährlichen Abständen angepasst. Dies ist bei Zeitreihenanalysen zu berücksichtigen.

Bei den Klassifikationssystemen wurde folgendermaßen verfahren (vgl. auch Abbildung 7):

- Diagnosen wurden in Form des im jeweiligen Jahr gültigen ICD-Kataloges zur Verfügung gestellt. Eine Überleitung auf eine einheitliche Version im Untersuchungszeitraum erfolgt nicht.
- Ebenso wurden Prozeduren in Form des im jeweiligen Jahr gültigen OPS-Kataloges zur Verfügung gestellt. Auch hier erfolgt keine Überleitung auf eine einheitliche Version für den Untersuchungszeitraum.
- Die Zusatzentgelte wurden in Form der im jeweiligen Jahr abrechenbaren zusatzentgeltfähigen Leistungen zur Verfügung gestellt.
- Für die G-DRGs wurde hingegen die Datenbasis durch das InEK einheitlich nach dem Klassifikationssystem des Jahres 2010 zur Verfügung gestellt, d. h. für die Beobachtungsjahre 2008 bis 2010 liegen die Informationen zu den G-DRGs (und zum Case-Mix bzw. Case-Mix-Index) jeweils ermittelt anhand der G-DRG-Version 2010 vor.

Abbildung 7: Versionierung der Datengrundlagen nach § 21 KHEntgG

		ICD-Version	OPS-Version	ZE-Version	G-DRG-Version
Datenjahr	2008	2008	2008	2008	2010
	2009	2009	2009	2009	2010
	2010	2010	2010	2010	2010

Quelle: IGES



### 3.2.1.1 Einfluss auf verwendete Indikatoren - G-DRGs

Auch wenn die stationären Falldaten mit den Groupversionen 2008/2010<sup>44</sup>, 2009/2010 und 2010 gruppiert wurden, so sind bei Zeitreihenanalysen dennoch Veränderungen der zugrunde liegenden Klassifikationssysteme für Diagnosen (ICD) und Prozeduren (OPS) und der Kodierrichtlinien zu beachten, die zu einer veränderten G-DRG-Eingruppierung in den unterschiedlichen Jahren führen können. Die Problematik sei anhand der Revision eines myokardmodulierenden Systems exemplarisch erläutert:

Drei Personen wurden in den Jahren 2008, 2009 bzw. 2010 aufgrund einer schweren Herzinsuffizienz jeweils acht Tage stationär im Krankenhaus behandelt. Die Hauptdiagnose (I50.13 [Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung]) und die Kodierrichtlinien für diesen Bereich unterlagen im Zeitraum 2008 bis 2010 keinen Veränderungen, und somit wurde bei allen Patienten die identische Diagnose dokumentiert. Die Versorgung aller drei Patienten erfolgte operativ mit der Revision eines myokardmodulierenden Systems (CCM). Im Jahr 2008 konnte hierfür kein spezifischer OPS-Kode dokumentiert werden,<sup>45</sup> in den Jahren 2009 und 2010 existierte für diese Behandlung ein spezifischerer OPS-Kode (5-379.81 (Andere Operationen an Herz und Perikard: Implantation, Wechsel oder Revision eines myokardmodulierenden Systems [CCM]: Revision)). Abgerechnet wurden für diese identisch diagnostizierten und therapierten Patienten die jeweils im Jahr des stationären Aufenthalts durch das gültige G-DRG-System angesteuerten G-DRGs.

Für die G-DRG-Begleitforschung wurden nunmehr alle drei Patienten nach einem einheitlichen Klassifikationssystem gruppiert. Dennoch werden nicht alle Behandlungsfälle der identischen G-DRG zugewiesen. Der Behandlungsfall im Jahr 2008 wird der G-DRG F01A (Neuimplantation Kardioverter/Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder Implantation eines myokardmodulierenden Systems) zugewiesen, die Behandlungsfälle der Jahre 2009 und 2010 werden hingegen der G-DRG F09C (Andere kardiotorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 9 Jahre, ohne äußerst

---

<sup>44</sup> Die G-DRG-Groupversion 2008/2010 gruppiert die stationären Falldaten des Jahres 2008 (mit den Diagnosen und Prozeduren dokumentiert nach den im Jahr 2008 gültigen Codes und basierend auf den Deutschen Kodierrichtlinien des Jahres 2008) mit dem Klassifikationsalgorithmus des Jahres 2010. Die Groupversion 2009/2010 gruppiert die Falldaten des Jahres 2009 mit dem Klassifikationsalgorithmus des Jahres 2010.

<sup>45</sup> Der im Jahr 2008 gültige OPS-Kode 5-379.8 (Andere Operationen an Herz und Perikard: Implantation oder Revision eines myokardmodulierenden Systems [CCM]) unterschied nicht zwischen einer Implantation und einer Revision.

schwere CC) zugewiesen. Die Ursache dieser abweichenden Entgeltzuordnung ist, dass die alleinige Revision eines CCM im Jahr 2008 noch nicht als differenzierter OPS-Kode existierte, somit Revisionen nicht von Implantationen unterschieden werden konnten und diese Information auch nicht nachträglich durch das InEK den Daten zugespielt werden konnte. Da dieses Attribut nicht vorhanden ist, werden die Behandlungsfälle des Jahres 2008 in der G-DRG-Version 2010 somit so gruppiert, als wäre eine Implantation erfolgt.<sup>46</sup>

Von derartigen Veränderungen im Zeitverlauf betroffen sind hinzukommende (oder entfallende) und gruppierungsrelevante Prozedurenkodes, Diagnosekodes sowie Veränderungen der Dokumentationsrichtlinien. Dennoch ist eine Zeitreihenanalyse der G-DRGs nach Anwendung einer einheitlichen Klassifikationslogik unter Beachtung der dargestellten Restriktionen möglich.<sup>47</sup>

Wie oben dargestellt, wurden für die G-DRG-Begleitforschung die Daten der Jahre 2008 bis 2010 nach einer einheitlichen G-DRG-Version (2010) gruppiert zur Verfügung gestellt. Dies hat den Vorteil, dass eine weitgehende Vergleichbarkeit der Entwicklung des Leistungsspektrums der bundesdeutschen Krankenhäuser für den Zeitraum 2008 bis 2010 gewährleistet ist.

Das G-DRG-System wurde seit seiner Einführung grundlegend weiterentwickelt. Im Ergebnis legte das InEK auch für das Jahr 2010 ein Vergütungssystem vor, dessen Abbildungsgenauigkeit<sup>48</sup> sich im Vergleich zum G-DRG-

<sup>46</sup> Um solche Fallkonstellationen bei der prospektiven Leistungsplanung zu berücksichtigen, veröffentlicht das InEK auf seiner Internetseite jährlich eine Aufstellung solcher gruppierungsrelevanten Veränderungen („Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung“).

<sup>47</sup> In der Regel betreffen solche Veränderungen inzwischen nur noch eine geringe Zahl von Fällen. Die oben beschriebene CCM-Revision wurde z. B. lediglich 18 mal im Jahr 2010 dokumentiert (Statistisches Bundesamt 2011a (Sonderauswertung)).

G-DRG-Version	R <sup>2</sup> -Wert auf Basis aller Fälle	R <sup>2</sup> -Wert auf Basis der Inlier
2004	0,5577	0,7022
2005	0,6388	0,7796
2006	0,6805	0,7884
2007	0,7072	0,8049
2008	0,7209	0,8166
2009	0,7440	0,8345
2010	0,7443	0,8430

Quelle: (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009)

System 2008 noch weiter verbesserte. In dieses System wurden auch einige der von unterschiedlichen Akteuren im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems (Vorschlagsverfahren) eingebrachten Anpassungsvorschläge umgesetzt. Dies betrifft neben dem eigentlichen Klassifikationsalgorithmus auch die Anpassungen der zugrunde liegenden Klassifikationssysteme für Diagnosen (ICD) und Prozeduren (OPS). Somit basiert die Datengrundlage für die G-DRG-Begleitforschung auf dem abbildungsgenauesten G-DRG-System des Beobachtungszeitraums.

### 3.2.1.2 Einfluss auf den Case-Mix

Auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses wird der Case-Mix (ökonomischer Gesamtschweregrad der Fälle) von Faktoren beeinflusst, die (auch) unabhängig von Veränderungen der Leistungsstruktur des Krankenhauses<sup>49</sup> wirken. Zu diesen Einflussfaktoren zählen u. a.:

- Veränderungen der Dokumentation
- Veränderungen des G-DRG-Kataloges
- Veränderungen der Abrechnungsbestimmungen.

Bei Untersuchungen des Einflusses des G-DRG-Systems sind diese Effekte von den Veränderungen der Leistungsstruktur abzugrenzen. Für die G-DRG-Begleitforschung liegen keine Auswertungen auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser vor, sondern ausschließlich auf Ebene höherer Aggregationsstufen (z. B. Bettengrößenklassen, Bundesländer). Daher ist auch zu prüfen, auf welchen Ebenen die genannten Einflussfaktoren wirken.

---

Der  $R^2$ -Wert misst den Anteil der Kostenstreuung, der durch die Klassifikation erklärt wird; die Steigerung dieses Wertes über den Zeitverlauf gibt somit das erzielte Ausmaß der Varianzreduktion an. Die  $R^2$ -Werte wurden jeweils mit einer dem Vorjahr vergleichbaren G-DRG- und Fallauswahl berechnet (z. B. nur Hauptabteilungsfälle, nur bundeseinheitlich bewertete G-DRGs, keine Berücksichtigung von bestimmten Fehler-DRGs). Zu beachten ist, dass die veröffentlichten Vergleiche des  $R^2$  jeweils auf der Datenbasis beruhen, mit dem das neuere Modell (G-DRG-System) auch entwickelt wurde. Ein besserer Vergleich der  $R^2$ -Werte ist mit einer Datenbasis möglich, die nicht im Modellierungsprozess berücksichtigt wurde (z. B. den realen Abrechnungsdaten des Anwendungsjahres).

<sup>49</sup> Eine Veränderung der Leistungsstruktur kann beispielsweise durch den Ausbau bestehender Leistungsbereiche, medizinische Innovationen, eine Ausweitung der Leistungsmenge oder demographische Veränderungen bewirkt werden.

### 3.2.1.2.1 Kodiereffekt

Veränderungen im quantitativen und qualitativen Kodierverhalten waren insbesondere vor und in der Einführungsphase des G-DRG-Systems durch Lerneffekte bei den Krankenhäusern zu erwarten und sind auch nachweisbar.<sup>50</sup> Dieses Anpassungsverhalten in der Dokumentation der Krankenhäuser ist – im Sinne des Rightcoding – gewünscht bzw. notwendig und kann einen Einfluss auf den Case-Mix haben.<sup>51</sup> Auch Veränderungen der Kodierrichtlinien führen mit einem geringen Zeitverzug zu den intendierten Veränderungen des Kodierverhaltens.

Solche Veränderungen des Dokumentationsverhaltens können unabhängig von Veränderungen der Leistungsstruktur zu einer Veränderung des Case-Mix auf allen Aggregationsebenen (vom einzelnen Krankenhaus bis zur Betrachtung des CM für Deutschland) führen.

### 3.2.1.2.2 Katalogeffekt

Der Katalogeffekt ergibt sich aus den Anpassungen des G-DRG-Kataloges (insbesondere einer zunehmenden Differenzierung der Fallgruppen aufgrund unterschiedlicher Ressourcenverbräuche) im Zeitverlauf. Er entspricht der veränderten Bewertung identischer Fälle in unterschiedlichen G-DRG-Systemen (vgl. hierzu ausführlich Roeder et al. 2010).

---

<sup>50</sup> So hat z. B. die Anzahl der durchschnittlich dokumentierten Nebendiagnosen je Fall von 3,3 im Jahr vor der G-DRG-Systemeinführung (2002) auf 3,9 im Jahr 2004 zugenommen, blieb dann bis 2009 auf diesem Niveau annähernd konstant und erhöhte sich zuletzt auf 4,5 im Jahr 2010. Die Anzahl der durchschnittlich dokumentierten Prozeduren je Fall hat sich im Zeitraum 2002 bis 2010 von 2,1 auf 3,1 erhöht. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass im Zeitraum 2002 bis 2010 auch die Anzahl der dokumentierbaren OPS-Kodes von 23.825 auf 27.011 und die Anzahl der dokumentierbaren ICD-Kodes von 12.401 auf 13.315 zugenommen hat.

Datenjahr	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ND/Fall	3,3	3,7	3,9	3,8	3,9	3,9	4,0	4,1	4,5
OPS/Fall	2,1	2,3	2,5	2,5	2,5	2,6	2,6	2,7	3,1

Quelle: (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010a, 2011).

<sup>51</sup> Im Rahmen der Budgetbemessung für Krankenhäuser wurden Mehrerlöse, die infolge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren entstehen, vollständig ausgeglichen (§ 3 Abs. 6 bzw. § 4 Abs. 9 KHEntgG aF). Mit dem KHRG wurde 2009 die Berücksichtigung von Kodiereffekten ausschließlich auf die Landesebene (bei Vereinbarung des Landesbasisfallwertes) verlagert (§ 10 Abs. 3 Satz 3 KHEntgG).

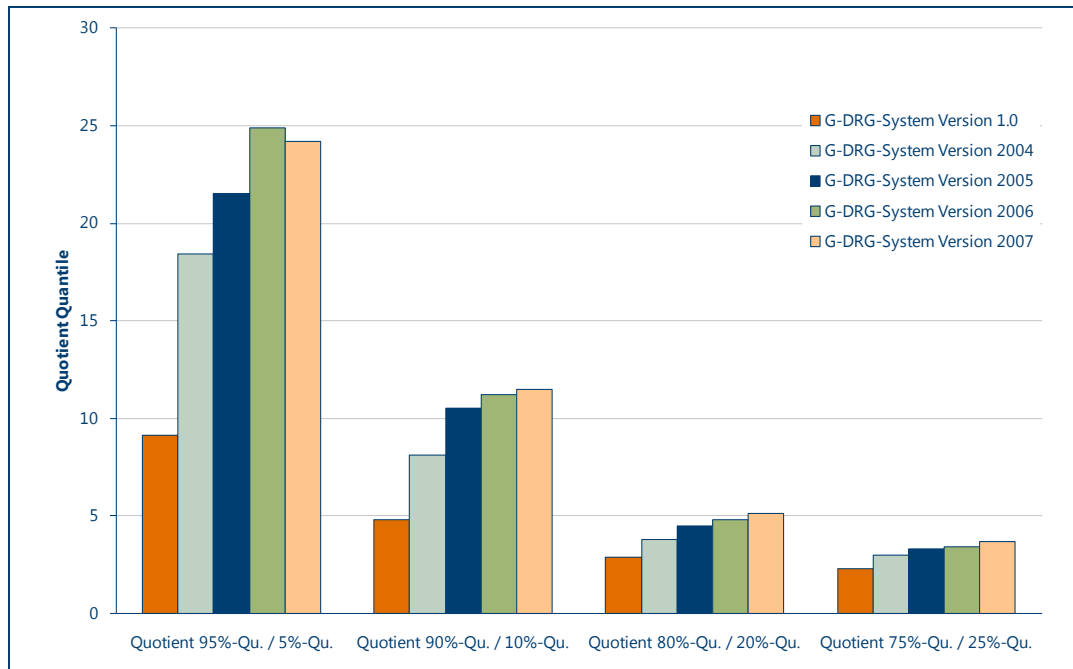
Insgesamt werden unter dem Katalogeffekt verschiedene Effekte subsumiert. Hierzu zählen:

- Identisch dokumentierte Fälle werden in zwei G-DRG-Versionen unterschiedlichen G-DRGs zugeordnet, die unterschiedlich bewertet sind (Migration)
- Änderung der Bewertung einer G-DRG, z. B. durch eine Umstellung des Zuordnungsalgorithmus, die dazu führen kann, dass sich die Fallkollektive innerhalb einer nominell gleichen G-DRG zwischen zwei G-DRG-Versionen verändern
- Veränderungen der mittleren Verweildauer bzw. der Grenzverweildauer einer G-DRG führen zu einer veränderten Bewertung der Fälle, für die diese Verweildauern vergütungsrelevant sind (z. B. Kurzlieger, Langlieger, Verlegungsfälle)
- Änderung, ob für die jeweilige G-DRG ein Verlegungsabschlag vorzunehmen ist
- Die Ausgrenzung von Kosten aus G-DRGs im Rahmen der Kostenkalkulation, insbesondere für die gesondert abrechenbaren Zusatzentgelte, führt zu entsprechenden Reduzierungen der Bewertungsrelationen bei jenen G-DRGs, denen diese Kostenbestandteile im Vorjahr zugeordnet waren. Zudem können Behandlungsfälle aus den nicht bundeseinheitlich bewerteten G-DRGs (Anlage 3a und 3b der Fallpauschalenvereinbarung) in die bewerteten G-DRGs des Fallpauschalen-Kataloges wechseln, was die Fallzahl und den Case-Mix in den einheitlich bewerteten G-DRGs beeinflussen kann. Der Case-Mix wird im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung ausschließlich durch die G-DRGs des Fallpauschalen-Kataloges (Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung) bestimmt, da die krankenhausspezifisch vereinbarten Bewertungsrelationen nicht veröffentlicht werden.

Der „klassische“ Katalogeffekt führt durch einen Split der schwereren Fälle von den leichteren Fällen zu einer Spreizung der Bewertungsrelationen. Die zunehmende Spreizung des G-DRG-Systems kann u. a. anhand der Quotienten aus dem  $\alpha$  und  $(1-\alpha)$ -Quantil der Bewertungsrelationen bewertet werden. Dieser Quotient fällt umso höher aus, je größer die Spanne zwischen hoch und niedrig bewerteten Bewertungsrelationen ist. Für die ersten G-DRG-Versionen ergaben sich bei Betrachtung dieser Quotienten deutliche Steige-

rungen, die eine zunehmende Dekompression des Systems darstellen (vgl. Abbildung 8).<sup>52</sup>

Abbildung 8: Quotient der Quantile für die G-DRG-Systeme Version 1.0-2007



Quelle: IGES (nach Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2006)

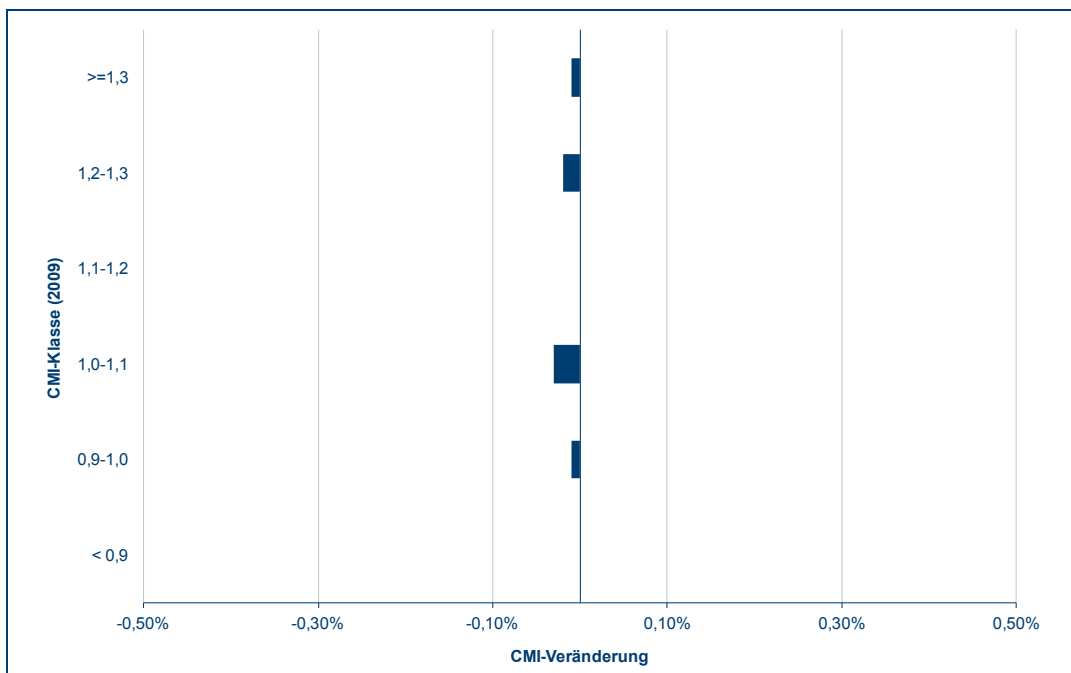
Der Katalogeffekt führt regelmäßig zu einer Veränderung des Case-Mix von Krankenhäusern oder Abteilungen, deren Leistungsstruktur durch eine Dekompression des Systems verbessert abgebildet werden kann.<sup>53</sup>

Dieser Effekt der zunehmenden Ausdifferenzierung des G-DRG-Kataloges ist zwar in allen Versionen des G-DRG-Systems nachweisbar, nimmt aber mit zunehmender Abbildungsgenauigkeit und Differenzierung deutlich ab. Unterschiede im Vergleich der G-DRG-Versionen 2009 und 2010, differenziert nach den Case-Mix-Index-Klassen der Krankenhäuser, sind kaum noch nachweisbar (vgl. Abbildung 9).

<sup>52</sup> Für das G-DRG-System 2008-2010 liegen die Angaben nicht vor.

<sup>53</sup> Dies führt tendenziell zu einem Anstieg des Case-Mix von Krankenhäusern der Maximalversorgung und einem entsprechenden Rückgang des Case-Mix in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung (vgl. Roeder 2005).

Abbildung 9: Case-Mix-Index Veränderung nach CMI-Klasse der Krankenhäuser (2009 zu 2010)



Quelle: InEK (Heimig nach Roeder et al. 2010, S. 33)

Im G-DRG-System wird der Durchschnitt der Bewertungsrelationen durch die Wahl einer Bezugsgröße seit 2006 so justiert, dass für die Summe aller Vergütungen beim Wechsel von einer G-DRG-Version zur nächsten insgesamt keine Katalogeffekte entstehen (Leber und Wolff 2009) (vgl. auch Abschnitt 2.3.5). Bei Betrachtung auf nationaler Ebene ergibt sich somit aus dem Katalogeffekt keine Veränderung des Case-Mix. Bei Betrachtung von Krankenhausgruppen (z. B. nach Bettengrößenklassen oder nach Bundesländern) kann der Katalogeffekt hingegen zu Veränderungen des Case-Mix führen, die nicht auf einer Veränderung der Leistungsstruktur beruhen.

Bei der Datenstruktur der G-DRG-Begleitforschung (Gruppierung aller Behandlungsfälle der Jahre 2008 bis 2010 mit der Groupversion des Jahres 2010) ergibt sich durch den Katalogeffekt allerdings keine Ergebnisverzerrung.

### 3.2.1.2.3 Veränderungen der Abrechnungsbestimmungen

Veränderungen in den Abrechnungsbestimmungen können einen Einfluss auf die Fallzahl und damit den Case-Mix haben. Dies betrifft insbesondere die Fallzusammenführung bei Wiederaufnahme und bei Rückverlegung, die sich besonders durch Veränderungen des G-DRG-Systems (z. B. Anzahl der Basis-DRGs) im Zeitverlauf anders darstellen.

Für die G-DRG-Begleitforschung können sich hierdurch theoretisch auf allen Betrachtungsebenen Verzerrungen der Fallzahl und des CM sowie des CMI ergeben.

### 3.2.2 Befragungen

Wie auch in den ersten beiden Forschungszyklen wurde die Datengrundlage im dritten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung durch schriftlich durchgeführte Primärdatenerhebungen ergänzt. Diese Datenerhebung umfasst einerseits die Befragung aller nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und zum anderen die Befragung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung.

#### 3.2.2.1 Befragungen aller nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser

Im dritten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung wurde erneut eine schriftliche, anonyme Befragung aller nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit Ausnahme der rein psychiatrischen oder psychosomatischen/psychotherapeutischen Einrichtungen durchgeführt. Die Befragung bezieht sich auf den Zeitraum 2008 bis 2010 und somit auf das Ende der Konvergenzphase.

Der Fragebogen wurde gegenüber dem zweiten Forschungszyklus an den veränderten Untersuchungszeitraum angepasst, in einigen Punkten geringfügig verändert und mit dem Begleitgremium der G-DRG-Begleitforschung abgestimmt (vgl. Anhang H).<sup>54</sup>

Neben Fragen zu allgemeinen Strukturmerkmalen (z. B. Bundesland, Trägerschaft, Betten- und Fallzahlklasse, CMI-Klasse) beinhaltet der Fragebogen Themenfelder wie z. B. Kooperationen, Personal, Aufbau- und Ablauforganisation, Klinische Pfade, Qualitätsmanagement, Erlösstruktur, Investitionsverhalten und Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

---

<sup>54</sup> Der Fragebogen, der im ersten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung entwickelt wurde, wurde für den zweiten Forschungszyklus um zwei Fragenkomplexe (zu Innovationen und zu ambulanten Leistungen im Krankenhaus) erweitert, die auch im Fragebogen des dritten Forschungszyklus weiterhin enthalten waren. Im ersten Forschungszyklus enthielt der Fragebogen der Krankenhausbefragung auch die Befragung zur Akzeptanz des G-DRG-Systems. Diese Befragung wurde ausschließlich im ersten Forschungszyklus durchgeführt.



Die Anonymität der Befragung wurde wie in den ersten beiden Forschungszyklen durch den Einsatz eines Datentreuhänders gewährleistet.<sup>55</sup> Das gesamte Befragungskonzept einschließlich der Realisierung durch den Datentreuhänder wurde vom Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit geprüft und nicht beanstandet.

Der Datentreuhänder übernahm die folgenden Aufgaben:

- Pseudonymisierung der Fragebogenempfänger
- Dokumentation der vergebenen Pseudonyme (ohne Einrichtungsbezug)
- Kontrollierter Versand der Fragebögen
- Rückannahme der Fragebögen
- Umsetzung der gezielten Nachfassaktionen
- Weiterleitung der pseudonymisierten Fragebögen an die IGES Institut GmbH zur Datenerfassung und Auswertung.

Die Befragung wurde postalisch und in personalisierter Form zwischen Januar und März 2012 durchgeführt und umfasste zwei zusätzliche Aufforderungen an die Befragten zur Teilnahme an der Befragung (Nachfassaktionen). Die Antwortzeit betrug bei der ersten Befragung vier Wochen sowie drei bzw. zwei Wochen für die erste und zweite Nachfassaktion. Die erste Nachfassaktion beinhaltete neben einer Erinnerung außerdem die Möglichkeit, den Befragungsbogen erneut anzufordern, im Rahmen der zweiten Nachfassaktion erfolgte der nochmalige Versand des Fragebogens.

Die Antworten von Krankenhäusern, die in zwei oder drei der Forschungszyklen an der Befragung teilgenommen haben, können aufgrund der Ausgestaltung des anonymen Befragungsverfahrens und der Einbindung des Datentreuhänders über die einzelnen Zeiträume miteinander verknüpft werden, sodass für diese Krankenhäuser bzw. deren Angaben eine längere Zeitreihe gebildet und ausgewertet werden kann (vgl. Abbildung 10). Allen Krankenhäusern wurde dafür in allen drei Forschungszyklen und in allen Befragungswellen durch den Datentreuhänder eine zufällig generierte, nicht-sprechende Nummer (Pseudonym) zugeordnet.

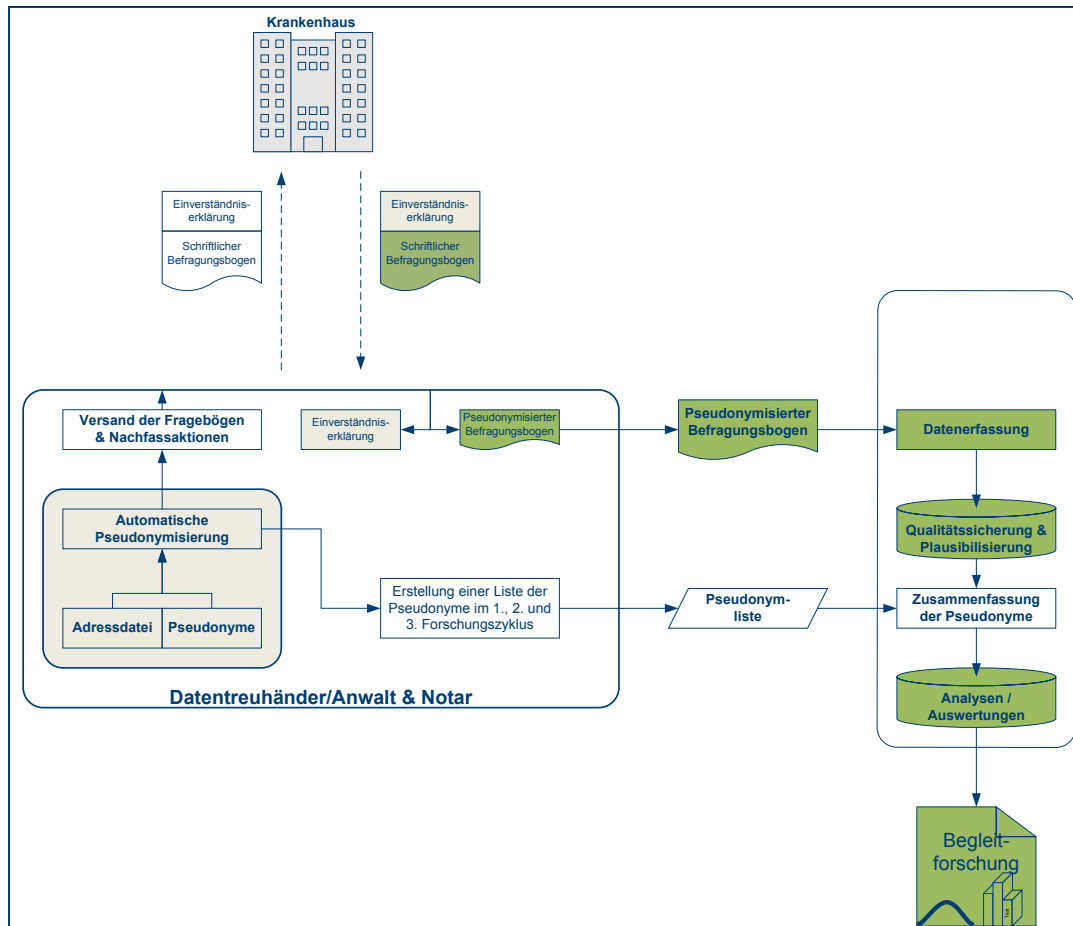
Durch die Erstellung einer Pseudonymliste (eine Liste mit allen einem Krankenhaus zugeordneten Pseudonymen ohne jeglichen Einrichtungsbezug) durch den Datentreuhänder konnten Fragebögen eines Krankenhauses aus den einzelnen Forschungszyklen einander zugeordnet werden.

---

<sup>55</sup> Notariat und Rechtsanwaltskanzlei Keiper & Elze, Berlin.

Dieses Vorgehen gewährleistet somit einrichtungsbezogene Auswertungen über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg, ohne jedoch die Identifikation der einzelnen Einrichtung zu ermöglichen.

Abbildung 10: Pseudonymisierungskonzept der Krankenhausbefragung



Quelle: IGES

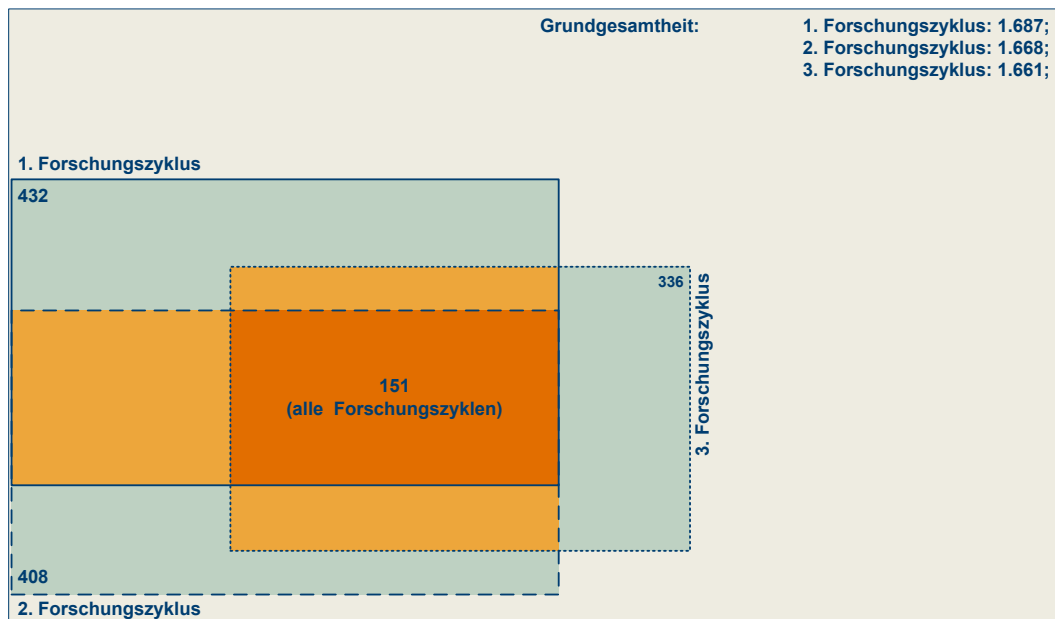
### 3.2.2.1.1 Rücklauf

An der Befragung beteiligten sich im dritten Forschungszyklus 336 Krankenhäuser (entsprechend 20% der angeschriebenen Krankenhäuser; N=1.661 Krankenhäuser).<sup>56,57</sup> Hiervon konnten bei sämtlichen weiteren Analysen 315

<sup>56</sup> Im ersten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung lag die Rücklaufquote insgesamt bei 26% (432 Krankenhäuser) und im zweiten Forschungszyklus bei 24% (408 Krankenhäuser). Der im Vergleich zu den ersten beiden Forschungszyklen leicht gerin-

Krankenhäuser berücksichtigt werden.<sup>58</sup> Für 151 Krankenhäuser konnten die Fragebögen über alle drei Forschungszyklen hinweg verknüpft werden (dies entspricht 45% des Rücklaufs im dritten Forschungszyklus), eine Verknüpfung der Fragebögen aus dem zweiten und dritten Forschungszyklus konnte für 215 Krankenhäuser erfolgen (vgl. Abbildung 11).

Abbildung 11: Rücklauf Krankenhausbefragung aller Forschungszyklen



Quelle: IGES

gere Rücklauf im dritten Forschungszyklus könnte auch durch den Zeitpunkt der Befragung begründet sein. So führten einige Krankenhäuser in ihren Rückmeldungen bei dem Datentreuhänder an, dass zum Jahresbeginn – etwa aufgrund der Erstellung des Jahresabschlusses – keine Ressourcen für die Teilnahme an der Befragung zur Verfügung stünden.

- 57 Ein weiterer Grund für die geringere Rücklaufquote könnte möglicherweise auch eine zeitgleich zur Befragung im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung durchgeführte andere Befragung sein, von deren Teilnahme den Krankenhäusern von einigen Akteuren abgeraten wurde.
- 58 Krankenhäuser, deren G-DRG-Fallanteil im Untersuchungszeitraum durchgängig unter 50% lag, wurden bei der Auswertung einiger Fragen nicht miteinbezogen (n=21 Krankenhäuser).

### 3.2.2.1.2 Datenprüfung und Qualitätssicherung

Nach der qualitätsgesicherten Doppelerfassung der Fragebögen wurden alle Angaben umfassend hinsichtlich inhaltlicher und struktureller Plausibilität geprüft.<sup>59</sup> Im Fall von inkonsistenten oder unplausiblen Angaben wurden die Antworten eines Krankenhauses für die entsprechende Frage bzw. den Fragenkomplex bei den Auswertungen nicht berücksichtigt.

### 3.2.2.1.3 Repräsentativität

Die Repräsentativität des Rücklaufs der Krankenhausbefragung wurde auf der Grundlage verschiedener Differenzierungskriterien untersucht.<sup>60</sup>

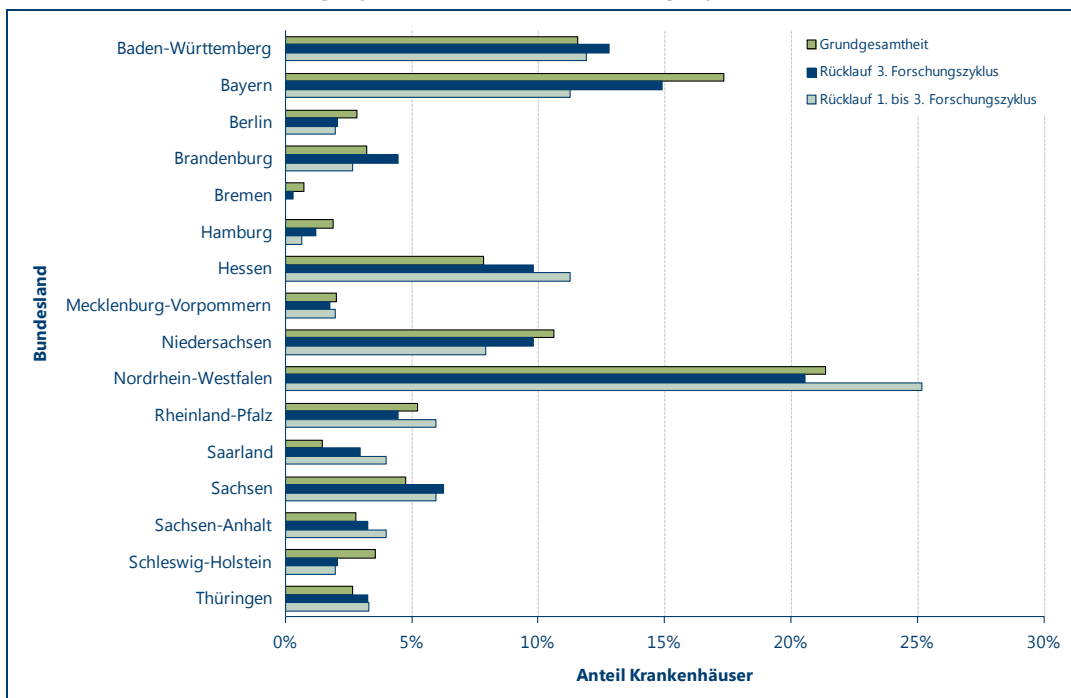
Die Differenzierung des Rücklaufs nach Bundesländern der Krankenhäuser zeigt eine ähnliche Verteilung wie in der Grundgesamtheit (vgl. Abbildung 12). Krankenhäuser aus Bayern und Schleswig-Holstein sind im Rücklauf der Befragung im dritten Forschungszyklus leicht unterrepräsentiert, Krankenhäuser aus Hessen, dem Saarland und Sachsen hingegen geringfügig überrepräsentiert. Bei den Krankenhäusern, die über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg zusammengeführt werden konnten, zeigt sich, dass Krankenhäuser aus Bayern, Niedersachsen und Schleswig-Holstein im Vergleich zur Grundgesamtheit im Rücklauf eher unterrepräsentiert sind, Krankenhäuser aus Nordrhein-Westfalen und Hessen dagegen leicht überrepräsentiert sind.

---

<sup>59</sup> So wurden beispielsweise Angaben zu den allgemeinen Strukturmerkmalen, wie Bettenzahl und Fallzahl, mit den Angaben zur Personalausstattung in einzelnen Tätigkeitsfeldern oder zum Prüfaufkommen durch den Medizinischen Dienst auf Plausibilität geprüft.

<sup>60</sup> Als Referenzwerte (=Grundgesamtheit) wurden für die Repräsentativitätsprüfung die Verteilung der Krankenhäuser im Jahr 2010 auf Bundesländer, Bettengrößenklassen, CMI und Trägerschaft aus den G-DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG herangezogen, die vom InEK für die G-DRG-Begleitforschung in hochaggregierter Form bereitgestellt wurden.

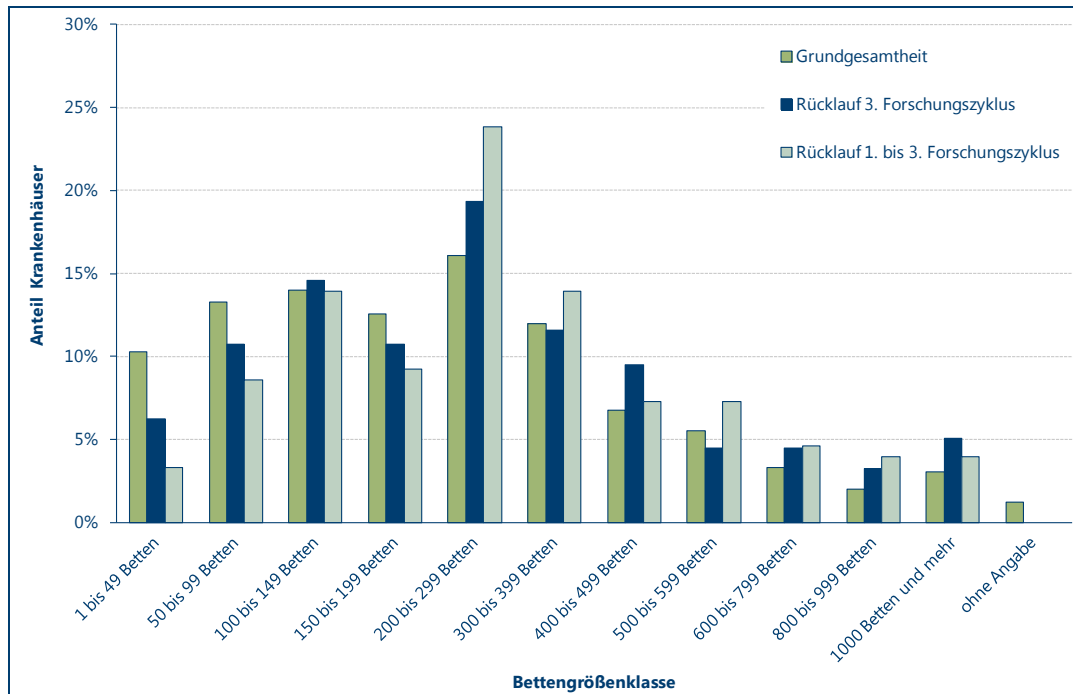
Abbildung 12: Rücklauf Krankenhausbefragung (Grundgesamtheit, 3. Forschungszyklus, 1. bis 3. Forschungszyklus) nach Bundesland



Quelle: IGES

Bei der Verteilung der Krankenhäuser aus dem Rücklauf des dritten Forschungszyklus nach Bettengrößenklassen zeigen sich Krankenhäuser mit bis zu 99 Betten leicht unterrepräsentiert und Krankenhäuser mit über 200 Betten i. d. R. leicht überrepräsentiert (vgl. Abbildung 13). Die Verteilung der Krankenhäuser, die über alle drei Forschungszyklen hinweg zusammengeführt werden konnten, zeigt ebenfalls, dass Krankenhäuser mit bis zu 199 Betten im Rücklauf leicht unterrepräsentiert und Krankenhäuser mit über 200 Betten im Vergleich zur Verteilung in der Grundgesamtheit leicht überrepräsentiert sind.

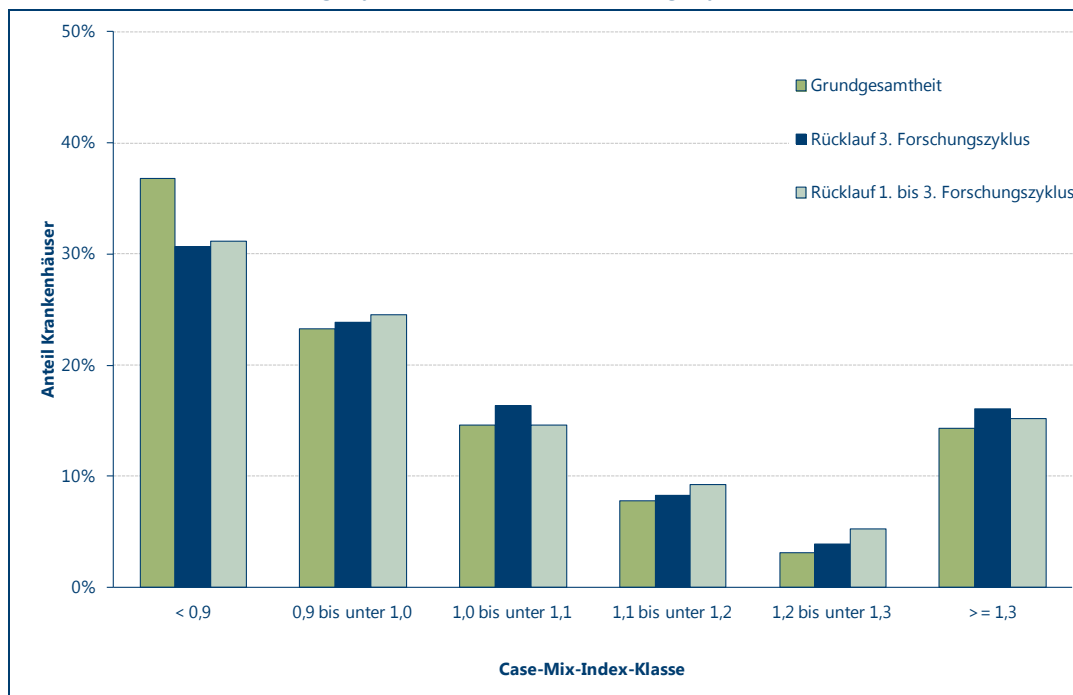
Abbildung 13: Rücklauf Krankenhausbefragung (Grundgesamtheit, 3. Forschungszyklus, 1. bis 3. Forschungszyklus) nach Bettengrößenklasse



Quelle: IGES

Die Verteilung der Krankenhäuser auf die CMI-Klassen der Krankenhäuser zeigt sowohl für den Rücklauf aus dem dritten Forschungszyklus als auch für den zusammengeführten Rücklauf aus allen drei Forschungszyklen, dass lediglich Krankenhäuser mit einem CMI von unter 0,9 leicht unterrepräsentiert sind (vgl. Abbildung 14).

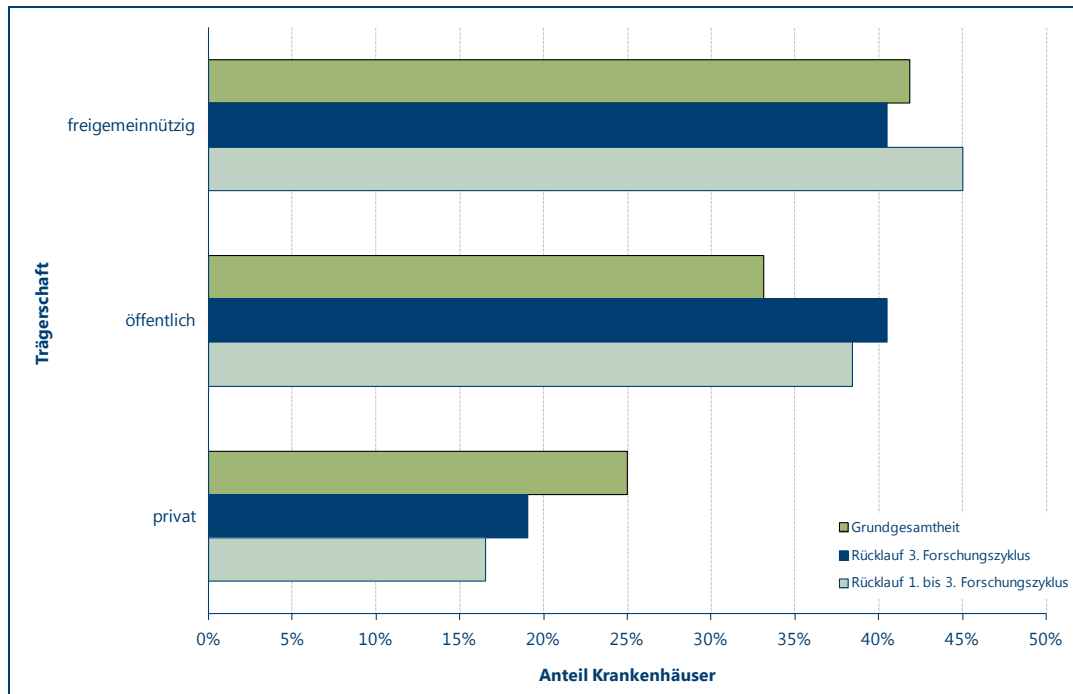
Abbildung 14: Rücklauf Krankenhausbefragung (Grundgesamtheit, 3. Forschungszyklus, 1. bis 3. Forschungszyklus) nach CMI-Klasse



Quelle: IGES

Die Differenzierung des Rücklaufs nach der Trägerschaft zeigt, dass Krankenhäuser in privater Trägerschaft im Rücklauf des dritten Forschungszyklus und im zusammengeführten Rücklauf aus allen Forschungszyklen eher unterrepräsentiert, Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft hingegen leicht überrepräsentiert sind (vgl. Abbildung 15).

Abbildung 15: Rücklauf Krankenhausbefragung (Grundgesamtheit, 3. Forschungszyklus, 1. bis 3. Forschungszyklus) nach Krankenhaus-trägerschaft



Quelle: IGES

Die durch die Befragung der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser gewonnene Datengrundlage ist über die angewandten Differenzierungskriterien hinweg sowohl für den Rücklauf aus dem dritten Forschungszyklus als auch für den über alle drei Forschungszyklen zusammengeführten Rücklauf der Grundgesamtheit trotz geringfügiger Unterschiede sehr ähnlich.

### 3.2.2.2 Befragung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung

Die Befragung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung zu den von ihnen in den Jahren 2008 bis 2010 durchgeführten Fallprüfungen erfolgte durch die Zusendung eines Datenträgers und wurde vorab mit dem Begleitgremium der G-DRG-Begleitforschung abgestimmt.

Die Befragung wurde zwischen Februar und April 2012 durchgeführt und umfasste zwei zusätzliche Aufforderungen an die Befragten zur Teilnahme an der Befragung (Nachfassaktionen).

Im Rahmen der Befragung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung wurden – jeweils insgesamt und differenziert nach der Krankenkassenart – die Anzahl von stationären Fallprüfungen gem. § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V (Einzelfallprüfung), die Anzahl von Fallprüfungen gem. § 17c Abs. 2 KHG



(Stichprobenprüfung), die jeweilige Anzahl von Fallprüfungen mit empfohlener Rechnungskorrektur und die Gründe der empfohlenen Rechnungskorrektur der Fälle mit Einzelfallprüfung erhoben.<sup>61</sup>

### 3.2.2.2.1 Rücklauf

Alle Medizinischen Dienste der Krankenversicherung beteiligten sich an der Befragung (n=15 MDK) und konnten nach einer Überprüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität bei den weiteren Analysen berücksichtigt werden.<sup>62</sup> Für 6 MDK kann eine Verbindung mit den Daten, die sie in den ersten beiden Forschungszyklen bereitgestellt haben, hergestellt werden, für die somit Angaben für den Zeitraum 2004 bis 2010 vorliegen. Für den Zeitraum 2006 bis 2010 können Angaben von 13 MDK herangezogen werden (vgl. Abschnitt 4.9.3.2.1).

Wie bereits in den ersten beiden Forschungszyklen wurden die Daten nicht von allen Medizinischen Diensten der Krankenversicherung in der angefragten Gliederungstiefe bereitgestellt.<sup>63</sup>

### 3.2.2.2.2 Datenprüfung und Qualitätssicherung

Der Dateneingang aus der Datenabfrage bei den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung wurde umfassend auf Vollständigkeit, Kontinuität und Plausibilität geprüft.

---

<sup>61</sup> In den ersten beiden Forschungszyklen wurde zudem die Anzahl der Fälle mit erfolgter Rechnungskorrektur erhoben. Nach einer Vorabfrage durch Vertreter der MDK-Gemeinschaft zur einheitlichen Datenstruktur wurde diese Fallzahl im dritten Forschungszyklus wegen mangelnder Datenverfügbarkeit nicht mehr erhoben.

<sup>62</sup> Im ersten Forschungszyklus lag die Rücklaufquote bei 60% (neun MDK), im zweiten Forschungszyklus bei 100% (15 MDK).

<sup>63</sup> Fünf MDK haben die Zahl der Fälle mit empfohlener Rechnungskorrektur und drei MDK zusätzlich dazu die Gründe für diese Empfehlung bereitgestellt. Angaben zu Stichprobenprüfungen wurden durchgängig für alle Jahre von 9 MDK bereitgestellt (für einzelne Jahre liegen Angaben von bis zu 12 MDK vor). Lediglich ein MDK hat eine Differenzierung seiner Angaben nach Kassenarten vorgenommen, sodass eine diesbezüglich differenzierte Auswertung der Fragestellungen nicht erfolgen kann.

### 3.2.2.2.3 Repräsentativität

Die im Rahmen der Vollerhebung bei den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung gewonnene Datengrundlage entspricht aufgrund der Rücklaufquote von 100% der Grundgesamtheit.

## 3.2.3 Routinedatenauswertung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Mögliche Auswirkungen des G-DRG-Systems auf die Ergebnisqualität der stationären Versorgung sowie auf das Verlegungsverhalten zwischen Krankenhäusern werden im Rahmen des dritten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung u. a. anhand von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung untersucht.<sup>64,65</sup> Hierzu wurden die Krankenkassen gebeten, Auswertungen auf Basis ihrer Versichertendaten vorzunehmen und die Ergebnisse für die Analysen der G-DRG-Begleitforschung bereitzustellen.

Das Konzept für die Datenerhebung bei den Krankenkassen wurde mit den Verbänden der Krankenkassen abgestimmt. Die Datenbereitstellung erfolgte über den GKV-Spitzenverband, der die von den Krankenkassen generierten Daten anonymisierte und zusammenführte, sodass ausschließlich die über alle Krankenkassen/Verbände aggregierten Daten für die Untersuchung zur Verfügung standen und kein Krankenkassen- bzw. Kassenartenbezug mehr herzustellen war. Den Krankenkassen(-verbänden) wurde ein Erhebungskonzept zur Verfügung gestellt, das die Datenanforderungen, die Berechnungsschritte sowie alle notwendigen Datensatzbeschreibungen enthielt, um so eine einheitliche Datengrundlage für die Untersuchung zu gewährleisten.

Die Untersuchung erfolgt in Form einer retrospektiven Kohortenstudie, bei der eine in der Vergangenheit bestehende Population (alle Krankenhausfälle) ausgewählt wird, unabhängig von ihrem Risiko später vom Ergebnis der Untersuchung betroffen zu sein. Diese Population wird dann für einen definierten Zeitraum weiter beobachtet.

---

<sup>64</sup> Zur Untersuchung von möglichen Auswirkungen des G-DRG-Systems auf die Ergebnisqualität der stationären Versorgung wird die poststationäre Fallsterblichkeitsrate innerhalb von 30, 90 bzw. 365 Tagen nach der vollstationären Behandlung untersucht.

<sup>65</sup> Zur Untersuchung von möglichen Veränderungen des Verlegungsverhaltens der Krankenhäuser werden u. a. die Fallzahlen von typischen Verlegungskonstellationen untersucht.

Zu den betrachteten Fragestellungen können die zu vergleichenden Expositionen, die Entlassung aus einem vollstationären Krankenhausaufenthalt in den Kalenderjahren 2004 bis 2010, den Versicherten nicht zufällig zugewiesen werden, wie dies bei einer prospektiven Kohortenstudie möglich wäre. Stattdessen sind die Krankenhausaufenthalte durch ihr Entlassdatum einem der Kalenderjahre, also einer bestimmten Exposition, zugeordnet. Dies schränkt zwar die Aussagekraft der Untersuchung ein, weil die Störvariablen nicht gleichmäßig auf die zu untersuchenden Zeiträume bzw. Expositionen verteilt sein werden. Dennoch ist bei retrospektiven Kohortenstudien mit einer validen Aussage zu rechnen. Die eingeschlossenen Krankenhausaufenthalte werden während der jeweils definierten Beobachtungszeit hinsichtlich der Fragestellung, ob eines der Ereignisse (Verlegung bzw. Sterbefall) in ihrer Folge auftritt, verfolgt.

Im Rahmen der Datengenerierung bei den Krankenkassen für die Untersuchung der poststationären Fallsterblichkeit bzw. der Verlegungen wurden die Versichertenstammdaten (u. a. für die Abfrage des Sterbedatums und die Dauer des Versicherungsverhältnisses) mit den Leistungs- bzw. den Abrechnungsdaten der Krankenhäuser gem. § 301 SGB V verknüpft.

Der Datensatz nach § 301 SGB V diente dabei als Aufgreifkriterium für das Vorliegen einer vollstationären<sup>66</sup> Behandlung, zur Differenzierung der Krankenhaushfälle nach den in den § 301-Daten dokumentierten Hauptdiagnosen (gemäß ICD-10) und als Basis der G-DRG-Gruppierung.<sup>67,68</sup>

---

<sup>66</sup> Teilstationäre Fälle werden bei der Analyse nicht berücksichtigt.

<sup>67</sup> Die Identifizierung dieser Fälle erfolgte für alle Jahre mit einem Algorithmus basierend auf dem Schlüssel 4 (Entgeltschlüssel) der Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V. Hierdurch werden Fälle mit Fallpauschalen, vollstationären DRGs, vollstationären tages- bzw. fallbezogenen Entgelten nach § 7 Abs. 5 KHEntgG und Fälle mit einem vollstationären Basispflegesatz (außer Fälle mit einer Fachabteilung Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychosomatik/Psychotherapie) berücksichtigt:

10er Entgelt ODER 70er Entgelt (außer 707er Entgelte) ODER 85er Entgelt (außer 85xx0er und 85xx3er Entgelte) ODER 86er Entgelt (außer 86xx0er und 85xx3er Entgelte) ODER (01000001 UND NICHT (01xx29xx ODER 01xx30xx ODER 01xx31xx ODER 02xx29xx ODER 02xx30xx ODER 02xx31xx)).

<sup>68</sup> Einbezogen wurden auch Fälle, die anhand DRG-ersetzender Entgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG vergütet wurden (u. a. Fälle, die in besonderen Einrichtungen gem. § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG behandelt wurden) und für die ein tages- oder fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Nr. 5 KHEntgG (85er- oder 86er-Entgelt gem. Schlüssel 4 [Entgeltarten] der Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V) abgerechnet wurde.

Die Analyse zur poststationären Sterblichkeit wurde nicht auf Versicherten-ebene, sondern auf Ebene eines einzelnen Krankenhausfalles durchgeführt. Dies bedeutet, dass ein Versicherter mit mehreren Krankenhausaufenthalten (und somit mehreren gleichen oder unterschiedlichen G-DRGs bzw. Hauptdiagnosen) auch mehrere Male in die Analysen einging.

Um die jährlichen Anpassungen des G-DRG-Systems zu berücksichtigen, wurden stationäre Behandlungsfälle der Jahre 2004 bis 2006 einheitlich nach dem G-DRG-System 2006, Behandlungsfälle der Jahre 2006 bis 2008 nach dem G-DRG-System 2008 und Behandlungsfälle der Jahre 2008 bis 2010 nach dem G-DRG-System 2010 gruppiert zur Verfügung gestellt. Eingeschlossene Fälle wurden daher regelmäßig neugruppiert. Abbildung 16 zeigt die Zuordnung der Datenjahre zu der jeweils anzuwendenden G-DRG-Version bei der Neugruppierung. Maßgeblich für die Zuordnung eines Falles zu einem Datenjahr (und somit auch für die Zuordnung zu der anzuwendenden G-DRG-Version) war jeweils das Aufnahmedatum (vgl. § 1 Abs. 6 Satz 2 FPV 2010).

Abbildung 16: Versionierung der Datengrundlagen nach § 21 KHEntgG

		ICD-Version	G-DRG-Version
Datenjahr	2002	2002	-
	2003	2003	-
	2004	2004	2006
	2005	2005	2006
	2006	2006	2006 & 2008
	2007	2007	2008
	2008	2008	2008 & 2010
	2009	2009	2010
	2010	2010	2010

Quelle: IGES

Daten der Jahre 2002 und 2003 konnten für die Auswertungen nicht zur Verfügung gestellt werden.

### 3.2.3.1 Poststationäre Mortalität

Bei der Datenanalyse zur poststationären Mortalität wurden vollstationäre Krankenhausfälle berücksichtigt, die in den Kalenderjahren 2002 bis 2010 aus vollstationärer Behandlung entlassen wurden (Rekrutierungsphasen). Die untersuchten Krankenhausfälle wurden in den Jahren 2002 und 2003 in einem Krankenhaus und nicht in psychiatrischen Einrichtungen gemäß Psych-PV bzw. Einrichtungen für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin vollstationär behandelt oder in den Jahren 2004 bis 2010 über eine G-DRG oder ein G-DRG-ersetzendes fallbezogenes Entgelt abgerechnet. Dabei müssen das Aufnahme- und das Entlassdatum in einer der Rekrutierungsphasen und im gleichen Kalenderjahr liegen (Ausschluss von Überliegern). Für die untersuchten Krankenhausfälle gilt darüber hinaus, dass der Entlassungs-/Verlegungsgrund nicht „Tod“ (079) lautet und der Versicherte während der Beobachtungsphasen von 30, 90 bzw. 365 Tagen ab Entlassdatum durchgängig beobachtbar (also bei einer Krankenkasse versichert bzw. im Falle von Krankenkassenfusionen nachverfolgbar) war oder verstorben ist.

#### 3.2.3.1.1 Rücklauf

An der Bereitstellung von GKV-Routinedaten für die G-DRG-Begleitforschung beteiligten sich nahezu alle Krankenkassenverbände und viele Krankenkassen. Insgesamt enthält die Erhebung zur Untersuchung der poststationären Mortalität für die Jahre 2004 bis 2010 jeweils zwischen 35% und 40% aller vollstationären Behandlungsfälle (insgesamt über 40 Mio. Fälle).

Die Anzahl der in die Analysen eingehenden stationären Sterbefälle beträgt jährlich rund 170 Tsd., die Anzahl der poststationären Sterbefälle für den Zeitraum bis 30 Tage nach Entlassung liegt zwischen 110 Tsd. und 130 Tsd., für den Zeitraum bis 90 Tage nach Entlassung zwischen 260 Tsd. und 280 Tsd. und für den Zeitraum bis 365 Tage nach Entlassung zwischen 620 Tsd. und 660 Tsd..<sup>69</sup>

#### 3.2.3.1.2 Datenprüfung und Qualitätssicherung

Um die einheitliche Datenaufbereitung bei den Krankenkassen bzw. den Krankenkassenverbänden und die Datenübermittlung an den GKV-

---

<sup>69</sup> Ermittelt wird die Anzahl der Verstorbenen in einem definierten Zeitraum nach vollstationärer Behandlung. Die Anzahl der ermittelten Sterbefälle entspricht somit nicht der Anzahl verstorbener Personen, da bei mehreren Krankenhausaufenthalten die Zuordnung zu mehreren Krankenhausfällen erfolgt (Fallsterblichkeit).

Spitzenverband zu gewährleisten, wurde ein Erhebungskonzept erstellt, das neben den exakten Berechnungsvorgaben auch eine definierte Datenschnittstelle und entsprechende Stammdaten vorgab (vgl. Abschnitt 3.2.3).

Die von den Krankenkassen bzw. den Krankenkassenverbänden an den GKV-Spitzenverband übermittelten Daten wurden einer technischen und einer inhaltlichen Datenprüfung unterzogen.

Die technische Prüfung umfasste hierbei eine Vorprüfung, die Formatprüfung anhand der Schnittstellendefinition und eine inhaltliche Datenprüfung u. a. anhand der Stammtabellen im Erhebungskonzept.

Die inhaltliche Plausibilitätsprüfung erfolgte anhand verschiedener Algorithmen, insbesondere anhand der Angaben zur Alters- und Geschlechtsstruktur der Fälle innerhalb von G-DRGs, die solche Merkmale bei der Gruppierung berücksichtigen, und anhand der G-DRGs, die ausschließlich bei Versterben des Patienten angesteuert werden. Auffälligkeiten bei der technischen oder inhaltlichen Datenprüfung führten in der Regel zu einer Abweisung der Datenerlieferung.

### 3.2.3.2 Verlegungsverhalten

Bei der Datenanalyse zum Verlegungsverhalten der Krankenhäuser wurden vollstationäre Krankenhausfälle berücksichtigt, die in den Kalenderjahren 2004 bis 2010 aus einer vollstationären Behandlung entlassen bzw. in ein anderes Krankenhaus verlegt wurden (Rekrutierungsphasen). Dabei müssen das Aufnahme- und das Entlassdatum sowohl des Falles als auch einer durch Verlegungen in andere Krankenhäuser entstandenen Verlegungskette in einer der Rekrutierungsphasen und im gleichen Kalenderjahr liegen (Ausschluss von Überliegern). Für die untersuchten Krankenhausfälle gilt darüber hinaus, dass der Versicherte während des Zeitraums einer nicht unterbrochenen Verlegungskette durchgängig beobachtbar (also bei einer Krankenkasse versichert bzw. im Falle von Krankenkassenfusionen nachverfolgbar) war oder verstorben ist.

Eine Verlegungskette wird definiert als in zeitlicher Reihenfolge nach dem Aufnahmedatum<sup>70</sup> sortierte Verkettung der einzelnen abgerechneten G-DRGs innerhalb einer nicht unterbrochenen Verlegungskette (z. B. F06F, F60B). Ein Behandlungsfall einer Verlegungskette wird definiert als Behandlungsfall wenn

---

<sup>70</sup> Fallzusammenführungen aufgrund von Rückverlegungen im Rahmen einer Verlegungskette werden als eine DRG mit dem Aufnahmedatum des ersten Falles in die Verlegungskette sortiert.

zwischen der Entlassung aus dem einen Krankenhaus und der Aufnahme in das andere Krankenhaus nicht mehr als 24 Stunden vergangen sind. Da der Fokus auf den einzelnen Krankenhausaufenthalten einer Verlegungskette liegt, kann es bei dieser Betrachtung Abweichungen von der Definition eines Behandlungsfalles nach der Fallpauschalenverordnung geben.

#### **3.2.3.2.1 Rücklauf**

An der Bereitstellung von GKV-Routinedaten für die G-DRG-Begleitforschung beteiligten sich nahezu alle Krankenkassenverbände und viele Krankenkassen. Insgesamt enthält die Erhebung zur Untersuchung des Verlegungsverhaltens für die Jahre 2004 bis 2010 jeweils zwischen 35% und 50% aller vollstationären Behandlungsfälle (insgesamt über 50 Mio. Fälle).

Die Anzahl der in die Analysen eingehenden Verlegungsfälle beträgt jährlich rund 600 Tsd. Fälle und die Zahl der in die Analyse eingehenden Verlegungsketten rund 280 Tsd. jährlich.

#### **3.2.3.2.2 Datenprüfung und Qualitätssicherung**

Um die einheitliche Datenaufbereitung bei den Krankenkassen bzw. den Krankenkassenverbänden und die Datenübermittlung an den GKV-Spitzenverband zu gewährleisten, wurde ein Erhebungskonzept erstellt, das neben den exakten Berechnungsvorgaben auch eine definierte Datenschnittstelle und entsprechende Stammdaten vorgab (vgl. Abschnitt 3.2.3).

Die von den Krankenkassen bzw. den Krankenkassenverbänden an den GKV-Spitzenverband übermittelten Daten wurden einer technischen und einer inhaltlichen Datenprüfung unterzogen.

Die technische Prüfung umfasste hierbei eine Vorprüfung, die Formatprüfung anhand der Schnittstellendefinition und eine inhaltliche Datenprüfung (u. a. anhand der Stammtabellen im Erhebungskonzept).

Die inhaltliche Plausibilitätsprüfung erfolgte anhand verschiedener Algorithmen, insbesondere anhand der Angaben zur Alters- und Geschlechtsstruktur, zur Verweildauer und zum Verlegungsstatus der Fälle innerhalb von G-DRGs, die solche Merkmale bei der Gruppierung berücksichtigen. Auffälligkeiten bei der technischen oder inhaltlichen Datenprüfung führten in der Regel zu einer Abweisung der Datenlieferung.

### **3.2.4 Daten des Statistischen Bundesamtes**

Für die G-DRG-Begleitforschung standen auch Auswertungen des Statistischen Bundesamtes über die Meldungen der Krankenhäuser gemäß Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) zur Verfügung. Hierbei handelt es sich

um eine jährliche Vollerhebung der Krankenhäuser sowie der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Die Datenbestände umfassen Auszüge aus den von den Statistischen Ämtern der Länder erhobenen und qualitätsgesicherten Daten der jährlichen Erhebungen zur:

- Krankenhausstatistik – Krankenhäuser – Teil 1: Grunddaten
- Krankenhausstatistik – Krankenhäuser – Teil 3: Kostennachweis
- Krankenhausstatistik – Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen – Teil 1: Grunddaten.

### 3.2.4.1 Limitationen

Die in der G-DRG-Begleitforschung verwendeten Daten des Statistischen Bundesamtes weisen hinsichtlich ihrer Erfassungs- und Zuordnungsvorgaben einige Brüche innerhalb des Beobachtungszeitraumes auf.

Die ermittelte Anzahl von Krankenhäusern ist von der Definition der Erhebungseinheit (Krankenhaus) abhängig. „Maßgeblich für die statistische Erfassung einer Einrichtung ist die Wirtschaftseinheit. Darunter wird jede organisatorische Einheit verstanden, die unter einheitlicher Verwaltung steht und für die auf Grundlage der kaufmännischen Buchführung ein Jahresabschluss erstellt wird. Ein Krankenhaus als Wirtschaftseinheit kann zudem mehrere selbstständig geleitete Fachabteilungen oder Fachkliniken umfassen“ (Statistisches Bundesamt 2012b). Die Zahl der Krankenhäuser ändert sich somit aufgrund von Schließungen oder Neugründungen, aber auch durch eine Fusion eigenständiger Krankenhäuser zu einem Krankenhaus bzw. durch eine Abspaltung aus einem Verbund. Eine Quantifizierung des Umfangs dieser Veränderungen ist auf Basis der dem Statistischen Bundesamt vorliegenden Daten nicht möglich (vgl. Rolland 2005, S. 240). Daher müssen Auswertungen zu sämtlichen Indikatoren, die einen direkten Einrichtungsbezug aufweisen (z. B. Anzahl der Krankenhäuser) mit Vorsicht interpretiert werden. Die Validität der Datengrundlage insgesamt ist hiervon jedoch nicht beeinträchtigt, da z. B. auch nach Fusionen alle ehemals eigenständigen Einrichtungen Meldungen zu den vorgenannten Statistiken durchführen, nunmehr allerdings gemeinsam als ein Krankenhaus.



Das Statistische Bundesamt unterscheidet „Allgemeine Krankenhäuser“<sup>71</sup> und „Sonstige Krankenhäuser“.<sup>72</sup> Die Zuordnung zu diesen Krankentypen hat sich allerdings im langjährigen Untersuchungszeitraum leicht verändert.<sup>73</sup>

Um in den Auswertungen möglichst ausschließlich Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen zu berücksichtigen, die von der G-DRG-Einführung auch direkt betroffen sind, werden im Rahmen des dritten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung Auswertungen ausschließlich für die „Allgemeinen Krankenhäuser“ durchgeführt.<sup>74,75,76</sup> Eine Abgrenzung der Erhebung der Statistischen

---

71 Krankenhäuser, die über Betten in vollstationären Fachabteilungen verfügen, wobei die Betten nicht ausschließlich für psychiatrische, psychotherapeutische oder psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Patienten vorgehalten werden.

72 Sonstige Krankenhäuser sind Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten sowie reine Tages- oder Nachtkliniken.

73 In den Jahren 2002 bis 2004 wurden auch Krankenhäuser mit ausschließlich neurologischen Betten zu den Sonstigen Krankenhäusern gezählt; bis 2001 und seit 2005 zählt nur ein Krankenhaus mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten zu den Sonstigen Krankenhäusern.

74 Im ersten und zweiten Forschungszyklus wurden die Auswertungen noch für die Krankenhäuser insgesamt, welche die „Allgemeinen Krankenhäuser“ und die „Sonstigen Krankenhäuser“ umfassen, durchgeführt. Mit dem Einbezug der „Sonstigen Krankenhäuser“ in die Auswertungen wurden somit auch jene Krankenhäuser berücksichtigt, die nicht (unmittelbar) von der Einführung des G-DRG-Systems betroffen waren.

75 Mit diesem Vorgehen wird von der Empfehlung des Statistischen Bundesamtes abgewichen, Zeitreihenanalysen nur auf Basis der Krankenhäuser insgesamt durchzuführen (vgl. Statistisches Bundesamt 2012b). Aus Gründen der verbesserten Abgrenzung der G-DRG-Krankenhäuser und der damit einhergehenden verbesserten Möglichkeit, Auswirkungen des G-DRG-Systems zu identifizieren, wurde jedoch unter Berücksichtigung der geringen Verwerfungen durch diese veränderte Zuordnung im Untersuchungszeitraum (von diesem Wechsel der Zuordnung waren in den Jahren 2002 bis 2004 jeweils ca. 50 Krankenhäuser (2,7% aller Allgemeinen Krankenhäuser) mit insgesamt ca. 3.000 Betten (entsprechend 0,6% aller Betten in Allgemeinen Krankenhäusern) betroffen) dieses Vorgehen gewählt. Sofern hiervon abgewichen wurde, erfolgt eine gesonderte Nennung. Durch dieses Vorgehen konnte die Zahl der in den Auswertungen berücksichtigten Krankenhäuser deutlich von 2.064 Krankenhäusern insgesamt auf 1.758 Allgemeine Krankenhäuser (Jahr 2010) fokussiert werden.

76 Bei fachabteilungsbezogenen Kennzahlen werden die Auswertungen für alle Krankenhäuser unter Ausschluss der „Psychiatrischen Fachabteilungen“ (Fachabteilungen für Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie

Landesämter hinsichtlich der Leistungsabrechnung eines Krankenhauses bzw. einer Abteilung nach G-DRGs ist hingegen für den gesamten Untersuchungszeitraum nicht möglich.

Im Rehabilitationssektor wurden, soweit möglich, in ähnlicher Vorgehensweise die Daten der Fachabteilungen „Psychiatrie und Psychotherapie“ sowie „Psychosomatik“ bzw. „Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik“ abweichend von den Ausweisungen im ersten und zweiten Forschungszyklus nicht in die Datenanalysen einbezogen.

Daten zur Krankenhausinanspruchnahme der Bevölkerung werden in der Regel nicht den Daten des Statistischen Bundesamtes, sondern den Daten gem. § 21 KHEntgG entnommen. In den Fällen, in denen die G-DRG-Begleitforschung auf abgeleitete Kennzahlen aus der Krankenhausstatistik zurückgreift (z. B. Krankenhausfälle je Vollkraft; Kosten je Fall), die von relevanten Änderungen der Zählweise betroffen sind, werden diese bei der Dateninterpretation berücksichtigt.<sup>77</sup> Ebenso wird bei anderen Störvariablen (z. B. gesetzliche Veränderungen wie die Abschaffung des Arzt im Praktikum) verfahren. Änderungen in den Datenveröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes innerhalb des Untersuchungszeitraums werden sofern möglich berücksichtigt und ggf. ausgeglichen.<sup>78</sup>

Einige weitere Limitationen der Grunddaten (z. B. die Umstellung der Krankenhausstatistik Teil 3 – Kostennachweis vom Nettokostenprinzip auf das Bruttokostenprinzip ab 2002 (vgl. Statistisches Bundesamt 2008c)) berühren die für die G-DRG-Begleitforschung verwendeten Daten der Jahre 2002 bis 2010 nicht.

---

Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik) durchgeführt, dies entspricht i. d. R. den Allgemeinen Krankenhäusern mit ihren somatischen Fachabteilungen.

<sup>77</sup> So wurden z. B. ausschließlich im Jahr 2005 (mit Ausnahme von Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen) gesunde Neugeborene bei der Ermittlung der Fallzahl berücksichtigt (vgl. Statistisches Bundesamt 2008a). Für Allgemeine Krankenhäuser oder auf Ebene der Bundesländer oder Bettengrößenklassen liegt die Fallzahl nicht um die gesunden Neugeborenen korrigiert vor, sodass die Auswertungen für das Jahr 2005 auf Basis der Fallzahlen (bzw. der Belegungstage) inkl. gesunder Neugeborener durchgeführt wurden.

<sup>78</sup> So wurde im Jahr 2007 z. B. die Fachabteilungsgliederung verändert und die Fachabteilung Geriatrie in die übergeordnete Fachabteilungsgliederung aufgenommen (Statistisches Bundesamt 2008b). Des Weiteren werden in der Kostenstatistik seit 2007 Aufwendungen für den Ausbildungsfonds aufgeführt, womit sich im Vergleich zu den Vorjahren eine künstliche Erhöhung der Brutto-Gesamtkosten und der bereinigten Kosten ergibt (Bölt 2009).

### 3.2.5 Daten der externen vergleichenden Qualitätssicherung der Krankenhäuser

Für die G-DRG-Begleitforschung standen auch hochaggregierte Auswertungen der seit dem Jahr 2010 für die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V zuständigen Stelle (AQUA-Institut GmbH) zur Verfügung.

Hierbei handelt es sich um Ergebnisse aus dem für die medizinische und pflegerische Qualitätssicherung der Krankenhäuser bundesweit einheitlichen Verfahren, an dem sich alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser beteiligen. Grundlage des vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vereinbarten Verfahrens bildet der gesetzliche Auftrag (§ 135a und § 137 SGB V) (vgl. (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung 2008)).

Da die externe vergleichende Qualitätssicherung in den Krankenhäusern einer ständigen Weiterentwicklung unterworfen war und ist, wurden von der AQUA-Institut GmbH für die G-DRG-Begleitforschung nur Qualitätskennzahlen zur Verfügung gestellt, die folgenden Kriterien genügen:

- Es werden nur Kennzahlen aus Leistungsbereichen einbezogen, die von den Krankenhäusern in den Jahren 2004 bis 2010, 2006 bis 2010 oder zumindest 2008 bis 2010 durchgängig verpflichtend zu dokumentieren waren.
- Die methodische Vergleichbarkeit der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bzw. -kennzahlen muss für die Jahre 2004 bis 2010, 2006 bis 2010 oder zumindest 2008 bis 2010 gegeben sein, d. h. die zugrunde liegenden Rechenregeln etc. müssen unverändert geblieben sein bzw. die Rechenregel des Jahres 2010 muss einheitlich für die Berechnung der Ergebnisse der Jahre 2004 bis 2010, 2006 bis 2010 bzw. 2008 bis 2010 anwendbar sein (siehe unten).
- Die Abgrenzung der beschriebenen Kollektive muss über den Gesamtzeitraum hinweg stabil geblieben sein; d. h., dass der QS-Filter (Trigger-OPS, -ICD, -Alter etc.) unverändert geblieben sein muss.

Für viele Qualitätskennzahlen, die noch im ersten oder zweiten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung vergleichbar berechnet werden konnten, war diese Vergleichbarkeit über den Zeitraum 2004 bis 2010 nicht mehr gegeben. Aus diesem Grund wurde die Datenlieferung von Qualitätskennzahlen für den Zeitraum 2004 bis 2010 um die Qualitätskennzahlen für die Zeiträume 2006 bis 2010 und 2008 bis 2010 erweitert.

Von der AQUA-Institut GmbH wurden für die so abgegrenzten Kennzahlen alle für die Auswertungen benötigten Informationen aggregiert für alle Krankenhäuser insgesamt, und somit nicht für einzelne Krankenhäuser, Regionen o. ä., zur Verfügung gestellt. Dabei wurden von der AQUA-Institut GmbH für die Berechnung der Qualitätsindikatoren, sofern möglich, für die Erfas-

sungsjahre 2004 bis 2010 jeweils die Rechenregeln des Jahres 2010 angewendet.

Sofern die Rechenregeln auf ICD-10- oder OPS-Listen zurückgreifen, wurden die Listen in der Rechenregel (in der Regel Version 2010) angewendet, ohne ein Mapping der Codes in den QS-Datensätzen auf die Version 2010 vorzunehmen.

Von der AQUA-Institut GmbH wurden für die G-DRG-Begleitforschung für Qualitätsindikatoren bzw. -kennzahlen u. a. bereitgestellt:

- der Ergebniswert, Zähler und Nenner für die Erfassungsjahre 2004 bis 2010, 2006 bis 2010 bzw. 2008 bis 2010 und der entsprechende Referenzbereich
- die Dokumentationsraten in den einzelnen Leistungsbereichen für die jeweiligen Erfassungsjahre
- die Jahresangabe zur verwendeten Rechenregelversion (durchweg Jahr 2010).

Um zu gewährleisten, dass mit dem institutionellen Übergang des Verfahrens von der BQS zu der AQUA-Institut GmbH keine datenseitigen Probleme in der Lieferung für die G-DRG-Begleitforschung auftreten, wurde die für das Jahr 2010 je Qualitätsindikator gültige Rechenregel auf die Daten des Jahres 2008 angewendet. Sofern für das Jahr 2008 mit dieser Rechenregel identische Ergebniswerte wie in der Datenlieferung der BQS für den zweiten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung zum Jahr 2008 ermittelt wurden, wurde von einer Kontinuität der rechnerischen Methodik ausgegangen. Die retrospektive Ermittlung der Ergebniswerte bis zum Jahr 2004 erfolgte dann unter Verwendung der Rechenregeln des Jahres 2010, ebenso wie die Ermittlung der Ergebniswerte für die Jahre 2009 und 2010.

Insgesamt konnten von der G-DRG-Begleitforschung im dritten Forschungszyklus 70 Qualitätsindikatoren für den Zeitraum 2004 bis 2010, 40 Qualitätsindikatoren für den Zeitraum 2006 bis 2010 und 71 Qualitätsindikatoren für den Zeitraum 2008 bis 2010 in die Untersuchung einbezogen werden, bei denen die Ergebnisse auf vergleichbaren Berechnungsgrundlagen basieren.

### **3.3 Methodik der Auswertungen**

Im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung werden unterschiedliche Analysemethoden verwendet, um eine Beantwortung der Forschungsfragen, ob bzw. welche Auswirkungen das G-DRG-System auf die Versorgungsstrukturen, die Qualität der Versorgung, andere Versorgungsbereiche und auf die Leistungsverlagerungen hatte, zu ermöglichen. Im Folgenden werden einige der verwendeten Methoden und deren Limitationen in einem eigenständigen Abschnitt vorgestellt.

Eine Besonderheit der G-DRG-Begleitforschung stellt die Tatsache dar, dass die Datengrundlagen zur Beantwortung der Forschungsfragen aufgrund von Datenschutzaspekten regelmäßig ein hohes Aggregationsniveau besitzen und nicht fallbezogen oder krankenhausbezogen vorliegen.<sup>79</sup> Bei alleiniger Betrachtung aggregierter Daten, wie sie im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung zur Verfügung stehen, ist zu beachten, dass Aussagen zu den individuellen Eigenschaften der betrachteten Untersuchungseinheiten (hier insbesondere Patienten und Organisationen (z. B. Krankenhäuser)) nicht getroffen werden können.<sup>80</sup>

Diese Problematik liegt für viele der im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung zu untersuchenden Indikatoren und Zusammenhänge vor und ist bei der Dateninterpretation unbedingt zu beachten.

### 3.3.1 Altersstandardisierung

Um für die Untersuchung der Auswirkungen des G-DRG-Systems z. B. auf die Fallzahl Einflüsse der Altersstruktur der Bevölkerung zu eliminieren, wurden anhand der indirekten Standardisierung die aufgrund der Altersstruktur erwarteten Fallzahlen mit den real beobachteten Fallzahlen verglichen. Eine solche Standardisierung ist notwendig, da sich die Altersstruktur der Bevölkerung im Zeitverlauf verändert und im regionalen Vergleich unterscheidet. Durch die Standardisierung wird ein intertemporaler und interregionaler Vergleich möglich, der die unterschiedliche Inanspruchnahme von stationären Leistungen aufgrund der Altersstruktur ausgleicht.

Die altersspezifische Fallzahl<sup>81</sup> dieser Standardbevölkerung<sup>82</sup> wurde mit der Altersverteilung der jeweils untersuchten Bevölkerung gewichtet. Hieraus er-

---

<sup>79</sup> Aufgrund dieser hohen Datenaggregation konnte auch keine Modellierung der G-DRG-Einführung anhand einer einfachen Regression oder einer Paneldaten-Regression erfolgen, um mögliche Effekte der G-DRG-Einführung z. B. auf die Struktur der stationären Versorgung (z. B. die Anzahl der Krankenhäuser, die Bettenzahl, die Abteilungsstruktur) zu ermitteln.

<sup>80</sup> Der (fehlerhafte) Schluss von Zusammenhängen zwischen Aggregatdaten auf Zusammenhänge zwischen Individualdaten wird als „Ökologischer Fehlschluss“ bezeichnet.

<sup>81</sup> Eine Altersstandardisierung wird auch für weitere Kennzahlen durchgeführt und hier am Beispiel der Fallzahl dargestellt.

<sup>82</sup> Als Standardbevölkerung wurde die Bevölkerung Deutschlands des Jahres 2004 gewählt. Die Standardisierung erfolgte aufgrund der Restriktionen der Datenbasis aus-

rechnet sich die Fallzahl, die man erwarten würde, wenn das stationäre Leistungsgeschehen der untersuchten Bevölkerung das Gleiche wäre wie in der Standardbevölkerung.

$$\text{Erwartete Fallzahl} = \sum n_i \times \left(\frac{FZ}{EW}\right)_i$$

Hierbei ist  $n_i$  die Bevölkerung in der Altersgruppe  $i$  der untersuchten Bevölkerung,  $FZ$  die Fallzahl der Standardbevölkerung,  $EW$  die Einwohnerzahl der

Standardbevölkerung und somit  $\left(\frac{FZ}{EW}\right)_i$  die Fallzahlrate der Altersgruppe  $i$  in der Standardbevölkerung. Durch Division der beobachteten Fallzahl durch die erwartete Fallzahl ergibt sich der standardisierte Fallzahlinde<sup>83</sup>, wobei  $d$  die Fallzahl in der beobachteten Bevölkerung darstellt:

$$\text{Fallzahlinde}_{st} = \frac{\text{Beobachtete Fallzahl}}{\text{Erwartete Fallzahl}} = \frac{d}{\sum n_i \times \left(\frac{FZ}{EW}\right)_i}$$

Ein Fallzahlinde von 1,2 bedeutet somit, dass die beobachtete Fallzahl der untersuchten Bevölkerung um 20% über der erwarteten Fallzahl liegt.

Durch Multiplikation des standardisierten Fallzahlinde mit der rohen Fallzahlrate der Standardpopulation erhält man die indirekte standardisierte Fallzahlrate (Fallzahlrate<sub>st</sub>):

$$\text{Fallzahlrate}_{st} = \text{Fallzahlinde}_{st} * \text{Fallzahlrate}$$

Die Untersuchungen zur Entwicklung der poststationären Mortalität und zur Entwicklung des Verlegungsverhaltens konnten mit einer Alters- und Geschlechtsadjustierung durchgeführt werden.

Für die Untersuchung möglicher Veränderungen der poststationären Mortalität wurden aus den bereitgestellten Routinedaten der GKV mittels einer indirekten Alters- und Geschlechtsstandardisierung Standardisierte Mortalitätsratios (SMR) ermittelt:

---

schließlich altersstandardisiert, d. h. eine Geschlechtsstandardisierung wurde nicht durchgeführt.

<sup>83</sup> Es wird der Begriff Fallzahlinde verwendet, da es sich um den Mittelwert der altersspezifischen Messzahlen handelt.

$$SMR = \frac{\text{Beobachtete Sterbefälle}}{\text{Erwartete Sterbefälle}} = \frac{d}{\sum n_i \times MR_i}$$

Hierbei bezeichnet  $d$  die Summe der Sterbefälle in der beobachteten Population,  $n_i$  die Zahl der Personen in der Alters- und Geschlechtsgruppe  $i$  der beobachteten Bevölkerung und  $MR_i$  die Mortalitätsrate der Alters- und Geschlechtsgruppe  $i$  in der Standardbevölkerung.

Anhand der SMR können die Mortalitätsraten im Zeitverlauf miteinander verglichen werden, auch wenn sich die Versichertenpopulation hinsichtlich ihrer Alters- und Geschlechtsstruktur verändert hat. Die Standardisierung erfolgte jeweils getrennt für die Gesamtsterblichkeit sowie auf Ebene jeder einzelnen G-DRG und Hauptdiagnose (ICD). Die SMR für die MDCs wurden durch Aggregation der einzelnen G-DRGs ermittelt.

Zur Signifikanzprüfung wurden die 95%-Konfidenzintervalle der jeweiligen SMR berechnet.<sup>84</sup>

Als Basisjahr (Standardbevölkerung) wurde jeweils das erste verfügbare Datenjahr gewählt, d. h. bei Betrachtung der Gesamtentwicklung der poststationären Mortalität das Jahr 2004. Bei der nach G-DRGs differenzierten Betrachtung wurde für die Jahre 2004 bis 2006 (gruppiert nach der G-DRG-Version 2006) das Basisjahr 2004 verwendet, für die Jahre 2006 bis 2008 (gruppiert nach der G-DRG-Version 2008) das Basisjahr 2006 und für die Jahre 2008 bis 2010 (gruppiert nach der G-DRG-Version 2010) das Basisjahr 2008 (vgl. Abschnitt 3.2.3). G-DRGs mit weniger als 100 Sterbefällen werden nicht in den Tabellen berichtet, da etwaige Veränderungen der SMR nicht auf Signifikanz geprüft werden können.

### 3.3.2 Komponentenerlegung

Die Entwicklung des Case-Mix ist, wie die Entwicklung des Umsatzes von bestimmten Warenmärkten im Zeitverlauf, dadurch gekennzeichnet, dass sich mehrere Einflussfaktoren gleichzeitig ändern können. Relativ einfach zu ermitteln sind die Veränderungen der Fallzahl und des Case-Mix-Index, die entsprechend durch eine Fallzahl- und CMI-Komponente dargestellt werden können. Parallel dazu kann der Case-Mix im Zeitverlauf auch durch strukturelle Änderungen beeinflusst werden, wie etwa Veränderungen in der Leistungsstruktur.

---

<sup>84</sup> Die Konfidenzintervalle wurden unter der Annahme berechnet, dass die beobachteten Todesfälle einer Poissonverteilung genügen.

Der Einfluss solcher Verschiebungen wird mit Hilfe von Strukturkomponenten untersucht. Die Berechnung von Strukturkomponenten geht auf das klassische wirtschaftswissenschaftliche Konzept der Indextheorie zurück. Mit der Berechnung eines Index verbindet sich die Erwartung, die jeweiligen Einzeleffekte mehrerer unterschiedlicher Einflussfaktoren, die sich auf den gesamten Behandlungsaufwand eines „Warenkorbes“ mit einer Vielzahl von G-DRGs auswirken, isoliert beschreiben zu können.

Dieses Konzept wird seit Beginn der 80er-Jahre auch auf die Ermittlung der Einflussfaktoren auf die Entwicklung der Arzneimittelumsätze der GKV angewendet und im Arzneiverordnungs-Report (Schwabe und Paffrath 2012) publiziert und bildet auch die Basis für die Analysen im Arzneimittel-Atlas (Häussler et al. 2012). Grundlage der dort veröffentlichten Ergebnisse sind die von Reichelt beschriebenen Methoden (Reichelt 1988). Dieses Grundkonzept wurde auch auf das G-DRG-System angewandt (vgl. Friedrich und Günster 2005; Günster 2007).

Das Konzept der Komponentenzerlegung ist anwendbar, wenn die Produkte des untersuchten Marktes (hier die G-DRGs) hierarchisch strukturierbar sind und die vorgefundene Produktstruktur hinreichend homogen ist. Die G-DRG-Klassifikation erlaubt eine eindeutige vertikale Gliederung durch die aufsteigenden Hierarchieebenen G-DRG, Basis-DRG, Partition und Hauptdiagnosekategorie. Auch kann das G-DRG-System als in sich homogen bezeichnet werden (vgl. Abschnitt 3.2.1.1). Bei der Interpretation der Ergebnisse ist die spezifische Struktur des G-DRG-Systems zu beachten.<sup>85</sup>

### 3.3.2.1 Durchführung der Komponentenzerlegung

Bei der Berechnung von Indizes können zwei Konzepte angewandt werden: Das eine Konzept (Laspeyres-Ansatz) hält die „Preise“<sup>86</sup>, im vorliegenden

---

<sup>85</sup> Roeder et al. argumentierten hingegen im Jahr 2008 in einem Gutachten für die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft, dass die Nutzung von Indizes, die Konstrukte wie Basis-DRGs und Partitionen oder MDCs verwenden, für rein quantitative Analysen nicht mehr sinnvoll seien. Durch die grundsätzliche Veränderung der Struktur des G-DRG-Systems seit 2005 seien die Grenzen dieser Konstrukte und Migrationen zwischen diesen nicht mehr eindeutig interpretierbar (Roeder et al. 2008).

<sup>86</sup> Die hier angewandte Komponentenzerlegung beinhaltet keine reale Preiskomponente. Die realen Preise der stationären Leistungen, die sich u. a. durch Berücksichtigung der jeweiligen Basisfallwerte der Krankenhäuser bzw. der Landesbasisfallwerte und der real abgerechneten Leistungen (G-DRGs) nach dem im jeweiligen Jahr gültigen G-DRG-System ergeben, werden im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung nicht untersucht. Untersucht wird hingegen die Veränderung des Case-Mix (also des anhand des



Kontext also den (effektiven) Case-Mix-Index, für den Untersuchungszeitraum konstant. Es wird somit ermittelt, welche Veränderung des Case-Mix<sup>87</sup> eingetreten wäre, wenn sich die Fallzahlen so verändert hätten, wie sie es real taten, der (effektive) Case-Mix-Index (die „Preise“) aber konstant geblieben wäre. Das andere Konzept (Paasche-Ansatz) hält die „Mengen“, also die Fallzahlen, für den Untersuchungszeitraum konstant und ermittelt somit, welche Veränderung des Case-Mix eingetreten wäre, wenn sich der (effektive) Case-Mix-Index so verändert hätte, wie er es real tat, die Fallzahlen (die „Mengen“) aber konstant geblieben wären.

Der Index der gesamten Case-Mix-Veränderung errechnet sich durch eine multiplikative Verknüpfung des Fallzahlindezes mit dem (effektiven) CMI-Index. Der Indexwert der CMI-Komponente wird als Laspeyres-Index berechnet<sup>88</sup> und ergibt sich somit aus den effektiven Bewertungsrelationen der einzelnen G-DRGs im Berichtsjahr (2010) geteilt durch die effektiven Bewertungsrelationen im Basisjahr (2008), die jeweils mit den Fallmengen der G-DRGs des Basisjahres gewichtet werden.

Der CMI-Index kann nun weiter in Teilkomponenten zerlegt werden. Hierbei wird unterschieden, ob sich der (effektive) Case-Mix-Index durch eine Verschiebung der Anteile von Normalliegern, Kurzliegern und Langliegern verändert hat (Bewertungsrelations [BR]-Komponente) oder ob es zu Strukturverschiebungen zwischen den G-DRGs gekommen ist (Strukturkomponente). Diese Strukturkomponente kann darüber hinaus für jede Hierarchieebene in

---

G-DRG-Systems ermittelten Ressourcenaufwands) im Zeitverlauf und dessen Einflussfaktoren. Aufgrund der deutlichen jährlichen Anpassungen des G-DRG-Systems kann eine solche Analyse nur mit Falldaten, die nach einer einheitlichen G-DRG-Version gruppiert wurden, erfolgen. Dies beinhaltet auch, dass die Relativgewichte der entsprechenden G-DRG-Version für alle Jahre angewandt wurden.

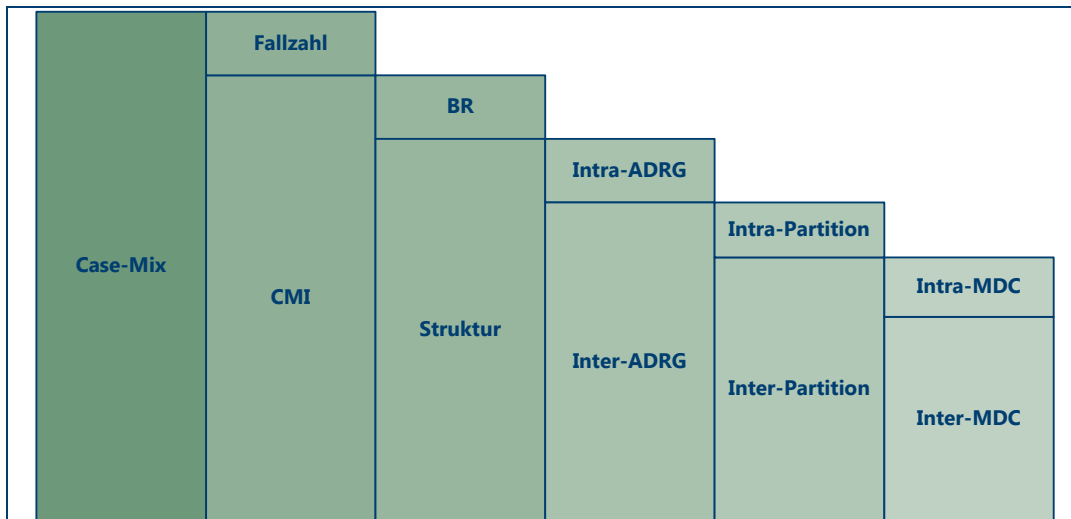
Felder (Felder et al. 2012) wandte hingegen eine Komponentenzerlegung lediglich auf Ebene der MDCs an, um Veränderungen des G-DRG-Systems durch Berechnung auf einer relativ stabilen Aggregationsebene und für einen längeren Zeitraum durchführen zu können.

<sup>87</sup> Im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung stand der effektive Case-Mix der Behandlungsfälle zur Verfügung, der sich aus der Summe der Bewertungsrelationen zuzüglich der tagesbezogenen Entgelte bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer und abzüglich der Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer oder anderer Abschläge ergibt.

<sup>88</sup> Der Fallzahlindezes hingegen wird als Paasche-Index berechnet.

Teilkomponenten (einen Inter-Effekt und einen Intra-Effekt) zerlegt werden (vgl. Abbildung 17).<sup>89</sup>

Abbildung 17: Komponentenerlegung des Case-Mix



Quelle: IGES

Der Intra-Effekt stellt auf Ebene der Basis-DRGs die Strukturveränderungen des Case-Mix innerhalb einer Basis-DRG dar. Der Inter-Effekt entspricht hingegen den Strukturveränderungen des Case-Mix zwischen Basis-DRGs. Um den Effekt einer Strukturkomponente nur einmal zu berücksichtigen, wird der Effekt der jeweils zuvor betrachteten Strukturkomponente aus der nachfolgenden Hierarchieebene herausgerechnet. Dafür wird der zunächst berechnete „Inter-Indexwert“ der betrachteten Komponente durch den „Inter-Indexwert“ der vorhergehenden Strukturkomponente dividiert. Der so berechnete Wert entspricht dann dem „Intra-Index“ der jeweiligen Hierarchieebene und dem dargestellten Indexwert (vgl. Abbildung 17). So kann sichergestellt werden, dass nur die Veränderungen des Case-Mix durch die gerade analysierte Strukturkomponente betrachtet werden und es nicht zu Verschiebungen auf die jeweils höheren Ebenen kommt.

Die Zerlegung in Komponenten erfolgt durch die Berechnung eines Index für jede Komponente entsprechend den Formeln für Mengen-, Struktur- und Preiskomponenten wie von (Reichelt 1988) beschrieben.

<sup>89</sup> Zur Berechnung der Teilkomponenten werden die Aggregationsstufen (z. B. Basis-DRGs) als eigenständige „Produkte“ verstanden, für welche mengengewichtete Case-Mix-Indizes berechnet werden. Darauf basierend lässt sich die Strukturkomponente Inter-ADRG-Index berechnen.

### 3.3.2.2 Bedeutung der Komponenten

Durch die Bildung einzelner Indexwerte für Teilkomponenten wird die Veränderung des Case-Mix in Teileffekte untergliedert. Die errechneten Indexwerte selbst sind Steigerungs- und Wachstumsraten und deshalb nicht summierbar. Die Bewertung mit Absolutbeträgen in Case-Mix-Punkten erfolgt anhand einer Logarithmierung der Indizes.<sup>90</sup> Die Summe der Case-Mix-Punkte aller Komponenten entspricht der gesamten Case-Mix-Veränderung zwischen den Jahren 2008 und 2010.

Bei der Interpretation der einzelnen Komponenten gehen die Autoren von realen oder zumindest relativen Strukturveränderungen der stationären Versorgung aus (vgl. Tabelle 7). Weitere mögliche Effekte auf die Case-Mix-Veränderung werden bei der Interpretation der errechneten Ergebnisse berücksichtigt.

---

<sup>90</sup> Dieses Vorgehen folgt (Reichelt 1988).

Tabelle 7: Bedeutung der Komponenten

Indexwert	Interpretation
<b>Case-Mix-Veränderung</b>	Gibt die Veränderung des Case-Mix zwischen Basis- und Berichtsperiode an (2008 - 2010).
<b>Fallzahl (FZ)-Index</b>	Gibt die Veränderung der Fallzahl an und zeigt damit die Veränderung des Case-Mix bei konstanter Leistungsstruktur und konstanten effektiven Bewertungsrelationen.
<b>CMI-Index</b>	Gibt die Veränderung des Case-Mix-Index an und zeigt damit die Veränderung des Case-Mix bei konstanter Fallzahl.
<b>BR-Index</b>	Gibt die Veränderung des Case-Mix an, die bedingt wird durch veränderte effektive Bewertungsrelationen, wenn die Leistungsstruktur und die Fallzahl konstant gehalten werden.
<b>Struktur-Index</b>	Gibt die Veränderung des Case-Mix an, die bedingt wird durch eine veränderte Leistungsstruktur, wenn die Fallzahl und die effektive Bewertungsrelation konstant gehalten werden.
<b>Intra-ADRG</b>	Gibt die Veränderung des Case-Mix an, die bedingt wird durch eine Strukturveränderung der G-DRGs innerhalb einer Basis-DRG.
<b>Inter-ADRG</b>	Gibt die Veränderung des Case-Mix an, die bedingt wird durch eine Strukturveränderung zwischen den Basis-DRGs und innerhalb der gleichen MDC und Partition.
<b>Intra-Partition</b>	Gibt die Veränderung des Case-Mix an, die bedingt wird durch eine Strukturveränderung der erbrachten Basis-DRGs innerhalb der gleichen MDC und Partition.
<b>Inter-Partition</b>	Gibt die Veränderung des Case-Mix an, die bedingt wird durch Strukturveränderungen der G-DRGs zwischen Partitionen innerhalb einer MDC.
<b>Intra-MDC</b>	Gibt die Veränderung des Case-Mix an, die bedingt wird durch eine Strukturveränderung der G-DRGs innerhalb der gleichen MDC.
<b>Inter-MDC</b>	Gibt die Veränderung des Case-Mix an, die bedingt wird durch G-DRG-Strukturveränderungen zwischen den MDCs.

Quelle: IGES (nach Friedrich und Günster 2005)

### 3.3.3 Entfernungsberechnung

Zur Beantwortung der Fragestellung, ob das G-DRG-System zu einer Veränderung des Zugangs zu stationären Leistungen geführt hat, wurde als Indikator die räumliche und die zeitliche Entfernung zwischen dem Wohnort des Patienten und dem Ort der Leistungserbringung einerseits in Kilometern und andererseits in Minuten Fahrtzeit untersucht.

Für die Berechnung dieser Entfernungen und Fahrtzeiten standen die hausnummerngenauen Anschriften aller Krankenhäuser für die Jahre 2008 bis 2010 und alle potenziellen Wohnorte der Patienten in Form aller bundesweit existierenden fünfstelligen Postleitzahlen für diesen Zeitraum zur Verfügung. Ausgehend hiervon konnten somit alle Entfernungen von einem Krankenhaus zu allen potenziellen Wohnorten von behandelten Patienten berechnet werden.

Um die Rechenzeit zu reduzieren, wurde die Berechnung ausschließlich für real vorkommende Kombinationen (N=1,24 Mio.) durchgeführt.<sup>91</sup>

Aus Gründen des Datenschutzes wurden diese Entfernungsberechnungen nicht für einzelne Patienten, sondern für alle vorkommenden Kombinationen ohne Kenntnis der Anzahl und der Struktur der Patienten durchgeführt.

Als Geoinformationssystem (GIS), mit dessen Hilfe die Routenberechnung und darauf aufbauend die Entfernungsberechnungen durchgeführt wurden, wurde Microsoft MapPoint 2009 genutzt.<sup>92</sup>

Alle Adressen der Krankenhäuser konnten durch das GIS (ggf. nach einer Nachbearbeitung der Adressen) geokodiert werden. Nichtgeographische Postleitzahlen (z. B. Großempfänger oder Postfächer) wurden aus dem Datensatz entfernt (N=55.217)<sup>93</sup> sodass für 1,18 Mio. Datensätze die Entfernungsberechnung durchgeführt werden konnte.

Um die Vergleichbarkeit der berechneten Fahrtzeiten zu gewährleisten, wurden dieselben Durchschnittsgeschwindigkeiten für die verschiedenen Straßentypen zugrunde gelegt, wie sie vom IQWiG im Rahmen eines Prognosemodells verwendet wurden (vgl. Tabelle 8) (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2006).

---

<sup>91</sup> Des Weiteren wurde auf die Berechnungsergebnisse des ersten und zweiten Forschungszyklus bei unveränderten Kombinationen von Postleitzahl und Krankenhausadresse zurückgegriffen.

<sup>92</sup> MapPoint verwendet den geographischen Mittelpunkt des Postleitzahl-Polygons zur Geokodierung in den Fällen, in denen nur die Postleitzahl zur Geokodierung eines Ortes zur Verfügung steht. Theoretisch kann dies dazu führen, dass dieser Punkt außerhalb des eigentlichen Postleitzahlenbereichs liegt. Zwar gibt es auch alternative Methoden der Positionsbestimmung (z. B. zufällige Punktwahl innerhalb des tatsächlichen Polygons für den Postleitzahlenbereich oder bevölkerungsgewichtete Punktwahl innerhalb eines Postleitzahlenbereichs), allerdings sind die Ergebnisunterschiede insgesamt gering und nehmen in ländlichen Regionen mit großen Postleitzahlgebieten zu (vgl. Berke und Shi 2009). Aufgrund des Untersuchungsdesigns mit einem Schwerpunkt auf den Veränderungen des Zuganges zu stationären Leistungen im intertemporalen Vergleich und nicht im interregionalen Vergleich wurde das beschriebene Vorgehen ausgewählt. Hierbei können die ermittelten Entfernungen und Zeiten um wenige Prozentpunkte von der Realität abweichen, sind jedoch sowohl im Zeitverlauf als auch hinsichtlich der Differenzierung nach G-DRGs bzw. Hauptdiagnosen miteinander vergleichbar.

<sup>93</sup> Pro Auswertungsjahr konnten somit ca. 0,1% - 0,2% der Fälle nicht zugeordnet werden. Dies betraf in der Regel nur einzelne Fälle, die zufällig auf alle Krankenhäuser verteilt waren, sodass eine systematische Verzerrung der Ergebnisse ausgeschlossen werden kann.

Tabelle 8: Verwendete Geschwindigkeiten für Straßentypen

Straßentyp	Durchschnittsgeschwindigkeit in km/h
Autobahn	120
Schnellstraße	100
Hauptverbindungsstraße	70
Verbindungsstraße	50
Nebenstraße	30

Quelle: IGES (nach Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2006)

Als Berechnungsergebnisse wurden neben der Luftlinienentfernung jeweils die Entfernung und Fahrtzeit für die kürzeste und die schnellste Strecke ausgegeben. Für Strecken, die mit Hilfe von Fähren oder Zügen zurückgelegt werden (z. B. auf die Nord- bzw. Ostfriesischen Inseln), wurde der Durchschnittsfaktor, um den sich die Straßenentfernung von der Luftlinie unterscheidet, auf die Luftlinie der Entfernung angewandt, um die korrekten Entfernungen zu ermitteln.<sup>94</sup>

Tabelle 9 stellt die ermittelten minimalen und maximalen Entfernungen bzw. Fahrtzeiten als Übersicht dar. Im Rahmen der Auswertungen wurden dann gewichtete Mittelwerte für die jeweilige Untersuchungsebene (G-DRG bzw. Hauptdiagnose) untersucht.

Tabelle 9: Ergebnisse der Entfernungs- und Fahrtzeitenberechnung

Entfernung bzw. Fahrtzeit	Minimum	Maximum
Luftlinie	0 km	877 km
Schnellste Entfernung	0 km	1.203 km
Kürzeste Entfernung	0 km	1.050 km
Fahrtzeit der schnellsten Entfernung	0 min	10 h 39 min
Fahrtzeit der kürzesten Entfernung	0 min	16 h 24 min

Quelle: IGES

Die ermittelten Streckenlängen und -zeiten wurden anschließend an das InEK übermittelt, das anhand der fallbezogenen Daten des § 21 KHEntgG Datensatzes die Durchschnittswerte je G-DRG und je Hauptdiagnose ermittelte und für die weiteren Auswertungen im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung aggregiert zur Verfügung stellte. Durch diese Verfahrensweise konnte sichergestellt werden, dass dem Auftragnehmer keine fall- oder krankenhausbezogenen Daten zur Verfügung gestellt werden mussten.

<sup>94</sup> Dieser Faktor beträgt für die kürzeste Straßenentfernung 1,205 und für die schnellste Straßenentfernung 1,324.

### 3.3.4 Systematische Literaturanalysen

Die Fragen nach dem Einfluss des G-DRG-Systems auf die Mitarbeiter- bzw. Patientenzufriedenheit wurden – wie bereits im ersten und zweiten Forschungszyklus – mit Hilfe von systematischen Literaturrecherchen in den Datenbanken

- Medline,
- Embase und
- CINAHL – Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature

beantwortet. Dabei war es das Ziel, Panelstudien oder Vorher-Nachher-Vergleiche zu finden, in denen diese Fragestellung adressiert wurde. Die Suchstrings der systematischen Literaturrecherche, die um eine Handsuche (bis Juni 2012) ergänzt wurde, finden sich im Anhang.

Es galten die gleichen Ein- und Ausschlusskriterien wie bereits im ersten und zweiten Zyklus (vgl. Endbericht zum ersten Forschungszyklus; Endbericht zum zweiten Forschungszyklus). Analog dazu wurden nur Studien berücksichtigt, bei denen ein Folge-Erhebungszeitpunkt zwischen 2009 und 2010 lag. Alle weiteren methodischen Details (Filterung, Ein- und Ausschlusskriterien), wurden bereits im ersten Forschungszyklus beschrieben (vgl. Endbericht zum ersten Forschungszyklus, S. 74 ff.).

## 3.4 Mögliche Störvariablen und Ansätze für deren Isolierung

Mit der G-DRG-Begleitforschung soll der Einfluss der Einführung des Vergütungssystems auf unterschiedliche Indikatoren ermittelt werden („Ursache-Wirkung-Zusammenhang G-DRG-System“). Da die G-DRG-Begleitforschung keinem idealtypischen Evaluationsansatz folgen kann (vgl. Abschnitt 3.1.1), muss sie in besonderem Maße weitere Einflussfaktoren berücksichtigen, die die Messung des eigentlichen G-DRG-Effektes überlagern können (Störvariablen).

Die hohe Komplexität bei der Berücksichtigung der Störvariablen ergibt sich aus

- der Vielzahl der Störvariablen,
- den Interdependenzen der Störvariablen und
- den Veränderungen der Störvariablen im Zeitverlauf (Diskontinuität).

### 3.4.1 Identifizierung und Typologisierung der Störvariablen

Anhand von Empfehlungen und Hinweisen des Begleitgremiums, einer Expertenbefragung und einer Literaturrecherche erfolgte zunächst eine möglichst vollständige Zusammenstellung aller relevanten Störvariablen zu allen im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung in Hinblick auf die Auswirkungen des G-DRG-Systems zu bewertenden Indikatoren.

Die Störvariablen wurden in einem weiteren Schritt typisiert, um entscheiden zu können, welche dieser Variablen für eine mathematische Isolierung geeignet sein könnten. Die Typologie umfasst die in der nachfolgenden Tabelle gelisteten Ausprägungen.



Tabelle 10: Typologisierung der Störvariablen

Typ der Störvariable	Beispiel für Störvariable
Intertemporale Veränderung der Datengrundlagen	Differenzierung des dokumentierbaren Aufnahmeanlasses bei Verlegungen in den Daten gem. § 21 KHEntgG von „V“ (Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden KH >24h) in „V“ oder „A“ (Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden KH <24h) ab 2007 Streichung des Aufnahmeanlass „K“ (Verlegung im Rahmen einer Kooperation) in den Daten gem. § 21 KHEntgG mit Wirkung zum 01.01.2007.
Medizinischer Fortschritt	Leistungsverlagerung in den ambulanten Leistungsbereich der Krankenhäuser (ambulante Substitution) infolge medizintechnischer Innovationen (z. B. durch den zunehmenden Einsatz von Biopharmazeutika)
Optimierung der Prozesse, Strukturen und Kommunikation, die in das eigene Unternehmen oder in Richtung der Patienten gerichtet sind	Anwendung von Klinischen Pfaden mit dem Ziel der Zertifizierung einer Einrichtung (z. B. Brustzentrum) oder Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zur externen Qualitätssicherung
Statistisches Artefakt	Die Datenquelle berücksichtigt alle Beschäftigten der Krankenhäuser. Outsourcing von Leistungen z. B. durch Gründung von Servicegesellschaften kann zur Reduzierung der Anzahl der Vollkräfte führen, obwohl diese „vor Ort“ de facto unverändert bleibt
Direkte Beeinflussung durch Gesetzesanpassungen oder rahmensetzende Akteure (Krankenhausplanung)	Veränderung der Personalvorhaltung durch Umsetzung von Arbeitszeitrichtlinien
Ungeklärte Abgrenzung oder Definition des Indikators	Fehlende Definition teilstationärer Leistungen (insbesondere Abgrenzungsproblematik zu ambulanten Leistungen)
Mangelhafte Datenvalidität	Die Art der Kennzeichnung des Verlegungsgrundes im Datensatz nach § 21 KHEntgG war bis 2006 nicht erlösrelevant. Die Validität der Daten ist daher ggf. eingeschränkt
Keine Separierung innerhalb der Daten nach Anwendungsbereich des KHEntgG und anderen akutstationären Leistungsbereichen (z. B. BpflV) möglich	Statistik ist nicht auf den Anwendungsbereich des KHEntgG beschränkt, sondern enthält andere akutstationäre Leistungsbereiche (z. B. BpflV)
Weiterentwicklung des G-DRG-Systems und seiner Grundlagen sowie sonstiger Schlüsselsystematiken (z. B. ICD-10)	Systemanpassungen (z. B. Kodierrichtlinien, Änderung der schweregradsteigernden Nebendiagnosen (CC-Liste))
Demographie	Verändertes Leistungsgeschehen aufgrund von Effekten unabhängig vom G-DRG-System (z. B. Demographie)
Kooperationen zwischen den Leistungserbringern	Leistungsverschiebungen aufgrund von Krankenhauskooperationen unabhängig vom G-DRG-System
Weitere Effekte auf Indikatoren, die in keinem Zusammenhang mit dem G-DRG-System stehen	Spezialisierungseffekte aus ökonomischen Gründen unabhängig vom G-DRG-System (z. B. Kostensenkung durch Standardisierung, verbesserte Einkaufskonditionen etc.)

Quelle: IGES

### 3.4.2 Umgang mit Störvariablen

Durch eine Typologisierung der Störvariablen wird zunächst lediglich die Komplexität der Faktoren reduziert, die eine beeinflussende Wirkung auf die einzelnen zu untersuchenden Indikatoren haben können.

Eine Isolierung des „reinen“ G-DRG-Effektes ist häufig nicht möglich, da die überwiegende Zahl der zu untersuchenden Indikatoren von unterschiedlichen, heterogen wirkenden Störvariablen beeinflusst wird und für diese regelmäßig keine validen Datengrundlagen verfügbar sind. Für einzelne Typen von Störvariablen, z. B. die demographische Komponente, konnte für bestimmte Indikatoren der G-DRG-Begleitforschung eine mathematische Bereinigung (Standardisierung, vgl. Abschnitt 3.3.1) durchgeführt werden. In allen anderen Fällen werden die identifizierten Störvariablen und deren Wirkung indikatorenspezifisch diskutiert und nach Möglichkeit auch eine qualitative Bewertung des zu erwartenden Effektes vorgenommen.

Insgesamt ist zu konstatieren, dass eine mathematische Isolierung der Effekte des G-DRG-Systems angesichts der hohen Komplexität von Störgrößen und der hohen Aggregationsstufe der Datenbasis (vgl. Abschnitt 3.3) im Regelfall problematisch ist und lediglich in Einzelfällen durchgeführt werden konnte.

Im Folgenden werden einige wichtige, teilweise indikatorübergreifend wirkende Einflussfaktoren gesondert diskutiert:

- Medizinischer Fortschritt
- Demographische Veränderung
- Sektorspezifische Veränderungen unabhängig vom G-DRG-System.

#### **3.4.2.1 Medizinischer Fortschritt**

Innovationen können im Bereich des Gesundheitswesens sowohl Verbesserungen bereits bestehender Therapieansätze oder Behandlungsprozesse als auch Neuerungen im Sinne bisher unbekannter Ansätze bzw. Therapieformen darstellen (Penk et al. 2008). Der medizinisch-technische Fortschritt kann unterschiedliche Wirkungen und Folgewirkungen auf viele der Indikatoren entfalten, die in der G-DRG-Begleitforschung im Hinblick auf die Auswirkungen der G-DRG-Einführung untersucht werden.

Exemplarisch sei hier auf die Entwicklung im Bereich der Kardiologie und Herzchirurgie verwiesen, die in besonderem Maße von medizintechnischen und medikamentösen Innovationen beeinflusst wird. Zu nennen sind hier z. B. die Entwicklungen im Bereich der Versorgung mit Defibrillatoren, neue Operationsverfahren bei Bypassoperationen, endovaskuläre Implantationen von Herzklappen, die Behandlung von Herzrhythmusstörungen durch Ablationen oder neue Zugangswege bei Herzkatheteruntersuchungen. Hierdurch verändern sich die Versorgungsmöglichkeiten und die reale Versorgungssituation z. T. sehr schnell.

Häufig führen diese Entwicklungen zu einer Verbesserung der therapeutischen Optionen und zur Möglichkeit, Verfahren auch bei zunehmend älteren Men-

schen anzuwenden oder Verfahren auch vermehrt ambulant erbringen zu können.

Dies kann dazu führen, dass vermehrt Leistungen erbracht werden können, dass andere Leistungen möglicherweise weniger nachgefragt werden (substituiert werden) oder sich aufgrund von weniger invasiven OP-Verfahren die Verweildauern reduzieren oder ggf. Krankenhausaufenthalte verhindert werden.

Diese Beispiele zeigen, dass die Abschätzung der Wirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts zugleich höchst komplex und – leistungsbezogen – höchst spezifisch ausfallen müsste. Eine sowohl umfassende als auch detaillierte Berücksichtigung der Effekte des medizinischen Fortschritts, um diesen als Störvariable isolieren zu können, kann im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung nicht vorgenommen werden.

#### **3.4.2.2 Demographische Veränderung**

Die Veränderungen der Einwohnerzahl und der Altersstruktur der Bevölkerung können auch innerhalb kürzerer Betrachtungszeiträume die Inanspruchnahme von stationären Behandlungsleistungen verändern. Aus diesem Grund wurden die Effekte der demographischen Entwicklung auf einzelne Indikatoren (z. B. die Fallzahl und die Verweildauer) im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung durch eine Altersstandardisierung eliminiert.

Zudem wurde die Bevölkerungsentwicklung bei der Untersuchung der Einflüsse des G-DRG-Systems auf die Entwicklung der Versorgungskapazitäten berücksichtigt, indem die in diesem Kontext betrachteten Indikatoren in Relation zur Bevölkerung gesetzt wurden. Diese Vorgehensweise wurde insbesondere auch für bundeslandbezogene Vergleiche der Kapazitäten und der Ausstattung gewählt.

#### **3.4.2.3 Sektorspezifische Veränderungen unabhängig vom G-DRG-System**

Trotz der im Krankenhausbereich vorzufindenden regulatorischen Spezifika können Krankenhäuser in einigen Bereichen wie „normale“ Wirtschaftsunternehmen agieren bzw. sind den (spezifischen) Marktentwicklungen wie solche ausgesetzt. Dementsprechend verfolgen Krankenhäuser ähnliche Kalküle beispielsweise bei der strategischen Weiterentwicklung ihres Leistungsportfolios und ihrer Aufbau- und Ablauforganisation, beim Kostenmanagement, bei der Personalentwicklung und -akquise oder bei der Ausgestaltung ihrer Beziehungen zu anderen Akteuren der Branche.

Die Einführung des G-DRG-Systems kann diese Kalküle beeinflusst bzw. die Umsetzung von bereits beschlossenen Maßnahmen beschleunigt oder deren

Ausrichtung verändert haben. Dieser Wirkeffekt des G-DRG-Systems lässt sich in den für die G-DRG-Begleitforschung zur Verfügung stehenden Routinedaten nicht isolieren.

Im Rahmen der Krankenhausbefragung der G-DRG-Begleitforschung wurde daher für relevante Fragestellungen auch die Einschätzung der Krankenhäuser erhoben, in welchem Maße die Befragten Veränderungsmaßnahmen und Entwicklungen wegen der spezifischen aus dem G-DRG-System resultierenden Anreize (z. B. für eine wirtschaftlichere (innerbetriebliche) Leistungserstellung) durchgeführt bzw. vollzogen haben, bzw. in welchem Maße Gründe ausschlaggebend gewesen sind, die weitgehend unabhängig vom G-DRG-System vorlagen.

## 4 Empirie

In diesem Kapitel werden die zur Beantwortung der Fragestellungen der G-DRG-Begleitforschung zur Verfügung stehenden Daten nach der in Abschnitt 1.2 (Forschungsauftrag und Forschungsziele) beschriebenen Struktur aufbereitet und analysiert.

### 4.1 Strukturen des Krankensektors

Die Einführung des G-DRG-Systems könnte Veränderungen der Strukturen des Krankensektors ausgelöst haben (z. B. Anzahl der Krankenhäuser, Bettenzahl oder Anzahl und Struktur der Fachabteilungen). Im Folgenden werden diese Veränderungen bis zum Jahr 2010 untersucht.

Für die Analysen standen Auswertungen des Statistischen Bundesamtes zur Verfügung, die eine differenzierte Betrachtung verschiedener einzelner Aggregationsebenen wie Regionen (Bundesländer), Krankenhausgröße (Bettengrößenklasse) oder Krankenträgerschaft ermöglichen. Die Daten der hier betrachteten Allgemeinen Krankenhäuser<sup>95</sup> stehen für den Zeitraum 1991 bis 2010 zur Verfügung.<sup>96</sup> Somit wird ein intertemporaler Vergleich über die Phase der G-DRG-Einführung hinweg ermöglicht.

#### 4.1.1 Anzahl der Krankenhäuser und Bettenausstattung

Zwischen 2008 und 2010 hat sich die Anzahl der Allgemeinen Krankenhäuser in Deutschland von 1.781 auf 1.758 verringert (-0,6% p. a.).<sup>97</sup> Im Vergleich

---

<sup>95</sup> Vgl. zur Unterscheidung der Allgemeinen und der Sonstigen Krankenhäuser Abschnitt 3.2.4.1.

<sup>96</sup> Die Zuordnung der Krankenhäuser zu diesen Krankentypen erfolgte in den Jahren 2002 bis 2004 leicht verändert, dies ist bei der Dateninterpretation zu berücksichtigen (vgl. dazu Abschnitt 3.2.4.1). Veränderungsraten bei den Auswertungen zu Allgemeinen Krankenhäusern werden daher ausschließlich für Zeiträume angegeben, die nicht von dieser Limitation betroffen sind (d. h. 1991-2001; 2005-2010).

<sup>97</sup> Ein Rückgang der Anzahl der Allgemeinen Krankenhäuser kann jedoch nicht mit einem realen Rückgang von lokalen stationären Versorgungsangeboten gleichgesetzt werden.

zum gesamten Zeitraum 2005 bis 2010, in dem sich die Anzahl der Krankenhäuser ausgehend von 1.846 um jahresdurchschnittlich 1,0% verringert hat, war dieser Rückgang leicht unterdurchschnittlich. Auch im Zeitraum 2006 bis 2008 fiel der Rückgang mit 0,8% p. a. von 1.809 auf 1.781 Krankenhäuser stärker aus als am Ende der Konvergenzphase. Im Jahr 2006 hat sich die Anzahl der Krankenhäuser im Vergleich zum Vorjahr um 37 Krankenhäuser (entspricht -2,0% p. a.) verringert.

Im Zeitraum 1991 bis 2001, vor Einführung des G-DRG-Systems, war die Anzahl der Krankenhäuser um jahresdurchschnittlich 0,8% von 2.164 auf 1.995 Krankenhäuser gesunken.

Die Anzahl der in Allgemeinen Fachabteilungen<sup>98</sup> aufgestellten Betten ist zwischen 2008 und 2010 nahezu stabil geblieben. Wie auch vor Einführung des G-DRG-Systems (1991 bis 2003) lag der Rückgang der Anzahl aufgestellter Betten im gesamten Zeitraum 2003 bis 2010 bei jahresdurchschnittlich 1,4%, wobei sich der Rückgang nach Einführung des G-DRG-Systems kontinuierlich abgeschwächt hat (vgl. Tabelle 11).

Auch bei Betrachtung der Anzahl der Betten je 100 Tsd. Einwohner zeigen sich für den Zeitraum 2008 bis 2010 nahezu keine Veränderungen, während sich in den Zeiträumen 2003 bis 2006 (-2,3% p. a.) und 2006 bis 2008 (-0,8% p. a.) noch deutliche Rückgänge ergaben. Insgesamt ist die Anzahl der Betten

---

So reduzieren Krankenhausfusionen die Zahl der gezählten Einrichtungen; ggf. wird ein ehemals eigenständiges Krankenhaus dann z. B. als Standort fortgeführt (vgl. Abschnitt 3.2.4.1). Eine Quantifizierung der realen Verringerung der Krankenhauszahl ist mit der vorliegenden Datenbasis nicht möglich. In jedem Fall erfolgt auf der vorhandenen Datenbasis eine Überschätzung des Rückgangs der Anzahl lokaler Einrichtungen mit stationären Versorgungsangeboten. Die Veränderung der Anzahl aufgestellter Betten ist für eine Betrachtung der Veränderung der Struktur des Krankensektors geeigneter, da sie dieser Restriktion nicht unterliegt; allerdings erfolgt hier keine Betrachtung der lokalen räumlichen Verteilung der aufgestellten Betten. Zur Frage der Veränderung des Zugangs zu stationären Leistungen vgl. Abschnitt 4.5.

<sup>98</sup> Um in den Auswertungen möglichst ausschließlich Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen oder Betten zu berücksichtigen, die von der G-DRG-Einführung direkt betroffen sind, werden im Rahmen des dritten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung Auswertungen ausschließlich für die „Allgemeinen Krankenhäuser“ durchgeführt. Um darüber hinaus Betten in psychiatrischen oder psychotherapeutischen Fachabteilungen in Allgemeinen Krankenhäusern nicht in die Betrachtung mit einzuschließen, werden bei fachabteilungsbezogenen Kennzahlen (und hierzu können auch die Betten gezählt werden) die Auswertungen über alle Krankenhäuser unter Ausschluss dieser Fachabteilungen durchgeführt. Dies entspricht i. d. R. den Allgemeinen Krankenhäusern mit ihren somatischen Fachabteilungen.

je 100 Tsd. Einwohner im Zeitraum 2003 bis 2010 mit 1,2% p. a. weniger stark gesunken als im Zeitraum 1991 bis 2003 (-1,7% p. a.).

Tabelle 11: Aufgestellte Betten in Allgemeinen Fachabteilungen, Anzahl Betten in Allgemeinen Fachabteilungen je 100.000 Einwohner (1991-2010)

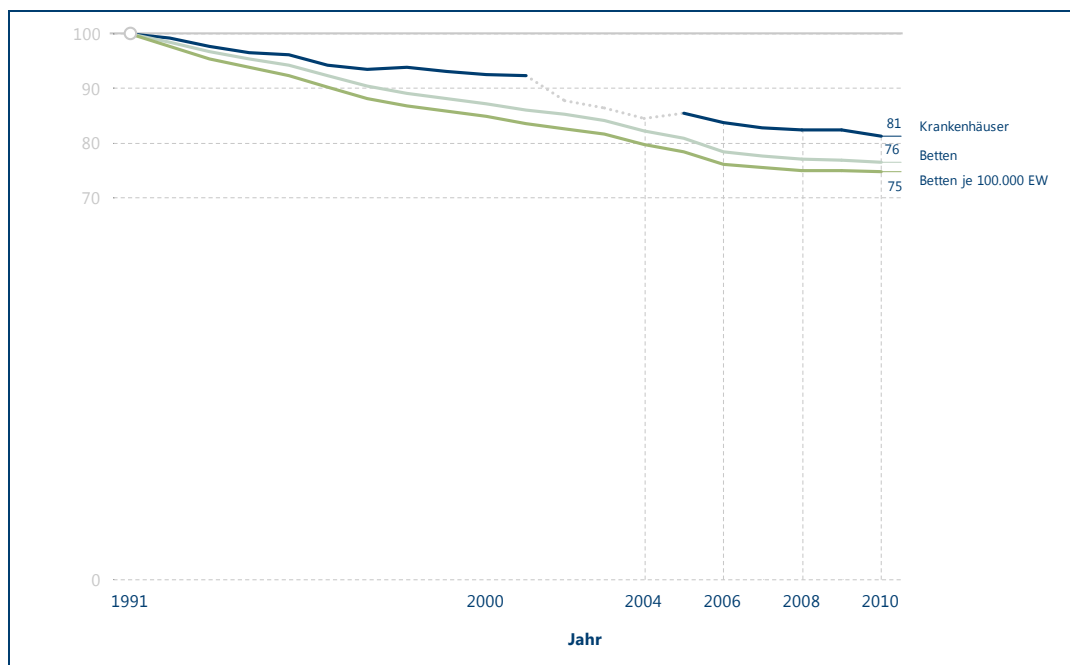
Kennzahl	Anzahl					Veränderungen p. a.				
						vor G-DRG	seit G-DRG-Einführung			
	1991	2003	2006	2008	2010	91-03	03-10	03-06	06-08	08-10
Betten (in Tsd.)	571	480	447	439	436	-1,4%	-1,4%	-2,3%	-0,9%	-0,3%
Betten/ 100.000 EW	713	582	543	534	533	-1,7%	-1,2%	-2,3%	-0,8%	-0,1%

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

In Abbildung 18 ist die Entwicklung der Anzahl Allgemeiner Krankenhäuser, der aufgestellten Betten in Allgemeinen Fachabteilungen und der Betten je 100 Tsd. Einwohner im Zeitverlauf dargestellt. Insgesamt ist die Anzahl der in Allgemeinen Fachabteilungen aufgestellten Betten (bzw. der aufgestellten Betten je 100 Tsd. Einwohner) seit 1991 leicht rückläufig als die Anzahl der Krankenhäuser. Die durchschnittliche Anzahl der Betten je Krankenhaus in Allgemeinen Fachabteilungen ist folglich leicht gesunken; während im Jahr 1991 durchschnittlich 264 Betten je Krankenhaus aufgestellt waren, lag der Durchschnitt im Jahr 2010 bei 248 Betten je Krankenhaus.<sup>99</sup>

<sup>99</sup> Werden Krankenhäuser mit weniger als 50 Betten nicht berücksichtigt, so hat sich die durchschnittliche Anzahl der Betten in somatischen Fachabteilungen je Allgemeines Krankenhaus von 296 im Jahr 1991 zunächst auf 284 im Jahr 1998 reduziert, um dann kontinuierlich auf 298 im Jahr 2010 anzusteigen.

Abbildung 18: Entwicklung der Anzahl Allgemeiner Krankenhäuser, aufgestellter Betten in Allgemeinen Fachabteilungen, Anzahl Betten in Allgemeinen Fachabteilungen je 100.000 Einwohner (1991-2010; 1991=100)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Vgl. zur unterschiedlichen Abgrenzung der Allgemeinen Krankenhäuser im Zeitraum 2002 bis 2004 Abschnitt 3.2.4.1

#### 4.1.1.1 Entwicklung nach Bundesländern

Bei Betrachtung der Entwicklung der Anzahl Allgemeiner Krankenhäuser nach Bundesländern zeigen sich im Zeitraum 2005 bis 2010 unterschiedliche Entwicklungen.<sup>100</sup> Während die Anzahl der Krankenhäuser in diesem Zeitraum etwa in Baden-Württemberg um jahresdurchschnittlich 2,3% und in Schleswig-Holstein um 2,5% p. a. zurückgegangen ist, erhöhte sich die Anzahl der Krankenhäuser innerhalb dieses Zeitraums in vier Bundesländern (Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern) um bis zu 2,2%.

<sup>100</sup> Bei der Betrachtung der Strukturen des akutstationären Sektors auf Ebene der Bundesländer ist zu berücksichtigen, dass sich in den drei Bundesländern Bayern, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen im Jahr 2010 50% der 1.758 Allgemeinen Krankenhäuser und 51% der 436 Tsd. aufgestellten Betten befinden. Die drei Bundesländer stellen einen Bevölkerungsanteil von 50%.



Die Anzahl der Betten je 100 Tsd. Einwohner hat sich hingegen seit Einführung des G-DRG-Systems (2003 bis 2010) mit Ausnahme von Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt (jeweils +0,1% p. a.) in allen Bundesländern verringert, am stärksten in Niedersachsen mit 1,9% p. a.. Im gesamten Zeitraum 1991 bis 2003 war die Bettenzahl in den meisten Bundesländern deutlich stärker gesunken, in fünf Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein) allerdings auch leicht schwächer (vgl. Abbildung 19).<sup>101</sup> Für die einzelnen Untersuchungszeiträume nach Einführung des G-DRG-Systems zeigen sich jedoch zunehmend in einzelnen Bundesländern Steigerungen der Bettenzahl je 100 Tsd. Einwohner; so ergeben sich im Zeitraum 2003 bis 2006 in einem Bundesland, im Zeitraum 2006 bis 2008 in vier Bundesländern und im Zeitraum 2008 bis 2010 in acht Bundesländern (darunter besonders deutlich in Hamburg mit +1,7% p. a.) zunehmende Bettenzahlen je 100 Tsd. Einwohner.

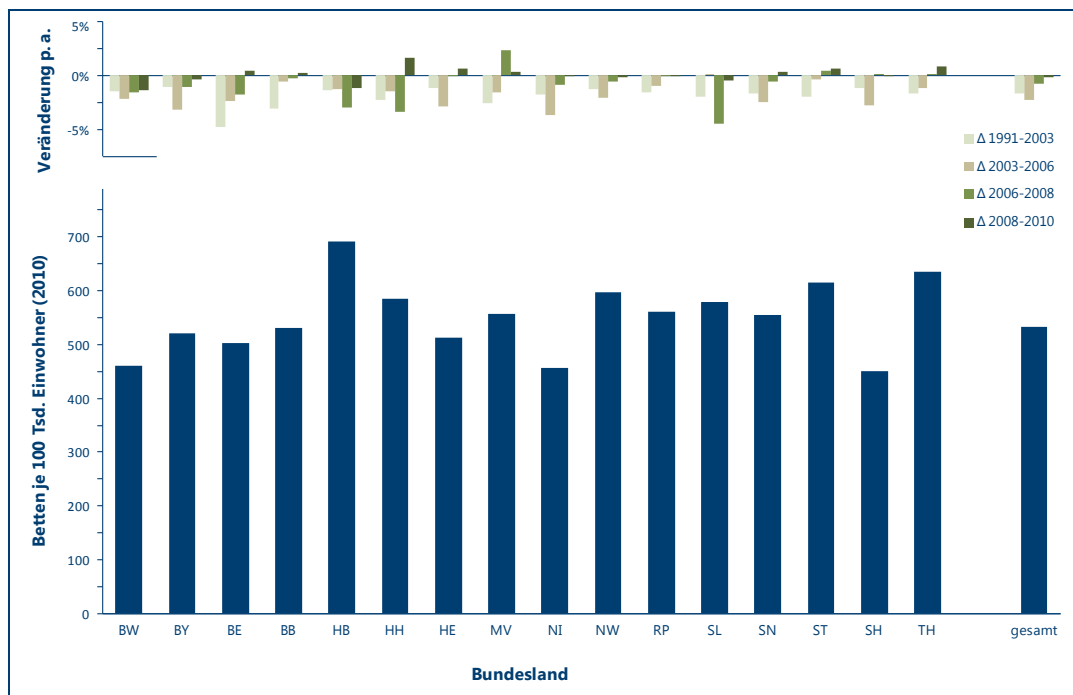
Die Unterschiede der Bettenzahl je 100 Tsd. Einwohner zwischen den Bundesländern haben sich nach Einführung des G-DRG-Systems leicht reduziert. Die Spannweite hat sich hierbei von 291 auf 242 verringert.<sup>102</sup> Die niedrigste Bettendichte lag im Jahr 2010 bei 450 Betten je 100 Tsd. Einwohner (Schleswig-Holstein). Die höchste Bettendichte aller Bundesländer lag 2010 in Bremen vor, hier wurden durchschnittlich 692 Betten je 100 Tsd. Einwohner vorgehalten.

---

<sup>101</sup> Die regionalen Kapazitäten sind neben der Krankenhausplanung insbesondere auch vom Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung und hier maßgeblich von der Morbiditätslast der Bevölkerung abhängig, sodass unterschiedliche Kapazitäten nicht direkt mit Effizienzunterschieden gleichgesetzt werden können. Vgl. zur Entwicklung der Fallzahlen und der Verweildauern in den Bundesländern Abschnitt 4.4.1.6 bzw. 4.4.2.5.

<sup>102</sup> Der Variationskoeffizient (2010: 12,2%) veränderte sich hingegen in diesem Zeitraum nur geringfügig.

Abbildung 19: Betten je 100.000 Einwohner und deren Veränderung nach Bundesland (2010; 1991-2010)



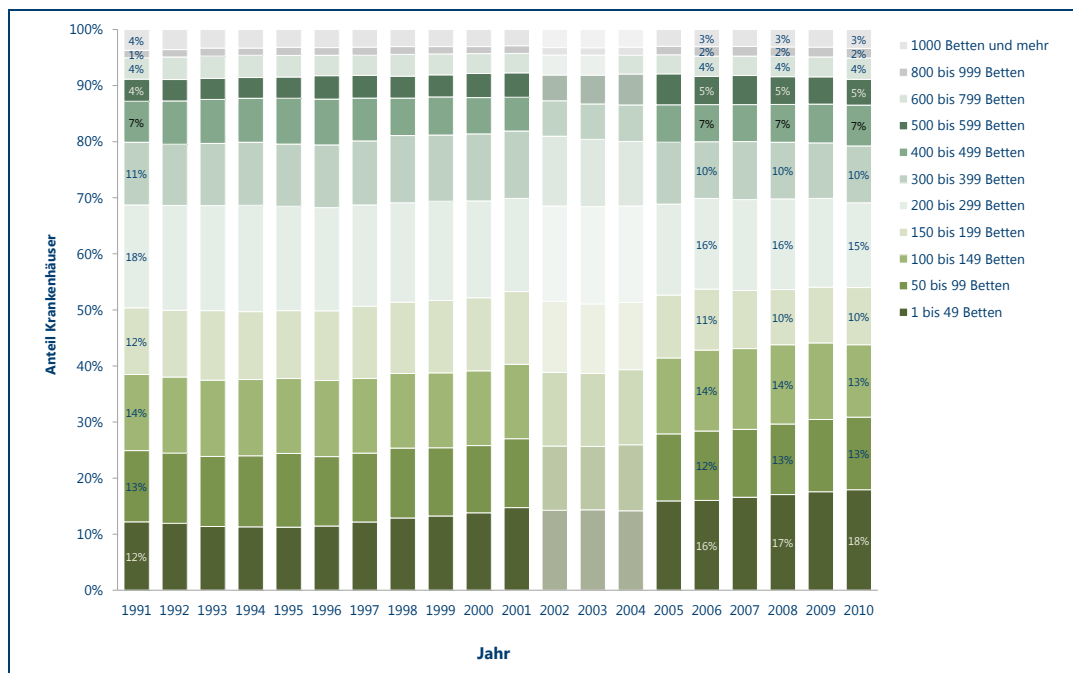
Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

#### 4.1.1.2 Entwicklung nach Bettengrößenklassen

Bei Betrachtung der Anteile der Krankenhäuser nach deren Bettengrößenklassen zeigen sich insgesamt leichte Verschiebungen zwischen den Bettengrößenklassen (vgl. Abbildung 20).<sup>103</sup> Die deutlichste Veränderung des Krankenhausanteils zeigte sich bei Krankenhäusern mit weniger als 50 Betten. Betrug deren Anteil an allen Krankenhäusern im Jahr 1991 noch 12%, waren es im Jahr 2010 bereits 18%, wobei dieser Anstieg ab dem Jahr 1996 zu beobachten ist. Parallel hierzu zeigten sich bei Krankenhäusern mit einer Bettenzahl zwischen 150 und 399 Betten im Zeitraum 1991 bis 2010 Anteilsrückgänge um bis zu 3 Prozentpunkte. Auch im Zeitraum 2005 bis 2010 zeigen sich die deutlichsten Anteilszunahmen bei Krankenhäusern mit weniger als 100 Betten. Sinkende Anteile im Zeitraum 2005 bis 2010 ergeben sich insbesondere bei Krankenhäusern der mittleren Bettengrößenklassen (100 bis 399 Betten).

<sup>103</sup> Bei Betrachtung der Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen ist zu beachten, dass Krankenhäuser durch Bettenaufbau oder -abbau im Zeitverlauf die Bettengrößenklasse wechseln können. Eine Quantifizierung des Ausmaßes solcher Wechsel ist mit der vorliegenden Datenbasis jedoch nicht möglich.

Abbildung 20: Anteil Allgemeine Krankenhäuser nach Bettengrößenklasse (1991-2010)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

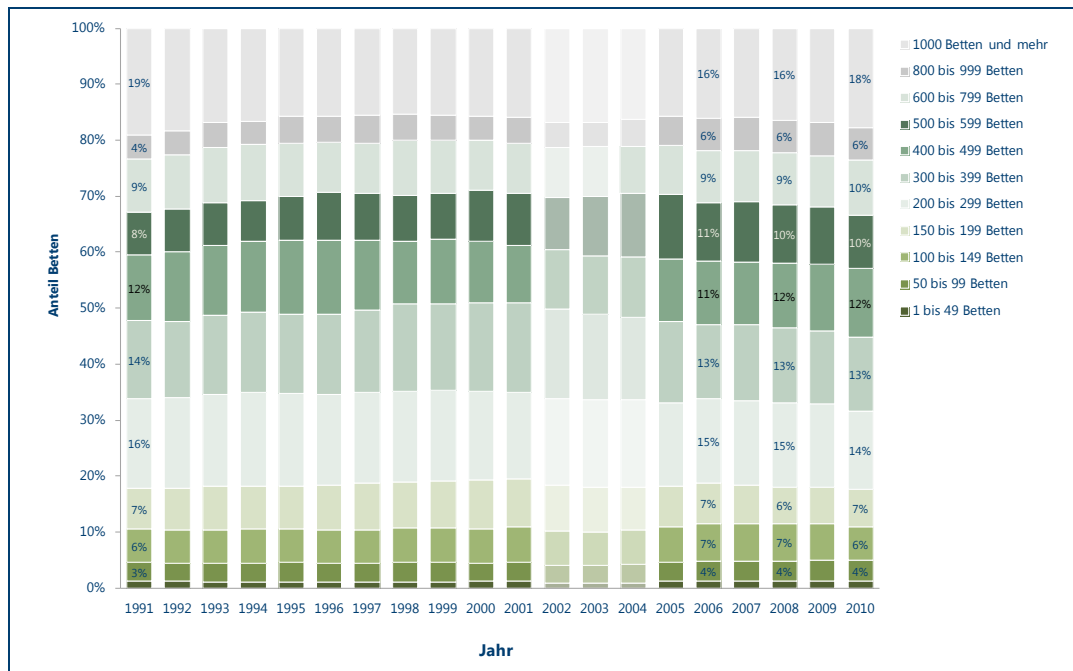
Vgl. zur unterschiedlichen Abgrenzung der Allgemeinen Krankenhäuser im Zeitraum 2002 bis 2004 Abschnitt 3.2.4.1

Bei Betrachtung der Bettenzahl<sup>104</sup> nach der Bettengrößenklasse der Krankenhäuser zeigen sich im Zeitraum 1991 bis 2010 nur sehr geringe Veränderungen. Seit 2001 hat sich der Bettenanteil in den Krankenhäusern in den Bettengrößenklassen über 600 Betten allerdings leicht erhöht (vgl. Abbildung 21).<sup>105</sup>

<sup>104</sup> Abweichend zu den vorangegangenen Analysen werden bei der Differenzierung nach Bettengrößenklassen alle aufgestellten Betten in Allgemeinen Krankenhäusern betrachtet und nicht ausschließlich die der Allgemeinen Fachabteilungen, da die dafür verfügbare Datengrundlage einen Ausschluss der Betten in psychiatrischen und psychotherapeutischen Fachabteilungen nicht erlaubt.

<sup>105</sup> Die Krankenhäuser der Bettengrößenklasse bis 49 Betten haben zwar einen Anteil von 18% an allen Krankenhäusern, ihr Bettenanteil beträgt hingegen lediglich 1,3% (Stand 2010), sodass sich Veränderungen der Anzahl der Krankenhäuser bei der Bettenverteilung kaum bemerkbar machen.

Abbildung 21: Anteil aufgestellter Betten nach Bettengrößenklasse der Krankenhäuser (1991-2010)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Vgl. zur unterschiedlichen Abgrenzung der Allgemeinen Krankenhäuser im Zeitraum 2002 bis 2004 Abschnitt 3.2.4.1. Berücksichtigt wurden hier alle Betten in Allgemeinen Krankenhäusern.

#### 4.1.1.3 Entwicklung nach Krankenhausträgerschaft

Die Anzahl der Krankenhäuser in freigemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft ist bereits im Zeitraum 1991 bis 2001 zurückgegangen, wobei der Rückgang bei öffentlichen Krankenhäusern mit jahresdurchschnittlich 3,2% deutlich höher als bei freigemeinnützigen Krankenhäusern (-0,4% p. a.) ausfiel.<sup>106</sup> Die Anzahl der Allgemeinen Krankenhäuser in privater Trägerschaft ist in diesem Zeitraum um jahresdurchschnittlich 3,6% gestiegen und hat sich im Zeitraum 2005 bis 2010 mit jahresdurchschnittlich 3,4% in ähnlichem Umfang erhöht (vgl. Tabelle 12).<sup>107</sup> Der Rückgang der Anzahl der Krankenhäuser in freigemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft war im Zeitraum 2005 bis 2010 stärker als im Zeitraum 1991 bis 2001 und hat sich bei Krankenhäusern

<sup>106</sup> Das Ausmaß von Trägerwechseln im Zeitverlauf kann mit der vorliegenden Datenbasis nicht quantifiziert werden.

<sup>107</sup> Die Zahl der Krankenhäuser in privater Trägerschaft lag im Jahr 2009 erstmals über der Zahl der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft.

in öffentlicher Trägerschaft im Zeitverlauf leicht auf 2,8% p. a. am Ende der Konvergenzphase abgeschwächt und in Krankenhäusern in freigemeinnütziger Trägerschaft auf 2,2% erhöht.

Tabelle 12: Anzahl Allgemeiner Krankenhäuser nach Krankenhausträgerschaft (1991-2010)

Trägerschaft	Anzahl Allgemeine Krankenhäuser					Veränderungen p. a.			
						vor G-DRG		nach G-DRG-Einführung	
	1991	2003*	2006	2008	2010	91-01	05-10	06-08	08-10
freigemeinnützig	838	737	692	673	644	-0,4%	-2,0%	-1,4%	-2,2%
öffentlich	996	689	614	571	539	-3,2%	-3,6%	-3,6%	-2,8%
privat	330	442	503	537	575	3,6%	3,4%	3,3%	3,5%
<b>gesamt</b>	<b>2.164</b>	<b>1.868</b>	<b>1.809</b>	<b>1.781</b>	<b>1.758</b>	<b>-0,8%</b>	<b>-1,0%</b>	<b>-0,8%</b>	<b>-0,6%</b>

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

\* Vgl. zur unterschiedlichen Abgrenzung der Allgemeinen Krankenhäuser im Zeitraum 2002 bis 2004 Abschnitt 3.2.4.1

Auch die Anzahl der aufgestellten Betten ist in Krankenhäusern in privater Trägerschaft im Zeitraum 2005 bis 2010 mit 4,7% p. a. leicht schwächer gestiegen als im Zeitraum 1991 bis 2001 (+5,6% p. a.).<sup>108</sup> Anders als auf Ebene der Allgemeinen Krankenhäuser schwächt sich die Zunahme der Bettenzahl im Zeitverlauf jedoch ab und liegt im Zeitraum 2008 bis 2010 bei jahresdurchschnittlich 2,6% (vgl. Tabelle 13). Bei Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft fällt der Rückgang der Bettenzahl im Zeitraum 2005 bis 2010 weniger stark aus als noch im Zeitraum 1991 bis 2001. Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft verzeichnen hingegen im Zeitraum 2005 bis 2010 einen deutlicheren Rückgang der aufgestellten Betten als im Zeitraum 1991 bis 2001.

Der Bettenanteil der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft reduzierte sich zwischen 1991 und 2010 von 61% auf 48% und stieg bei Krankenhäusern in privater Trägerschaft in diesem Zeitraum von 4% auf 16% deutlich an. Bei freigemeinnützigen Krankenhäusern hingegen ist der Anteil an allen Betten zwischen 1991 und 2010 nahezu unverändert geblieben (1991: 35%; 2010: 36%).

<sup>108</sup> Abweichend von den vorangegangenen Analysen werden bei der Differenzierung nach Trägerschaften alle aufgestellten Betten in Allgemeinen Krankenhäusern betrachtet und nicht ausschließlich die der Allgemeinen Fachabteilungen, da die dafür verfügbare Datengrundlage einen Ausschluss der Betten in psychiatrischen und psychotherapeutischen Fachabteilungen nicht erlaubt.

Tabelle 13: Anzahl aufgestellter Betten in Allgemeinen Krankenhäusern nach Krankenträgerschaft (1991-2010)

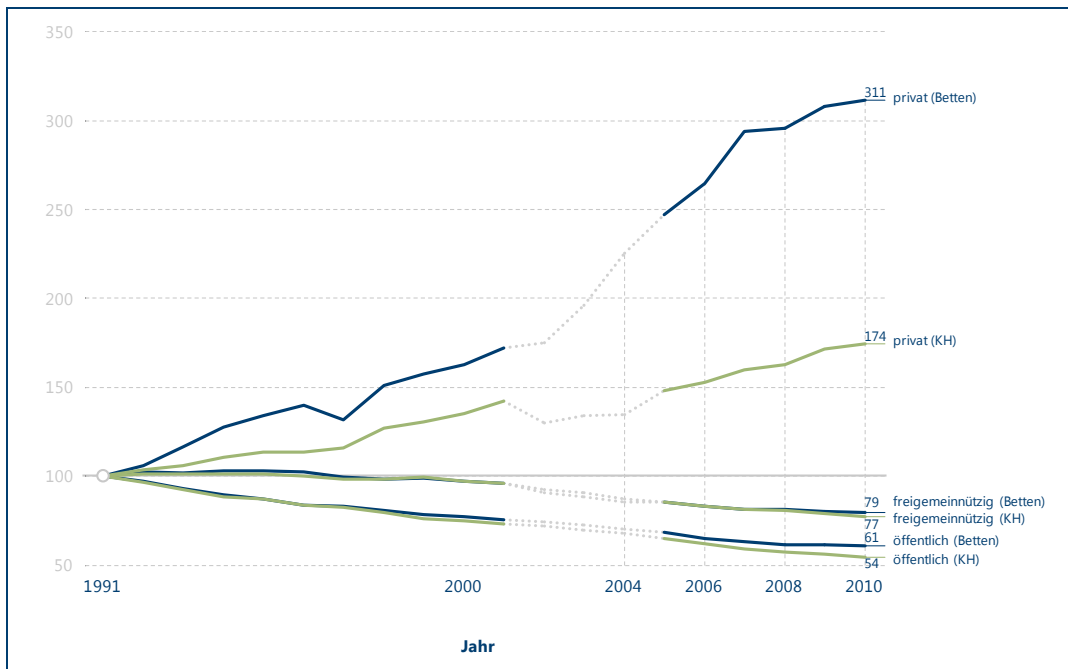
Trägerschaft	Bettenzahl (in Tsd.)					Veränderungen p. a.			
						vor G-DRG		nach G-DRG-Einführung	
	1991	2003*	2006	2008	2010	91-01	05-10	06-08	08-10
freigemeinnützig	207	187	171	168	164	-0,4%	-1,4%	-1,0%	-1,1%
öffentlich	367	266	238	225	223	-2,8%	-2,2%	-2,6%	-0,5%
privat	24	47	64	71	75	5,6%	4,7%	5,7%	2,6%
<b>gesamt</b>	<b>598</b>	<b>500</b>	<b>472</b>	<b>464</b>	<b>462</b>	<b>-1,5%</b>	<b>-0,9%</b>	<b>-0,9%</b>	<b>-0,2%</b>

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

\* Vgl. zur unterschiedlichen Abgrenzung der Allgemeinen Krankenhäuser im Zeitraum 2002 bis 2004 Abschnitt 3.2.4.1

Abbildung 22 stellt die beschriebenen Entwicklungen der Bettenzahl und der Anzahl der Krankenhäuser dar. Dabei zeigt sich, dass die Bettenzahl bei Krankenhäusern in privater Trägerschaft deutlich stärker gestiegen ist als die Anzahl der privaten Krankenhäuser. Bei Krankenhäusern in öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft fiel der Rückgang der Bettenzahl weniger stark aus als die Verringerung der Anzahl der jeweiligen Krankenhäuser.

Abbildung 22: Veränderung der Anzahl Allgemeiner Krankenhäuser und deren Bettenzahl nach Trägerschaft (1991-2010; 1991=100)



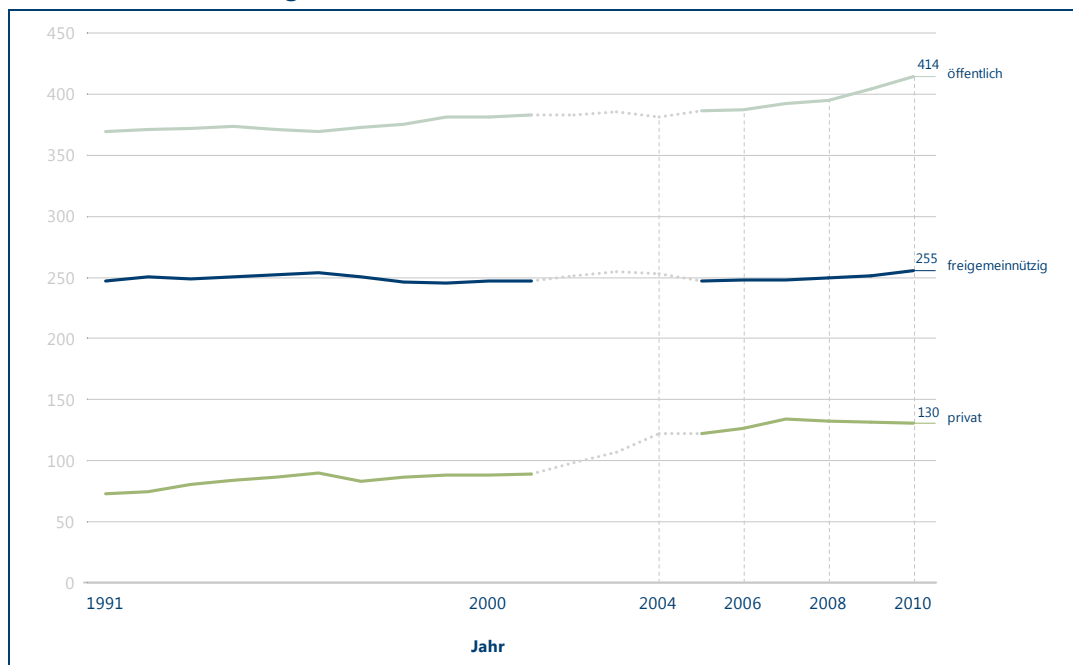
Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Vgl. zur unterschiedlichen Abgrenzung der Allgemeinen Krankenhäuser im Zeitraum 2002 bis 2004 Abschnitt 3.2.4.1

Obwohl insgesamt die Anzahl der durchschnittlich in allen Fachabteilungen aufgestellten Betten je Allgemeines Krankenhaus zwischen 1991 und 2010 von

276 auf 263 Betten je Krankenhaus zurückgegangen ist, zeigt sich bei der durchschnittlichen Anzahl der aufgestellten Betten je Krankenhaus bei allen Trägerschaftsformen ein Anstieg.<sup>109</sup> Während sich zwischen 1991 und 2010 die Anzahl der Betten je Krankenhaus in freigemeinnützigen Krankenhäusern jedoch nur in geringem Umfang um 8 Betten auf 255 Betten je Krankenhaus erhöhte und in öffentlichen Krankenhäusern die Anzahl der Betten je Krankenhaus mit 414 Betten um 45 Betten gegenüber 1991 angestiegen ist, erhöhte sich die Anzahl der durchschnittlichen Betten je Krankenhaus bei privaten Trägern deutlich von 73 Betten im Jahr 1991 auf 130 Betten im Jahr 2010 (vgl. Abbildung 23).

Abbildung 23: Durchschnittliche Bettenzahl je Allgemeines Krankenhaus nach Trägerschaft (1991-2010)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Vgl. zur unterschiedlichen Abgrenzung der Allgemeinen Krankenhäuser im Zeitraum 2002 bis 2004 Abschnitt 3.2.4.1

<sup>109</sup> Dieser Effekt erklärt sich durch die Zunahme der Anzahl Allgemeiner Krankenhäuser in privater Trägerschaft mit unterdurchschnittlichen Bettenzahlen bei gleichzeitigem Rückgang der Anzahl Allgemeiner Krankenhäuser in freigemeinnütziger oder öffentlicher Trägerschaft mit überdurchschnittlichen Bettenzahlen.

### 4.1.2 Medizinische Fachabteilungen

Im Jahr 2010 wurden in Krankenhäusern insgesamt 7.719 Allgemeine Fachabteilungen vorgehalten.<sup>110,111</sup> Die Innere Medizin (1.299 Fachabteilungen bzw. 17%) und die Chirurgie (1.252 Fachabteilungen bzw. 16%) sind hierbei die hinsichtlich der Fachabteilungszahlen größten Fachgebiete (vgl. Tabelle 14).

Mit einem jahresdurchschnittlichen Anstieg von 4% kam es im Fachgebiet Geriatrie zwischen 2008 und 2010 zu der größten relativen Zunahme der Abteilungszahl. Auch im Fachgebiet Neurochirurgie kam es zu einer ähnlich hohen Zunahme der Abteilungszahl in diesem Zeitraum (+3,6% p. a.). Die Anzahl der Fachabteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe nahm hingegen zwischen 2008 und 2010 mit jahresdurchschnittlich 1,7% am stärksten ab.

Im Vergleich zum Zeitraum 1991 bis 2003 zeigt sich nach der G-DRG-Einführung in den Fachabteilungen für Augenheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Hals-Nasen-Ohrenheilkunde ein verstärkter Rückgang der Anzahl der Fachabteilungen, insbesondere in der Einführungsphase des G-DRG-Systems.

Die Abteilungszahl im Fachgebiet Neurochirurgie stieg auch nach der Einführung des G-DRG-Systems – wenngleich in einem leicht schwächerem Umfang als im Zeitraum 1991 bis 2003 – weiter deutlich an. Die Anzahl der Fachabteilungen für Nuklearmedizin, die im Zeitraum 1991 bis 2003 noch deutlich angestiegen war, blieb hingegen nach G-DRG-Einführung weitgehend konstant.

In den Fachgebieten Strahlentherapie und Urologie gab es hingegen im gesamten Zeitraum 1991 bis 2010 nahezu keine Veränderung der Fachabteilungszahlen.

Deutliche Zunahmen der Abteilungszahl nach G-DRG-Einführung zeigen sich zudem in der Plastischen Chirurgie (+2,4% p. a.).

---

<sup>110</sup> Bis zum Jahr 2001 wurden die Fachabteilungen für Herzchirurgie, Kinderchirurgie und der Plastischen Chirurgie entweder als Teilgebiet der Chirurgie oder im Falle der Herzchirurgie nicht in dieser definitorischen Abgrenzung ausgewiesen. Daher können für diese Fachabteilungen erst ab dem Jahr 2002 vergleichbare Zahlen ausgewiesen werden.

<sup>111</sup> Bis zum Jahr 2006 wurden die Fachabteilungen der (Klinischen) Geriatrie als Teilgebiet der Inneren Medizin ausgewiesen. Daher können für diese beiden Fachabteilungen erst ab dem Jahr 2007 vergleichbare Zahlen ausgewiesen werden.



Tabelle 14: Anzahl der Allgemeinen Medizinischen Fachabteilungen (1991-2010)

Fachabteilung	Anzahl Fachabteilungen					Veränderungen p. a.				
						vor G-DRG	seit G-DRG-Einführung			
	1991	2003	2006	2008	2010	91-03	03-10	03-06	06-08	08-10
<b>Vergleichbare Fachabteilungen (1991-2010)</b>										
Augenheilkunde	423	364	334	332	323	-1,2%	-1,7%	-2,8%	-0,3%	-1,4%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1.275	1.084	994	957	925	-1,3%	-2,2%	-2,8%	-1,9%	-1,7%
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	934	844	763	745	730	-0,8%	-2,1%	-3,3%	-1,2%	-1,0%
Haut- und Geschlechtskrankheiten	139	123	118	119	116	-1,0%	-0,8%	-1,4%	0,4%	-1,3%
Kinderheilkunde	440	378	372	369	363	-1,3%	-0,6%	-0,5%	-0,4%	-0,8%
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	164	192	202	193	194	1,3%	0,1%	1,7%	-2,3%	0,3%
Neurochirurgie	96	149	162	165	177	3,7%	2,5%	2,8%	0,9%	3,6%
Neurologie*	319	373	383	396	410	1,3%	1,4%	0,9%	1,7%	1,8%
Nuklearmedizin	63	114	110	113	112	5,1%	-0,3%	-1,2%	1,4%	-0,4%
Orthopädie	362	409	409	407	420	1,0%	0,4%	0,0%	-0,2%	1,6%
Strahlentherapie	160	165	160	158	162	0,3%	-0,3%	-1,0%	-0,6%	1,3%
Urologie	513	520	516	511	513	0,1%	-0,2%	-0,3%	-0,5%	0,2%
Sonstige Fachabteilungen	241	213	208	211	216	-1,0%	0,2%	-0,8%	0,7%	1,2%
<b>Vergleichbare Fachabteilungen (2003-2010)</b>										
Chirurgie	-	1.393	1.301	1.272	1.252	-	-1,5%	-2,3%	-1,1%	-0,8%
Herzchirurgie	-	63	66	67	70	-	1,5%	1,6%	0,8%	2,2%
Kinderchirurgie	-	70	75	79	80	-	1,9%	2,3%	2,6%	0,6%
Plastische Chirurgie	-	111	124	127	131	-	2,4%	3,8%	1,2%	1,6%
<b>Vergleichbare Fachabteilungen (2008-2010)</b>										
Geriatrie	-	-	-	209	226	-	-	-	-	4,0%
Innere Medizin	-	-	-	1.336	1.299	-	-	-	-	-1,4%

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

\* Für die Neurologie ist die Fachabteilungszahl für den gesamten Zeitraum lediglich inkl. der neurologischen Fachabteilungen in psychiatrischen/psychotherapeutischen Krankenhäusern verfügbar.

Auch die Schwerpunkte bzw. Teilgebiete innerhalb einzelner Fachgebiete weisen unterschiedliche Entwicklungen auf. Während etwa die Anzahl der unfallchirurgischen Fachabteilungen seit 1991 kontinuierlich, jedoch mit einer im Zeitverlauf abgeschwächten Steigerungsrate zunimmt und im Zeitraum 2008 bis 2010 nahezu stabil bleibt, zeigen sich für gefäßchirurgische Fachabteilungen am Ende der Konvergenzphase mit jahresdurchschnittlich 4,6% deutlichere Zunahmen der Fachabteilungsanzahl als zuvor (vgl. Tabelle 15). Bei den Schwerpunkten der Inneren Medizin ergeben sich deutliche Zunahmen seit Einführung des G-DRG-Systems in der Gastroenterologie (+3,4% p. a.) und der Kardiologie (+2,0%), die im Zeitraum 1991 bis 2003 allerdings noch deutlicher ausfielen. In der Pneumologie hingegen zeigt sich nach G-DRG-Einführung eine deutliche Zunahme der Fachabteilungszahl, nachdem diese im Zeitraum 1991 bis 2003 noch rückläufig war. Insgesamt zeigt sich sowohl

im Bereich der Chirurgie als auch der Inneren Medizin eine steigende Anzahl der ausgewiesenen Teilgebiete/Schwerpunkte.

Tabelle 15: Entwicklung der Anzahl der Teilgebiete/Schwerpunkte innerhalb der Chirurgie und der Inneren Medizin (1991-2010)

Medizinischer Fachbereich	Anzahl Fachabteilungen					Veränderungen p. a.				
						vor G-DRG	seit G-DRG-Einführung			
	1991	2003	2006	2008	2010	91-03	03-10	03-06	06-08	08-10
<b>Schwerpunkte der Chirurgie, darunter:</b>										
Gefäßchirurgie	106	201	208	225	246	5,5%	2,9%	1,1%	4,0%	4,6%
Thoraxchirurgie	63	52	57	55	66	-1,6%	3,5%	3,1%	-1,8%	9,5%
Unfallchirurgie	238	351	382	402	404	3,3%	2,0%	2,9%	2,6%	0,2%
Viszeralchirurgie	-	84	103	143	169	-	10,5%	7,0%	17,8%	8,7%
<b>Schwerpunkte der Inneren Medizin, darunter:</b>										
Angiologie	-	23	35	30	32	-	4,8%	15,0%	-7,4%	3,3%
Endokrinologie	39	29	31	29	30	-2,4%	0,5%	2,2%	-3,3%	1,7%
Gastroenterologie	110	179	204	214	226	4,1%	3,4%	4,5%	2,4%	2,8%
Hämatologie & intern.										
Onkologie	60	136	151	155	153	7,1%	1,7%	3,5%	1,3%	-0,6%
Kardiologie	162	244	261	269	280	3,5%	2,0%	2,3%	1,5%	2,0%
Nephrologie	84	109	110	112	114	2,2%	0,6%	0,3%	0,9%	0,9%
Pneumologie	91	81	91	96	106	-1,0%	3,9%	4,0%	2,7%	5,1%
Rheumatologie	57	60	62	65	64	0,4%	0,9%	1,1%	2,4%	-0,8%

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Im Jahr 2010 waren in Allgemeinen Medizinischen Fachabteilungen insgesamt 436 Tsd. Betten aufgestellt. Gegenüber 2008 (439 Tsd. Betten) stellt dies einen jahresdurchschnittlichen Rückgang um 0,3% dar. In den Fachabteilungen für Herzchirurgie (+5,7% p. a.), Geriatrie (+3,9% p. a.), Neurologie (+2,6% p. a.) und Neurochirurgie (+2,5% p. a.) kam es im Zeitraum 2008 bis 2010 zu einem deutlichen Bettenaufbau (vgl. Tabelle 16). Die Zunahme der Bettenkapazitäten erhöhte sich in diesen Fachabteilungen seit G-DRG-Einführung kontinuierlich.

In den Fachabteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Augenheilkunde und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, welche einen hohen Rückgang der Fachabteilungszahl verzeichneten, ging die Anzahl der aufgestellten Betten im Zeitraum 2008 bis 2010 ebenfalls deutlich zwischen 2,1% p. a. und 3,3% p. a. zurück. Die deutliche Verringerung der Bettenzahl zeigte sich in diesen Fachabteilungen im gesamten Zeitraum seit G-DRG-Einführung.

Bei Betrachtung der für die Chirurgie und die Innere Medizin ausgewiesenen Teilgebiete/Schwerpunkte zeigen sich für die Bettenzahl andere Entwicklungen als für die Anzahl der Fachabteilungen. So ergibt sich etwa im Bereich der Thoraxchirurgie im Zeitraum 2003 bis 2010 trotz zunehmender Anzahl der ausgewiesenen Schwerpunkte um 3,5% p. a. ein Rückgang der entsprechenden aufgestellten Betten um 2,0% (vgl. Tabelle 171, Anhang E). Die deutlichsten

Steigerungen der Bettenzahl zeigen sich im Bereich der Inneren Medizin in diesem Zeitraum für die Angiologie (+1,8% p. a.) und die Kardiologie (+2,5%).

Tabelle 16: Anzahl der Betten in Allgemeinen Medizinischen Fachabteilungen (1991-2010)

Fachabteilung	Anzahl Betten (in Tsd.)					Veränderungen p. a.				
						vor G-DRG	seit G-DRG-Einführung			
	1991	2003	2006	2008	2010	91-03	03-10	03-06	06-08	08-10
<b>Vergleichbare Fachabteilungen (1991-2010)</b>										
Augenheilkunde	9,7	6,5	5,4	5,2	4,9	-3,3%	-4,0%	-5,8%	-1,9%	-3,3%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	66,4	45,0	39,2	37,0	35,2	-3,2%	-3,4%	-4,5%	-2,9%	-2,4%
Geriatrie	10,8	9,6	10,6	11,2	12,1	-1,0%	3,4%	3,2%	3,1%	3,9%
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	17,0	13,6	12,1	11,6	11,1	-1,8%	-2,8%	-3,9%	-1,9%	-2,1%
Haut- und Geschlechtskrankheiten	7,3	5,2	4,8	4,7	4,7	-2,7%	-1,4%	-2,7%	-1,0%	0,2%
Innere Medizin (ohne Geriatrie)	190,1	168,1	157,9	155,6	154,2	-1,0%	-1,2%	-2,1%	-0,7%	-0,4%
Kinderheilkunde	31,7	21,4	20,1	19,6	19,3	-3,2%	-1,5%	-2,1%	-1,4%	-0,7%
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	3,0	2,5	2,3	2,2	2,2	-1,3%	-2,1%	-3,5%	-2,3%	0,3%
Neurochirurgie	4,7	6,4	6,5	6,7	7,0	2,7%	1,3%	0,6%	1,1%	2,5%
Neurologie*	18,1	19,9	20,0	21,0	22,1	0,8%	1,5%	0,3%	2,4%	2,6%
Nuklearmedizin	0,6	1,0	0,9	0,9	0,9	4,4%	-0,9%	-1,7%	0,2%	-0,5%
Orthopädie	25,3	25,1	23,9	23,9	24,0	-0,1%	-0,6%	-1,6%	0,0%	0,3%
Strahlentherapie	4,1	3,5	3,3	3,1	3,2	-1,3%	-1,4%	-2,0%	-2,4%	0,5%
Urologie	19,0	16,5	15,4	15,1	15,0	-1,2%	-1,3%	-2,1%	-1,2%	-0,3%
Sonstige Fachabteilungen	7,3	4,8	4,6	4,1	4,1	-3,4%	-2,2%	-1,3%	-5,2%	-0,6%
<b>Vergleichbare Fachabteilungen (2003-2010)</b>										
Chirurgie	-	123,2	112,4	109,1	107,5	-	-1,9%	-3,0%	-1,5%	-0,7%
Herzchirurgie	-	3,4	3,8	4,0	4,4	-	3,7%	3,5%	2,2%	5,7%
Kinderchirurgie	-	2,2	2,0	1,9	1,9	-	-1,9%	-4,1%	-1,0%	0,4%
Plastische Chirurgie	-	2,0	2,0	2,0	1,9	-	-0,6%	-0,9%	0,4%	-1,4%

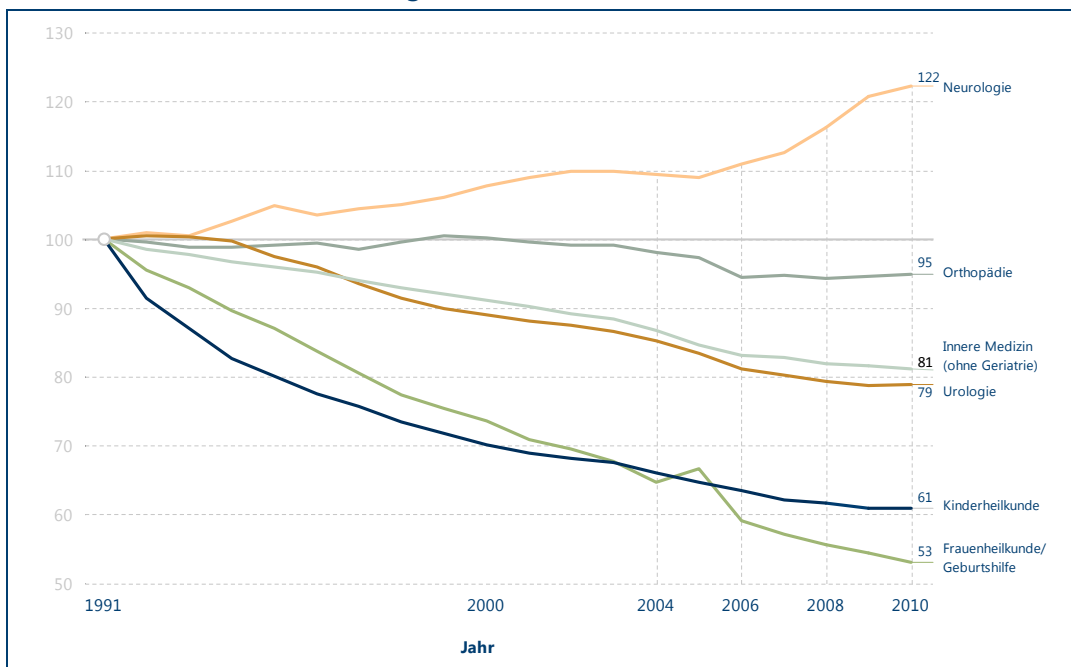
Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

\* Für die Neurologie ist die Fachabteilungszahl für den gesamten Zeitraum lediglich inkl. der neurologischen Fachabteilungen in psychiatrischen/psychotherapeutischen Krankenhäusern verfügbar.

Abbildung 24 stellt für die Fachgebiete mit den höchsten Bettenanteilen die Veränderung der Anzahl der aufgestellten Betten im Zeitraum 1991 bis 2010

dar.<sup>112</sup> Bei diesen Fachabteilungen kam es lediglich in der Neurologie zu einer Zunahme der Bettenzahl zwischen 1991 und 2010, die sich insbesondere seit 2006 deutlich erhöht hat. Die Bettenzahl in den Fachabteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe hat sich im Zeitraum 1991 bis 2010 nahezu halbiert. Die geringsten Veränderungen ergeben sich in der Orthopädie, die bis zum Jahr 2001 annähernd stabile Bettenzahlen aufwies, dann bis zum Jahr 2006 einen leichten Rückgang verzeichnete und seither auf nahezu konstantem Niveau blieb. Die Verringerung der Bettenzahl in den Fachabteilungen für Innere Medizin, Urologie und Kinderheilkunde hat sich insbesondere im Zeitraum 2008 bis 2010 abgeschwächt.

Abbildung 24: Veränderung der Anzahl aufgestellter Betten in ausgewählten Fachabteilungen (1991-2010; 1991=100)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

<sup>112</sup> Im Jahr 2010 entfielen 25% der aufgestellten Betten in Allgemeinen Fachabteilungen auf die Chirurgie. Aufgrund von Veränderungen bei der Zusammensetzung dieser Fachabteilung kann sie für den Zeitraum 1991 bis 2010 nicht vergleichbar betrachtet werden.

## 4.2 Strukturen zwischen den Krankenhäusern

Anhand der Angaben aus der Befragung der Krankenhäuser zum Aufbau von Kooperationen nach Kooperationsfeldern und Formen der Institutionalisierung wird untersucht, ob es durch das G-DRG-System zu Anpassungen der Strukturen zwischen den Krankenhäusern in Form von institutionalisierten Kooperationen gekommen ist. Betrachtet wurden dazu Kooperationen im Bereich der medizinischen Kernleistung, im sekundär-medizinischen und im nicht-medizinischen Bereich und deren Ausgestaltung (vgl. zum Erhebungsbogen Anhang H).

Im Bereich der medizinischen Kernleistung berichten 59% der Krankenhäuser (n=282) von einer im Zeitraum 2008 bis 2010 eingegangenen Kooperation mit anderen Krankenhäusern (vgl. Tabelle 17). 80% dieser geschlossenen Kooperationen beruhten auf vertraglichen Vereinbarungen, 16% auf dem Aufbau von Holdingstrukturen und 4% sind durch eine Fusion entstanden.

68% der Krankenhäuser (n=295) geben an, dass sie im Zeitraum 2008 bis 2010 eine Kooperation mit anderen Krankenhäusern im sekundär-medizinischen Bereich geschlossen haben. Der Anteil der Kooperationen, die im Rahmen von vertraglichen Vereinbarungen institutionalisiert wurden, liegt in diesem Kooperationsfeld bei 84%. 13% der Kooperationen im sekundär-medizinischen Bereich wurden durch die Bildung von Holdingstrukturen geschlossen und 3% durch eine Fusion.

Auch bei den Kooperationen, die im nicht-medizinischen Bereich von 54% der Krankenhäuser (n=263) eingegangen wurden, entstanden diese überwiegend durch vertragliche Vereinbarungen (68%). Der Anteil von Kooperationen, die durch die Bildung von Holdingstrukturen entstanden sind, liegt in diesem Kooperationsfeld bei 26% und lediglich 5% der Kooperationen wurden im Rahmen von Fusionen eingegangen.

Tabelle 17: Neu gebildete, institutionalisierte Kooperationen der Krankenhäuser nach Kooperationsfeld (2008-2010)

	Kooperationsfelder		
	medizinische Kernleistung (n=282)	sekundär-medizinischer Bereich (n=295)	nicht-medizinischer Bereich (n=263)
<b>Anteil der Krankenhäuser mit institutionalisierter Kooperation</b>	59%	68%	54%
<b>Kooperation im Rahmen von:</b>			
vertraglichen Vereinbarungen	80%	84%	68%
Holdingstrukturen	16%	13%	26%
Fusionen	4%	3%	5%

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung

Bei Betrachtung der Ergebnisse aller drei Forschungszyklen für die Jahre 2004 bis 2010 zeigt sich für alle betrachteten Kooperationsfelder ein zunehmender Anteil von Krankenhäusern, die eine institutionalisierte Kooperation eingegangen sind. Über alle Kooperationsfelder hinweg wurden die geschlossenen Kooperationen überwiegend und im Zeitverlauf zunehmend häufiger durch vertragliche Vereinbarungen institutionalisiert (vgl. Tabelle 18).

Tabelle 18: Neu gebildete, institutionalisierte Kooperationen der Krankenhäuser nach Kooperationsfeld (2004-2006; 2006-2008; 2008-2010)

	Kooperationsfelder								
	medizinische Kernleistung			sekundär-medizinischer Bereich			nicht-medizinischer Bereich		
	04-06	06-08	08-10	04-06	06-08	08-10	04-06	06-08	08-10
<b>n</b>	366	324	282	387	344	295	366	312	263
<b>Krankenhäuser mit institutionalisierter Kooperation</b>	48%	53%	59%	65%	66%	68%	48%	54%	54%
<b>Kooperation im Rahmen von:</b>									
vertraglichen Vereinbarungen	73%	79%	80%	78%	79%	84%	61%	61%	68%
Holdingsstrukturen	20%	17%	16%	18%	17%	13%	33%	34%	26%
Fusionen	7%	4%	4%	4%	3%	3%	7%	5%	5%

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung

Bei der nach Bettengrößenklasse der Krankenhäuser differenzierten Betrachtung der institutionalisierten Kooperationen zwischen Krankenhäusern zeigt sich im Bereich der medizinischen Kernleistung für alle betrachteten Zeiträume – mit Ausnahme der Krankenhäuser mit 500 bis 799 Betten – ein mit der Bettenzahl der Krankenhäuser ansteigender Anteil von Krankenhäusern mit Kooperationsbeziehungen zu anderen Krankenhäusern (vgl. Tabelle 19). In einigen Bettengrößenklassen lässt sich eine kontinuierliche Zunahme der geschlossenen Kooperationen zwischen den Betrachtungszeiträumen feststellen. Verglichen mit den neu gebildeten Kooperationen im Zeitraum 2004 bis 2006 zeigt sich in diesem Kooperationsfeld im Zeitraum 2008 bis 2010 eine verstärkte Bildung von Kooperationen in allen Bettengrößenklassen.

Im sekundär-medizinischen Bereich lassen sich keine einheitlichen Entwicklungen beim Vergleich der Betrachtungszeiträume und der Differenzierung nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser feststellen. Mit Ausnahme der Krankenhäuser mit mehr als 800 Betten liegt der Anteil der Krankenhäuser mit institutionalisierten Kooperationen in diesem Bereich in allen Bettengrößenklassen und insbesondere in den Zeiträumen 2006 bis 2008 und 2008 bis 2010 auf einem ähnlichen Niveau. Bei Krankenhäusern mit mehr als 800 Betten zeigt sich dagegen ein überdurchschnittlich hoher Anteil mit geschlossenen Kooperationsbeziehungen.

Der Schwerpunkt der neu eingegangenen Kooperationsbeziehungen im nicht-medizinischen Bereich liegt den Angaben der Krankenhäuser zufolge bei

Krankenhäusern mit mehr als 300 Betten im Zeitraum 2006 bis 2008, bei Krankenhäusern mit bis zu 299 Betten hingegen stärker im Zeitraum 2008 bis 2010. Auch in diesem Bereich zeigt sich ein überdurchschnittlicher Anteil von gebildeten Kooperationen bei Krankenhäusern mit mehr als 800 Betten.

Tabelle 19: Anteil Krankenhäuser mit neu gebildeten, institutionalisierten Kooperationen nach Bettengrößenklasse (2004-2006; 2006-2008; 2008-2010)

Bettengrößenklasse	Kooperationsfelder								
	medizinische Kernleistung			sekundär-medizinischer Bereich			nicht-medizinischer Bereich		
	04-06	06-08	08-10	04-06	06-08	08-10	04-06	06-08	08-10
<b>n</b>	366	324	282	387	344	295	366	312	263
bis 149 Betten	42%	39%	46%	71%	62%	63%	48%	44%	51%
150 bis 299 Betten	47%	44%	54%	69%	62%	69%	50%	52%	59%
300 bis 499 Betten	48%	59%	67%	55%	69%	69%	44%	55%	44%
500 bis 799 Betten	50%	67%	60%	56%	63%	54%	46%	63%	50%
800 Betten und mehr	66%	88%	92%	77%	92%	93%	54%	82%	78%
<b>gesamt</b>	<b>48%</b>	<b>53%</b>	<b>59%</b>	<b>65%</b>	<b>66%</b>	<b>68%</b>	<b>48%</b>	<b>54%</b>	<b>54%</b>

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung

Die Krankenhäuser wurden auch um eine kurze Beschreibung der geschlossenen Kooperationen in den verschiedenen betrachteten Bereichen gebeten. Tabelle 20 zeigt eine Übersicht der von ihnen benannten Kooperationsinhalte. Die im Bereich der medizinischen Kernleistung geschlossenen Kooperationen beziehen sich demzufolge vielfach auf die Abdeckung nicht selbst vorgehaltener Fachabteilungen oder auf spezialisierte Versorgungs- und Behandlungsangebote, die gemeinsam getragen werden. Darüber hinaus berichten die Krankenhäuser auch von einer kooperativen Nutzung Medizinisch-technischer Großgeräte oder von Kooperationen in Bezug auf personelle Ressourcen.

Im sekundär-medizinischen Bereich berichten die Krankenhäuser insbesondere von Kooperationen bei Apotheken- und Laborleistungen, aber auch hinsichtlich der Sterilgutversorgung bzw. -aufbereitung, der Mikrobiologie oder der Pathologie wurden Kooperationen geschlossen.

Der Schwerpunkt von geschlossenen Kooperationen im nicht-medizinischen Bereich liegt auf der Bildung von Einkaufsgemeinschaften sowie der Speiserversorgung. Gegenstand der von Krankenhäusern im Zeitraum 2008 bis 2010 geschlossenen Kooperationen sind daneben auch gemeinschaftlich erbrachte Reinigungs- und Wäschereileistungen, aber auch im administrativen Bereich berichten die Krankenhäuser von Kooperationen.

Tabelle 20: Inhalte geschlossener Kooperationen (häufigste Nennungen) nach Kooperationsfeldern (2008-2010)

<p><b>medizinische Kernleistungen (142 Nennungen)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abdeckung nicht vertretener Fachabteilungen/Kooperation auf Ebene einzelner Fachabteilungen (47 Nennungen)</li> <li>• spezialisierte Versorgungsangebote (Schlaganfallbehandlung, Brustzentrum, Tumorzentrum etc.) (39 Nennungen)</li> <li>• Nutzung Medizinisch-technischer Geräte (23 Nennungen)</li> <li>• Personelle Kooperation (z. B. Gestellung von Ärzten, gemeinsame leitende Ärzte, Weiterbildung) (17 Nennungen)</li> <li>• Konsilleistungen (8 Nennungen)</li> </ul>
<p><b>sekundär-medizinischer Bereich (163 Nennungen)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apotheke (80 Nennungen)</li> <li>• Labor (45 Nennungen)</li> <li>• Sterilgutversorgung/-aufbereitung (12 Nennungen)</li> <li>• Mikrobiologie (8 Nennungen)</li> <li>• Pathologie (8 Nennungen)</li> <li>• Transfusionsmedizin/Blutdepot (5 Nennungen)</li> </ul>
<p><b>nicht-medizinischer Bereich (102 Nennungen)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einkaufsgemeinschaft/-verbund o. ä. (40 Nennungen)</li> <li>• Küche/Speisenversorgung (23 Nennungen)</li> <li>• Verwaltung (Geschäftsführung, Finanzbuchhaltung, Personalabteilung etc.) (12 Nennungen)</li> <li>• Reinigungsleistungen (10 Nennungen)</li> <li>• IT/EDV (7 Nennungen)</li> <li>• Wäschereileistungen (6 Nennungen)</li> </ul>

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung; (Mehrfachnennungen möglich)

Verglichen mit den Angaben der Krankenhäuser zu den Inhalten der im Zeitraum 2006 bis 2008 geschlossenen Kooperationen, die sie im zweiten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung benannt haben, zeigen sich nur geringfügige Unterschiede. So wurde etwa die Abdeckung von nicht vertretenen Fachabteilungen für den Zeitraum 2008 bis 2010 etwas häufiger als Kooperationsinhalt angeführt als für den Zeitraum 2006 bis 2008. Die insgesamt benannten Kooperationsfelder sind jedoch in beiden Betrachtungszeiträumen weitgehend identisch.

### 4.3 Strukturen innerhalb der Krankenhäuser

Mit Einführung des G-DRG-Systems könnte es zu Strukturanpassungen innerhalb der Krankenhäuser (personelle und apparative Ausstattung, Inanspruchnahme von Krankenhauspersonal, Aufbau- /Ablauforganisation etc.) gekommen sein. Diese Veränderungen werden im Folgenden näher analysiert. Hierfür werden die Entwicklungen der Vollkräftezahlen nach den einzelnen Dienstarten sowohl isoliert als auch in Relation zur Fallzahl bzw. zu den Bele-



gungstagen betrachtet. Zusätzlich wird die Entwicklung der Zahl der Medizinisch-technischen Großgeräte analysiert.

Diese Informationen liegen als Auszüge aus der Krankenhausstatistik (Teil 1 - Grunddaten) des Statistischen Bundesamtes nach den Aggregationsebenen Region (Bundesländer), Krankenhausgröße (Bettengrößenklassen) und Krankenhausträgerschaft vor (vgl. Abschnitt 3.2.4). In den Auswertungen werden ausschließlich die Allgemeinen Krankenhäuser betrachtet (zu den Limitationen der Auswertung nach Allgemeinen Krankenhäusern vgl. Abschnitt 3.2.4.1).

Um mögliche Auswirkungen des G-DRG-Systems auf die Mitarbeiterfluktuation und die Aufbau- und Ablauforganisation der Krankenhäuser zu untersuchen, wurden alle zugelassenen Krankenhäuser hierzu im Rahmen der Krankenhausbefragung der G-DRG-Begleitforschung befragt (vgl. Abschnitt 3.2.2.1).

### 4.3.1 Vorhaltung von Krankenhauspersonal

Die Zahl der in den Allgemeinen Krankenhäusern beschäftigten Vollkräfte ist ausgehend von 832 Tsd. Vollkräften im Jahr 1995 auf 765 Tsd. im Jahr 2010 gesunken.<sup>113</sup> Dies entspricht einer jahresdurchschnittlichen Reduzierung der Vollkräfteanzahl um 0,6% zwischen 1995 und 2010. Seit der Einführung des G-DRG-Systems ist die Anzahl der Vollkräfte bis zum Jahr 2010 um etwa 5 Tsd. Vollkräfte zurückgegangen (-0,1% p. a.). Allerdings kehrte sich dieser Trend im Jahr 2007 mit einem leichten Anstieg der Vollkräftezahl um. Noch in der Einführungsphase des G-DRG-Systems (2003 bis 2006) war die Anzahl der Vollkräfte um jahresdurchschnittlich 1,1% zurückgegangen. Der Zuwachs der Anzahl der Vollkräfte belief sich im Zeitraum des Kerns der Konvergenzphase (2006 bis 2008) auf jahresdurchschnittlich 0,3%, zwischen 2008 und 2010 nahm die Anzahl der Vollkräfte mit jahresdurchschnittlich 1,1% deutlicher zu. Insgesamt kann damit innerhalb des Zeitraums 2003 bis 2010 eine Trendumkehr bei der Entwicklung der Vollkräfteanzahl festgestellt werden (vgl. Tabelle 21 und Abbildung 25).

Im Ärztlichen Dienst hat sich die Anzahl der Vollkräfte im Zeitraum 1995 bis 2003 um jahresdurchschnittlich 1,4% erhöht und ist seit 2003 um insgesamt 19% oder 20 Tsd. Vollkräfte auf 129 Tsd. im Jahr 2010 gestiegen (+2,5% p. a.). Zwischen 2008 und 2010 erhöhte sich die Vollkräftezahl im

---

<sup>113</sup> Bei der Interpretation der Vollkräfteanzahl ist zu beachten, dass es z. B. durch Outsourcing zu einer Reduzierung der Anzahl der Vollkräfte gekommen sein könnte, obwohl die Mitarbeiter tatsächlich weiter für die Krankenhäuser tätig sind.

Ärztlichen Dienst mit jahresdurchschnittlich 2,6% wieder deutlich stärker als zwischen 2006 und 2008 (+1,8% p. a.) (vgl. Tabelle 21).

Zwischen 2003 und 2010 verringerte sich im Pflegedienst die Vollkräftezahl um 12 Tsd. auf 281 Tsd. Vollkräfte. Dies entspricht einer jahresdurchschnittlichen Verringerung der Vollkräfteanzahl um 0,6%. Während es sowohl im Zeitraum 1995 bis 2003 als auch im Zeitraum 2003 bis 2006 noch zu einem Rückgang der Vollkräfteanzahl um 1,2% p. a. bzw. 2% p. a. gekommen war, stieg sie in der Kernphase der Konvergenz um 0,2% p. a. an. Zwischen 2008 und 2010 kam es im Pflegedienst, ähnlich der Entwicklung im Ärztlichen Dienst, mit jahresdurchschnittlich 0,8% zu einer deutlicheren Zunahme der Vollkräftezahl.

Im Medizinisch-technischen Dienst sank die Anzahl der Vollkräfte im Zeitraum 1995 bis 2003 um 0,2% p. a. und stieg anschließend im Zeitraum 2003 bis 2010 von 118 Tsd. auf 123 Tsd. (+0,7% p. a.). Zwischen 2008 und 2010 ist die Anzahl der Vollkräfte im Medizinisch-technischen Dienst deutlich um jahresdurchschnittlich 1,8% gestiegen, nachdem sie sich noch in der Einführungsphase des G-DRG-Systems (2003 bis 2006) um jahresdurchschnittlich 0,4% verringert hatte.<sup>114</sup>

Im Funktionsdienst kam es zwischen 2003 und 2010 zu einem Vollkräfteausbau in Höhe von jahresdurchschnittlich 1,4% und somit zu einem stärkeren Anstieg als im Zeitraum 1995 bis 2003 (+0,5% p. a.). Im Jahr 2010 waren mit 90 Tsd. Vollkräften rund 9 Tsd. Vollkräfte mehr im Funktionsdienst beschäftigt als im Jahr 2003. Im Zeitraum zwischen 2008 und 2010 fiel die jahresdurchschnittliche Zunahme der Anzahl der Vollkräfte in dieser Dienstart mit 2,4% ähnlich hoch aus wie die Zunahme zwischen 2006 und 2008 (+2,0% p. a.). Zwischen 2003 und 2006 war die Anzahl der Vollkräfte im Funktionsdienst hingegen nur leicht gestiegen (+0,4% p. a.).

---

<sup>114</sup> Im zweiten Forschungszyklus wurde im Rahmen eines Exkurses auch die Vorhaltung von Krankenhauspersonal in den einzelnen Berufsgruppen des Medizinisch-technischen Dienstes und des Funktionsdienstes betrachtet (vgl. Endbericht zum zweiten Forschungszyklus, S. 128 ff.). Auf diesen Exkurs wird im Rahmen des dritten Forschungszyklus für Allgemeine Krankenhäuser verzichtet, da der Anteil der Mitarbeiter, die in der Gruppe „Sonstiges Medizinisch-technisches Personal“ zusammengefasst sind und nicht weiter nach Berufsgruppen differenziert betrachtet werden können, im Jahr 2010 bei 49% lag. In dieser Gruppe werden u. a. folgende Berufsgruppen zusammengefasst: Audiometristen, Chemiker, Medizinphysiker, Personal für medizinische Dokumentation, Physikalisch-technische Assistenten sowie Schreibkräfte im ärztlichen und medizinisch-technischen Bereich.

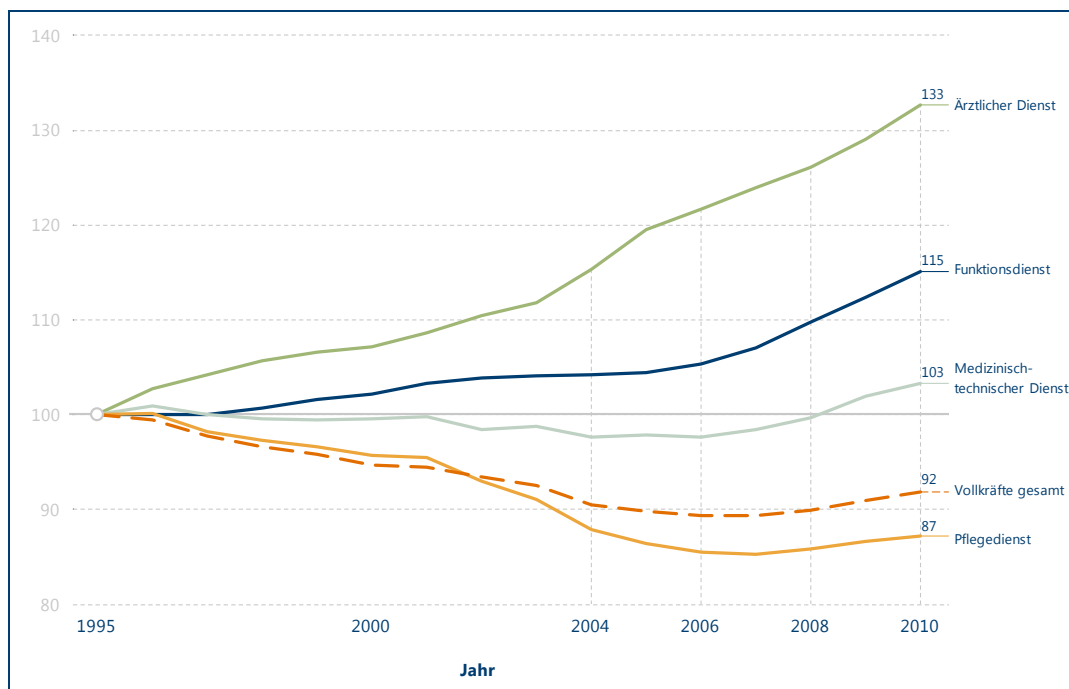
Tabelle 21: Entwicklung der Vollkräfteanzahl nach Dienstarten (1995-2010)

Dienstart	Anzahl Vollkräfte (in Tsd.)					Veränderungen p. a.				
						vor G-DRG		seit G-DRG-Einführung		
	1995	2003	2006	2008	2010	95-03	03-10	03-06	06-08	08-10
Ärztlicher Dienst	97,4	108,8	118,4	122,7	129,1	1,4%	2,5%	2,8%	1,8%	2,6%
Funktionsdienst	78,3	81,5	82,5	85,9	90,1	0,5%	1,4%	0,4%	2,0%	2,4%
Klinisches Hauspersonal	31,1	17,7	13,3	11,6	10,3	-6,8%	-7,5%	-9,0%	-6,8%	-5,7%
Med.-techn. Dienst	119,1	117,6	116,3	118,6	123,0	-0,2%	0,7%	-0,4%	1,0%	1,8%
Pflegedienst	322,1	293,0	275,4	276,3	280,8	-1,2%	-0,6%	-2,0%	0,2%	0,8%
Sonderdienste	7,4	4,0	3,6	3,8	3,7	-7,4%	-1,2%	-3,2%	2,3%	-1,8%
Sonstiges Personal	18,5	17,5	15,3	16,0	16,4	-0,7%	-0,9%	-4,5%	2,2%	1,3%
Technischer Dienst	21,0	18,4	17,3	16,5	16,3	-1,7%	-1,7%	-2,1%	-2,4%	-0,4%
Verwaltungsdienst	56,9	54,4	53,6	54,2	55,4	-0,5%	0,2%	-0,5%	0,5%	1,1%
Versorgungsdienst	80,6	56,5	47,7	42,8	39,4	-4,3%	-5,0%	-5,5%	-5,3%	-4,0%
<b>gesamt</b>	<b>832,4</b>	<b>769,4</b>	<b>743,5</b>	<b>748,3</b>	<b>764,6</b>	<b>-1,0%</b>	<b>-0,1%</b>	<b>-1,1%</b>	<b>0,3%</b>	<b>1,1%</b>

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Abbildung 25 stellt die beschriebenen unterschiedlichen Entwicklungen bei den patientennahen Dienstarten (Ärztlicher Dienst, Funktionsdienst, Medizinisch-technischer Dienst und Pflegedienst) im Zeitraum 1995 bis 2010 dar.

Abbildung 25: Veränderung der Vollkräfteanzahl ausgewählter Dienstarten (1995-2010; 1995=100)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Die patientennahen Dienstarten Ärztlicher Dienst (17% aller Vollkräfte), Funktionsdienst (12%), Medizinisch-technischer Dienst (16%) und Pflege-

dienst (37%) stellten im Jahr 2010 zusammen mehr als 80% aller in den Krankenhäusern beschäftigten Vollkräfte (vgl. Tabelle 172, Anhang E). Mit Ausnahme des Pflegedienstes zeigt sich bei diesen Dienstarten seit dem Jahr 1995 ein zunehmender Anteil an Vollkräften. Im Ärztlichen Dienst hat sich der durchschnittliche Anteil der Vollkräfte an allen Vollkräften der Krankenhäuser am deutlichsten erhöht (1995: 12%, 2010: 17%). Der Anteil der Vollkräfte im Pflegedienst an allen Vollkräften der Krankenhäuser hat sich in diesem Zeitraum hingegen von 39% auf 37% verringert.

Die Krankenhäuser in den Bundesländern Bayern, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen beschäftigten im Jahr 2010 insgesamt 51% aller bundesweit in Krankenhäusern tätigen Vollkräfte.<sup>115</sup> In diesen Bundesländern kam es zwischen 2003 und 2010 nur zu geringfügigen Abweichungen vom Bundesrend (vgl. Tabelle 22). In den Krankenhäusern der Bundesländer Hamburg (+0,8% p. a.) und Rheinland-Pfalz (+0,6% p. a.) erhöhte sich die Vollkräfteanzahl zwischen 2003 und 2010 am deutlichsten. In den Krankenhäusern der Bundesländer Berlin (-1,9% p. a.) und Bremen (-1,3% p. a.) fiel der Vollkräfte-rückgang im selben Zeitraum am stärksten aus.

Zwischen 2008 und 2010 erhöhte sich die Anzahl der Vollkräfte in 12 von 16 Bundesländern, nachdem sie noch zwischen 2003 und 2006 ebenso wie im Zeitraum 1995 bis 2003 in 15 von 16 Bundesländern gesunken war (Ausnahmen: Saarland bzw. Rheinland-Pfalz). Besonders deutlich erhöhte sich die Anzahl der Vollkräfte zwischen 2008 und 2010 in den Krankenhäusern Hamburgs (+2,5% p. a.) und Bayerns (+1,9% p. a.). Bremen (-2,6% p. a.) und Schleswig-Holstein (-1,2% p. a.) waren zwischen 2008 und 2010 die Bundesländer mit der stärksten Reduzierung der Vollkräfteanzahl.

Die Anzahl der Vollkräfte im Ärztlichen Dienst erhöhte sich zwischen 2003 und 2010 in den Krankenhäusern aller Bundesländer. Zum stärksten Ausbau des Ärztlichen Dienstes kam es mit jahresdurchschnittlich 3,6% zwischen 2003 und 2010 in den Krankenhäusern Niedersachsens. Entgegen dem Trend aller Bundesländer ging die Anzahl der Vollkräfte im Ärztlichen Dienst in Bremen zwischen 2008 und 2010 um jahresdurchschnittlich 3,3% zurück.

Hamburg war im Zeitraum 2003 bis 2010 das einzige Bundesland, in dem sich die Anzahl der Vollkräfte im Pflegedienst wesentlich erhöhte (+1,0% p. a.). Die Anzahl der Vollkräfte im Pflegedienst verringerte sich in diesem Zeitraum

---

<sup>115</sup> In diesen drei Bundesländern befanden sich im Jahr 2010 insgesamt 50,4% aller Krankenhäuser mit 50,7% aller bundesweit aufgestellten Betten, die 49,9% aller vollstationären Krankenhausfälle behandelten. Die drei Bundesländer stellen einen Bevölkerungsanteil von 50,3%.

in 13 Bundesländern. In den Krankenhäusern Berlins (-1,8% p. a.) und Bremens (-1,6% p. a.) sank die Vollkräftezahl im Pflegedienst dabei am deutlichsten. Zwischen 2008 und 2010 erhöhte sich die Anzahl der Vollkräfte im Pflegedienst hingegen in 11 Bundesländern, darunter besonders deutlich in Sachsen (+2,8% p. a.), Hamburg (+2,7% p. a.) und Bayern (+2,3% p. a.). In Schleswig-Holstein ging die Anzahl der Vollkräfte im Pflegedienst zwischen 2008 und 2010 mit 3,9% p. a. ähnlich deutlich zurück, wie sie zwischen 2006 und 2008 noch gestiegen war (+3,7% p. a.).

Tabelle 22: Veränderung der Vollkräfteanzahl ausgewählter Dienstarten nach Bundesland (1995-2010)

Bundesland	Zeitraum (Veränderung p. a. in %)														
	alle Dienstarten					Ärztlicher Dienst					Pflegedienst				
	1995-2003	2003-2010	2003-2006	2006-2008	2008-2010	1995-2003	2003-2010	2003-2006	2006-2008	2008-2010	1995-2003	2003-2010	2003-2006	2006-2008	2008-2010
Baden-Württemberg	-0,6	0,1	-0,9	0,3	1,4	1,8	2,7	2,9	1,6	3,5	-1,3	-0,7	-1,7	-0,5	0,6
Bayern	-0,3	0,2	-1,3	0,7	1,9	2,0	2,6	2,4	2,4	3,3	-0,6	-0,3	-2,4	0,2	2,3
Berlin	-4,0	-1,9	-3,5	-0,6	-0,8	-0,7	0,6	0,5	0,8	0,5	-4,3	-1,8	-4,1	-0,2	0,0
Brandenburg	-0,3	-0,4	-0,8	-1,0	0,8	2,4	2,5	3,3	2,3	1,4	0,0	-0,1	-1,5	0,7	1,2
Bremen	-0,4	-1,3	-0,7	-0,7	-2,6	1,5	0,5	2,7	1,3	-3,3	-0,7	-1,6	-1,6	-1,1	-2,1
Hamburg	-2,7	0,8	-1,7	3,0	2,5	0,8	3,2	0,5	6,2	4,4	-1,9	1,0	-1,8	3,5	2,7
Hessen	-0,9	-0,5	-1,3	-1,4	1,7	1,1	2,5	3,1	1,5	2,7	-0,7	-0,5	-1,9	-0,8	1,7
Mecklenburg-Vorp.	-0,6	-0,1	-1,2	1,0	0,5	1,5	2,5	3,5	1,7	1,8	-0,9	0,1	-2,2	2,0	1,7
Niedersachsen	-1,2	0,3	-0,2	0,3	1,0	1,2	3,6	5,7	1,8	2,3	-1,3	-1,3	-2,9	-0,4	0,3
Nordrhein-Westfalen	-0,9	-0,1	-1,2	0,2	1,2	1,5	2,2	2,4	1,2	2,9	-1,3	-0,7	-1,8	0,0	0,4
Rheinland-Pfalz	-0,3	0,6	0,1	0,9	1,2	2,0	2,9	3,8	1,8	2,5	-0,8	0,1	-0,9	0,8	0,9
Saarland	0,1	-0,4	-0,9	-0,5	0,5	1,3	2,2	4,4	0,5	0,7	0,2	-0,9	-1,7	-1,2	0,6
Sachsen	-1,0	-0,1	-1,5	0,2	1,6	1,6	2,8	3,3	1,9	3,0	-0,6	-0,4	-2,8	0,2	2,8
Sachsen-Anhalt	-1,1	-0,7	-1,0	-0,6	-0,3	0,8	1,6	2,5	0,2	1,6	-0,8	-1,1	-1,8	-0,5	-0,6
Schleswig-Holstein	-0,8	0,3	-0,5	3,0	-1,2	1,9	2,6	2,2	3,4	2,4	-1,5	-0,5	-0,9	3,7	-3,9
Thüringen	-1,0	0,1	-0,9	1,6	0,0	0,8	2,8	3,8	3,0	1,0	-0,9	-0,5	-1,4	0,6	-0,3
<b>gesamt</b>	<b>-1,0</b>	<b>-0,1</b>	<b>-1,1</b>	<b>0,3</b>	<b>1,1</b>	<b>1,4</b>	<b>2,5</b>	<b>2,8</b>	<b>1,8</b>	<b>2,6</b>	<b>-1,2</b>	<b>-0,6</b>	<b>-2,0</b>	<b>0,2</b>	<b>0,8</b>

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Die Zahl der Vollkräfte differenziert nach Bettengrößenklasse oder Trägerschaft der Krankenhäuser ist in stärkerem Maße als die Differenzierung nach Bundesländern insbesondere auch abhängig von der Anzahl und Struktur der jeweiligen Krankenhäuser und deren erbrachten Leistungen. Ein Ausweis der Vollkräfte nach diesen Differenzierungen erfolgt daher hier, im Unterschied

zum ersten und zweiten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung, nicht.<sup>116</sup>

### 4.3.2 Inanspruchnahme von Krankenhauspersonal

Allein anhand der isolierten Betrachtung der Entwicklung der Vollkräftezahl in den einzelnen Dienstarten lässt sich die Inanspruchnahme des Krankenhauspersonals nicht beschreiben. Hierfür werden regelmäßig sog. Personalbelastungskennzahlen/Inanspruchnahmekennzahlen herangezogen, zu deren Ermittlung die behandelten vollstationären Fälle oder die erbrachten Belegungstage in Relation zu den Vollkräften der einzelnen Dienstarten gesetzt werden. Diese Kennzahlen drücken aus, wie viele vollstationäre Fälle eine Vollkraft jährlich im Durchschnitt versorgt bzw. wie viele Belegungstage jährlich im Durchschnitt auf eine Vollkraft entfallen.

Bei der Interpretation dieser Personalbelastungskennzahlen ist zu beachten, dass das ambulante und teilstationäre Leistungsgeschehen ebenso unberücksichtigt bleibt, wie die ggf. über die tarifliche Arbeitszeit hinaus erbrachte Arbeitsleistung des Personals (vgl. Statistisches Bundesamt 2012b), und dass zu einer ggf. vorliegenden Veränderung des Behandlungsbedarfs der Patienten keine Informationen vorliegen. Zudem kann sich der auf die (direkte) Patientenversorgung entfallene Anteil der gesamten Arbeitszeit in den einzelnen Dienstarten im Untersuchungszeitraum verändert haben.

Die Anzahl der auf jede Vollkraft im Ärztlichen Dienst durchschnittlich entfallenden vollstationären Fälle ist zwischen 1995 und 2002 weitestgehend konstant geblieben, d. h. die Steigerung der vollstationären Fallzahlen um 1,3 Mio. Fälle bzw. um 8% (+1,2% p. a.) wurde in diesem Zeitraum von einem nahezu proportionalen Ausbau der Vollkräftezahl im Ärztlichen Dienst um 9% (+1,4% p. a.) begleitet. Zwischen den Jahren 2002 und 2006 hat sich die Anzahl der durchschnittlich auf jeden Arzt entfallenen vollstationären Fälle stark verringert, im Zeitraum 2006 bis 2010 setzte sich dieser Trend abgeschwächt weiter fort.

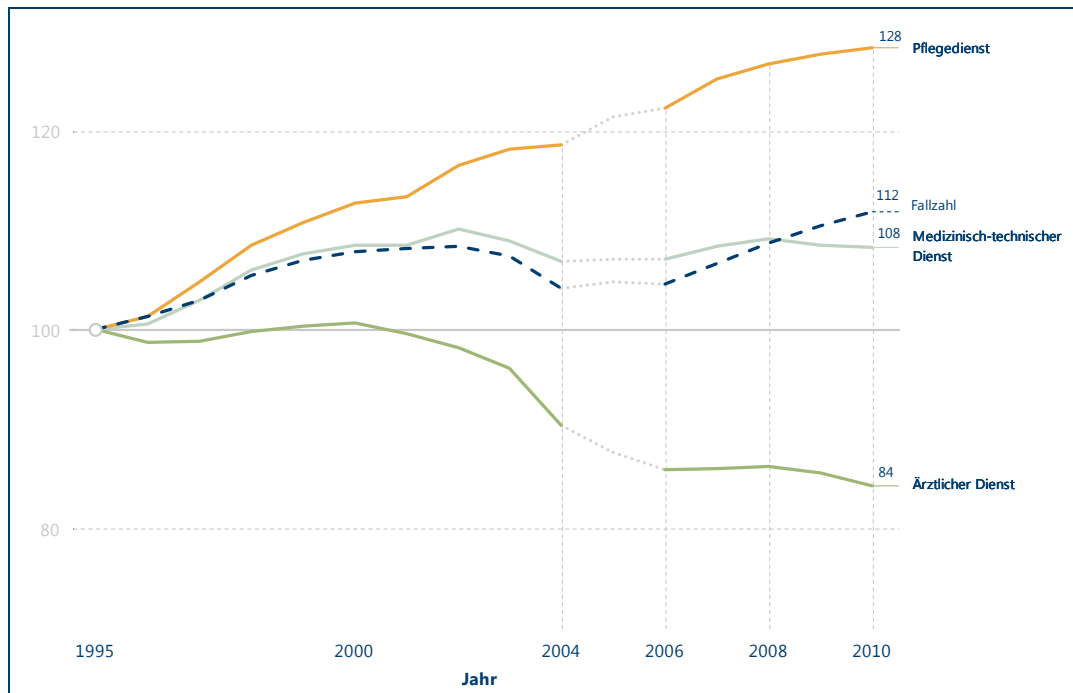
Die durchschnittliche Fallzahl je Vollkraft im Pflegedienst hat sich bereits seit der Mitte der 90er-Jahre kontinuierlich erhöht (1995-2003: +2,1% p. a.). Diese Entwicklung hat sich nach G-DRG-Einführung zwischen 2003 und 2010 in leicht abgeschwächter Form fortgesetzt (+1,2% p. a.).

---

<sup>116</sup> Die entsprechenden Kennzahlen können der Datenveröffentlichung zur G-DRG-Begleitforschung entnommen werden.

Die Fallzahl je Vollkraft des Medizinisch-technischen Dienstes hat sich zwischen 1995 und 2000 erhöht und verbleibt seit diesem Jahr mit geringen Schwankungen auf einem ähnlichen Niveau (vgl. Abbildung 26).

Abbildung 26: Fallzahl je Vollkraft nach ausgewählten Dienstarten (1995-2010; 1995=100)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Vgl. Abschnitt 3.2.4.1 zur eingeschränkten Vergleichbarkeit der Fallzahl im Jahr 2005.

Insgesamt war zwischen 2003 und 2010 für alle Dienstarten außer dem Ärztlichen Dienst (-1,9% p. a.), dem Funktionsdienst (-0,9% p. a.) und dem Medizinisch-technischen Dienst (-0,1% p. a.) eine Zunahme der Anzahl der vollstationären Fälle je Vollkraft zu beobachten (vgl. Tabelle 23). Die Anzahl der Fälle je Vollkraft des Klinischen Hauspersonals und je Vollkraft des Wirtschafts- und Versorgungsdienstes erhöhte sich mit 8,7% p. a. bzw. 5,9% p. a. in diesem Zeitraum besonders deutlich. Im Vergleich zu der Entwicklung zwischen 1995 und 2003 ging die Zunahme der Fälle je Vollkräfte zwischen 2003 und 2010 in der überwiegenden Zahl der Dienstarten zurück bzw. der Rückgang der rechnerischen Belastung fiel stärker aus (Ausnahmen: Klinisches Hauspersonal und Wirtschafts- und Versorgungsdienst).

Im Zeitraum 2008 bis 2010 ging die über die durchschnittliche Anzahl der Fälle je Vollkraft ausgedrückte Personalbelastung in den patientennahen Dienstarten Ärztlicher Dienst, Funktionsdienst und Medizinisch-technischer Dienst zurück, im Pflegedienst stieg sie hingegen – im Vergleich zu den Vorperioden mit jahresdurchschnittlich 0,6% jedoch weniger stark an.

Tabelle 23: Fallzahl je Vollkraft nach Dienstarten (1995-2010)

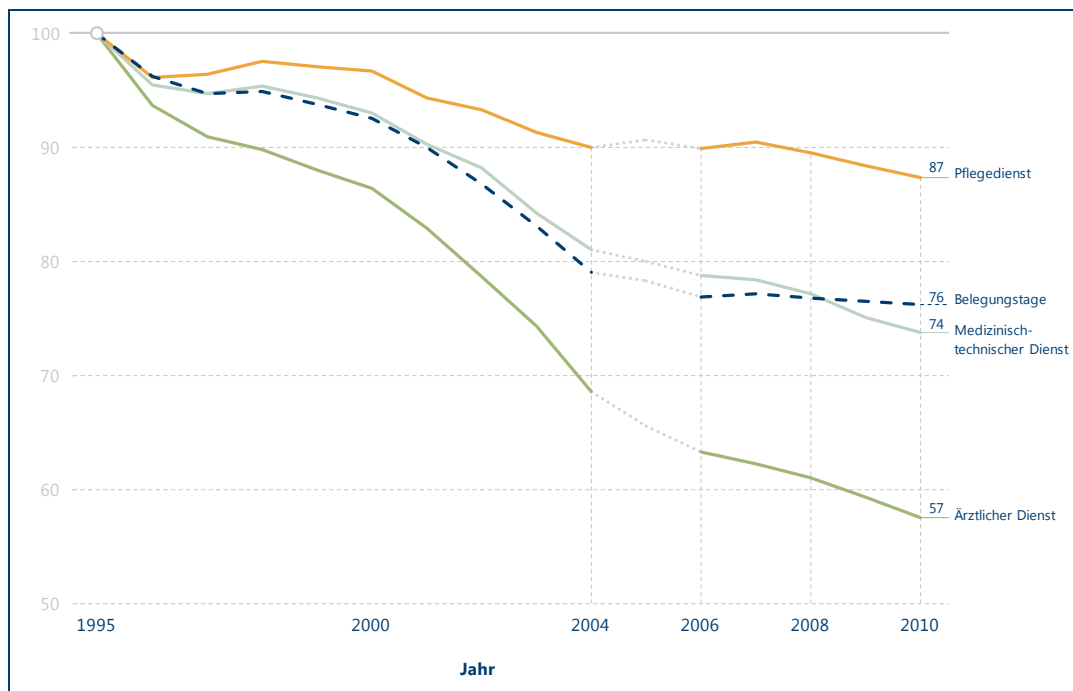
Dienstart	Vollstationäre Fälle je Vollkraft					Veränderungen p. a.				
						vor G-DRG	seit G-DRG-Einführung			
	1995	2003	2006	2008	2010	95-03	03-10	03-06	06-08	08-10
Ärztlicher Dienst	160	154	138	138	135	-0,5%	-1,9%	-3,7%	0,2%	-1,1%
Funktionsdienst	200	206	198	198	194	0,4%	-0,9%	-1,3%	-0,1%	-1,0%
Klinisches Hauspersonal	502	950	1.228	1.471	1.702	8,3%	8,7%	8,9%	9,4%	7,5%
Med.-techn. Dienst	131	143	140	143	142	1,1%	-0,1%	-0,6%	1,0%	-0,4%
Pflegedienst	49	57	59	61	62	2,1%	1,2%	1,2%	1,8%	0,6%
Sonderdienste	2.121	4.213	4.514	4.490	4.786	9,0%	1,8%	2,3%	-0,3%	3,3%
Sonstiges Personal	847	959	1.069	1.064	1.067	1,6%	1,5%	3,7%	-0,2%	0,1%
Technischer Dienst	743	913	945	1.032	1.070	2,6%	2,3%	1,2%	4,5%	1,8%
Verwaltungsdienst	275	309	305	314	316	1,5%	0,3%	-0,4%	1,5%	0,4%
Versorgungsdienst	194	297	342	397	443	5,5%	5,9%	4,8%	7,7%	5,6%
<b>gesamt</b>	<b>18,8</b>	<b>21,8</b>	<b>22,0</b>	<b>22,7</b>	<b>22,9</b>	<b>1,9%</b>	<b>0,7%</b>	<b>0,2%</b>	<b>1,7%</b>	<b>0,4%</b>

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Bei der durchschnittlichen Anzahl der Belegungstage je Vollkraft zeigt sich, dass die so ausgedrückte Personalbelastung im Ärztlichen und im Medizinisch-technischen Dienst zwischen 1995 und 2010 nahezu kontinuierlich rückläufig war. Die Anzahl der Belegungstage je Vollkraft reduzierte sich zwischen 1995 und 2010 auch im Pflegedienst, allerdings in einem deutlich geringeren Umfang als beim Ärztlichen und Medizinisch-technischen Dienst (vgl. Abbildung 27).



Abbildung 27: Belegungstage je Vollkraft nach ausgewählten Dienstarten (1995-2010; 1995=100)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Vgl. Abschnitt 3.2.4.1 zur eingeschränkten Vergleichbarkeit der Belegungstage im Jahr 2005.

Die Anzahl der Belegungstage je Vollkraft hat sich im Zeitraum seit der Einführung des G-DRG-Systems (2003 bis 2010) in den meisten Dienstarten reduziert. So ging die durchschnittliche Anzahl der Belegungstage je Vollkraft im Ärztlichen Dienst zwischen 2003 und 2010 um jahresdurchschnittlich 3,6% zurück und im Funktionsdienst reduzierte sich die Anzahl der Belegungstage je Vollkraft in diesem Zeitraum um jahresdurchschnittlich 2,6%. Die durchschnittliche Anzahl der auf jede Vollkraft im Pflegedienst entfallenden Belegungstage hat sich zwischen 2003 und 2010 mit jahresdurchschnittlich 0,6% nur leicht verringert.

Auch am Ende der Konvergenzphase (2008 bis 2010) sank die Anzahl der Belegungstage je Vollkraft in allen patientennahen Dienstarten (Ärztlicher Dienst, Funktionsdienst, Medizinisch-technischer Dienst, Pflegedienst) wie auch in der Einführungsphase des G-DRG-Systems (2003 bis 2006) wieder stärker als in der Kernphase der Konvergenz (2006 bis 2008) (vgl. Tabelle 24).

Tabelle 24: Belegungstage je Vollkraft nach Dienstarten (1995-2010)

Dienstart	Belegungstage je Vollkraft					Veränderungen p. a.				
						vor G-DRG	seit G-DRG-Einführung			
	1995	2003	2006	2008	2010	95-03	03-10	03-06	06-08	08-10
Ärztlicher Dienst	1.731	1.287	1.094	1.055	994	-3,6%	-3,6%	-5,3%	-1,8%	-2,9%
Funktionsdienst	2.152	1.718	1.570	1.506	1.425	-2,8%	-2,6%	-3,0%	-2,1%	-2,8%
Klinisches Hauspersonal	5.414	7.922	9.738	11.206	12.493	4,9%	6,7%	7,1%	7,3%	5,6%
Med.-techn. Dienst	1.415	1.191	1.114	1.091	1.043	-2,1%	-1,9%	-2,2%	-1,0%	-2,2%
Pflegedienst	523	478	470	468	457	-1,1%	-0,6%	-0,5%	-0,2%	-1,2%
Sonderdienste	22.874	35.123	35.786	34.194	35.141	5,5%	0,0%	0,6%	-2,2%	1,4%
Sonstiges Personal	9.132	7.995	8.478	8.104	7.833	-1,6%	-0,3%	2,0%	-2,2%	-1,7%
Technischer Dienst	8.011	7.613	7.495	7.859	7.857	-0,6%	0,5%	-0,5%	2,4%	0,0%
Verwaltungsdienst	2.964	2.574	2.415	2.389	2.319	-1,8%	-1,5%	-2,1%	-0,5%	-1,5%
Versorgungsdienst	2.092	2.478	2.714	3.026	3.255	2,1%	4,0%	3,1%	5,6%	3,7%
<b>gesamt</b>	<b>203</b>	<b>182</b>	<b>174</b>	<b>173</b>	<b>168</b>	<b>-1,3%</b>	<b>-1,1%</b>	<b>-1,4%</b>	<b>-0,4%</b>	<b>-1,5%</b>

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

#### 4.3.2.1 Vollstationäre Fälle je Vollkraft (differenzierte Betrachtung)

Bei der nach Dienstarten und Bundesländern differenzierten Betrachtung der Entwicklung der durchschnittlichen Anzahl vollstationärer Fälle je Vollkraft zeigen sich im Zeitraum 2003 bis 2010 unterschiedliche Entwicklungen.

So erhöhte sich die durchschnittliche Anzahl vollstationärer Fälle je Vollkraft etwa in den Krankenhäusern Berlins in allen Dienstarten. In Bremen, Hamburg, Hessen, Sachsen und Sachsen-Anhalt erhöhte sich die Anzahl der Fälle je Vollkraft in den meisten Dienstarten, bei denen eine Zunahme zu beobachten ist, stärker als im Bundesdurchschnitt und bei den meisten Dienstarten, bei denen in diesen Bundesländern ein Rückgang festzustellen ist, sank die Fallzahl je Vollkraft schwächer als im Vergleich zum Bundesdurchschnitt. In den Krankenhäusern Baden-Württembergs, Bayerns und in den Krankenhäusern in Rheinland-Pfalz, im Saarland und in Schleswig-Holstein verringerte sich die Anzahl der Fälle je Vollkraft in den Dienstarten, in denen ein Rückgang der Fallzahl je Vollkraft zu beobachten ist, stärker als im Bundesdurchschnitt und erhöhte sich in jenen Dienstarten, in denen ein Anstieg festzustellen ist, weniger stark als im Bundesdurchschnitt (vgl. Tabelle 25).

Tabelle 25: Entwicklung der Fallzahl je Vollkraft nach Dienstarten und Bundesland (2003-2010)

Bundesland	Vollstationäre Fälle je Vollkraft nach Dienstart (Veränderung p. a. 2003-2010)									
	Ärztlicher Dienst	Funktionsdienst	Klinisches Hauspersonal	Medizinisch-techn. Dienst	Pflegedienst	Sonderdienste	Sonstiges Personal	Technischer Dienst	Verwaltungsdienst	Versorgungsdienst
Baden-Württemberg	-2,3%	-1,4%	5,2%	-0,5%	1,1%	-1,3%	0,1%	0,3%	-0,4%	4,9%
Bayern	-2,1%	-1,3%	10,7%	-1,2%	0,9%	1,0%	3,0%	1,2%	0,0%	4,5%
Berlin	0,6%	2,3%	11,5%	3,1%	3,1%	3,9%	6,0%	8,0%	4,1%	9,8%
Brandenburg	-2,0%	-0,4%	8,2%	1,2%	0,6%	-2,0%	6,9%	8,9%	2,1%	8,8%
Bremen	-0,1%	0,6%	12,4%	0,8%	2,1%	4,6%	-3,4%	5,0%	3,2%	3,7%
Hamburg	-1,3%	0,9%	22,5%	1,9%	0,9%	12,0%	-7,6%	3,4%	-1,4%	12,9%
Hessen	-1,6%	-0,6%	8,0%	1,3%	1,5%	5,7%	4,0%	4,0%	1,1%	8,4%
Mecklenburg-Vorp.	-2,0%	-1,2%	7,7%	0,0%	0,4%	-2,1%	3,6%	4,5%	1,7%	11,9%
Niedersachsen	-2,9%	-1,0%	11,5%	-2,7%	1,9%	2,1%	-0,5%	-0,4%	-1,3%	7,3%
Nordrhein-Westfalen	-1,7%	-1,0%	8,7%	0,1%	1,1%	2,7%	1,2%	2,0%	0,0%	5,4%
Rheinland-Pfalz	-2,1%	-2,2%	6,6%	0,2%	0,6%	0,1%	-0,2%	0,3%	-0,7%	3,5%
Saarland	-2,6%	-0,7%	7,9%	-0,4%	0,5%	-1,4%	-7,0%	1,4%	-0,3%	1,7%
Sachsen	-1,8%	-1,0%	12,8%	1,4%	1,3%	0,5%	6,3%	5,3%	2,0%	7,7%
Sachsen-Anhalt	-1,1%	-0,3%	5,6%	0,4%	1,6%	-0,5%	7,1%	5,3%	1,8%	6,5%
Schleswig-Holstein	-2,3%	-0,4%	7,0%	-0,5%	0,8%	0,4%	-9,6%	-0,3%	-1,6%	7,7%
Thüringen	-2,4%	-1,6%	9,1%	-0,5%	0,9%	1,5%	2,4%	3,2%	1,4%	5,0%
<b>gesamt</b>	<b>-1,9%</b>	<b>-0,9%</b>	<b>8,7%</b>	<b>-0,1%</b>	<b>1,2%</b>	<b>1,8%</b>	<b>1,5%</b>	<b>2,3%</b>	<b>0,3%</b>	<b>5,9%</b>

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Auch bei der Betrachtung der durchschnittlichen Anzahl vollstationärer Fälle je Vollkraft nach Dienstarten und Krankenhausbettengrößenklasse im Zeitraum 2003 bis 2010 zeigen sich deutliche Unterschiede. In Krankenhäusern mit weniger als 100 Betten hat sich die rechnerische Personalbelastung für die überwiegende Anzahl der Dienstarten, in denen diese Kennzahl anstieg, weniger stark erhöht als im Durchschnitt der Krankenhäuser aller Bettengrößenklassen und in den Dienstarten, in denen die Fallzahl je Vollkraft rückläufig war, verlief der Rückgang stärker als im Durchschnitt der Krankenhäuser. Insbesondere in Krankenhäusern mit mindestens 800 Betten ist die Anzahl vollstationärer Fälle je Vollkraft zwischen 2003 und 2010 in den meisten Dienstarten, sofern sie sich reduziert hat, weniger stark gesunken als im Bundesdurchschnitt. In den Dienstarten, bei denen sich die Fallzahl je Vollkraft in diesen Krankenhäusern erhöhte, fiel der Anstieg stärker aus als im Bundesdurchschnitt (vgl. Tabelle 26).

Tabelle 26: Entwicklung der Fallzahl je Vollkraft nach Dienstarten und Bettengrößenklasse (2003-2010)

Bettengrößenklasse	Vollstationäre Fälle je Vollkraft nach Dienstart (Veränderung p. a. 2003-2010)									
	Ärztlicher Dienst	Funktionsdienst	Klinisches Hauspersonal	Medizinisch-techn. Dienst	Pflegedienst	Sonderdienste	Sonstiges Personal	Technischer Dienst	Verwaltungsdienst	Versorgungsdienst
1 bis 49 Betten	-6,4%	-4,8%	3,0%	-8,4%	-3,3%	-8,6%	-7,6%	-4,8%	-3,9%	1,1%
50 bis 99 Betten	-3,4%	-3,1%	5,1%	-2,4%	-1,8%	3,1%	3,8%	-0,3%	-1,1%	4,0%
100 bis 149 Betten	-1,7%	-1,9%	7,5%	0,6%	1,2%	0,8%	1,0%	2,1%	1,3%	5,7%
150 bis 199 Betten	-2,4%	-1,7%	6,2%	0,1%	1,3%	1,5%	3,2%	1,4%	0,6%	6,2%
200 bis 299 Betten	-2,5%	-1,9%	7,3%	0,0%	1,3%	1,6%	4,0%	2,4%	0,1%	5,7%
300 bis 399 Betten	-1,7%	-0,6%	11,3%	1,3%	1,5%	2,7%	2,7%	3,1%	0,8%	8,4%
400 bis 499 Betten	-1,6%	-0,7%	5,3%	0,9%	1,8%	3,4%	2,5%	4,1%	1,2%	6,3%
500 bis 599 Betten	-2,0%	-1,1%	6,5%	0,1%	1,1%	2,7%	-0,6%	2,2%	0,3%	5,9%
600 bis 799 Betten	-1,9%	-0,6%	5,2%	0,4%	0,9%	2,9%	0,8%	0,9%	-0,7%	3,5%
800 bis 999 Betten	-0,9%	0,1%	13,8%	1,3%	2,3%	1,4%	1,0%	4,6%	2,6%	5,7%
1000 Betten und mehr	-1,0%	0,4%	12,5%	-0,2%	1,5%	1,6%	0,8%	2,6%	0,3%	6,3%
<b>gesamt</b>	<b>-1,9%</b>	<b>-0,9%</b>	<b>8,7%</b>	<b>-0,1%</b>	<b>1,2%</b>	<b>1,8%</b>	<b>1,5%</b>	<b>2,3%</b>	<b>0,3%</b>	<b>5,9%</b>

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Auch bei der Betrachtung der Fallzahl je Vollkraft differenziert nach Trägerschaft zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen zwischen 2003 und 2010. Die durchschnittliche Anzahl der Fälle je Vollkraft im Ärztlichen Dienst hat sich in diesem Zeitraum in den Krankenhäusern aller Trägerschaften verringert, fiel jedoch bei Krankenhäusern in privater Trägerschaft (-3,6% p. a.) stärker aus als in Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft (-1,7% p. a.) (vgl. Tabelle 27).

Die Anzahl der Fälle je Vollkraft des Pflegedienstes hat sich im Zeitraum 2003 bis 2010 in den Krankenhäusern aller Trägerschaften erhöht, am deutlichsten jedoch mit 1,4% p. a. in Krankenhäusern öffentlicher Trägerschaft. Bei privaten Krankenhäusern hat sich die so ausgedrückte Personalbelastung in diesem Zeitraum mit 0,4% p. a. dagegen nur leicht erhöht.

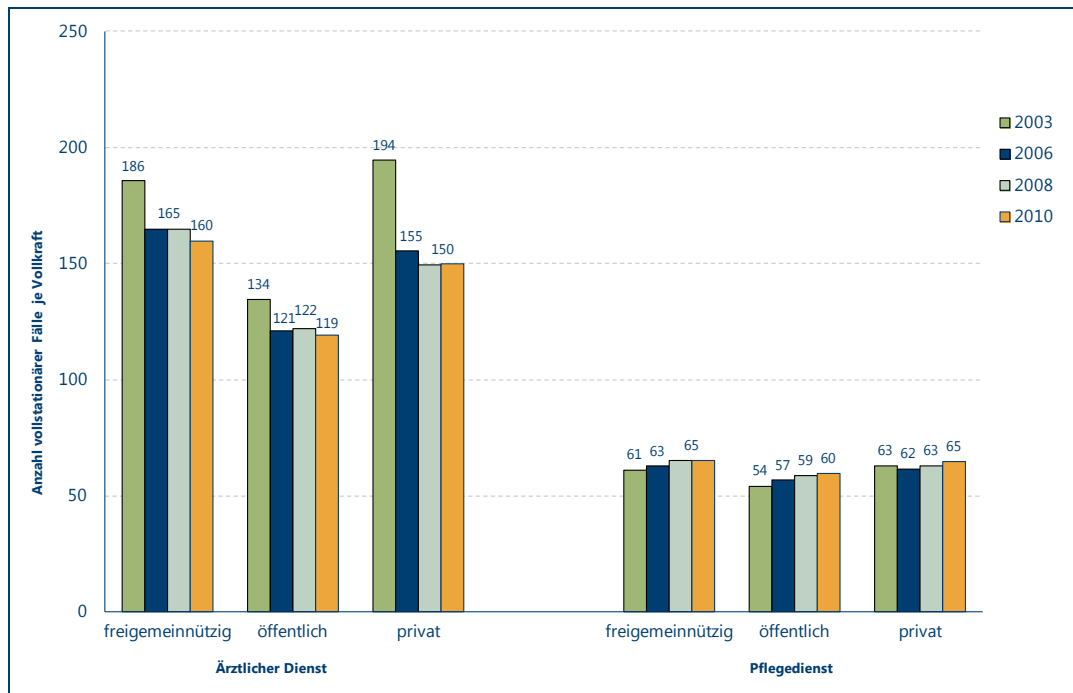
Tabelle 27: Entwicklung der Fallzahl je Vollkraft nach Dienstarten und Krankenhaussträgerschaft (2003-2010)

Trägerschaft	Vollstationäre Fälle je Vollkraft nach Dienstart (Veränderung p. a. 2003-2010)									
	Ärztlicher Dienst	Funktionsdienst	Klinisches Hauspersonal	Medizinisch-techn. Dienst	Pflegedienst	Sonderdienste	Sonstiges Personal	Technischer Dienst	Verwaltungsdienst	Versorgungsdienst
freigemeinnützig	-2,1%	-1,3%	6,5%	0,0%	0,9%	3,5%	0,3%	1,6%	0,3%	5,1%
öffentlich	-1,7%	-0,4%	9,0%	-0,5%	1,4%	1,1%	1,7%	1,9%	0,0%	5,2%
privat	-3,6%	-2,1%	11,2%	-0,6%	0,4%	-2,0%	2,3%	4,1%	1,4%	9,3%
<b>gesamt</b>	<b>-1,9%</b>	<b>-0,9%</b>	<b>8,7%</b>	<b>-0,1%</b>	<b>1,2%</b>	<b>1,8%</b>	<b>1,5%</b>	<b>2,3%</b>	<b>0,3%</b>	<b>5,9%</b>

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Die durch die Anzahl der vollstationären Fälle je Vollkraft ausgedrückte Personalbelastung im Ärztlichen Dienst fiel bei Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft mit 134 Fällen im Jahr 2003 und 119 Fällen im Jahr 2010 am geringsten aus (vgl. Abbildung 28). Während sie im Jahr 2003 mit 194 Fällen je Vollkraft in Krankenhäusern privater Trägerschaft am höchsten lag, zeigt sich für das Jahr 2010 die höchste rechnerische Personalbelastung bei Krankenhäusern in freigemeinnütziger Trägerschaft (160 Fälle je Vollkraft). Auch beim Pflegedienst fiel die rechnerische Personalbelastung bei Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft mit 54 Fällen je Vollkraft im Jahr 2003 und 60 Fällen je Vollkraft im Jahr 2010 am geringsten aus, während sie in freigemeinnützigen Krankenhäusern (2003: 61 Fälle je Vollkraft; 2010: 65 Fälle je Vollkraft) und in Krankenhäusern privater Trägerschaft (2003: 63 Fälle je Vollkraft; 2010: 65 Fälle je Vollkraft) auf ähnlichem Niveau liegt.

Abbildung 28: Fallzahl je Vollkraft im Ärztlichen Dienst und im Pflegedienst nach Krankenhausträgerschaft (2003, 2006, 2008, 2010)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

#### 4.3.2.2 Belegungstage je Vollkraft (differenzierte Betrachtung)

Bei der nach Dienstarten und Bundesländern differenzierten Betrachtung der Entwicklung der Anzahl der Belegungstage je Vollkraft zeigen sich im Zeitraum 2003 bis 2010 unterschiedliche Entwicklungen. In den Krankenhäusern Baden-Württembergs, Bayerns und in den Krankenhäusern in Rheinland-Pfalz reduzierte sich die Anzahl der durchschnittlich auf jede Vollkraft entfallenden Belegungstage in den Dienstarten, in denen diese Kennzahl rückläufig war, zwischen 2003 und 2010 stärker als im Bundesdurchschnitt und bei den Dienstarten, die einen Anstieg der Anzahl der durchschnittlich auf jede Vollkraft entfallenden Belegungstage verzeichneten, erhöhte sie sich weniger stark als im Bundesdurchschnitt. In den Krankenhäusern Berlins, Brandenburgs und Hessens zeigten sich für die Anzahl der Belegungstage je Vollkraft hingegen in den meisten Dienstarten jeweils gegenläufige Entwicklungen (vgl. Tabelle 28).

Tabelle 28: Entwicklung der Anzahl Belegungstage je Vollkraft nach Dienstarten und Bundesland (2003-2010)

Bundesland	Belegungstage je Vollkraft nach Dienstart (Veränderung p. a. 2003-2010)									
	Ärztlicher Dienst	Funktionsdienst	Klinisches Hauspersonal	Medizinisch-techn. Dienst	Pflegedienst	Sonderdienste	Sonstiges Personal	Technischer Dienst	Verwaltungsdienst	Versorgungsdienst
Baden-Württemberg	-4,0%	-3,2%	3,3%	-2,2%	-0,7%	-3,0%	-1,7%	-1,4%	-2,1%	3,1%
Bayern	-4,1%	-3,3%	8,4%	-3,3%	-1,3%	-1,1%	0,8%	-0,9%	-2,1%	2,3%
Berlin	-1,6%	0,0%	9,1%	0,8%	0,8%	1,6%	3,6%	5,6%	1,8%	7,4%
Brandenburg	-3,1%	-1,6%	6,9%	0,0%	-0,6%	-3,1%	5,7%	7,6%	0,9%	7,5%
Bremen	-2,0%	-1,3%	10,2%	-1,1%	0,2%	2,6%	-5,2%	3,0%	1,3%	1,7%
Hamburg	-2,2%	0,0%	21,4%	0,9%	0,0%	11,0%	-8,4%	2,4%	-2,2%	11,9%
Hessen	-2,8%	-1,8%	6,7%	0,0%	0,2%	4,3%	2,7%	2,7%	-0,2%	7,1%
Mecklenburg-Vorp.	-2,9%	-2,2%	6,7%	-0,9%	-0,6%	-3,0%	2,6%	3,5%	0,8%	10,8%
Niedersachsen	-4,8%	-3,0%	9,2%	-4,7%	-0,1%	0,1%	-2,5%	-2,4%	-3,3%	5,1%
Nordrhein-Westfalen	-3,6%	-2,9%	6,6%	-1,8%	-0,8%	0,7%	-0,7%	0,1%	-1,9%	3,4%
Rheinland-Pfalz	-3,4%	-3,5%	5,2%	-1,1%	-0,7%	-1,2%	-1,5%	-1,0%	-2,0%	2,1%
Saarland	-3,1%	-1,3%	7,3%	-0,9%	0,0%	-1,9%	-7,5%	0,9%	-0,8%	1,2%
Sachsen	-4,4%	-3,6%	9,8%	-1,3%	-1,3%	-2,1%	3,5%	2,6%	-0,6%	4,9%
Sachsen-Anhalt	-3,0%	-2,2%	3,7%	-1,5%	-0,3%	-2,4%	5,1%	3,3%	-0,1%	4,5%
Schleswig-Holstein	-3,8%	-2,0%	5,3%	-2,1%	-0,8%	-1,2%	-11,0%	-1,8%	-3,2%	5,9%
Thüringen	-4,3%	-3,6%	7,0%	-2,5%	-1,1%	-0,4%	0,4%	1,2%	-0,6%	3,0%
<b>gesamt</b>	<b>-3,6%</b>	<b>-2,6%</b>	<b>6,7%</b>	<b>-1,9%</b>	<b>-0,6%</b>	<b>0,0%</b>	<b>-0,3%</b>	<b>0,5%</b>	<b>-1,5%</b>	<b>4,0%</b>

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Die Spannweite der Anzahl der Belegungstage je Vollkraft im Ärztlichen Dienst hat sich im Zeitraum 2003 bis 2010 zwischen den Bundesländern deutlich reduziert (2003: 578; 2010: 390). Die Anzahl der Belegungstage je Vollkraft im Ärztlichen Dienst hat sich in Bundesländern, die im Jahr 2003 auf einem hohen Ausgangsniveau lagen, bis zum Jahr 2010 regelmäßig stärker verringert als in den übrigen Bundesländern (vgl. Abbildung 29).

Abbildung 29: Belegungstage je Vollkraft im Ärztlichen Dienst (2003) und jährliche Veränderungsrate nach Bundesland (2003-2010)

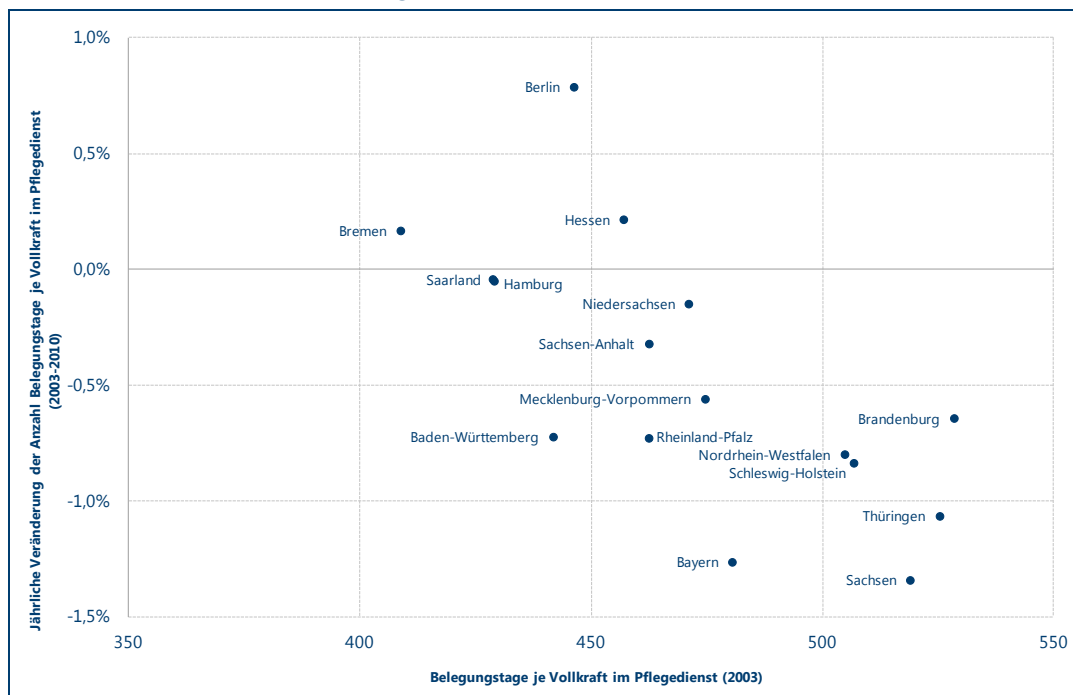


Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Auch im Pflegedienst hat sich der Unterschied zwischen den Bundesländern bei der Anzahl der Belegungstage je Vollkraft im Zeitraum 2003 bis 2010 verringert (Spannweite 2003: 120; 2010: 92) (vgl. Abbildung 30). So zeigen sich die deutlichsten Rückgänge der über die Anzahl der Belegungstage je Vollkraft ausgedrückten Personalbelastung insbesondere in Bundesländern, für die sich im Jahr 2003 eine hohe Personalbelastungskennzahl ergab.



Abbildung 30: Belegungstage je Vollkraft im Pflegedienst (2003) und jährliche Veränderungsrate nach Bundesland (2003-2010)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Auch differenziert nach der Bettengrößenklasse zeigen sich im Zeitraum 2003 bis 2010 deutliche Unterschiede bei der Entwicklung der durchschnittlichen Anzahl der Belegungstage je Vollkraft nach Dienstarten. So hat sich die durchschnittliche Anzahl der Belegungstage je Vollkraft in Krankenhäusern mit bis zu 299 Betten, in den Dienstarten, in denen diese Kennzahl anstieg, weniger stark erhöht als im Bundesdurchschnitt und sofern sich die Anzahl der Belegungstage je Vollkraft verringerte, fiel der Rückgang stärker aus als im Bundesdurchschnitt. In den Krankenhäusern mit mindestens 1.000 Betten zeigten sich hingegen jeweils gegenläufige Entwicklungen der Anzahl der Belegungstage je Vollkraft (vgl. Tabelle 29). Wie auch bei der nach Bundesländern differenzierten Betrachtung zeigt sich eine im Zeitverlauf abnehmende Spannweite der Anzahl der Belegungstage je Vollkraft zwischen den Bettengrößenklassen, die insbesondere im Ärztlichen Dienst sehr deutlich ausfällt (2003: 1.611; 2010: 1.102).

Tabelle 29: Entwicklung der Anzahl Belegungstage je Vollkraft nach Dienstarten und Bettengrößenklasse (2003-2010)

Bettengrößenklasse	Belegungstage je Vollkraft nach Dienstart (Veränderung p. a. 2003-2010)									
	Ärztlicher Dienst	Funktionsdienst	Klinisches Hauspersonal	Medizinisch-techn. Dienst	Pflegedienst	Sonderdienste	Sonstiges Personal	Technischer Dienst	Verwaltungsdienst	Versorgungsdienst
1 bis 49 Betten	-5,7%	-4,1%	3,8%	-7,7%	-2,5%	-7,9%	-6,8%	-4,0%	-3,2%	1,9%
50 bis 99 Betten	-4,3%	-3,9%	4,2%	-3,3%	-2,6%	2,2%	2,9%	-1,2%	-1,9%	3,1%
100 bis 149 Betten	-3,9%	-4,1%	5,1%	-1,7%	-1,1%	-1,5%	-1,3%	-0,2%	-1,0%	3,3%
150 bis 199 Betten	-4,7%	-4,0%	3,7%	-2,2%	-1,0%	-0,9%	0,7%	-1,0%	-1,8%	3,7%
200 bis 299 Betten	-4,6%	-4,0%	5,0%	-2,1%	-0,9%	-0,5%	1,8%	0,2%	-2,0%	3,4%
300 bis 399 Betten	-4,0%	-2,8%	8,8%	-1,0%	-0,8%	0,4%	0,4%	0,7%	-1,5%	5,9%
400 bis 499 Betten	-3,5%	-2,7%	3,2%	-1,1%	-0,3%	1,3%	0,5%	2,0%	-0,9%	4,2%
500 bis 599 Betten	-3,5%	-2,6%	4,9%	-1,4%	-0,4%	1,2%	-2,1%	0,6%	-1,2%	4,3%
600 bis 799 Betten	-3,4%	-2,1%	3,6%	-1,2%	-0,7%	1,4%	-0,7%	-0,6%	-2,2%	1,9%
800 bis 999 Betten	-3,0%	-2,0%	11,5%	-0,8%	0,2%	-0,7%	-1,1%	2,4%	0,5%	3,5%
1000 Betten und mehr	-2,3%	-0,9%	11,0%	-1,5%	0,1%	0,3%	-0,6%	1,3%	-1,0%	4,9%
<b>gesamt</b>	<b>-3,6%</b>	<b>-2,6%</b>	<b>6,7%</b>	<b>-1,9%</b>	<b>-0,6%</b>	<b>0,0%</b>	<b>-0,3%</b>	<b>0,5%</b>	<b>-1,5%</b>	<b>4,0%</b>

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Die durchschnittliche Anzahl der Belegungstage je Vollkraft des Ärztlichen Dienstes hat sich zwischen 2003 und 2010 in den Krankenhäusern aller Trägerschaftsformen deutlich verringert. In den Krankenhäusern freigemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft lag der Rückgang der Anzahl der Belegungstage je Vollkraft auf gleichem Niveau bei jahresdurchschnittlich etwa 4%. Der stärkste Rückgang war in diesem Zeitraum mit jahresdurchschnittlich 5,3% in den Krankenhäusern in privater Trägerschaft zu beobachten (vgl. Tabelle 30).

Auch die Anzahl der Belegungstage je Vollkraft des Pflegedienstes hat sich zwischen 2003 und 2010 in den Krankenhäusern aller Trägerschaftsformen verringert. In den Krankenhäusern freigemeinnütziger Trägerschaft lag der Rückgang der Anzahl der Belegungstage je Vollkraft im Pflegedienst bei jahresdurchschnittlich 0,9%, in öffentlichen Krankenhäusern war der Rückgang mit jahresdurchschnittlich 0,5% am schwächsten. Am stärksten fiel der Rückgang bei Krankenhäusern in privater Trägerschaft mit jahresdurchschnittlich 1,4% aus.

Auch bei den weiteren Dienstarten zeigen sich hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl der Belegungstage je Vollkraft zwischen 2003 und 2010 differenziert nach Trägerschaft unterschiedliche Entwicklungen. Im Funktionsdienst ist die Anzahl der Belegungstage je Vollkraft in diesem Zeitraum in den Krankenhäusern in privater Trägerschaft mit jahresdurchschnittlich 3,7% und in den freigemeinnützigen Krankenhäusern mit jahresdurchschnittlich 3,2%

deutlich stärker gesunken als in den Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft (-2,2% p. a.). Die Anzahl der Belegungstage je Vollkraft im Medizinisch-technischen Dienst war zwischen 2003 und 2010 in den Krankenhäusern aller Trägerschaftsformen mit jahresdurchschnittlich etwa 2% rückläufig.

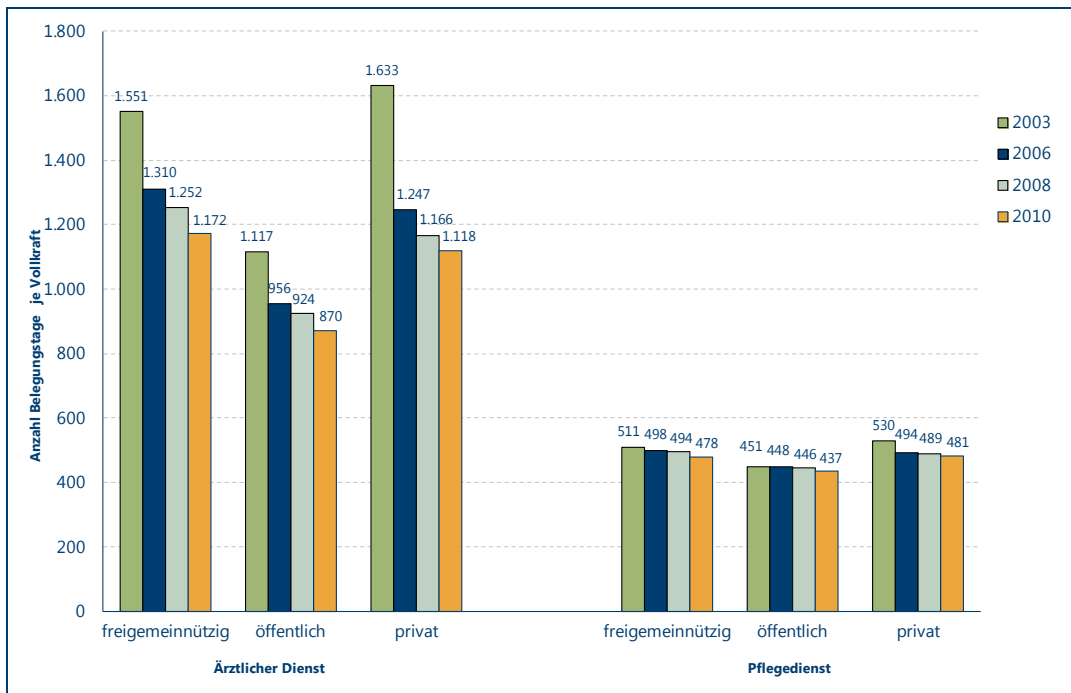
Tabelle 30: Entwicklung der Anzahl Belegungstage je Vollkraft nach Dienstarten und Krankenhausträgerschaft (2003-2010)

Trägerschaft	Belegungstage je Vollkraft nach Dienstart (Veränderung p. a. 2003-2010)									
	Ärztlicher Dienst	Funktionsdienst	Klinisches Hauspersonal	Medizinisch-techn. Dienst	Pflegedienst	Sonderdienste	Sonstiges Personal	Technischer Dienst	Verwaltungsdienst	Versorgungsdienst
freigemeinnützig	-3,9%	-3,2%	4,5%	-1,8%	-0,9%	1,6%	-1,6%	-0,3%	-1,6%	3,1%
öffentlich	-3,5%	-2,2%	7,1%	-2,3%	-0,5%	-0,8%	-0,1%	0,0%	-1,8%	3,3%
privat	-5,3%	-3,7%	9,3%	-2,3%	-1,4%	-3,7%	0,6%	2,3%	-0,3%	7,4%
<b>gesamt</b>	<b>-3,6%</b>	<b>-2,6%</b>	<b>6,7%</b>	<b>-1,9%</b>	<b>-0,6%</b>	<b>0,0%</b>	<b>-0,3%</b>	<b>0,5%</b>	<b>-1,5%</b>	<b>4,0%</b>

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Im Jahr 2010 lag die rechnerische Belastung des Ärztlichen Dienstes, ausgedrückt als durchschnittlich auf jede Vollkraft im Ärztlichen Dienst entfallende Belegungstage, bei den Krankenhäusern in freigemeinnütziger Trägerschaft auf dem höchsten Niveau (1.172 Belegungstage je Vollkraft) (vgl. Abbildung 31). Im Jahr 2003 lag die Anzahl der Belegungstage je Vollkraft in den privaten Krankenhäusern (1.633 Belegungstage je Vollkraft) noch über der so ausgedrückten Personalbelastung in den Krankenhäusern in freigemeinnütziger Trägerschaft (1.551 Belegungstage). Für die Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft war sowohl im Jahr 2003 (1.117 Belegungstage) als auch im Jahr 2010 (870 Belegungstage) die geringste Anzahl Belegungstage je Vollkraft des Ärztlichen Dienstes zu beobachten. Die höchste Anzahl der auf jede Vollkraft des Pflegedienstes entfallenden Belegungstage zeigt sich mit deutlich abnehmendem Trend im Zeitraum 2003 bis 2010 in Krankenhäusern freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft. Die Belegungstage je Vollkraft im Pflegedienst lagen bei den Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft hingegen jeweils auf dem niedrigsten Niveau (2003: 451 Belegungstage; 2010: 437 Belegungstage).

Abbildung 31: Belegungstage je Vollkraft im Ärztlichen Dienst und im Pflegedienst nach Krankenhausträgerschaft (2003, 2006, 2008, 2010)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

### 4.3.3 Fluktuation und Betriebszugehörigkeit

Die Untersuchung der Personalfuktuation in den Krankenhäusern wurde auf der Grundlage der Ergebnisse aus der Befragung der Krankenhäuser durchgeführt. Die Krankenhäuser wurden anhand der folgenden Formel

$$\text{Fluktuationsquote [in\%]} = \frac{\text{Personalabgänge in der jeweiligen Dienststart im Bezugsjahr}}{\text{Personalbestand in der jeweiligen Dienststart am 01.01. des Bezugsjahres} + \text{Personalzugänge in der jeweiligen Dienststart im Bezugsjahr}} \times 100$$

um die Berechnung der Fluktuationsquote für die Jahre 2008 und 2010 gegeben. Diese Formel gibt an, welcher Anteil des Personals (bezogen auf den Jahresausgangswert des Personalbestands zzgl. der Zugänge im Bezugsjahr) das Unternehmen verlassen hat. Die Berechnung wurde nicht auf der Grundlage von Vollzeitäquivalenten durchgeführt, sondern anhand der Anzahl der Mitarbeiter. Daher kann keine Aussage darüber getroffen werden, wie hoch die Fluktuationsquote, basierend auf dem Personalbestand in Vollkräften, lag.

Die Fluktuationsquote wurde jeweils für den Ärztlichen Dienst, den Pflegedienst, das Personal weiterer Dienstarten und für das Personal aller Dienstarten gesamt separat berechnet.<sup>117</sup>

Über alle Dienstarten hinweg zeigt sich eine sehr leichte Steigerung beim Median der Fluktuationsquote zwischen 2008 und 2010 um 0,2 Prozentpunkte p. a. von 9,1% im Jahr 2008 (Mittelwert: 10,0%) auf 9,4% im Jahr 2010 (Mittelwert: 10,3%), die sich auch im Pflegedienst mit 0,2 Prozentpunkten p. a. zeigt, beim Ärztlichen Dienst ergibt sich hingegen ein Rückgang beim Median der Fluktuationsquote um 0,5 Prozentpunkte p. a. in diesem Zeitraum (Tabelle 31). Im Ärztlichen Dienst liegt der Median der Fluktuationsquote mit 14,9% (Mittelwert: 15,0%) im Jahr 2008 und 14,0% (Mittelwert: 14,6%) im Jahr 2010 zudem deutlich über den Fluktuationsquoten der übrigen betrachteten Dienstarten.<sup>118</sup>

Tabelle 31: Fluktuationsquoten und jährliche Veränderung nach Dienstarten (2008; 2010)

Dienstart	Fluktuationsquote (Median)		Veränderung p. a.	n
	2008	2010	08-10 (Prozentpunkte)	
Ärztlicher Dienst	14,9%	14,0%	-0,5	266
Pflegedienst	6,7%	7,0%	0,2	270
Personal weiterer Dienstarten	8,2%	8,3%	0,1	265
Alle Dienstarten	9,1%	9,4%	0,2	260

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung

Auch bei Betrachtung der Krankenhäuser, für die Angaben zur Fluktuationsquote aus allen drei Forschungszyklen, d. h. zu den Jahren 2004, 2006, 2008 und 2010 vorliegen, liegt der Median der Fluktuationsquote im Ärztlichen Dienst in allen Jahren deutlich über denen der übrigen betrachteten Dienstarten.

<sup>117</sup> Der Fokus der Auswertung liegt auf der Entwicklung der Fluktuationsquoten zwischen den beiden Jahren des Untersuchungszeitraums, sodass nur Krankenhäuser in die Auswertung einbezogen wurden, die für beide Jahre Angaben zur Fluktuationsquote gemacht haben. Gleiches gilt für die Betrachtung der Zeitreihe für die Krankenhäuser, die in allen drei Forschungszyklen der G-DRG-Begleitforschung an der Befragung teilgenommen haben.

<sup>118</sup> Die Mittelwerte der Fluktuationsquoten im Pflegedienst liegen mit 7,4% im Jahr 2008 und 7,9% im Jahr 2010 auf einem ähnlichen Niveau wie der Median der jeweiligen Jahre. Beim Personal weiterer Dienstarten liegt der Mittelwert der Fluktuationsquote im Jahr 2008 bei 9,6% und im Jahr 2010 bei 9,8%. Bei beiden Kennzahlen zeigen sich für den Mittelwert die gleichen jahresdurchschnittlichen Veränderungsraten zwischen 2008 und 2010 wie beim Median.

ten (vgl. Tabelle 32). Für alle betrachteten Dienstarten ergeben sich keine kontinuierlichen Entwicklungen, allerdings liegt der Median der Fluktuationsquote im Jahr 2010 bei allen betrachteten Dienstarten über dem Median der Fluktuationsquote im Jahr 2004.<sup>119</sup>

Tabelle 32: Fluktuationsquoten und jährliche Veränderung nach Dienstarten (2004; 2006; 2008; 2010)

Dienstart	Fluktuationsquote (Median)				Veränderung p. a.	n
	2004	2006	2008	2010	04-10 (Prozentpunkte)	
Ärztlicher Dienst	13,6%	13,4%	14,7%	13,9%	0,1	105
Pflegedienst	6,0%	5,1%	6,6%	6,7%	0,1	107
Personal weiterer Dienstarten	7,5%	8,5%	8,2%	8,3%	0,1	103
Alle Dienstarten	8,4%	8,9%	8,8%	9,2%	0,1	104

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung  
nur Krankenhäuser mit Angaben aus allen drei Forschungszyklen

Bei der Analyse auf Ebene der Bettengrößenklasse der Krankenhäuser lassen sich überwiegend ähnliche Entwicklungen wie auf der aggregierten Ebene feststellen. So ist der Median der Fluktuationsquote im Ärztlichen Dienst zwischen 2008 und 2010 überwiegend auch innerhalb der einzelnen Bettengrößenklassen leicht zurückgegangen, im Pflegedienst hingegen ist er bei Krankenhäusern aller Bettengrößenklassen im Jahr 2010 verglichen mit dem Jahr 2008 leicht gestiegen bzw. unverändert geblieben. Auch für alle Dienstarten gemeinsam zeigt sich innerhalb der einzelnen Bettengrößenklassen überwiegend ein gestiegener Median zwischen 2008 und 2010.

Bei der Differenzierung nach der Trägerschaft der Krankenhäuser ergeben sich für die einzelnen Trägerschaften insgesamt ähnliche Fluktuationsquoten bei den betrachteten Dienstarten. Lediglich bei der Entwicklung der Fluktuationsquoten zwischen 2008 und 2010 lassen sich vereinzelt leichte Unterschiede zwischen den Trägerschaften feststellen.

Die Krankenhäuser wurden neben der Fluktuationsquote auch zur durchschnittlichen Betriebszugehörigkeit ihrer Mitarbeiter an den Stichtagen 31.12.2008 und 31.12.2010 befragt. Ihren Angaben zufolge liegt der Mittelwert der Betriebszugehörigkeit zwischen den beiden Stichtagen stabil bei durchschnittlich 12,6 Jahren, beim Median zeigt sich hingegen eine leichte Verringerung von 12,7 Jahren im Jahr 2008 auf 12,2 Jahren im Jahr 2010 (n=252).

<sup>119</sup> Bei Betrachtung der Mittelwerte der Fluktuationsquoten zeigt sich für den Zeitraum 2006 bis 2010 eine leichte Zunahme der Fluktuationsquote in allen Dienstarten (vgl. Tabelle 173, Anhang E).

Die Krankenhäuser, für die Angaben aus allen drei Forschungszyklen und somit zu den betrachteten Jahren zwischen 2004 und 2010 vorliegen, berichten von einem leichten Anstieg der durchschnittlichen Betriebszugehörigkeit von 0,2 Jahren p. a. in diesem Zeitraum, wobei die Betriebszugehörigkeit nach einer deutlicheren jahresdurchschnittlichen Zunahme um 0,5 Jahre zwischen 2004 und 2006 in den betrachteten Folgejahren stabil zwischen 12,9 und 13,0 Jahren liegt (vgl. Tabelle 33).

Tabelle 33: Durchschnittliche Betriebszugehörigkeit in Jahren über alle Dienstarten (2004; 2006; 2008; 2010)

Durchschnittliche Betriebszugehörigkeit (Jahre)				Veränderung p. a. (Jahre)
31.12.2004	31.12.2006	31.12.2008	31.12.2010	2004-2010
12,1	13,1	12,9	13,0	0,2

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=88 Krankenhäuser)

Die durchschnittliche Betriebszugehörigkeit der Mitarbeiter ist bei Krankenhäusern aller Bettengrößenklassen zwischen dem Jahr 2008 und dem Jahr 2010 nahezu unverändert (vgl. Tabelle 34). Ein leichter Anstieg der durchschnittlichen Betriebszugehörigkeit zeigt sich lediglich bei Krankenhäusern mit mehr als 800 Betten. Krankenhäuser mit 150 bis 499 Betten weisen im Vergleich mit den übrigen Bettengrößenklassen eine geringfügig längere durchschnittliche Betriebszugehörigkeit auf. Bei Krankenhäusern mit bis zu 149 Betten lässt sich hingegen eine leicht kürzere Betriebszugehörigkeit in den betrachteten Jahren feststellen.

Tabelle 34: Durchschnittliche Betriebszugehörigkeit in Jahren über alle Dienstarten nach Bettengrößenklasse (2008; 2010)

Bettengrößenklasse	Durchschnittliche Betriebszugehörigkeit (Jahre)		Veränderung p. a. (Jahre)
	2008	2010	2008-2010
bis 149 Betten	11,7	11,7	0,0
150 bis 299 Betten	13,1	13,0	0,0
300 bis 499 Betten	13,1	13,1	0,0
500 bis 799 Betten	12,7	12,6	0,0
800 Betten und mehr	12,4	12,6	0,1
<b>gesamt</b>	<b>12,6</b>	<b>12,6</b>	<b>0,0</b>

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=252 Krankenhäuser)

#### 4.3.4 Vorhaltung Medizinisch-technischer Großgeräte

Die Anzahl der in Krankenhäusern insgesamt vorgehaltenen Medizinisch-technischen Großgeräte ist kontinuierlich und deutlich von 8,2 Tsd. im Jahr 2003 auf 10,7 Tsd. im Jahr 2010 gestiegen (+4,0% p. a.) (vgl. Tabelle 35). Die Veränderungsrate lag für alle Geräte insgesamt im Zeitraum 2008 bis 2010 mit 4,4% über den Zuwachsraten in den Zeiträumen 2003 bis 2006 und 2006 bis 2008.

Dialysegeräte sind die häufigsten Medizinisch-technischen Großgeräte in Krankenhäusern (2010: 48% aller Großgeräte), ihre Zuwachsrate verringerte sich im gesamten Untersuchungszeitraum geringfügig von 3,8% p. a. (2003 bis 2006) auf 3,3% p. a. (2008 bis 2010).

Die jahresdurchschnittlichen Veränderungsraten der Gerätezahlen lagen im Zeitraum 2008 bis 2010 bei einer Reihe von anderen Geräten z. T. deutlich über den Veränderungsraten im Zeitraum 2003 bis 2008. Zu nennen sind hier neben den Digitalen Subtraktions-Angiographie [DSA]-Geräten (+9,2%) die Linksherzkathetermessplätze (+8,6%), die MRT-Geräte (+8,6%) und auch die Linearbeschleuniger (+3,0%).

Die Anzahl der Computertomographen hat sich seit Einführung des G-DRG-Systems um jahresdurchschnittlich 3,5% auf 1,4 Tsd. Großgeräte (13% Anteil an allen Großgeräten) erhöht. Vor Einführung des G-DRG-Systems war die Anzahl der aufgestellten Computertomographen von 1991 bis 2003 noch jahresdurchschnittlich um 7,8% gestiegen.

Die Anzahl der Linksherzkathetermessplätze ist hingegen nach Einführung des G-DRG-Systems zwischen 2003 und 2010 mit jahresdurchschnittlich 7,1% stärker gestiegen als in der Zeit von 1991 bis 2003 (+5,3% p. a.). Im Zeitraum 2008 bis 2010 hat sich die Anzahl der Linksherzkathetermessplätze mit einer Zunahme von 677 auf 799 Geräte (7% aller Großgeräte) besonders deutlich erhöht (+8,6% p. a.).



Tabelle 35: Medizinisch-technische Großgeräte in Krankenhäusern (1991-2010)

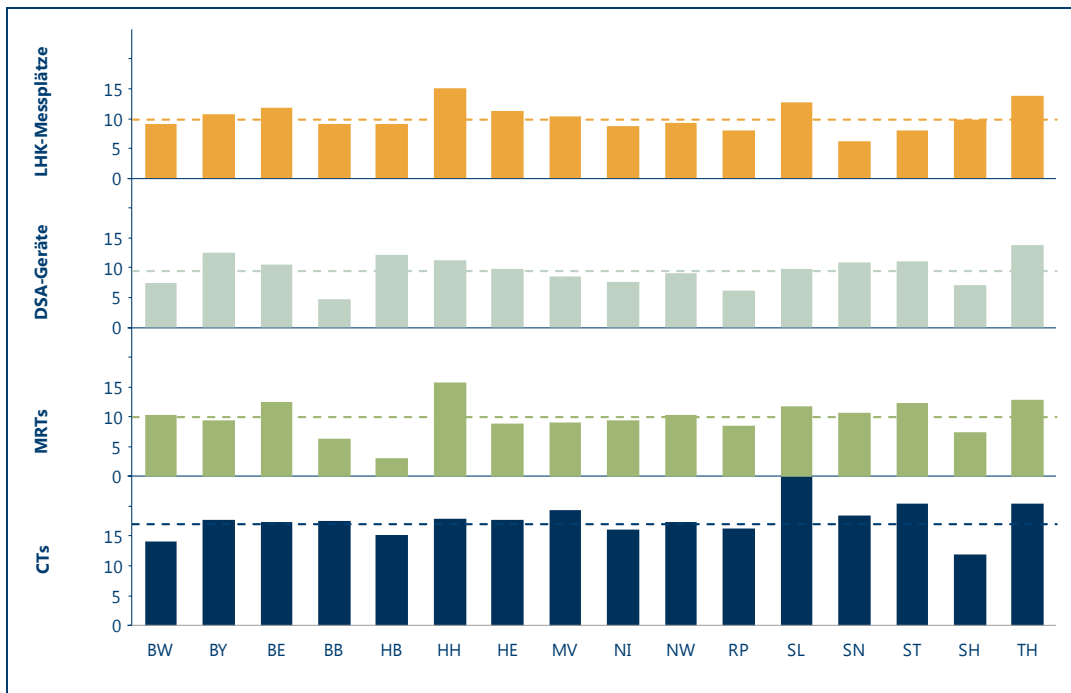
Gerätetyp	Großgeräteanzahl					Veränderungen p. a.				
						vor G-DRG	seit G-DRG-Einführung			
	1991	2003	2006	2008	2010	91-03	03-10	03-06	06-08	08-10
LHK-Messplätze	266	495	594	677	799	5,3%	7,1%	6,3%	6,8%	8,6%
DSA-Geräte	-	499	614	642	766	-	6,3%	7,2%	2,3%	9,2%
Kernspintomographen	83	495	610	690	814	16,0%	7,4%	7,2%	6,4%	8,6%
Computertomographen	445	1.098	1.242	1.313	1.393	7,8%	3,5%	4,2%	2,8%	3,0%
Gammakameras	-	570	603	592	579	-	0,2%	1,9%	-0,9%	-1,1%
Herz-Lungen-Maschinen	-	328	348	370	426	-	3,8%	2,0%	3,1%	7,3%
Linearbeschleuniger	174	346	354	365	387	5,9%	1,6%	0,8%	1,5%	3,0%
PET-Computertomogr.	42	56	72	76	112	2,4%	10,4%	8,7%	2,7%	21,4%
Stoßwellenlithotripter	120	268	311	317	321	6,9%	2,6%	5,1%	1,0%	0,6%
Tele-Kobalt-Therapieg.	166	36	31	20	21	-12,0%	-7,4%	-4,9%	-19,7%	2,5%
Dialysegeräte	-	3.973	4.444	4.782	5.103	-	3,6%	3,8%	3,7%	3,3%
<b>gesamt</b>	-	<b>8.164</b>	<b>9.223</b>	<b>9.844</b>	<b>10.721</b>	-	<b>4,0%</b>	<b>4,1%</b>	<b>3,3%</b>	<b>4,4%</b>

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

In allen Bundesländern kam es zwischen 2003 und 2010 zu einer Zunahme der Anzahl der Großgeräte in Krankenhäusern. Die Vorhaltung der einzelnen Großgerätetypen (Anzahl der aufgestellten Großgeräte in Krankenhäusern je 1 Mio. Einwohner) unterscheidet sich in den einzelnen Bundesländern jedoch deutlich. Schleswig-Holstein oder auch Baden-Württemberg weisen z. B. nahezu über alle Großgerätearten hinweg unterdurchschnittliche stationäre Kapazitäten auf.<sup>120</sup> Bundesländer mit überdurchschnittlichen Kapazitäten bei den meisten Großgeräten sind hingegen Thüringen, Saarland, Hamburg oder Berlin (vgl. Abbildung 32).

<sup>120</sup> Zu den ambulant vorgehaltenen Großgeräten existiert keine bundeseinheitliche Statistik, sodass die Gesamtkapazitäten nicht beurteilt werden können.

Abbildung 32: Ausgewählte Medizinisch-technische Großgeräte in Krankenhäusern je 1 Mio. Einwohner nach Bundesland (2010)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

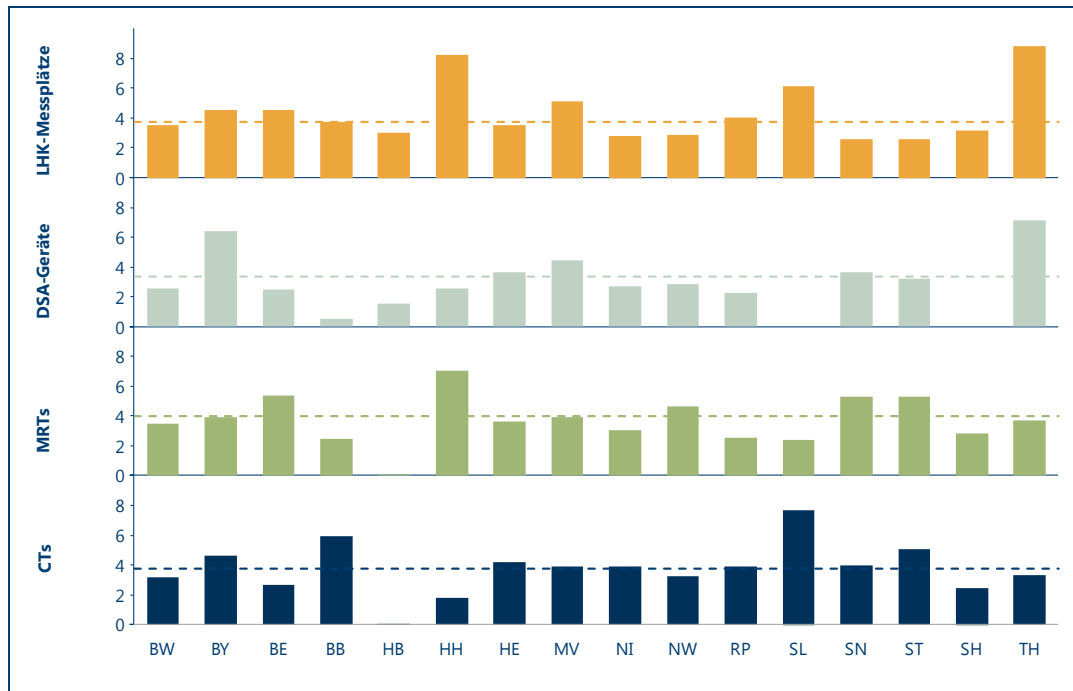
Die Anzahl der in Krankenhäusern aufgestellten Großgeräte je 1 Mio. Einwohner hat sich im Zeitraum 2003 bis 2010 in allen Bundesländern deutlich erhöht (vgl. Abbildung 33).

Bei den Computertomographen betrug die Steigerung in diesem Zeitraum durchschnittlich 3,7 Geräte je 1 Mio. Einwohner (entsprechend 3,6% p. a.), die deutlichsten Veränderungen zeigten sich im Saarland mit einer Zunahme um 7,7 und in Brandenburg mit einer Zunahme um 5,9 Geräte je 1 Mio. Einwohner. Auch bei den Kernspintomographen fielen die Veränderungen unterschiedlich aus und lagen in den Stadtstaaten Hamburg und Berlin mit einem Zuwachs von über fünf Geräten je 1 Mio. Einwohner im Zeitraum 2003 bis 2010 am höchsten.

Bei den DSA-Geräten betrug die Veränderung durchschnittlich 3,3 Geräte je 1 Mio. Einwohner, hier zeigten sich insbesondere in Thüringen und Bayern überdurchschnittliche Zuwächse mit mehr als sechs Geräten je 1 Mio. Einwohner.

Auch bei den Linksherzkathetermessplätzen zeigten sich deutliche Zunahmen der Gerätezahlen je 1 Mio. Einwohner von durchschnittlich sechs im Jahr 2003 auf 9,8 im Jahr 2010. Mit einem Zuwachs von jeweils über acht Linksherzkathetermessplätzen je 1 Mio. Einwohner lagen hier Thüringen und Hamburg deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 3,8.

Abbildung 33: Veränderung der Anzahl ausgewählter Medizinisch-technischer Großgeräte in Krankenhäusern je 1 Mio. Einwohner nach Bundesland (2003 - 2010)

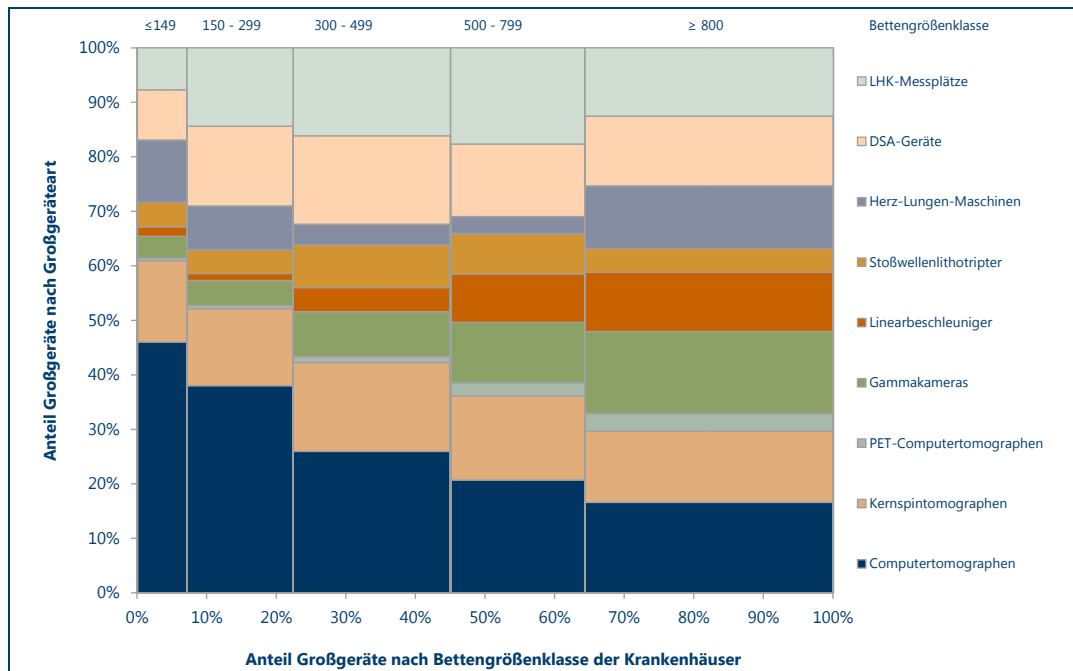


Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Im Jahr 2010 waren 36% aller Medizinisch-technischen Großgeräte<sup>121</sup> in Krankenhäusern mit 800 oder mehr Betten aufgestellt (vgl. Abbildung 34). Insbesondere Linearbeschleuniger und Herz-Lungen-Maschinen waren überwiegend in größeren Krankenhäusern aufgestellt. In Krankenhäusern mit bis zu 149 Betten waren hingegen lediglich 7,2% aller Großgeräte aufgestellt, davon über 60% CTs und MRTs.

<sup>121</sup> Die folgenden Auswertungen berücksichtigen aufgrund mangelnder Relevanz keine Tele-Kobalt-Therapiegeräte und aufgrund der dominierenden Anzahl ebenfalls keine Dialysegeräte.

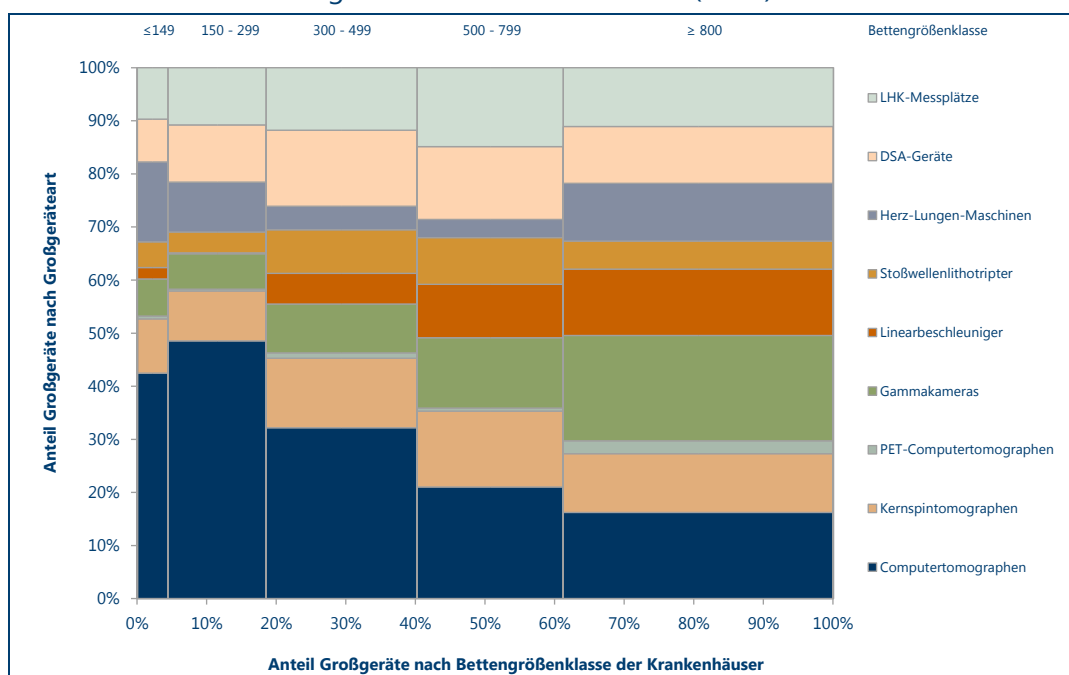
Abbildung 34: Medizinisch-technische Großgeräte in Krankenhäusern nach Bettengrößenklasse und Geräteart (2010)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Im Jahr 2003 hingegen betrug der Anteil der Medizinisch-technischen Großgeräte (ohne Tele-Kobalt-Therapiegeräte und Dialysegeräte) in Krankenhäusern mit 800 oder mehr Betten noch 39% und der Anteil der Großgeräte in Krankenhäusern mit bis zu 149 Betten lediglich 4,5% (vgl. Abbildung 35).

Abbildung 35: Medizinisch-technische Großgeräte in Krankenhäusern nach Bettengrößenklasse und Geräteart (2003)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Der Anteil der Krankenhäuser, die spezifische Großgeräte nicht vorhalten, unterscheidet sich u. a. sowohl zwischen den Bettengrößenklassen als auch hinsichtlich der Geräteart deutlich.

Während es bei Krankenhäusern mit mehr als 800 Betten im Zeitraum 2003 bis 2010 nur sehr geringe Veränderungen dieses Anteils gab,<sup>122</sup> reduzierte er sich insbesondere in den Krankenhäusern mit einer niedrigen Bettenzahl z. T. deutlich.

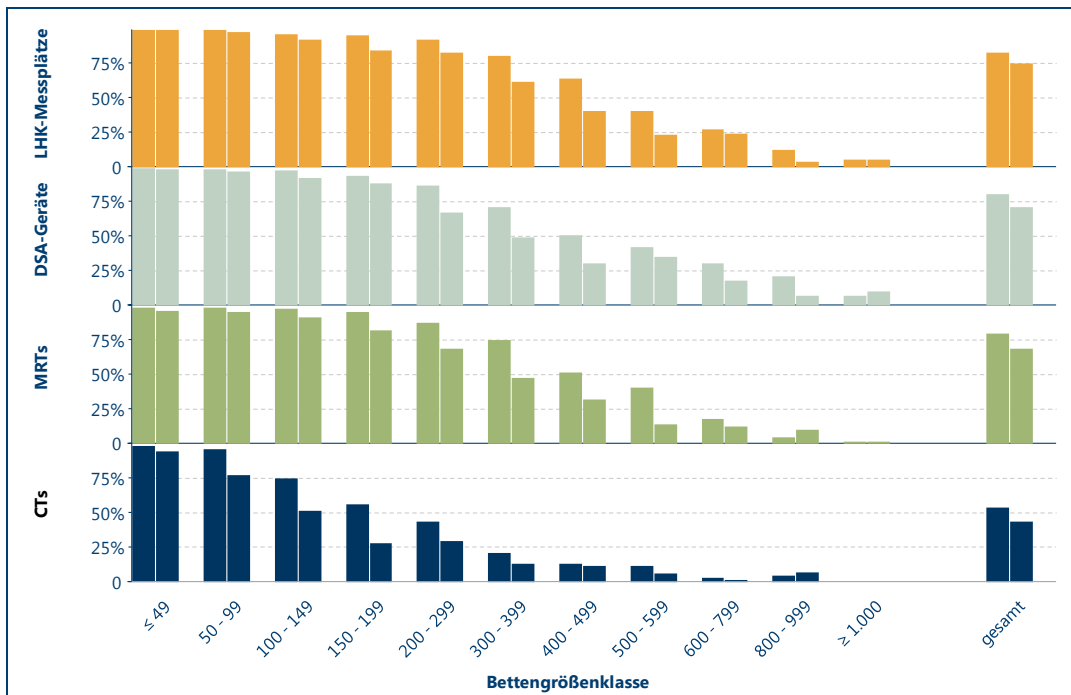
So sank der Anteil der Krankenhäuser, die kein CT-Gerät vorhalten, in der Bettengrößenklasse 100 bis 149 Betten deutlich von 74% im Jahr 2003 auf 51% im Jahr 2010. In Krankenhäusern der Bettengrößenklasse 50 bis 99 Betten sank dieser Anteil von 99% auf 77% (vgl. Abbildung 36).

Bei den Linksherzkathetermessplätzen zeigt sich (ähnlich wie bei den DSA-Geräten) eine deutliche Reduzierung der Krankenhäuser, die diese Geräte nicht vorhalten, insbesondere in den mittleren Bettengrößenklassen zwischen 150 und 600 Betten. Bei Krankenhäusern mit 400 bis 499 Betten reduzierte

<sup>122</sup> Bei vielen Großgerätearten beträgt dieser Anteil ohnehin annähernd 0%, d. h. alle Krankenhäuser der entsprechenden Größenklasse halten ein entsprechendes Gerät vor.

sich der Anteil der Krankenhäuser, die keinen Linksherzkathetermessplatz vorhalten, von 64% im Jahr 2003 auf 41% im Jahr 2010 deutlich.

Abbildung 36: Anteil Krankenhäuser ohne Vorhaltung Medizinisch-technischer Großgeräte nach Bettengrößenklasse und Geräteart (2003; 2010)



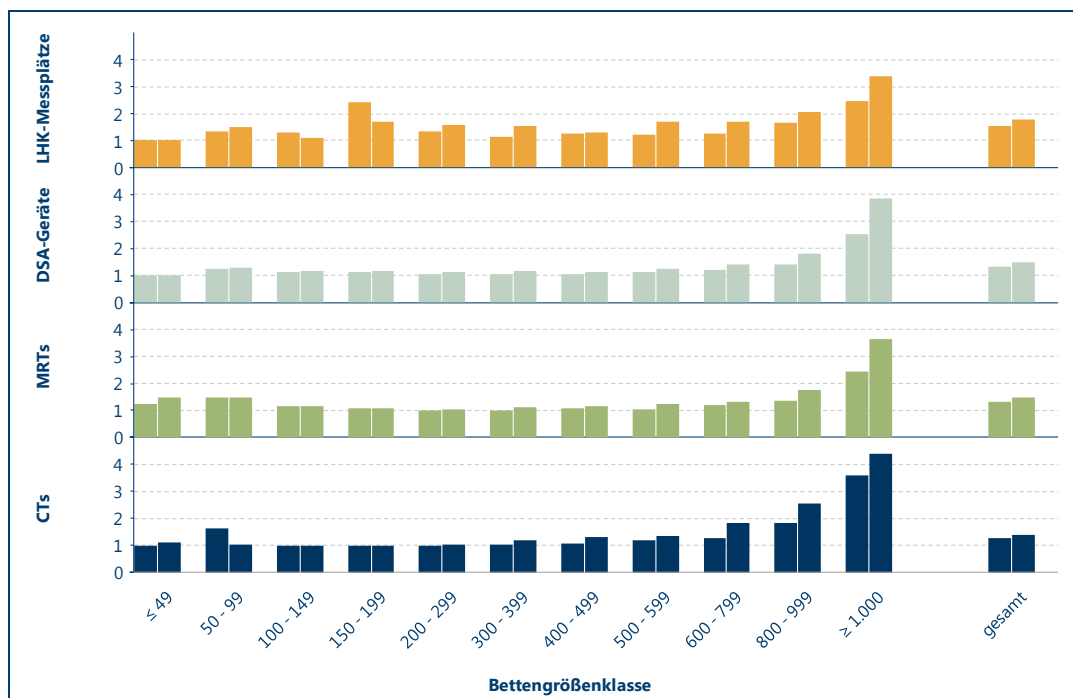
Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt  
linke Säule: 2003; rechte Säule: 2010

Die höchsten relativen Zunahmen der Anzahl Medizinisch-technischer Großgeräte (ohne Tele-Kobalt-Therapiegeräte und Dialysegeräte) fanden seit Einführung des G-DRG-Systems in Allgemeinen Krankenhäusern der unteren Bettengrößenklassen statt. In Krankenhäusern mit weniger als 150 Betten lag die Zunahme der Großgeräteanzahl zwischen 2003 und 2010 bei jahresdurchschnittlich 12%. Bei Krankenhäusern zwischen 150 und 299 Betten hingegen betrug die Zunahme jahresdurchschnittlich 6%, während sie in Krankenhäusern mit 500 und mehr Betten bei jahresdurchschnittlich 3% lag.

Absolut betrachtet hat sich die Anzahl der Großgeräte hingegen relativ gleichmäßig hinsichtlich der Bettengrößenklassen entwickelt, d. h. Krankenhäuser in größeren Bettengrößenklassen haben ihre Gerätezahl ebenfalls erhöht und ggf. bereits vorhandene Gerätekapazitäten erweitert. Abbildung 37 stellt die Anzahl der Großgeräte je Krankenhaus mit mindestens einem Großgerät der entsprechenden Geräteart im Vergleich der Jahre 2003 und 2010 dar. Es wird deutlich, dass für die betrachteten vier Gerätearten in Krankenhäusern mit mehr als 300 Betten die Anzahl der Geräte je Krankenhaus mit mindestens einem Großgerät der entsprechenden Geräteart zunimmt. In Kranken-

häusern mit 1.000 Betten und mehr hat im Zeitraum 2003 bis 2010 die Anzahl der Linksherzkathetermessplätze um 38% (von 2,5 auf 3,4), die Anzahl der DSA-Geräte um 51% (von 2,5 auf 3,8) und die Anzahl der MRT-Geräte um 49% (von 2,5 auf 3,7) je Krankenhaus mit einem entsprechenden Gerät jeweils am deutlichsten zugenommen.

Abbildung 37: Anzahl Großgeräte je Krankenhaus mit mindestens einem Großgerät der jeweiligen Geräteart nach Bettengrößenklasse und Geräteart (2003; 2010)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt  
linke Säule: 2003; rechte Säule: 2010

Die Erweiterung der Großgerätekapazitäten findet somit sowohl durch den „Markteintritt“ von Krankenhäusern als auch durch den Ausbau bereits vorhandener Kapazitäten in Krankenhäusern statt. Bei den im Detail betrachteten vier Gerätearten beträgt der Anteil am gesamten Zuwachs der Gerätezahl zwischen 2003 und 2010 (1.185 Geräte), der auf Neugeräte in Krankenhäusern entfällt, die ein solches Großgerät bisher nicht vorgehalten haben, etwa 47%. 53% des Zuwachses an Großgeräten entfällt auf die Erweiterung bestehender Kapazitäten.

Bedingt durch deutliche Unterschiede in der Struktur der Krankenhäuser hinsichtlich deren Trägerschaft (vgl. Abschnitt 4.1.1.3), ist die Veränderung der Anzahl an Großgeräten kein aussagekräftiger Indikator zur Beurteilung der Veränderungen nach der Krankenhausträgerschaft (vgl. Tabelle 174, Anhang E).<sup>123</sup>

Daher wurde die Anzahl der Großgeräte auf die vollstationäre Fallzahl bezogen. Bei Betrachtung der Anzahl Medizinisch-technischer Großgeräte in Krankenhäusern je 100.000 Fälle zeigt sich im Jahr 2010 für alle betrachteten vier Gerätearten die höchste Anzahl an Großgeräten je 100.000 Fälle in Krankenhäusern in privater Trägerschaft. Zudem zeigen sich für den Zeitraum 2003 bis 2010 mit Ausnahme der MRT-Geräte überdurchschnittliche Zuwachsraten bei Krankenhäusern in privater Trägerschaft. Am ausgeprägtesten ist die Entwicklung bei den Linksherzkathetermessplätzen mit einer jahresdurchschnittlichen Zunahme um 9,1% auf sechs Linksherzkathetermessplätze je 100.000 Fälle im Jahr 2010 (vgl. Tabelle 36).

---

<sup>123</sup> Die Zunahme der Anzahl der Großgeräte scheint sich hier insbesondere bei Krankenhäusern in privater Trägerschaft zu zeigen. Zwischen 2003 und 2010 stieg die Anzahl der Medizinisch-technischen Großgeräte in privaten Krankenhäusern um jahresdurchschnittlich 14,8%, während die Zunahme der Anzahl der Großgeräte bei freigemeinnützigen Trägern jahresdurchschnittlich 3,7% und bei öffentlichen Trägern jahresdurchschnittlich 2,3% betrug.



Tabelle 36: Anzahl Großgeräte je 100.000 Fälle nach Krankenträger-schaft (1991-2010)

Gerätetyp	Geräte je 100.000 Fälle					Veränderungen p. a.				
						vor G-DRG	seit G-DRG-Einführung			
	1991	2003	2006	2008	2010	91-03	03-10	03-06	06-08	08-10
<b>Linksherzkatheter-messplätze</b>										
freigemeinnützig	1,3	2,4	3,1	3,4	3,9	5,6%	6,9%	8,5%	5,4%	6,1%
öffentlich	2,0	3,3	3,9	4,0	4,6	4,2%	5,1%	6,1%	1,1%	7,8%
privat	5,5	3,3	4,1	5,3	6,0	-4,3%	9,1%	8,2%	13,9%	5,7%
<b>DSA-Geräte</b>										
freigemeinnützig	-	2,2	3,1	3,2	3,4	-	6,8%	12,8%	0,5%	4,4%
öffentlich	-	3,5	4,1	4,1	4,8	-	4,6%	6,1%	-0,7%	7,8%
privat	-	3,2	3,9	4,2	5,3	-	7,5%	7,2%	3,6%	11,9%
<b>MRT-Geräte</b>										
freigemeinnützig	0,4	2,3	3,1	3,4	4,0	16,2%	8,1%	10,3%	5,2%	7,7%
öffentlich	0,7	3,3	4,0	4,3	4,9	14,5%	5,6%	6,3%	3,2%	6,9%
privat	1,1	3,2	4,4	4,9	5,5	9,0%	8,0%	11,4%	5,5%	5,6%
<b>CT-Geräte</b>										
freigemeinnützig	2,4	6,3	7,4	7,5	7,7	8,2%	2,9%	5,5%	0,5%	1,6%
öffentlich	3,5	6,7	7,6	7,6	7,9	5,6%	2,3%	4,3%	0,1%	1,6%
privat	2,9	6,5	8,1	8,7	8,8	7,1%	4,4%	7,8%	3,3%	0,8%

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

### 4.3.5 Aufbau- und Ablauforganisation

Auf der Grundlage der im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung durchgeführten Krankenhausbefragung wurden auch die Auswirkungen des G-DRG-Systems auf die Aufbau- und Ablauforganisation der Krankenhäuser untersucht.

#### 4.3.5.1 Aufbauorganisation

Die Krankenhäuser wurden befragt, ob und wann sie einzelne Abteilungen/Positionen in ihrem Krankenhaus aufgebaut oder weiterentwickelt haben und zu welchem Anteil ihrer Ansicht nach das G-DRG-System für Aufbau und Weiterentwicklung dieser Abteilungen/Positionen im Zeitraum 2008 bis 2010 ausschlaggebend war.

Diesen Angaben zufolge haben 7% der Krankenhäuser den Bereich des Medizincontrollings<sup>124</sup> im Zeitraum 2008 bis 2010 neu aufgebaut (vgl. Tabelle 37). Als ausschlaggebend für den Aufbau dieses Bereichs betrachten diese Krankenhäuser zu durchschnittlich 98% das G-DRG-System. 66% der Krankenhäuser haben ihr Medizincontrolling in diesem Zeitraum erweitert und halten dafür zu durchschnittlich 87% das G-DRG-System für ausschlaggebend. Von den Krankenhäusern, die ihr Medizincontrolling bereits vor 2008 aufgebaut hatten, geben 52% an, es bereits vor 2004 aufgebaut zu haben und 34% berichten von einem Aufbau in den Jahren 2004/2005.

Abteilungen und Positionen im Bereich der Dokumentationsassistenz wurden im Zeitraum 2008 bis 2010 von 29% der Krankenhäuser neu aufgebaut und von 64% erweitert. Auch dafür sehen die Krankenhäuser zu einem hohen Anteil (durchschnittlich 87% bei Neuaufbau; 88% bei Erweiterung) das G-DRG-System als ausschlaggebend an. Von den Krankenhäusern, die diese Abteilungen bereits vor 2008 aufgebaut hatten und Angaben zum Aufbauzeitpunkt gemacht haben, berichten 16% von einem Aufbau vor dem Jahr 2004, 49% von einem Aufbau in den Jahren 2004/2005 und 34% von einem Aufbau in den Jahren 2006/2007.

Von einem Aufbau von Abteilungen und Positionen des Entlassungsmanagements im Zeitraum 2008 bis 2010 berichten 33% der Krankenhäuser, von einer Erweiterung 41% und zu durchschnittlich 63% bzw. zu 56% sehen sie hierfür das G-DRG-System als ursächlich an.

Im Qualitätsmanagement, das in 92% der befragten Krankenhäuser etabliert ist, berichten 10% der Krankenhäuser von einem Neuaufbau im Zeitraum 2008 bis 2010, den sie durchschnittlich zu lediglich 18% als vom G-DRG-System verursacht ansehen. 54% der Krankenhäuser berichten hingegen von einer Erweiterung in diesem Bereich und 34% geben an, hier keine Veränderungen im Zeitraum 2008 bis 2010 vorgenommen zu haben. Von den Krankenhäusern, die vor dem Jahr 2008 Abteilungen und Positionen im Qualitätsmanagement aufgebaut hatten, berichten 65% von einem Aufbau bereits vor dem Jahr 2004.

---

<sup>124</sup> 9% der Krankenhäuser geben an, bis zum Jahr 2010 und ggf. auch darüber hinaus kein Medizincontrolling vorgehalten zu haben.

Tabelle 37: Aufbau und Weiterentwicklung ausgewählter Abteilungen (2008-2010)

Abteilungen/ Positionen wurden...	Medizincontrolling (n=199)		Dokumentations- assistenz (n=229)		Entlassungs- management (n=201)		Qualitätsmanage- ment (n=168)	
	Anteil	G-DRG- System ausschlag- gebend	Anteil	G-DRG- System ausschlag- gebend	Anteil	G-DRG- System ausschlag- gebend	Anteil	G-DRG- System ausschlag- gebend
nicht vorgehalten	9%	-	27%	-	36%	-	8%	-
neu aufgebaut	7%	98%	29%	87%	33%	63%	10%	18%
erweitert	66%	87%	64%	88%	41%	56%	54%	25%
nicht verändert	27%	-	7%	-	26%	-	34%	-
reduziert	1%	*	0%	-	0%	-	3%	*

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung

\* Kein Ausweis, da Angabe  $\leq 4$

Die Krankenhäuser konnten neben den in Tabelle 37 betrachteten Bereichen weitere nicht-medizinische Abteilungen und Positionen benennen, die maßgeblich aufgrund des G-DRG-Systems aufgebaut oder weiterentwickelt wurden (n=69 Nennungen). Dabei berichten die Krankenhäuser überwiegend von Erweiterungen im Zeitraum 2008 bis 2010, die häufig im Controlling oder im Bereich des Fall- und Patientenmanagements durchgeführt wurden. Für die von den Krankenhäusern benannten aufbauorganisatorischen Anpassungen im Controlling wird zu durchschnittlich 68% und für die Erweiterungen im Fall- und Patientenmanagement zu durchschnittlich 74% das G-DRG-System als ausschlaggebend angesehen. Daneben berichten die Krankenhäuser von Weiterentwicklungen etwa im Bereich der IT-Infrastruktur oder von Erweiterungen der Abteilungen bzw. Positionen für die Leistungsdokumentation bzw. -abrechnung.

Eine Unterscheidung der in den Krankenhäusern durchgeführten Veränderungen der Aufbauorganisation erfolgte zudem zwischen dem medizinisch-pflegerischen Bereich sowie dem sekundär-medizinischen und nicht-medizinischen Bereich. Darüber hinaus wurden die Krankenhäuser gebeten, die ausschlaggebenden Gründe für die vorgenommenen Veränderungsmaßnahmen anzugeben.

Für den medizinisch-pflegerischen Bereich geben 58% der Krankenhäuser an, keine wesentlichen Veränderungen im Zeitraum 2008 bis 2010 vorgenommen zu haben (n=289 Krankenhäuser). Die Krankenhäuser, die in diesem Bereich hingegen aufbauorganisatorische Veränderungen durchgeführt haben, sehen dafür zu durchschnittlich 42% vom G-DRG-System weitgehend unabhängige Gründe, wie etwa allgemeinen Reorganisationsbedarf als Ursache (vgl. Tabelle 38). Als wesentliche Veränderungsmaßnahme der Aufbauorganisation werden von den Krankenhäusern häufig der Aufbau oder die Weiterentwicklung von Zentrumsstrukturen sowie Reorganisationsmaßnahmen einzelner Fachabteilungen (z. B. Neuaufbau einer Abteilung, Erweiterung des Leistungsspekt-

rums, Veränderungen der Abteilungsstruktur, Teilung von Fachabteilungen) genannt. Darüber hinaus berichten die Krankenhäuser vom Auf- und Ausbau des Ambulanten Operierens und der entsprechenden Strukturen, von der Etablierung von Intermediate Care Units oder von Reorganisationsmaßnahmen der Aufnahme (z. B. Einrichtung einer Zentralen Notaufnahme). Während die meisten benannten Veränderungsmaßnahmen nach Angabe der Krankenhäuser überwiegend aus weitgehend unabhängig vom G-DRG-System bestehenden Gründen erfolgten, werden für den Auf- bzw. Ausbau der Intermediate Care Units ebenso wie für die Etablierung von spezialisierten Versorgungsangeboten (z. B. Stroke Unit, Chest-Pain-Unit) im Wesentlichen aus dem G-DRG-System resultierende Anreize genannt. So wird der Auf- bzw. Ausbau von Intermediate Care Units zu durchschnittlich 40% mit vom G-DRG-System gesetzten Anreizen für eine wirtschaftlichere innerbetriebliche Leistungserstellung begründet, und für die Etablierung von spezialisierten Versorgungsangeboten sehen die Krankenhäuser zu durchschnittlich 30% durch das System gesetzte Anreize für eine wirtschaftlichere Leistungserstellung und zu durchschnittlich 35% Anreize zur Gewährleistung einer höheren Versorgungsqualität als Begründung an.

Neben den in Tabelle 38 aufgeführten Veränderungsmaßnahmen im medizinisch-pflegerischen Bereich werden außerdem etwa die Etablierung eines OP-Koordinators oder der Aufbau des Bereichs Patientenmanagement angegeben.

Verglichen mit den Angaben der Krankenhäuser zu den von ihnen im Zeitraum 2006 bis 2008 durchgeführten aufbauorganisatorischen Veränderungsmaßnahmen und deren Begründung im medizinischen und pflegerischen Bereich aus dem zweiten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung zeigen sich keine systematischen Unterschiede bei den für den Zeitraum 2008 bis 2010 benannten Veränderungsmaßnahmen und den dafür jeweils angeführten Gründen.

Tabelle 38: Wesentliche Veränderungen in der Aufbauorganisation im medizinisch-pflegerischen Bereich und Begründung der Maßnahmen (2008-2010)

Veränderungen der Aufbauorganisation	Anteil an Veränderungsmaßnahmen	Aus dem G-DRG-System resultierende Anreize			unabhängig vom G-DRG-System
		Wirtschaftlichkeit	höhere Versorgungsqualität	Sonstige	
Zentrenbildung	23% (n=47)	27%	20%	4%	49%
Reorganisationsmaßnahmen auf Fachabteilungsebene	21% (n=42)	33%	20%	8%	39%
Auf-/Ausbau Ambulantes Operieren und entsprechender Strukturen	11% (n=23)	30%	13%	8%	49%
Auf-/Ausbau Intermediate Care Units	10% (n=20)	40%	18%	8%	34%
Reorganisationsmaßnahmen des Aufnahmebereichs	10% (n=20)	37%	14%	4%	46%
Auf-/Ausbau spezialisierter Versorgungsangebote (Stroke Unit, Chest-Pain-Unit)	7% (n=13)	30%	35%	6%	28%
Ausbau ambulante Versorgung und entsprechender Strukturen	6% (n=10)	35%	11%	15%	40%
Reorganisationsmaßnahmen im Pflegedienst	5% (n=7)	37%	11%	4%	47%
<b>gesamt</b>	<b>(n=204)</b>	<b>33%</b>	<b>17%</b>	<b>7%</b>	<b>42%</b>

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung  
Mehrfachnennungen möglich

Im sekundär-medizinischen und im nicht-medizinischen Bereich zeigen sich hingegen bei den Angaben für den Zeitraum 2008 bis 2010 leichte Veränderungen gegenüber den für den Zeitraum 2006 bis 2008 benannten Veränderungsmaßnahmen. Während im 2. Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung die häufigste der berichteten aufbauorganisatorischen Veränderungen das Outsourcing von Leistungen war (vgl. Endbericht zum zweiten Forschungszyklus, S. 166), werden für den Zeitraum 2008 bis 2010 etwas häufiger die Zentralisierung von Abteilungen und Bereichen (z. B. Einkauf, Labor, Apotheke) oder andere Reorganisationsmaßnahmen dieser Bereiche (Beitritt zu einer Labor- bzw. Einkaufsgemeinschaft, Reorganisation Speiserversorgung etc.) als durchgeführte Veränderungsmaßnahmen angeführt (vgl. Tabelle 39). Daneben berichten die Krankenhäuser außerdem von Veränderungen der Personalstrukturen (z. B. Aufstockung bzw. Abbau von Personalkapazitäten in einzelnen Bereichen), der Zertifizierung einzelner Bereiche oder Versorgungsschwerpunkte oder dem Insourcing vormals ausgelagerter Leistungen (z. B. Reinigung, Speiserversorgung).

Mit durchschnittlich 54% bis 57% werden die durchgeführten Veränderungen im sekundär-medizinischen und nicht-medizinischen Bereich überwiegend mit vom G-DRG-System weitgehend unabhängigen Ursachen begründet. Zu durchschnittlich 34% sehen die Krankenhäuser die Gründe für die von ihnen

benannten Veränderungsmaßnahmen in den aus dem G-DRG-System resultierenden Anreizen für eine wirtschaftlichere innerbetriebliche Leistungserstellung.

Tabelle 39: Wesentliche Veränderungen in der Aufbauorganisation im sekundär-medizinischen und nicht-medizinischen Bereich und Begründung der Maßnahmen (2008-2010)

Veränderungen der Aufbauorganisation	Anteil an Veränderungsmaßnahmen	Aus dem G-DRG-System resultierende Anreize			unabhängig vom G-DRG-System
		Wirtschaftlichkeit	höhere Versorgungsqualität	Sonstige	
Zentralisierung von Abteilungen/Bereichen	35% (n=39)	34%	8%	2%	56%
Reorganisation von Abteilungen/Bereichen	28% (n=31)	34%	7%	2%	57%
Outsourcing von Leistungen/Bereichen	23% (n=25)	34%	4%	8%	54%
<b>gesamt</b>	<b>(n=111)</b>	<b>34%</b>	<b>7%</b>	<b>4%</b>	<b>55%</b>

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung  
Mehrfachnennungen möglich

#### 4.3.5.2 Ablauforganisation

Neben den Angaben zur Aufbauorganisation wurden die Krankenhäuser auch befragt, ob und in welchem Umfang sie in einzelnen Bereichen im Zeitraum 2008 bis 2010 Veränderungen der Ablauforganisation vorgenommen haben.

Bezogen auf die fachbereichsübergreifende Zusammenarbeit berichten 22% der Krankenhäuser, in diesem Zeitraum keine Veränderungen der Ablauforganisation durchgeführt zu haben (vgl. Tabelle 40). Weitere 22% der Krankenhäuser geben an, in diesem Bereich umfassende Veränderungen vorgenommen zu haben, die sich auf das gesamte Krankenhaus beziehen. Der mit 44% höchste Anteil der Krankenhäuser gibt jedoch an, Veränderungen in einzelnen Bereichen des Krankenhauses angestoßen zu haben. Bei den durchgeführten Veränderungsmaßnahmen handelt es sich den Angaben der Krankenhäuser zufolge beispielsweise um die Einrichtung zentraler Notaufnahmen, die Bildung von interdisziplinären Versorgungszentren oder die Einführung interdisziplinärer Fallkonferenzen und -besprechungen.

Veränderungen bezogen auf den Einsatz von EDV wurden nur in 17% der Krankenhäuser nicht und von 11% in geringem Umfang vorgenommen. Von umfassenden und partiellen Veränderungsmaßnahmen im Zeitraum 2008 bis 2010 berichten hingegen 33% bzw. 38%. Sie beinhalteten etwa die Einführung bzw. die Erweiterung von Krankenhausinformationssystemen (KIS) oder die Etablierung elektronischer Patientenakten.

Ablauforganisatorische Veränderungen bei der Anwendung von Controllinginstrumenten wurden in diesem Zeitraum von 30% der Krankenhäuser bezogen auf das gesamte Krankenhaus und von 36% für einzelne Bereiche des Krankenhauses umgesetzt. Als Beispiele für solche Veränderungsmaßnahmen geben die Krankenhäuser beispielsweise Aufbau und Erweiterung des Berichtswesens oder die Anwendung von Kostenträgerrechnung oder Benchmarks an.

Bezogen auf die Implementierung Klinischer Pfade berichten 48% der Krankenhäuser, keine Veränderungen vorgenommen zu haben. Den Umfang der Implementierung von Klinischen Pfaden beschreiben 27% der Krankenhäuser als auf einzelne Bereiche beschränkt und 22% der Krankenhäuser berichten diesbezüglich von geringen Veränderungen.

Bei der nach Bettengrößenklasse und Trägerschaft differenzierten Betrachtung der Angaben zeigen sich keine systematischen Unterschiede bei den durchgeführten Veränderungen der Ablauforganisation.

Tabelle 40: Umfang der vorgenommenen Veränderungsmaßnahmen an der Ablauforganisation in ausgewählten Bereichen (2008-2010)

Umfang der Veränderungen	Veränderungen der Ablauforganisation bezogen auf ...			
	Weiterentwicklung der fachbereichsübergreifenden Zusammenarbeit	Einsatz von EDV	Anwendung von Controllinginstrumenten	Implementierung Klinischer Pfade
umfassend (gesamtes Krankenhaus)	22%	33%	30%	4%
partiell (einzelne Bereiche des Krankenhauses)	44%	38%	36%	27%
gering	12%	11%	12%	22%
keine	22%	17%	21%	48%
n	296	294	290	284

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung

Bei der Betrachtung der Angaben aus den verschiedenen Befragungen (Forschungszyklen) der G-DRG-Begleitforschung zeigen sich leichte Veränderungen im Zeitverlauf (vgl. Tabelle 41). So lässt sich beispielsweise bezogen auf die Weiterentwicklung der fachbereichsübergreifenden Zusammenarbeit ein zunehmender Anteil von Krankenhäusern erkennen, die angeben, umfassende Veränderungsmaßnahmen der Ablauforganisation durchgeführt zu haben. Im EDV-technischen Bereich ebenso wie bei der Anwendung von Controllinginstrumenten hingegen sinkt der Anteil der Krankenhäuser, die von umfassenden Veränderungsmaßnahmen berichten, im Zeitverlauf deutlich. Im Bereich der Klinischen Pfade berichtet ein steigender Anteil der Krankenhäuser von partiellen Veränderungen und ein gleichzeitig sinkender Anteil nur von geringen Veränderungsmaßnahmen.

Tabelle 41: Umfang der vorgenommenen Veränderungsmaßnahmen an der Ablauforganisation in ausgewählten Bereichen (2004-2010)

Umfang der Veränderungen	Veränderungen der Ablauforganisation bezogen auf ...											
	Weiterentwicklung der fachbereichsübergreifenden Zusammenarbeit			Einsatz von EDV			Anwendung von Controllinginstrumenten			Implementierung Klinischer Pfade		
	04-06	06-08	08-10	04-06	06-08	08-10	04-06	06-08	08-10	04-06	06-08	08-10
umfassend (gesamtes Krankenhaus)	24%	26%	28%	58%	47%	40%	54%	54%	39%	6%	6%	7%
partiell (einzelne Bereiche des Krankenhauses)	57%	59%	57%	33%	39%	46%	37%	32%	46%	37%	42%	51%
gering	19%	15%	15%	9%	14%	14%	10%	14%	15%	58%	52%	42%
n	368	312	231	393	333	243	388	332	228	346	265	148

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung

Die Gründe für die vorgenommenen Veränderungen der Ablauforganisation bezogen auf die Weiterentwicklung der fachbereichsübergreifenden Zusammenarbeit im Zeitraum 2008 bis 2010 sehen die befragten Krankenhäuser zu durchschnittlich 35% in den aus dem G-DRG-System resultierenden Anreizen zur wirtschaftlicheren Leistungserstellung und zu durchschnittlich 19% in den Anreizen zur Erhöhung der Versorgungsqualität (vgl. Tabelle 42). 38% der Krankenhäuser betrachten hingegen weitgehend vom G-DRG-System unabhängige Gründe als ausschlaggebend.

Im EDV-technischen Bereich sehen die Krankenhäuser die ausschlaggebenden Gründe für die vorgenommenen ablauforganisatorischen Gründe zu durchschnittlich 50% in konkreten, aus dem G-DRG-System resultierenden Anreizen und zu durchschnittlich 36% in davon weitgehend unabhängigen Gründen.

Insbesondere für die Anwendung von Controllinginstrumenten betrachten die Krankenhäuser zu einem hohen Anteil (durchschnittlich 56%) die aus dem G-DRG-System resultierenden Anreize zur wirtschaftlicheren Leistungserstellung als ausschlaggebend für vorgenommene Veränderungen und auch bei der Implementierung von Klinischen Pfaden sehen sie die ausschlaggebenden Gründe zu durchschnittlich 60% in konkreten, durch das G-DRG-System gesetzten Anreizen.

Bei Betrachtung der von den Krankenhäusern in den ersten beiden Forschungszyklen benannten Gründe für die von ihnen vorgenommenen Veränderungen der Ablauforganisation in den Zeiträumen 2004-2006 und 2006-2008 zeigt sich, dass die Anteile der als ausschlaggebend betrachteten Gründe in allen Zeiträumen nahezu unverändert geblieben sind (vgl. Endbericht zum ersten Forschungszyklus, S. 158; Endbericht zum zweiten Forschungszyklus, S. 168).



Tabelle 42: Gründe für die vorgenommenen Veränderungen der Ablauforganisation in ausgewählten Bereichen (2008-2010)

Veränderungen der Ablauforganisation bezogen auf ...	Aus dem G-DRG-System resultierende Anreize			unabhängig vom G-DRG-System
	Wirtschaftlichkeit	höhere Versorgungsqualität	Sonstige	
Weiterentwicklung der fachbereichsübergreifenden Zusammenarbeit (n=217)	35%	19%	7%	38%
Einsatz von EDV (n=219)	37%	13%	15%	36%
Anwendung von Controllinginstrumenten (n=213)	56%	9%	9%	25%
Implementierung Klinischer Pfade (n=142)	33%	27%	8%	32%

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung

Einige Krankenhäuser haben neben den in Tabelle 42 betrachteten Bereichen weitere wesentliche Veränderungen der Ablauforganisation benannt, die in ihrem Krankenhaus im Zeitraum 2008 bis 2010 vorgenommen wurden (36 Nennungen, bis zu zwei Angaben möglich). Bei den angeführten Veränderungsmaßnahmen handelt es sich überwiegend um Vorgehen zur Prozessoptimierung. So werden etwa im Bereich der Patientenversorgung der Aufbau eines Case-Managements, interne Patientensteuerung, die Einführung eines Bettenbelegungsmanagements oder der vermehrte Einsatz von spezialisierten Assistenzberufen (z. B. Pain Nurses, Wundexperten etc.) genannt. Auch Reorganisationsmaßnahmen für einzelne Bereiche bzw. Vorgänge werden dazu angeführt, beispielsweise die Einführung von Patientenvisiten der Apotheke oder die Erfassung der Speisenwünsche der Patienten durch Serviceassistenten statt durch das Pflegepersonal. Darüber hinaus werden etwa die Einführung eines Risikomanagements oder Veränderungen im Bereich des Qualitätsmanagements, beispielsweise im Rahmen von Zertifizierungen, als ablauforganisatorische Veränderungsmaßnahmen angeführt.

## 4.4 Leistungsmengen und Leistungsstrukturen

### 4.4.1 Fallzahl, Case-Mix und Belegungstage

Untersucht werden im Folgenden mögliche Auswirkungen des G-DRG-Systems auf die vollstationäre Fallzahl, den Case-Mix und die Anzahl der Belegungstage, basierend auf den Daten gem. § 21 KHEntgG (G-DRG-Daten), die durch das InEK für die G-DRG-Begleitforschung in hochaggrierter Form bereitgestellt wurden. Die verwendeten Daten beinhalten nur die voll-

stationären Behandlungsfälle, die in den Geltungsbereich des KHEntgG fallen.<sup>125</sup>

Bei der Interpretation der Daten sind folgende Besonderheiten zu beachten:

- Die Regelungen zur Fallzusammenführung blieben im Beobachtungszeitraum zwar weitgehend identisch, allerdings hat sich die Grundlage, auf die das Verfahren angewendet wird, geändert. Insbesondere die Anzahl der Basis-DRGs hat sich deutlich verändert (vgl. Roeder 2005).<sup>126</sup> Auch wenn die Daten gem. § 21 KHEntgG für die G-DRG-Begleitforschung einheitlich anhand des G-DRG-Systems 2010 gruppiert wurden (vgl. Abschnitt 3.2.1), war es dem InEK nicht möglich, eine einheitliche G-DRG-System bezogene Zusammenfassung der Falldaten durchzuführen. Einmal zusammengefasste Fälle des Jahres 2008 sind nicht mehr als einzelne Aufenthalte einer

<sup>125</sup> Hierzu zählen auch Fälle, die nicht nach dem G-DRG-System abgerechnet wurden, für die aber dennoch eine Datenübermittlung an das InEK erfolgte (z. B. Fälle in besonderen Einrichtungen gem. § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG oder Fälle in Krankenhäusern, die erst nach dem 1.1.2004 auf die Abrechnung nach G-DRGs umgestiegen sind). Behandlungsfälle in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen sowie in Einrichtungen für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin sind hingegen nicht in den Daten repräsentiert.

<sup>126</sup> Neben der Anzahl der G-DRGs hat sich auch die Anzahl der Basis-DRGs im Beobachtungszeitraum deutlich verändert:

G-DRG-Version	G-DRGs	Basis-DRGs	ungesplittete G-DRGs	G-DRGs ohne Wiederaufnahmeregelung
2004	824	458	225	166
2005	878	614	454	212
2006	952 (954)	577 (578)	353	236
2007	1.077 (1.082)	591 (593)	328	260
2008	1.032 (1.037)	602 (604)	318	267
2009	1.187 (1.192)	605 (609)	309	271
2010	1.195 (1.200)	591 (593)	293	272

Die Zahlen in Klammern beinhalten alle, also auch die teilstationären G-DRGs. Eine Fallzusammenführung in dieselbe Basis-DRG ist umso wahrscheinlicher, je geringer die Zahl der Basis-DRGs im jeweiligen G-DRG-System ist. Im Vergleich zu 2004 wurden somit im Jahr 2010 tendenziell weniger Fälle zusammengelegt. Die Zahl der zusammenzuführenden Fälle ist jedoch auch abhängig von der Zahl der G-DRGs, die von den Regelungen zur Fallzusammenführung ausgenommen sind. Die Anzahl dieser Ausnahmen hat sich im Zeitraum 2004 bis 2010 erhöht.

Person identifizierbar und können somit nicht anhand des Abrechnungssystems 2010 einheitlich zusammengefasst werden.<sup>127</sup> Daher wirkt die Fallzusammenführung bei gleicher Basis-DRG in den Jahren unterschiedlich. Eine Abschätzung des resultierenden Gesamteffektes kann nicht erfolgen.

- Nicht alle Krankenhäuser im Geltungsbereich des KHEntgG konnten dem InEK wie gesetzlich gefordert Daten gem. § 21 KHEntgG zur Verfügung stellen. Die Zahl der Krankenhäuser ohne eine entsprechende Datenlieferung ist während der Beobachtungszeit von ca. 2% im Jahr 2004 auf deutlich unter 1% im Jahr 2010 gesunken.<sup>128</sup> Hierdurch wird die Fallzahl zu Beginn des Beobachtungszeitraums tendenziell unterschätzt.
- Neugeborene stellen mit Umstellung auf das G-DRG-System regelhaft einen eigenständigen G-DRG-Fall dar. Dies war im Rahmen der Abrechnung nach BpflV nicht der Fall.<sup>129</sup> Alle Krankenhäuser waren, unabhängig von ihrem Umstieg auf das G-DRG-System, zwar seit 2002 verpflichtet, die Daten gem. § 21 KHEntgG gem. den Kodierrichtlinien (und damit Neugeborene als eigenständigen Fall) zu dokumentieren. Aufgrund des hohen abrechnungstechnischen Aufwands ist jedoch davon auszugehen, dass in den Jahren 2004 und ggf. auch 2005 nicht alle Krankenhäuser für Neugeborene eigenständige Fälle angelegt haben. Die Fallzahl wird somit zu Beginn des Beobachtungszeitraums tendenziell unterschätzt (vgl. Fiori et al. 2003).

---

<sup>127</sup> Ab dem Datenjahr 2007 wurde der Datensatz gem. § 21 KHEntgG dahin gehend erweitert, dass Fallzusammenführungen und deren Ursache identifiziert werden können. Eine nachträgliche Entkopplung zusammengeführter Fälle und deren Neuzusammenführung ist auch hiermit nicht möglich, sodass auch im zweiten und dritten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung keine einheitliche Fallzusammenführung basierend auf einer identischen G-DRG-System Version basierend auf den Daten gem. § 21 KHEntgG durchgeführt werden kann.

<sup>128</sup> Gemäß Einschätzung des InEK; die Anzahl der Krankenhäuser mit Datenlieferung gem. § 21 KHEntgG betrug im Jahr 2004 1.740, im Jahr 2005 1.725, im Jahr 2006 1.701, im Jahr 2007 1.684, im Jahr 2008 1.660, im Jahr 2009 1.641 und im Jahr 2010 1.619.

<sup>129</sup> Gemäß § 10 Abs. 2 BpflV aF wurden bei gesunden Neugeborenen die allgemeinen Krankenhausleistungen mit den für die Versorgung der Mutter berechneten Pflegesätzen abgegolten.

- Fälle gem. § 140a ff. SGB V (integrierte Versorgung) sind seit 2006 nicht verpflichtend von den Krankenhäusern gem. § 21 KHEntgG an die DRG-Datenstelle zu übermitteln, können aber freiwillig übermittelt werden. Durch diese Regelung wird nunmehr das vollstationäre Leistungsgeschehen nicht mehr in seiner Gesamtheit durch die Datenbereitstellung gem. § 21 KHEntgG abgebildet.<sup>130</sup>

Im Jahr 2004 wurden in Deutschland 16,16 Mio. vollstationäre Fälle nach dem G-DRG-System abgerechnet.<sup>131</sup> Die Fallzahl blieb im Zeitraum bis 2006 nahezu unverändert und stieg im Zeitraum 2006 bis 2008 auf 16,92 Mio. und im Zeitraum 2008 bis 2010 weiter auf 17,43 Mio. Fälle an. Die jahresdurchschnittliche Veränderung lag im Zeitraum 2004 bis 2006 bei 0,2% (35 Tsd. Fälle), im Zeitraum 2006 bis 2008 bei 2,1% bzw. 348 Tsd. Fällen und im Zeitraum 2008 bis 2010 bei 1,5% bzw. 255 Tsd. Fällen.

Der langjährige Trend deutlich steigender Fallzahlen in den 90er-Jahren – der seit dem Jahr 2000 deutlich reduziert war und in der G-DRG-

---

<sup>130</sup> Eine Abschätzung der vollstationären Fallzahl kann mangels valider Daten nicht erfolgen. Ein Großteil des geschätzten Vergütungsvolumens der Verträge zur integrierten Versorgung gem. § 140a ff. SGB V und der geschätzten Anzahl teilnehmender Versicherter entfiel im Jahr 2007 auf Muskel-, Skelett- und Bindegewebserkrankungen (37% bzw. 27%) sowie auf Erkrankungen des Kreislaufsystems (15% bzw. 27%) (vgl. Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V 2009). Im Zeitraum 2008 bis 2010 verlief die Entwicklung der Anzahl geschlossener Verträge zur integrierten Versorgung Untersuchungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zufolge stagnierend, die Anzahl der Teilnehmer stieg hingegen in diesem Zeitraum um insgesamt 7% an (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012, Ziffer 437 ff.).

<sup>131</sup> Hinzu kamen teilstationäre Datensätze in folgender Anzahl: 654 Tsd. (2004), 795 Tsd. (2005), 700 Tsd. (2006), 749 Tsd. (2007), 743 Tsd. (2008), 817 Tsd. (2009) und 330 Tsd. (2010). Krankenhäuser rechnen für teilstationäre Behandlungen tages- oder fallbezogene Entgelte ab. In den Daten gem. § 21 KHEntgG finden sich daher auch kontakt- und fallbezogene Datensätze teilstationärer Patienten. Ab dem Datenjahr 2010 werden die teilstationären Fälle nach den Vorgaben zur Datenübermittlung gem. § 21 KHEntgG von den Kalkulationskrankenhäusern fallbezogen und nicht mehr wie seit 2006 kontaktbezogen übermittelt. Diese technische Änderung erklärt den deutlichen Rückgang der übermittelten teilstationären Fallzahl. Die Zahl teilstationärer Behandlungsfälle kann somit aus o. g. Gründen für den Untersuchungszeitraum nicht valide ermittelt werden.

Einführungsphase stabile Fallzahlen zeigte – setzte sich somit ab dem Jahr 2006 leicht verstärkt weiter fort (vgl. Abbildung 38).<sup>132</sup>

Abbildung 38: Entwicklung von Fallzahl und Belegungstagen in Allgemeinen Krankenhäusern (1991-2010); (1991=100)

Jahr	Fallzahl (Index)	Belegungstage (Index)
1991	100	100
2000	~118	~88
2004	~115	~72
2006	~118	~70
2008	~120	~70
2010	122	70

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

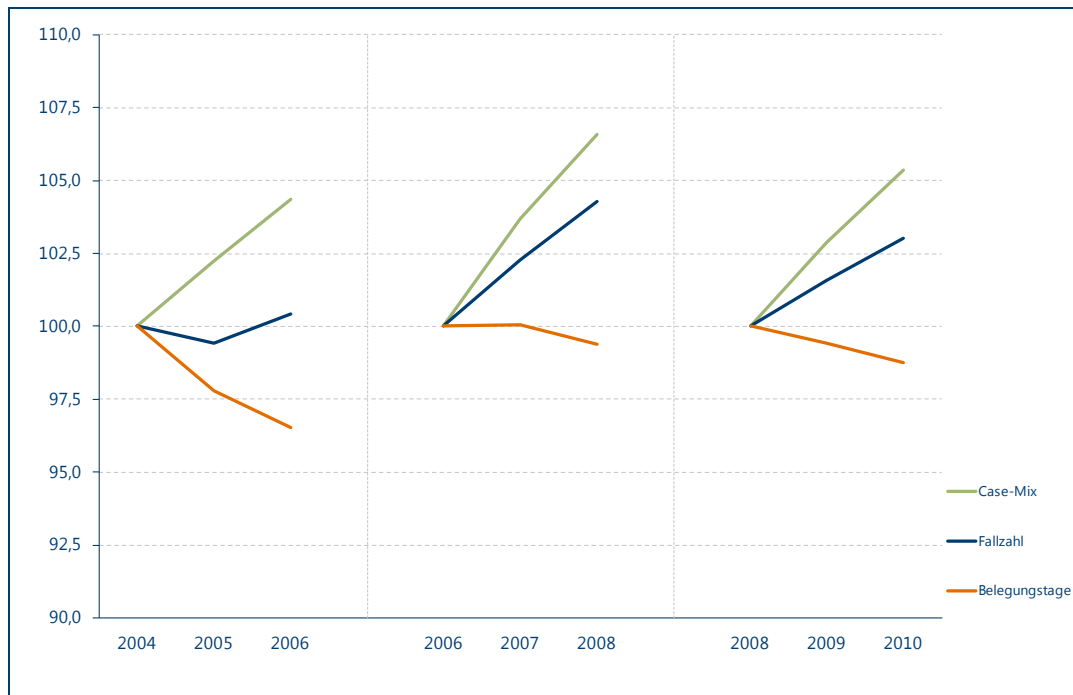
Vgl. zur unterschiedlichen Abgrenzung der Allgemeinen Krankenhäuser im Zeitraum 2002 bis 2004 und zur eingeschränkten Vergleichbarkeit von Fallzahl und Belegungstagen im Jahr 2005 Abschnitt 3.2.4.1.

Die Anzahl der Belegungstage sank trotz nahezu stabiler Fallzahlen im Zeitraum 2004 bis 2006 bzw. trotz deutlich steigender Fallzahlen im Zeitraum 2006 bis 2010 im gesamten Untersuchungszeitraum um insgesamt jahresdurchschnittlich 0,9% von 125,7 Mio. im Jahr 2004 auf 119,1 Mio. im Jahr 2010. Der langjährige Trend der deutlichen Verringerung der Anzahl der Belegungstage aufgrund einer stärkeren relativen Verkürzung der Verweildauer (s. u.) im Vergleich zur relativen Fallzahlzunahme schwächte sich seit der G-DRG-Einführung deutlich ab.

<sup>132</sup> Die Fallzahl in Allgemeinen Krankenhäusern gem. der Differenzierung des Statistischen Bundesamtes übertraf im Jahr 2008 erstmalig wieder den Maximalwert aus dem Jahr 2002.

Der Case-Mix stieg im Zeitraum 2008 bis 2010 kontinuierlich deutlich um jahresdurchschnittlich 2,6% von 17,8 Mio. auf 18,8 Mio. (vgl. Abbildung 39).<sup>133</sup>

Abbildung 39: Entwicklung von Fallzahl, Case-Mix und Belegungstagen (2004-2010); (2004,2006,2008=100)



Quelle: IGES; InEK

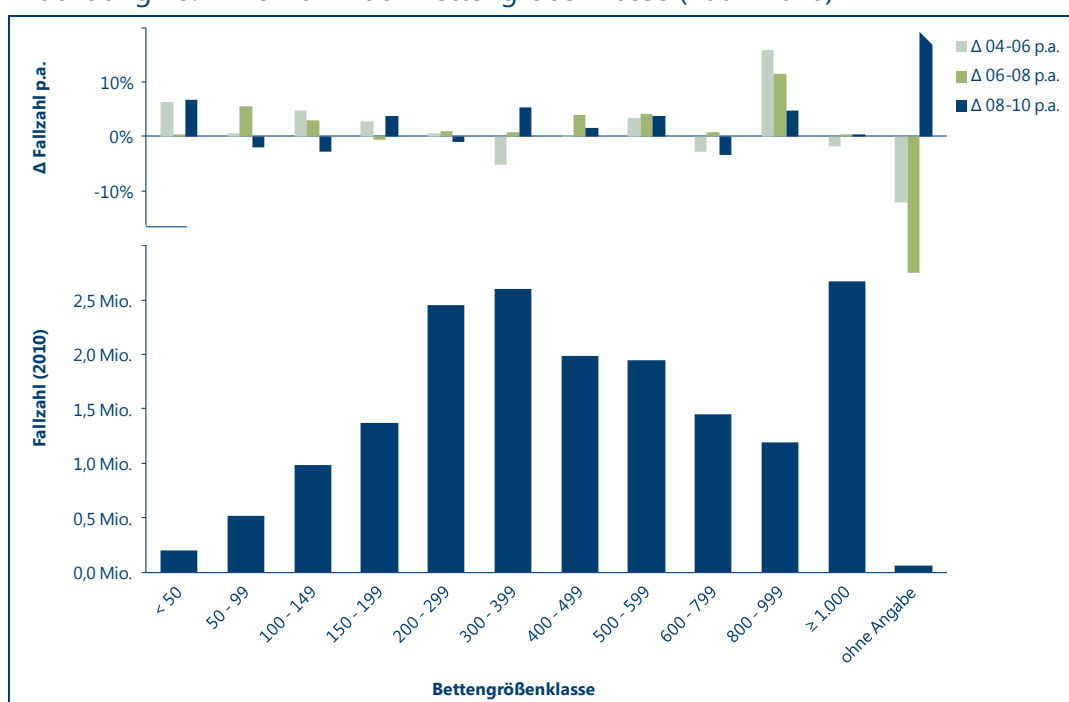
#### 4.4.1.1 Entwicklung nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser

Eine deutlich heterogenere Entwicklung zeigt sich bei einer Differenzierung nach den Bettengrößenklassen der behandelnden Krankenhäuser: Jeweils ca. 15% der stationären Behandlungsfälle wurden von Krankenhäusern in den beiden Bettengrößenklassen zwischen 200 und 400 Betten sowie in der Bettengrößenklasse über 1.000 Betten versorgt. Die Krankenhäuser unter 200 Betten versorgten insgesamt 18% aller Behandlungsfälle und die Krankenhäuser in den Größenklassen zwischen 400 und 800 Betten jeweils etwa 10% der Behandlungsfälle. Im gesamten Zeitraum 2004 bis 2010 kam es lediglich in der Bettengrößenklasse 600-799 Betten und im Zeitraum 2008 bis 2010 in drei

<sup>133</sup> In Abschnitt 4.4.3 erfolgt eine detaillierte Analyse dieser Leistungsentwicklung nach G-DRGs und Hauptdiagnosen.

Bettengrößenklassen zu einem relevanten Fallzahlrückgang (vgl. Abbildung 40). Dies entspricht den Bettengrößenklassen, bei denen ein Rückgang der Anzahl der Krankenhäuser (gem. den Datenlieferungen nach § 21 KHEntgG) zu verzeichnen war.<sup>134</sup> In allen Bettengrößenklassen lag die Veränderung der Anzahl der Krankenhäuser in der jeweiligen Bettengrößenklasse unter der Veränderung der Fallzahl, sodass sich die durchschnittliche Fallzahl je Krankenhaus jahresdurchschnittlich um 2,5% von 9.286 im Jahr 2004 auf 10.768 im Jahr 2010 deutlich erhöhte. Besonders ausgeprägt war diese Veränderung mit jahresdurchschnittlich 3,4% in den mittleren Bettengrößenklassen zwischen 100 und 499 Betten.<sup>135</sup>

Abbildung 40: Fallzahl nach Bettengrößenklasse (2004-2010)



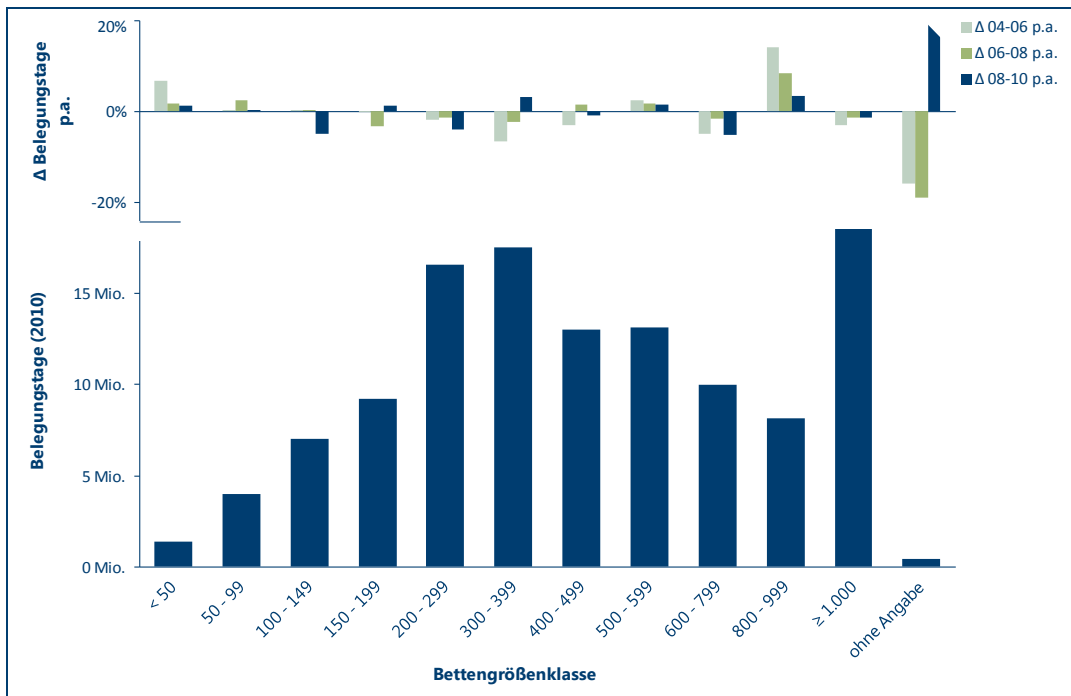
Quelle: IGES; InEK

<sup>134</sup> Vgl. Anhang A zur Verteilung der Krankenhäuser mit einer Datenlieferung gem. § 21 KHEntgG in den Jahren 2004 bis 2010 nach Bundesland, Bettengrößenklasse und Trägerschaft bzw. mit einer Datenlieferung in den Jahren 2008 bis 2010 nach der CMI-Klasse.

<sup>135</sup> Im Jahr 2010 lagen für 20 Krankenhäuser (1,28%) keine Angaben zur Bettengrößenklasse vor. Hiervon waren 58 Tsd. Fälle (0,3%) betroffen. Im Zeitraum 2004 bis 2010 nahm der Anteil der Krankenhäuser mit fehlenden Angaben geringfügig zu.

Die Zahl der Belegungstage entwickelte sich im gesamten Zeitraum nach G-DRG-Einführung im Trend in den einzelnen Bettengrößenklassen entsprechend der Fallzahlentwicklung, allerdings durchschnittlich um 2,2 Prozentpunkte geringer. Lediglich in den Bettengrößenklassen unter 100 Betten zeigten sich im Zeitraum 2004 bis 2010 deutlichere Unterschiede dieser Entwicklung (vgl. Abbildung 41).

Abbildung 41: Belegungstage nach Bettengrößenklasse (2004-2010)

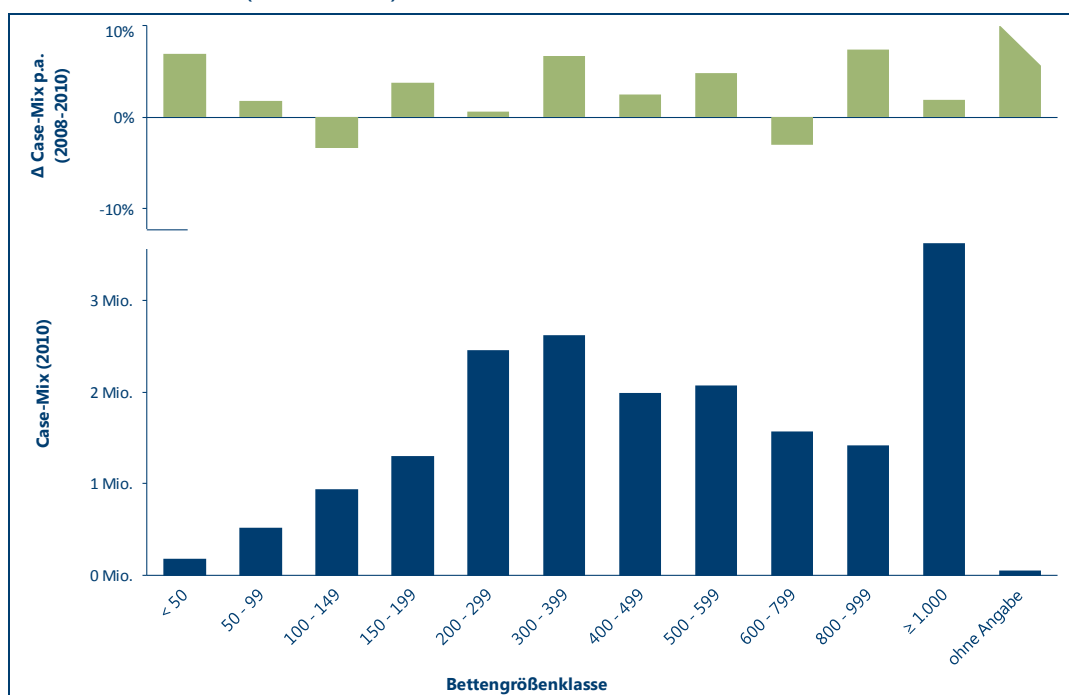


Quelle: IGES; InEK

Die Case-Mix-Verteilung auf die Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen zeigt die Verteilung des nach der G-DRG-Systematik 2010 ermittelten Behandlungsaufwands (Abbildung 42). Die Krankenhäuser mit 1.000 und mehr Betten versorgten 19% (3,6 Mio.) des in Case-Mix-Punkten gemessenen Behandlungsaufwands (Datenjahr 2010) und die Krankenhäuser in den Bettengrößenklassen unter 200 Betten zusammengefasst 16% des Behandlungsaufwands (3,0 Mio. Case-Mix-Punkte). Die Krankenhäuser in den beiden Bettengrößenklassen zwischen 200 und 400 und in den drei Bettengrößenklassen zwischen 400 und 800 Betten versorgten jeweils 14% bzw. 11% des gemessenen Behandlungsaufwands.



Abbildung 42: Case-Mix nach Bettengrößenklasse der Krankenhäuser (2008-2010)



Quelle: IGES; InEK

Die Veränderung des Case-Mix für die Krankenhäuser in den jeweiligen Bettengrößenklassen im Untersuchungszeitraum entspricht im Trend der Entwicklung der Fallzahl (mit einer um durchschnittlich 1,1 Prozentpunkte stärkeren Ausprägung) und ist im Zeitraum 2008 bis 2010 insbesondere in den Bettengrößenklassen 50 bis 99 Betten und 800 bis 999 Betten überdurchschnittlich deutlicher und stärker als die Fallzahlentwicklung in diesen Bettengrößenklassen ausgeprägt.

#### 4.4.1.2 Entwicklung nach Trägerschaft der Krankenhäuser

Eine Differenzierung der Krankenhäuser nach Trägerschaft zeigt zunächst eine sehr heterogene Entwicklung der Fallzahl (vgl. Tabelle 43). Die Fallzahlen in Krankenhäusern in privater Trägerschaft stiegen zwischen 2004 und 2010 um jahresdurchschnittlich 5,9%, die Fallzahlen in Krankenhäusern in freigemeinnütziger bzw. öffentlicher Trägerschaft stiegen hingegen jahresdurchschnittlich lediglich um 0,7% bzw. 0,4%. Auch hier ist die Veränderung der Anzahl der Krankenhäuser maßgeblich für diese Veränderungen. Die Anzahl der Krankenhäuser in privater Trägerschaft erhöhte sich im Zeitraum 2004 bis 2010 jahresdurchschnittlich um 3,2% (gem. den Datenlieferungen nach § 21 KHEntgG), die Anzahl der Krankenhäuser in freigemeinnütziger bzw. öffentlicher Trägerschaft reduzierte sich hingegen jahresdurchschnittlich um 1,6% bzw. 3,4%.

Tabelle 43: Fallzahl, Belegungstage nach Trägerschaft der Krankenhäuser (2004-2010); Case-Mix nach Trägerschaft der Krankenhäuser (2008-2010)

Trägerschaft	Fallzahl (Mio.)				Δ p. a. 04-06		Δ p. a. 06-08		Δ p. a. 08-10		
	2004	2006	2008	2010	FZ	BT	FZ	BT	FZ	BT	CM
freigemeinnützig	6,17	6,08	6,26	6,44	-0,8%	-2,9%	1,5%	-0,9%	1,4%	-0,9%	1,9%
öffentlich	8,06	7,79	8,08	8,27	-1,7%	-3,5%	1,8%	-0,6%	1,1%	-0,9%	2,5%
privat	1,93	2,36	2,58	2,72	10,5%	8,1%	4,6%	2,3%	2,7%	0,9%	4,9%
<b>gesamt</b>	16,16	16,23	16,92	17,43	0,2%	-1,8%	2,1%	-0,3%	1,5%	-0,6%	2,6%

Quelle: IGES; InEK

Die Zahl der Belegungstage sank in den Krankenhäusern in freigemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft im Zeitraum 2004 bis 2006 deutlich und reduzierte sich im Zeitraum 2006 bis 2010 mit schwächerer Tendenz um jahresdurchschnittlich 0,8%. In Krankenhäusern in privater Trägerschaft stieg die Anzahl der Belegungstage mit abnehmender Tendenz hingegen über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg relativ deutlich an. Der Case-Mix stieg dagegen in Krankenhäusern aller Trägerschaften im Zeitraum 2008 bis 2010 deutlich.

#### 4.4.1.3 Entwicklung nach Abteilungsart

Die Differenzierung der Veränderung der Fallzahl nach der Abteilungsart des Behandlungsfalls (Hauptfachabteilung oder Belegabteilung) zeigt eine seit G-DRG-Einführung relativ kontinuierliche deutliche Reduzierung der stationären Fallzahlen um jahresdurchschnittlich 3,5% in den Belegabteilungen (entsprechend einer jahresdurchschnittlichen Fallzahlverringerung von 31 Tsd. Fällen) (vgl. Tabelle 44).

Tabelle 44: Fallzahl, Belegungstage, Case-Mix nach Abteilungsart der Behandlungsfälle (2004-2010)

Abteilungsart	Fallzahl (Mio.)				Δ p. a. 04-06		Δ p. a. 06-08		Δ p. a. 08-10		
	2004	2006	2008	2010	FZ	BT	FZ	BT	FZ	BT	CM
Belegabteilung	0,98	0,90	0,85	0,79	-4,3%	-7,4%	-2,7%	-5,3%	-3,3%	-6,9%	-3,5%
Hauptabteilung	15,18	15,33	16,08	16,64	0,5%	-1,5%	2,4%	-0,1%	1,7%	-0,4%	2,8%
<b>gesamt</b>	16,16	16,23	16,92	17,43	0,2%	-1,8%	2,1%	-0,3%	1,5%	-0,6%	2,6%

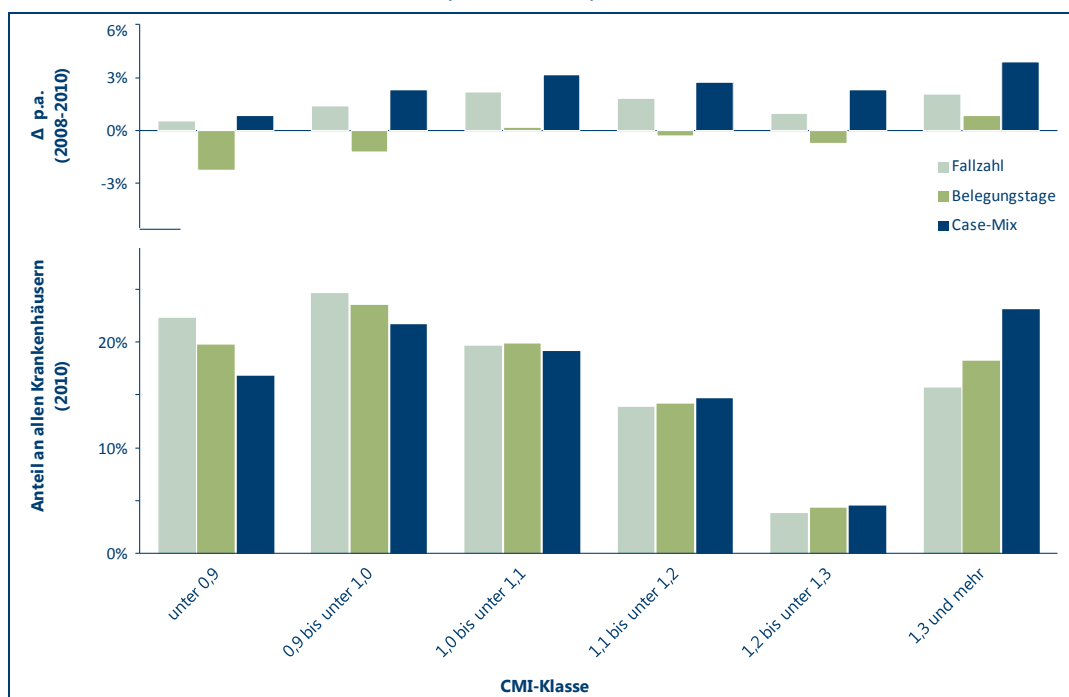
Quelle: IGES; InEK

Auch die Belegungstage entwickelten sich, bezogen auf die Abteilungsart, im Trend entsprechend den Fallzahlen. In den Belegabteilungen sank die Zahl der Belegungstage deutlich um jahresdurchschnittlich 6,6% von 5,35 Mio. im Jahr 2004 auf 3,56 Mio. Belegungstage im Jahr 2010. Der Case-Mix sank im Zeitraum 2008 bis 2010 jahresdurchschnittlich um 3,5% in den Belegabteilungen und stieg um 2,8% in den Hauptabteilungen.

#### 4.4.1.4 Entwicklung nach Case-Mix-Index-Klassen der Krankenhäuser

Betrachtet man die Fallzahl differenziert nach der durchschnittlichen Fallschwere der Krankenhäuser (gemessen anhand des Case-Mix-Index im G-DRG-System), so zeigt sich eine relativ einheitliche Steigerung der Fallzahlen in allen CMI-Klassen (vgl. Abbildung 43).

Abbildung 43: Fallzahl, Belegungstage und Case-Mix nach CMI-Klasse der Krankenhäuser (2008-2010)



Quelle: IGES; InEK

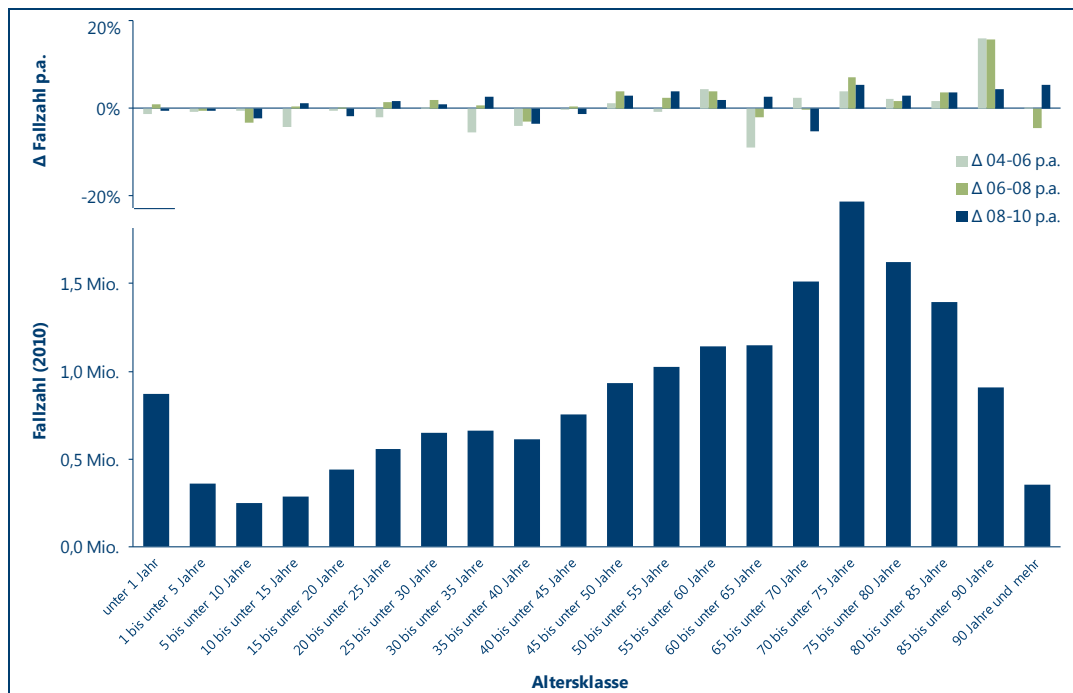
Die Zahl der Belegungstage sank in den Krankenhäusern der einzelnen CMI-Klassen i. d. R. korrespondierend zu der Fallzahlentwicklung und stieg in Krankenhäusern der CMI-Klasse über 1,3 (bei stark überdurchschnittlicher Fallzahlsteigerung in dieser CMI-Klasse) leicht an.

Der Case-Mix entwickelte sich in allen CMI-Klassen positiv und mit zunehmender CMI-Klasse deutlicher.

#### 4.4.1.5 Entwicklung nach Altersklassen

Die Altersverteilung der stationären Fälle zeigt zunächst, dass 36% der Behandlungsfälle im Jahr 2010 im Alter von 70 Jahren und älter waren (vgl. Abbildung 44). Dieser Anteil ist seit 2004 von 30% um insgesamt 6 Prozentpunkte relativ deutlich gestiegen.

Abbildung 44: Altersverteilung der Fälle (2004-2010)



Quelle: IGES; InEK

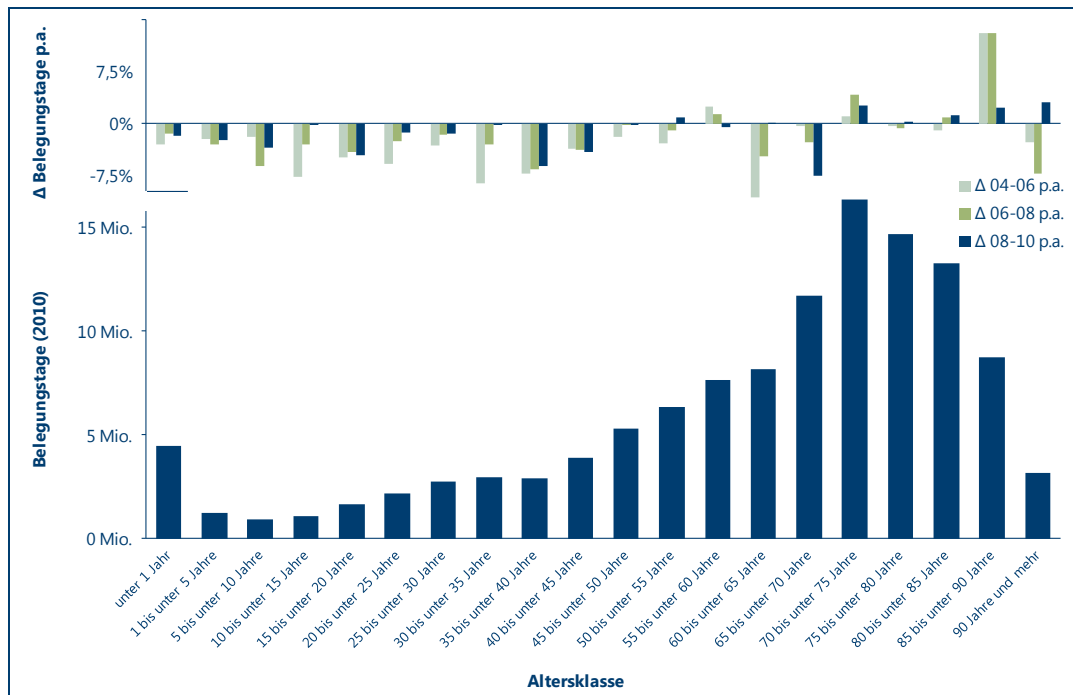
Für die einzelnen Altersklassen zeigen sich deutlich unterschiedliche Veränderungen im Untersuchungszeitraum. Während die Altersklassen bis unter 45 Jahre (mit Ausnahme der Altersklassen 20 bis unter 30 Jahre) über den Zeitraum 2004 bis 2010 insgesamt eine jährliche Fallzahlreduktion aufwiesen (jahresdurchschnittlich -1%), konnte bei den über 45-Jährigen ein deutlicher Fallzahlzuwachs (um durchschnittlich 2,3% jährlich) beobachtet werden.<sup>136</sup>

Die Verteilung der Belegungstage, differenziert nach Altersklassen der Patienten, zeigt eine kontinuierliche Verschiebung zu den höheren Altersklassen (vgl. Abbildung 45). Der Anteil der Belegungstage von über 55-Jährigen an allen Belegungstagen erhöhte sich kontinuierlich von 66,4% im Jahr 2004 auf 70,2% im Jahr 2010 und ist somit deutlich höher als der Fallanteil dieser Patientengruppe. Die Anzahl der Belegungstage ist in diesen Altersklassen insgesamt im Zeitraum 2004 bis 2010 stabil geblieben. Ein deutlicher Anstieg der Anzahl von Belegungstagen war in der Altersklasse der 85- bis unter 90-Jährigen zu

<sup>136</sup> Eine Ausnahme stellen hier die Altersklassen der 60 bis unter 70-jährigen dar, in denen ein Fallzahlrückgang (jahresdurchschnittlich -1,8%) verzeichnet wurde. Verantwortlich hierfür sind wahrscheinlich die geburtschwachen Nachkriegsjahrgänge.

beobachten, der über den gesamten Zeitraum 2004 bis 2010 jahresdurchschnittlich 9,4% betrug.

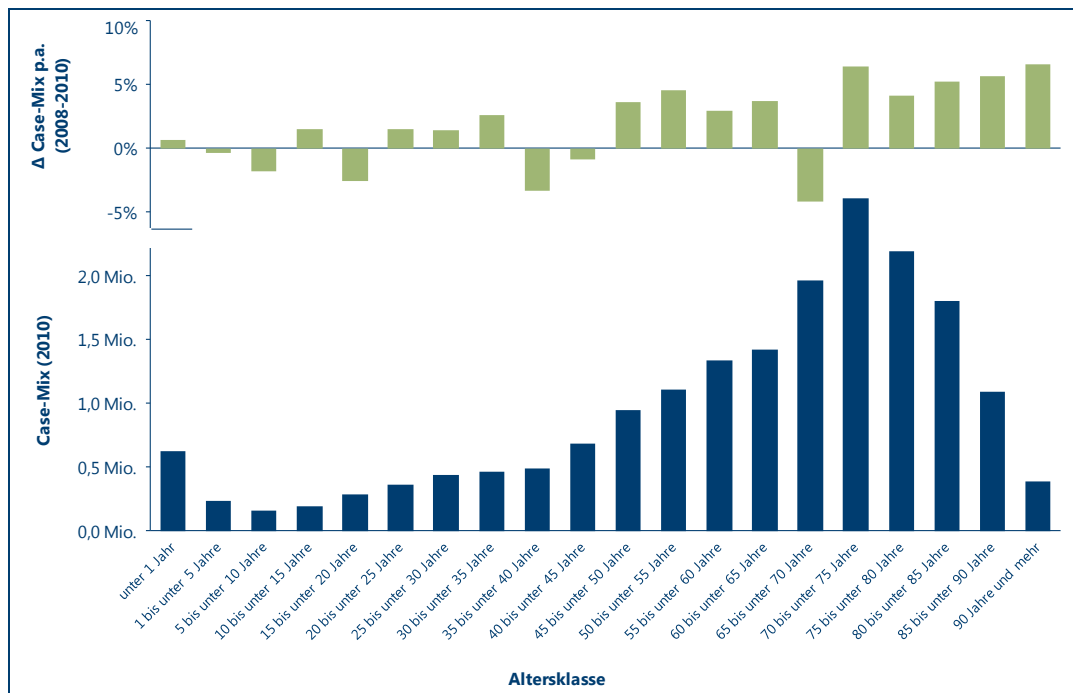
Abbildung 45: Belegungstage nach Altersklasse (2004-2010)



Quelle: IGES; InEK

Die differenzierte Betrachtung des Case-Mix nach Altersklassen zeigt einen deutlich steileren Anstieg im Vergleich zur Fallzahlverteilung bis zur Altersklasse der 70- bis 75-Jährigen und einen leicht verstärkten Rückgang im Vergleich zur Fallzahlverteilung bei den 75-Jährigen und älteren (vgl. Abbildung 46). Besonders deutlich wird diese Verteilung bei der Betrachtung des Case-Mix-Index (vgl. Abschnitt 4.4.2).

Abbildung 46: Case-Mix nach Altersklasse der Behandlungsfälle (2008-2010)



Quelle: IGES; InEK

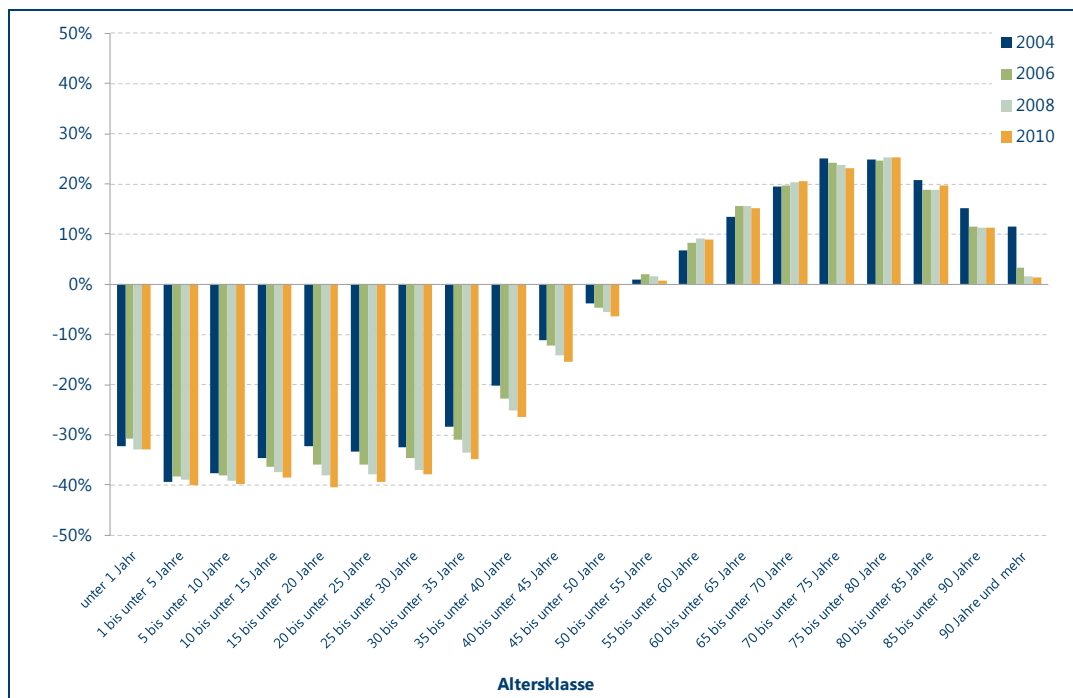
Die Veränderung des Case-Mix im Verlauf der Jahre 2008 bis 2010 fiel im Vergleich zur Fallzahlentwicklung in den Altersklassen der über 55-Jährigen deutlich stärker aus (1,1 Prozentpunkte p. a.). Im Unterschied zum zweiten Forschungszyklus fiel aber auch in den Altersklassen der unter 55-Jährigen die Case-Mix-Veränderung stärker aus als die Fallzahlentwicklung (+0,7 Prozentpunkte p. a.).

Abbildung 47 stellt den relativen Unterschied des Case-Mix-Index einer Altersgruppe zu dem durchschnittlichen Case-Mix-Index aller Fälle für die Jahre 2004 bis 2010 G-DRG-systemübergreifend dar.<sup>137</sup>

Die Altersgruppe der 50- bis 55-Jährigen entspricht etwa dem durchschnittlichen Case-Mix-Index in allen Jahren. Erkennbar wird, dass in den Altersgruppen der 5- bis unter 50-Jährigen der Case-Mix-Index nicht nur unterdurchschnittlich ist, sondern sich im Zeitverlauf auch tendenziell im Vergleich zum Durchschnitt aller Behandlungsfälle reduziert hat. Entsprechend sind Steigerungen des Case-Mix-Index im Vergleich zum Gesamtdurchschnitt in den Altersgruppen der 55- bis unter 70-Jährigen zu beobachten.

<sup>137</sup> Durch die Normierung auf den jeweiligen durchschnittlichen Case-Mix-Index ist ein Vergleich auch G-DRG-systemübergreifend möglich.

Abbildung 47: Relativer Unterschied des Case-Mix-Index nach Altersklasse zum Case-Mix-Index aller Fälle (2004; 2006; 2008; 2010)

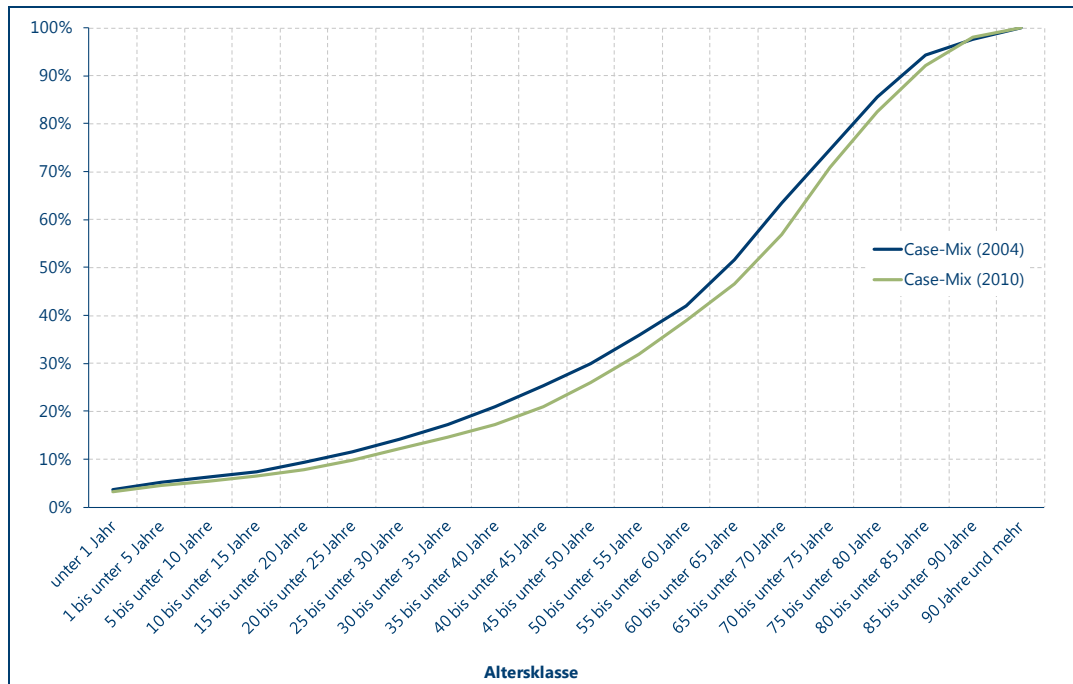


Quelle: IGES; InEK

Abbildung 48 verdeutlicht, dass sich der Anteil am gesamten Case-Mix innerhalb des Zeitraums 2004 bis 2010 zwischen den Altersklassen verschoben hat.<sup>138</sup> Ein abnehmender Anteil des gesamten Case-Mix entfällt auf die Altersklassen der unter 55-Jährigen. Entfielen 2004 noch 36% des gesamten Case-Mix auf die Altersklassen der unter 55-jährigen, so waren es im Jahr 2010 noch 32%. Entsprechend hat sich der Case-Mix Anteil der 75-Jährigen und älteren von 25% im Jahr 2004 auf 29% im Jahr 2010 relativ deutlich erhöht.

<sup>138</sup> Da es sich bei diesem Vergleich um die Anteilsverteilung des gesamten Case-Mix handelt, ist ein Vergleich auch über verschiedene G-DRG-Systeme hinweg möglich.

Abbildung 48: Aufsummierte Case-Mix-Anteile nach Altersklasse (2004, 2010)



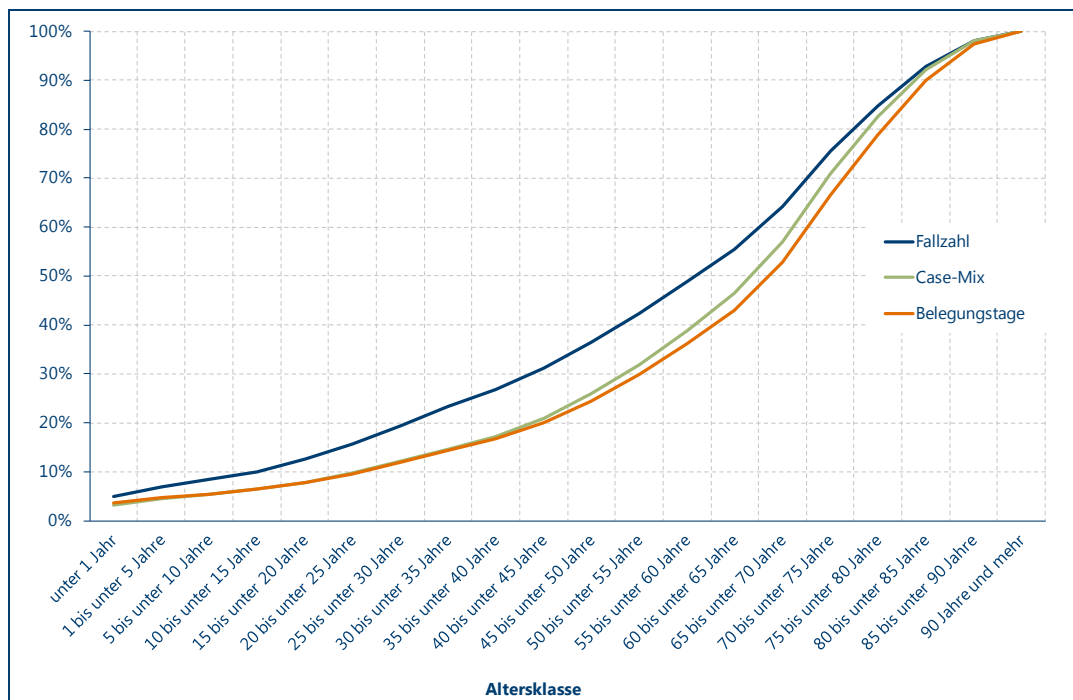
Quelle: IGES; InEK

Abbildung 49 verdeutlicht zusammenfassend die deutlich unterschiedlichen Anteile von Fallzahl, Belegungstagen und Case-Mix in den Altersklassen.

Hierbei ist der Fallanteil der jüngeren Patienten deutlich höher als deren Case-Mix-Anteil. So haben die unter 55-Jährigen einen Anteil an allen Behandlungsfällen in Höhe von 42,4%, deren Case-Mix-Anteil beträgt hingegen 31,8%. Der Anteil an allen Belegungstagen ist für diese Altersklassen mit 29,8% noch geringer als deren Case-Mix-Anteil.



Abbildung 49: Aufsummierte Fallzahl-, Belegungstage- und Case-Mix-Anteile nach Altersklasse (2010)

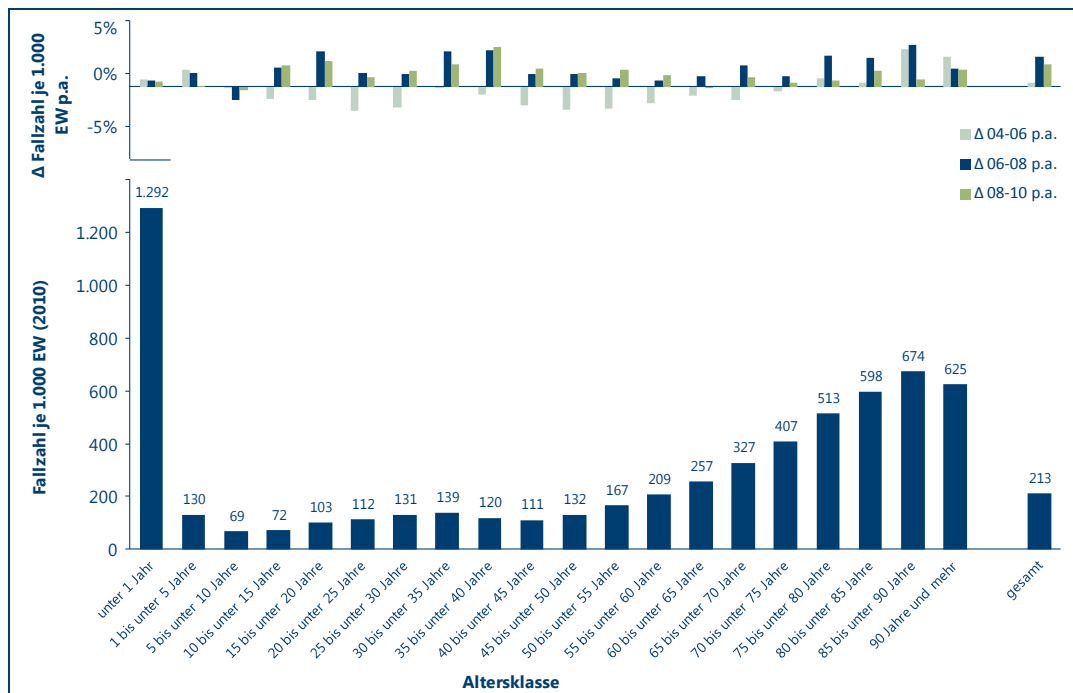


Quelle: IGES; InEK

Die Zahl der stationären Behandlungsfälle<sup>139</sup> ist stark vom Alter der Patienten abhängig (vgl. Abbildung 50). Mit Ausnahme der stationären Behandlung von Neugeborenen und Säuglingen ist bis zur Altersklasse der bis unter 50-Jährigen eine relativ stabile Fallzahl je 1.000 Einwohner von durchschnittlich 114 zu beobachten. Ab der Altersklasse der 50- bis unter 55-Jährigen ist ein starker Anstieg der Krankenhausfälle je 1.000 Einwohner von 167 auf 674 (in der Altersklasse der 85- bis unter 90-Jährigen) zu verzeichnen. In der Altersklasse der 90-Jährigen und älteren fällt dieser Wert leicht ab.

<sup>139</sup> Personen, die mehrfach jährlich stationär behandelt werden, zählen auch mehrfach als Krankenhausfall. Aus den zur Verfügung stehenden Daten können keine individuellen (personenbezogenen) Wahrscheinlichkeiten für eine stationäre Behandlung ermittelt werden. Das bedeutet, dass auch nicht ermittelt werden kann, wie viele Personen z. B. einmal, mehrfach oder nicht stationär behandelt wurden.

Abbildung 50: Fallzahl je 1.000 Einwohner nach Altersklasse (2004-2010)



Quelle: IGES

Die G-DRG-Fallzahl je 1.000 Einwohner ist im Zeitraum 2008 bis 2010 wie schon im Zeitraum 2006 bis 2008 mit Ausnahme der Altersklassen der 5- bis unter 10-Jährigen (und sehr gering der 60- bis unter 65-Jährigen) in allen Altersklassen um insgesamt jahresdurchschnittlich 1,7% angestiegen. Besonders deutlich war dieser Anstieg in den Altersklassen der 30- bis 40-Jährigen (jahresdurchschnittlich +2,6%).<sup>140,141</sup>

Diese Entwicklung stellt eine deutliche Veränderung im Vergleich zum Zeitraum der G-DRG-Einführung (2004 bis 2006) dar. In diesem Zeitraum war ein Rückgang der Fallzahl je 1.000 Einwohner in allen Altersklassen zwischen

<sup>140</sup> Differenziertere Analysen zur Entwicklung des Leistungsspektrums in den jeweiligen Altersklassen standen für die G-DRG-Begleitforschung in der einheitlichen Gruppierung anhand des G-DRG-Systems 2010 nicht zur Verfügung. Daher kann nicht beurteilt werden, durch welche Leistungen diese Veränderungen hervorgerufen wurden.

<sup>141</sup> Hieraus kann aufgrund der hohen Datenaggregation weder ein Argument für die Kompressionsthese noch für die Medikalisierungsthese abgeleitet werden (Vertreter der Kompressionsthese gehen davon aus, dass die Menschen bei steigender Lebenserwartung auch längere Zeit gesund sind; Vertreter der Medikalisierungsthese gehen hingegen davon aus, dass mit steigender Lebenserwartung die Morbidität der Bevölkerung insgesamt steigt, somit die Menschen auch längere Zeit krank sind).

5 und 75 Jahren zu beobachten. Im Kern der DRG-Konvergenzphase (2006 - 2008) war die Entwicklung hingegen sehr ähnlich, allerdings mit einer Fallzahlsteigerung je 1.000 Einwohner um jahresdurchschnittlich 2,3% etwas stärker ausgeprägt.

Ein Vergleich der Veränderungen auf Bundesebene bzw. auf Landesebene sollte die Veränderungen der Altersstruktur der Bevölkerung im Untersuchungszeitraum berücksichtigen. Da Veränderungen der Bevölkerungsstruktur zu Fallzahlveränderungen führen können, die unabhängig von den Einflüssen des G-DRG-Systems stattfinden, wird im Folgenden eine Altersstandardisierung durchgeführt.

Nach Altersstandardisierung (vgl. Abschnitt 3.3.1) zeigt sich, dass die reale Fallzahl in Deutschland im Vergleich zu der anhand der Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung erwarteten Fallzahl im gesamten Zeitraum 2004 bis 2010 gestiegen ist.

Im Jahr 2005 betrug der Fallzahl-Index 0,988, d. h. die reale Fallzahl lag um 1,2% unter der erwarteten Fallzahl, im Jahr 2006 betrug der Fallzahl-Index 0,992. Im Jahr 2005 wurden somit 203 Tsd. Fälle weniger stationär behandelt als erwartet, im Jahr 2006 waren dies ca. 138 Tsd. Fälle weniger als erwartet. In den Jahren 2006 bis 2010 kehrte sich diese Entwicklung dann um. Im Jahr 2008 wurden 333 Tsd. Fälle und im Jahr 2010 640 Tsd. Fälle mehr stationär behandelt als anhand der Altersstruktur in den jeweiligen Jahren und basierend auf dem stationären Leistungsgeschehens des Jahres 2004 zu erwarten gewesen wäre.

Entsprechend ist die durchschnittliche Veränderung des Fallzahlindex im Zeitraum 2004 bis 2006 mit -0,42% jahresdurchschnittlich negativ und in den Zeiträumen 2006 bis 2008 bzw. 2008 bis 2010 jahresdurchschnittlich positiv (1,43% bzw. 0,88%) (vgl. Tabelle 45).

Tabelle 45: Fallzahlindex Deutschland (2004-2010)

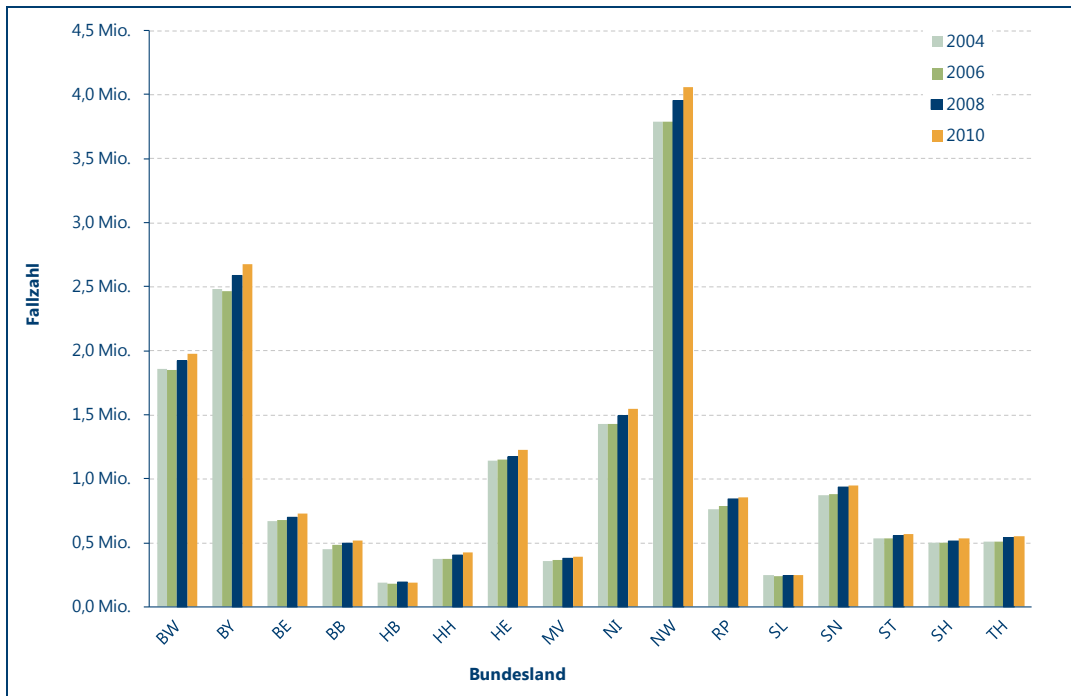
Region	standardisierter Fallzahl-Index							Δ p. a. 04 - 06	Δ p. a. 06 - 08	Δ p. a. 08-10
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010			
Deutschland	1,000	0,988	0,992	1,007	1,020	1,031	1,038	-0,42%	1,43%	0,88%

Quelle: IGES

#### 4.4.1.6 Entwicklung in den Bundesländern

Die Entwicklung der absoluten Fallzahl und die jahresdurchschnittliche Fallzahlveränderung in den Bundesländern zeigt Abbildung 51. Lediglich das Saarland zeigt im gesamten Zeitraum 2004 bis 2010 einen geringfügigen Rückgang der Fallzahlen um jahresdurchschnittlich 0,1%. Überdurchschnittlich zunehmende Fallzahlen zeigen sich im Zeitraum 2004 bis 2010 für Brandenburg (+2,4%) und Hamburg (+2,2%).

Abbildung 51: Fallzahl nach Bundesland (2004-2010)



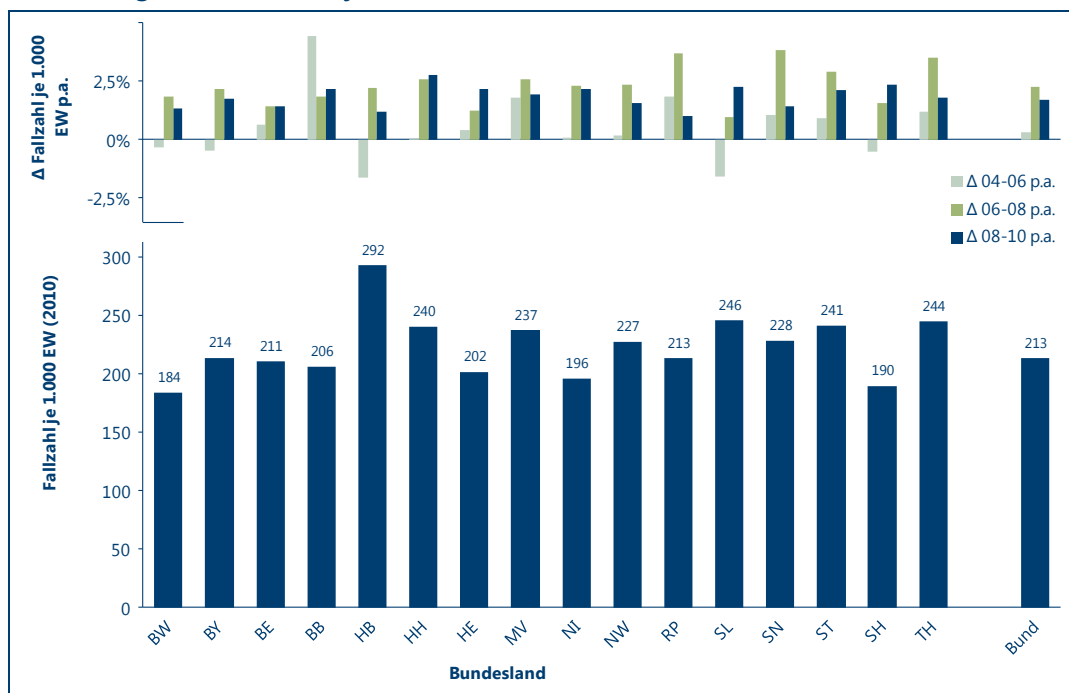
Quelle: IGES; InEK

Die Zahl der Belegungstage stieg im Zeitraum 2004 bis 2010 lediglich in Brandenburg und in Hamburg um jahresdurchschnittlich 0,8%, entsprechend der dortigen Zunahme der stationären Behandlungsfälle. Insgesamt entsprachen die Veränderungen in der Zahl der Belegungstage im Trend den Veränderungen der Fallzahlen.

Die Case-Mix-Verteilung entspricht weitgehend der Verteilung der Fallzahlen. In den Jahren 2008 bis 2010 zeigte sich für alle Bundesländer ein zunehmender Case-Mix. Der Case-Mix Anstieg fiel mit jahresdurchschnittlich 4,8% in Hamburg am deutlichsten aus. Die Case-Mix-Entwicklung entsprach in ihrem Trend der Fallzahlentwicklung, war jedoch in allen Bundesländern positiver ausgeprägt.

Eine nähere Betrachtung sollte die Entwicklung der Bevölkerung und eine Altersstandardisierung berücksichtigen. Daher wird im Folgenden zunächst die Fallzahl je 1.000 Einwohner betrachtet. Hierbei zeigen sich deutliche regionale Unterschiede. Die Fallzahl je 1.000 Einwohner liegt im Jahr 2010 in Bremen (292) und im Saarland sowie in Thüringen (246 bzw. 244) am deutlichsten über dem Bundesdurchschnitt von 213. Geringere Fallzahlen je 1.000 Einwohner weisen insbesondere Baden-Württemberg (184), Schleswig-Holstein (190) und Niedersachsen (196) auf (vgl. Abbildung 52).

Abbildung 52: Fallzahl je 1.000 Einwohner nach Bundesland (2004-2010)



Quelle: IGES

Für Deutschland zeigt sich im Untersuchungszeitraum eine Zunahme der Fallzahl je 1.000 Einwohner von 196 im Jahr 2004 auf 213 im Jahr 2010 um jahresdurchschnittlich 1,4%.

Die jährlichen Veränderungsraten entsprechen in der Tendenz den absoluten Fallzahlentwicklungen (vgl. Abbildung 51). In den Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen ist bedingt durch einen relativ deutlichen Bevölkerungsrückgang die Fallzahl je 1.000 Einwohner deutlich stärker gestiegen als die Fallzahl insgesamt.

Auch nach einer Altersstandardisierung (vgl. Abschnitt 3.3.1) zeigen sich regionale Unterschiede in den stationären G-DRG-Fallzahlen. Im Saarland und in den Stadtstaaten Hamburg und Bremen<sup>142</sup> zeigen sich im Jahr 2010 im Vergleich zum Erwartungswert deutlich höhere stationäre Fallzahlen. In Baden-Württemberg und in Schleswig-Holstein zeigen sich mit durchschnittlich 0,91 bzw. 0,92 die niedrigsten standardisierten Fallzahlindizes (vgl. Tabelle 46).

<sup>142</sup> Anhand der für die G-DRG-Begleitforschung zur Verfügung stehenden Daten kann allerdings nicht ermittelt werden, welcher Anteil der in einzelnen Bundesländern stationär versorgten Versicherten in dem Bundesland auch seinen Wohnort hat.

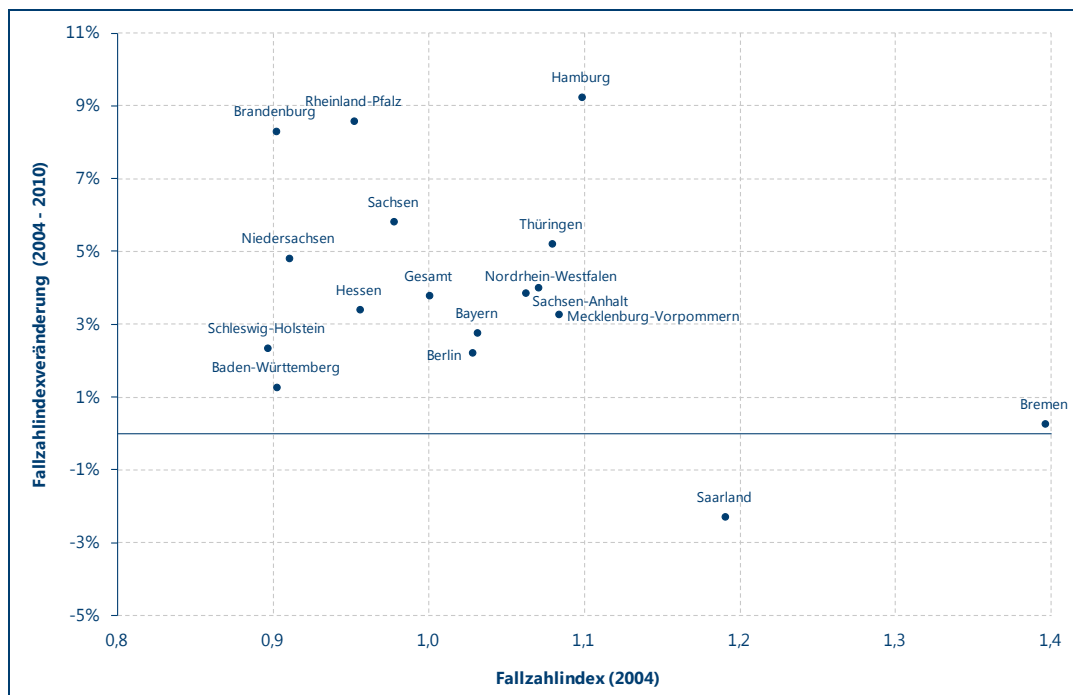
Tabelle 46: Standardisierter Fallzahlindex nach Bundesland (2004-2010)

Bundesland	standardisierter Fallzahlindex						
	2004	2006	2008	2010	$\Delta$ p. a. 2004-2006	$\Delta$ p. a. 2006-2008	$\Delta$ p. a. 2008-2010
Baden-Württemberg	0,902	0,885	0,903	0,914	-0,96%	1,05%	0,56%
Bayern	1,031	1,010	1,039	1,059	-1,02%	1,42%	1,00%
Berlin	1,028	1,025	1,037	1,051	-0,14%	0,58%	0,67%
Brandenburg	0,902	0,955	0,962	0,977	2,94%	0,36%	0,75%
Bremen	1,396	1,338	1,382	1,400	-2,07%	1,61%	0,65%
Hamburg	1,098	1,093	1,144	1,200	-0,22%	2,31%	2,40%
Hessen	0,955	0,951	0,961	0,988	-0,23%	0,51%	1,42%
Mecklenburg-Vorp.	1,083	1,089	1,110	1,119	0,26%	0,97%	0,40%
Niedersachsen	0,910	0,901	0,929	0,954	-0,50%	1,53%	1,34%
Nordrhein-Westfalen	1,070	1,061	1,095	1,113	-0,44%	1,60%	0,82%
Rheinland-Pfalz	0,952	0,974	1,030	1,033	1,18%	2,82%	0,17%
Saarland	1,190	1,133	1,134	1,163	-2,44%	0,04%	1,29%
Sachsen	0,977	0,975	1,027	1,034	-0,13%	2,67%	0,33%
Sachsen-Anhalt	1,062	1,052	1,084	1,103	-0,48%	1,53%	0,87%
Schleswig-Holstein	0,896	0,876	0,890	0,917	-1,11%	0,79%	1,51%
Thüringen	1,079	1,076	1,122	1,135	-0,12%	2,12%	0,57%

Quelle: IGES

Die Bundesländer Bremen und Saarland, die im Ausgangsjahr (2004) eine deutlich überdurchschnittlich hohe, standardisierte Fallzahl aufwiesen, konnten diese standardisierte Fallzahl senken bzw. nahezu konstant halten. Die Bundesländer, die eine niedrige standardisierte Fallzahl aufwiesen, entwickelten sich hingegen heterogener, wobei die Länder Brandenburg und Rheinland-Pfalz einen deutlichen Zuwachs der standardisierten Fallzahl aufweisen. In Schleswig-Holstein und in Baden-Württemberg zeigten sich trotz niedriger standardisierter Fallzahl im Ausgangsjahr unterdurchschnittliche Steigerungen im Zeitraum 2004 bis 2010 (Abbildung 53).

Abbildung 53: Veränderung des Fallzahlexindex (2004-2010) im Vergleich zum Fallzahlexindex 2004 in den Bundesländern



Quelle: IGES

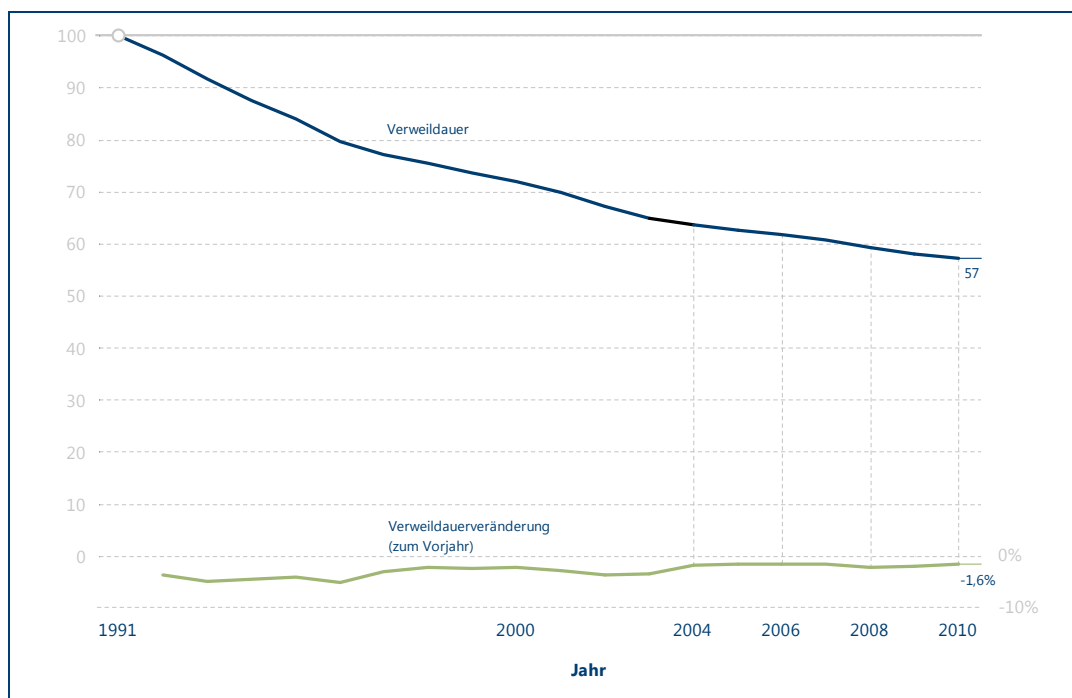
#### 4.4.2 Verweildauer und Case-Mix-Index

Die durchschnittliche Verweildauer ist im Untersuchungszeitraum von 7,77 Tagen im Jahr 2004 kontinuierlich auf 6,82 Tage im Jahr 2010 deutlich um jahresdurchschnittlich 2,2% gesunken.<sup>143</sup> Die Reduzierung der Verweildauer fiel hierbei im Kern der Konvergenzphase (2006 bis 2008) mit jahresdurchschnittlich 2,4% im Vergleich zum Zeitraum 2004 bis 2006 (jahresdurchschnittlich -1,9%) und zum Zeitraum 2008 bis 2010 (jahresdurchschnittlich

<sup>143</sup> Im Unterschied hierzu weist das Statistische Bundesamt die durchschnittliche Verweildauer aller stationären Behandlungsfälle im Jahr 2004 mit 8,7 und im Jahr 2010 mit 7,9 Tagen aus. Der große Unterschied ist insbesondere dadurch begründet, dass die Behandlungsfälle in psychiatrischen und psychotherapeutischen Fachabteilungen, die in der Statistik des Statistischen Bundesamtes berücksichtigt werden, eine sehr hohe Verweildauer aufweisen (Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: 39,0 Tage, Psychiatrie und Psychotherapie: 22,9 Tage, Psychotherapeutische Medizin: 40,2 Tage [Angaben für 2010]) (Statistisches Bundesamt 2005, 2012b). In den G-DRG-Daten sind diese Behandlungsfälle nicht enthalten, da diese Fachabteilungen bzw. Krankenhäuser von der Anwendung des G-DRG-Systems ausgenommen sind.

-2,1%) leicht überdurchschnittlich aus. Die Verringerung der Verweildauer ist somit im gesamten Zeitraum 2004 bis 2010 mit jahresdurchschnittlich 0,5 Prozentpunkten etwas stärker ausgeprägt als die Veränderung der Verweildauer aller Behandlungsfälle gemäß den Angaben des Statistischen Bundesamtes (-1,7%) (vgl. Statistisches Bundesamt 2005; Statistisches Bundesamt 2012b). Im Einflussbereich des G-DRG-Systems ist die Verweildauer zwischen 2004 und 2010 somit geringfügig stärker gesunken. Bei Betrachtung der Verweildauer der Behandlungsfälle in Allgemeinen Krankenhäusern seit 1991 fällt ein kontinuierlicher Verweildauerrückgang auf (Abbildung 54). Eine eindeutige Veränderung dieses langfristigen Trends nach G-DRG-Einführung lässt sich für die Gruppe der Allgemeinen Krankenhäuser gemäß der Differenzierung des Statistischen Bundesamtes nicht erkennen.

Abbildung 54: Verweildauerentwicklung in Allgemeinen Krankenhäusern (1991-2010; 1991=100); jährliche Veränderungsrate der Verweildauer



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Hätte sich die Altersstruktur der Behandlungsfälle im Zeitraum 2004 bis 2010 nicht so verändert wie sie es getan hat, wäre die Verweildauer um jahresdurchschnittlich 0,5 Prozentpunkte stärker auf 6,62 Tage im Jahr 2010 zurückgegangen.

Der Case-Mix-Index stieg im Zeitverlauf hingegen kontinuierlich von 1,052 im Jahr 2008 auf 1,076 im Jahr 2010 leicht an. Dies entspricht einer Veränderung von jahresdurchschnittlich 1,1%. Hätte sich die Altersstruktur der Behandlungsfälle im Zeitraum 2008 bis 2010 nicht so verändert wie sie es getan hat,

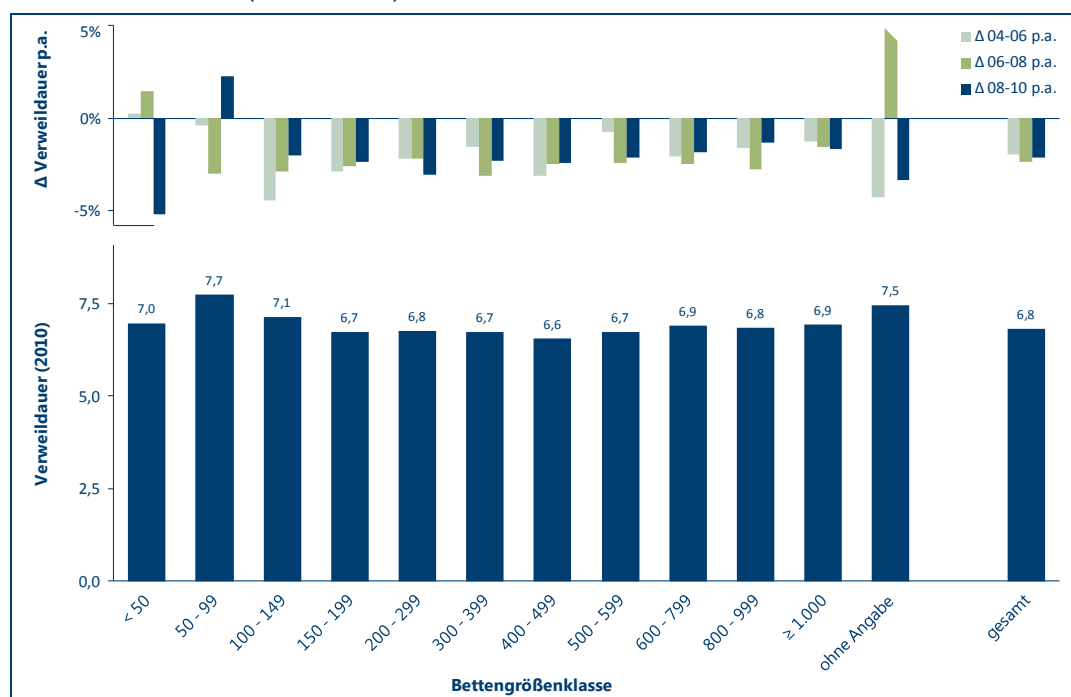


wäre der Case-Mix-Index um jahresdurchschnittlich 0,2 Prozentpunkte schwächer auf 1,071 im Jahr 2010 gestiegen.

#### 4.4.2.1 Entwicklung nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser

Die durchschnittliche Verweildauer ist nahezu unabhängig von der Bettengrößenklasse der Krankenhäuser. Lediglich in den Krankenhäusern der Bettengrößenklassen mit weniger als 150 Betten liegt die Verweildauer mit durchschnittlich 7,3 Tagen 0,5 Tage über dem Durchschnitt von 6,82 Tagen (vgl. Abbildung 55) (Datenjahr 2010).

Abbildung 55: Verweildauer nach Bettengrößenklasse der Krankenhäuser (2004-2010)



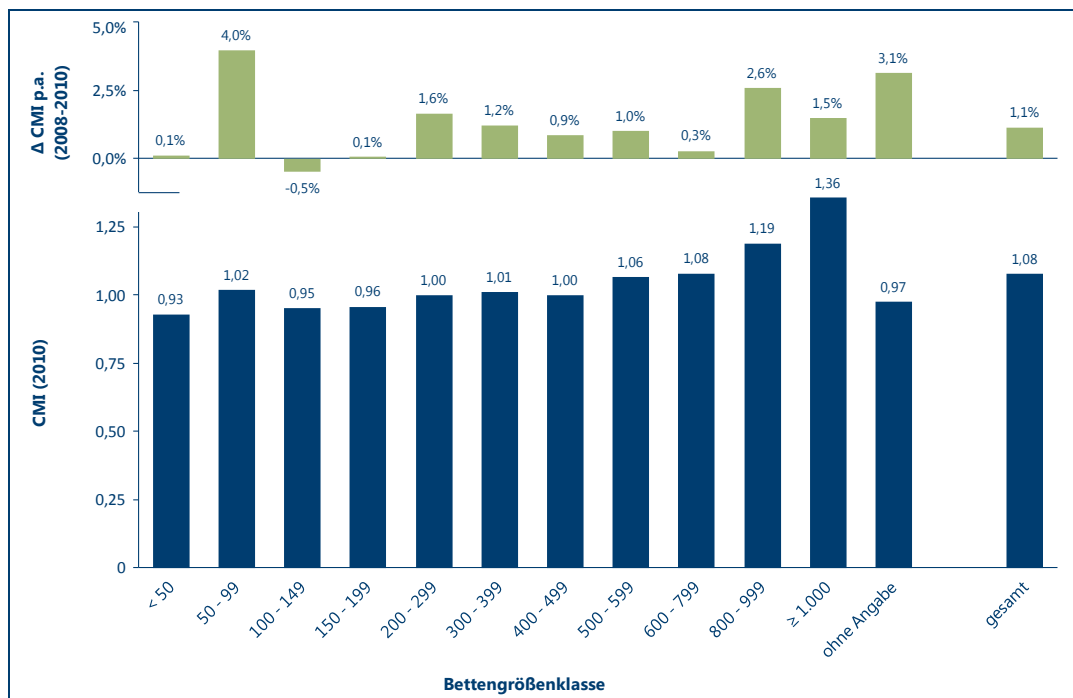
Quelle: IGES; InEK

Mit Ausnahme der Krankenhäuser in der Bettengrößenklasse 50 bis 99 Betten ist die Verweildauer in allen Bettengrößenklassen im Zeitraum 2008 bis 2010 gesunken. Im Gesamtzeitraum 2004 bis 2010 sank die Verweildauer in Krankenhäusern aller Bettengrößenklassen. Die Reduzierungen fielen im Zeitraum 2006 bis 2008 und 2008 bis 2010 über alle Bettengrößenklassen homogener aus als noch im Zeitraum 2004 bis 2006. Die Verweildauerreduzierung fiel im Zeitraum 2008 bis 2010 in Krankenhäusern mit mehr als 200 Betten mit zunehmender Bettenzahl tendenziell deutlich geringer aus. Auch im Gesamtzeitraum reduzierte sich die Verweildauer in Krankenhäusern mit 1.000 und mehr Betten mit jahresdurchschnittlich 1,5% am geringsten.

Der durchschnittliche CMI der Krankenhäuser steigt mit zunehmender Bettenzahl der Krankenhäuser nahezu kontinuierlich an. Ursächlich ist hierbei jedoch nicht die Größe eines Krankenhauses, sondern sein Leistungsspektrum. Hochspezialisierte aufwändige Leistungen werden zu großen Teilen in den Universitätskliniken erbracht, die in den beiden oberen Bettengrößenklassen zu finden sind. Allerdings finden sich auch in den niedrigeren Bettengrößenklassen Krankenhäuser mit einem sehr ressourcenaufwändigen Leistungsspektrum und einem entsprechend hohen CMI, z. B. die Herzzentren.<sup>144</sup>

Während Krankenhäuser in den Bettengrößenklassen unter 150 Betten im Durchschnitt einen CMI von 0,97 aufweisen, haben die Krankenhäuser mit mehr als 800 Betten im Mittel einen deutlich überdurchschnittlichen CMI von 1,30 (vgl. Abbildung 56).

Abbildung 56: Case-Mix-Index nach Bettengrößenklasse der Krankenhäuser (2008-2010)



Quelle: IGES; InEK

<sup>144</sup> Die 10 Krankenhäuser mit dem höchsten Case-Mix-Index im Jahr 2010 lagen alle in Bettengrößenklassen mit weniger als 50 Betten (Klauber et al. 2012).

Im Zeitverlauf zeigt sich, dass die bestehenden deutlichen Unterschiede des durchschnittlichen CMI nach den Bettengrößenklassen erhalten bleiben. Eine Konvergenz des CMI findet nach den vorliegenden Daten nicht statt.<sup>145</sup>

#### 4.4.2.2 Entwicklung nach Trägerschaft der Krankenhäuser

Die Verweildauer differierte nur gering in Abhängigkeit von der Trägerschaft und lag bei den Krankenhäusern in privater und freigemeinnütziger Trägerschaft auch im Jahr 2010 mit 7,0 bzw. 6,87 Tagen leicht über dem Durchschnitt. Die Verweildauerreduktionen über den gesamten Zeitraum 2004 bis 2010 fielen in den Krankenhäusern aller Trägerschaften nahezu identisch aus (vgl. Tabelle 47).

Tabelle 47: Verweildauer nach Trägerschaft der Krankenhäuser (2004-2010); jahresdurchschnittliche Verweildaueränderung

Trägerschaft	Verweildauer				Δ p. a. 04-06	Δ p. a. 06-08	Δ p. a. 08-10
	2004	2006	2008	2010			
freigemeinnützig	7,89	7,55	7,20	6,87	-2,2%	-2,3%	-2,3%
öffentlich	7,65	7,37	7,01	6,73	-1,8%	-2,5%	-2,0%
privat	7,95	7,60	7,26	7,00	-2,2%	-2,3%	-1,8%
<b>gesamt</b>	<b>7,77</b>	<b>7,47</b>	<b>7,12</b>	<b>6,82</b>	<b>-1,9%</b>	<b>-2,4%</b>	<b>-2,1%</b>

Quelle: IGES; InEK

Eine Differenzierung des Case-Mix-Index hinsichtlich der Trägerschaft der Krankenhäuser zeigt leichte Abweichungen vom Durchschnitt (vgl. Tabelle 48). Auch im Jahr 2010 lag der CMI der freigemeinnützigen Krankenhäuser mit 1,00 deutlich unter dem CMI der Krankenhäuser in öffentlicher oder privater Trägerschaft. Die jahresdurchschnittliche CMI-Veränderungsrate lag bei den Krankenhäusern in privater Trägerschaft bei 2,1% und bei den öffentlichen Krankenhäusern bei 1,3%.

<sup>145</sup> Aufgrund der Datenbereitstellung für die G-DRG-Begleitforschung, mit der die stationären Falldaten der Jahre 2008 bis 2010 einheitlich nach der G-DRG-System Version 2010 gruppiert wurden, ist die reale Verringerung des Kompressionseffektes (die Tatsache, dass unterschiedliche Ressourcenverbräuche aufgrund von noch bestehenden Schwächen in der Dokumentation oder der Kostenrechnung nicht differenziert werden können und somit die Fälle in einer G-DRG abgebildet werden müssen (vgl. Heimig 2004; Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2005)) nicht darstellbar. Tatsächlich führten diese Verbesserungen insbesondere in der Einführungsphase des G-DRG-Systems zu einer kontinuierlichen Erhöhung des CMI in den Krankenhäusern mit einem hohen CMI und zu einer kontinuierlichen Reduktion des CMI in Krankenhäusern mit einem niedrigeren CMI (vgl. auch Abschnitt 3.2.1.2.2).

Tabelle 48: Case-Mix-Index nach Trägerschaft der Krankenhäuser (2008-2010); jahresdurchschnittliche Case-Mix-Index Veränderung

Trägerschaft	Case-Mix-Index			Δ p. a. 08-10
	2008	2009	2010	
freigemeinnützig	0,99	0,99	1,00	0,5%
öffentlich	1,09	1,11	1,12	1,3%
privat	1,09	1,12	1,14	2,1%
<b>gesamt</b>	<b>1,05</b>	<b>1,07</b>	<b>1,08</b>	<b>1,1%</b>

Quelle: IGES; InEK

#### 4.4.2.3 Entwicklung nach Abteilungsart

In Belegabteilungen lag die Verweildauer mit 4,5 Tagen deutlich niedriger als in Hauptabteilungen (6,9 Tage) (Datenjahr 2010). Auch der jahresdurchschnittliche Rückgang der Verweildauer lag in Belegabteilungen in allen Phasen seit der G-DRG-Einführung mit insgesamt -3,2% deutlich höher als in Hauptabteilungen mit -2,2% (vgl. Tabelle 49).<sup>146</sup>

Tabelle 49: Verweildauer nach Abteilungsart des Behandlungsfalls (2004-2010); jahresdurchschnittliche Verweildaueränderung

Abteilungsart	Verweildauer				Δ p. a. 04-06	Δ p. a. 06-08	Δ p. a. 08-10
	2004	2006	2008	2010			
Belegabteilung	5,5	5,1	4,8	4,5	-3,3%	-2,7%	-3,8%
Hauptabteilung	7,9	7,6	7,2	6,9	-2,0%	-2,5%	-2,1%
<b>gesamt</b>	<b>7,8</b>	<b>7,5</b>	<b>7,1</b>	<b>6,8</b>	<b>-1,9%</b>	<b>-2,4%</b>	<b>-2,1%</b>

Quelle: IGES; InEK

Der CMI liegt in Belegabteilungen mit 0,59 um 0,51 deutlich niedriger als in den Hauptfachabteilungen mit 1,10 (Jahr 2010).<sup>147</sup> In Belegabteilungen redu-

<sup>146</sup> Die Berechnung der Veränderungsrate der Verweildauer für das Gesamtsystem (-2,3%) berücksichtigt implizit die Fallzahlen der beiden Abteilungsarten, sodass die hinsichtlich der Fallzahl und der Belegungstage dominierende Abteilungsart einen stärkeren Einfluss auf die Veränderungsrate ausübt. Die Veränderungsrate der Verweildauer für die Abteilungsarten berücksichtigen hingegen weder das Verhältnis der Fallzahlen zueinander, noch die Veränderung dieses Verhältnisses, sodass die Veränderungsrate der Verweildauer für das Gesamtsystem nicht notwendigerweise in dem Intervall zwischen den Veränderungsrate der einzelnen Abteilungsarten liegen muss.

<sup>147</sup> Die Bewertungsrelationen der G-DRGs werden für Belegabteilungen anhand der ausschließlich belegärztlich versorgten Patienten in der Kalkulationsstichprobe berechnet. Reicht die Datenbasis für ein solches Vorgehen nicht aus, werden die Bewertungsrelati-

zierte sich der CMI leicht um jahresdurchschnittlich 0,2%, während er in Hauptabteilungen um jahresdurchschnittlich 1,0% zunahm (vgl. Tabelle 50). Im Zeitraum 2006 bis 2008 lag die Veränderung des CMI für Belegabteilungen und Hauptabteilungen noch auf einem identischen Niveau. Im Vergleich seit 2004 reduzierte sich das Verhältnis des CMI in Belegabteilungen zu dem CMI in Hauptabteilungen kontinuierlich von 0,58 auf 0,54, d. h. die Unterschiede zwischen der Fallschwere in Belegabteilungen und in Hauptabteilungen haben sich kontinuierlich vergrößert.

Tabelle 50: Case-Mix-Index nach Abteilungsart des Behandlungsfalls (2008-2010); jahresdurchschnittliche Case-Mix-Index Veränderung

Abteilungsart	Case-Mix-Index			Δ p. a. 08-10
	2008	2009	2010	
Belegabteilung	0,60	0,59	0,59	-0,2%
Hauptabteilung	1,08	1,09	1,10	1,0%
<b>gesamt</b>	<b>1,05</b>	<b>1,07</b>	<b>1,08</b>	<b>1,1%</b>

Quelle: IGES; InEK

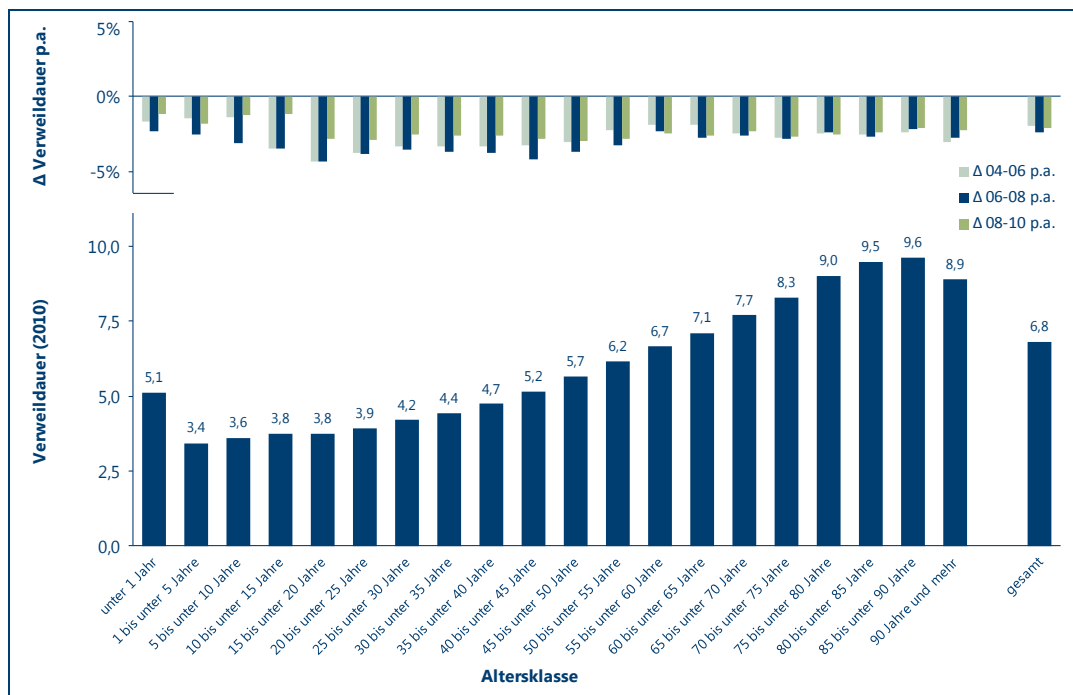
#### 4.4.2.4 Entwicklung nach Altersklassen

Die Verweildauer zeigt einen deutlichen Zusammenhang mit dem Alter der stationär versorgten Patienten. In der Altersklasse der Neugeborenen und Säuglinge lag die Verweildauer bei 5,1 Tagen. Die Verweildauer steigt dann nahezu monoton von der Altersklasse der 1- bis 5-Jährigen (3,4 Tage) bis zur Altersklasse der 85- bis unter 90-Jährigen (9,6 Tage) an, und fällt dann in der Altersklasse der über 90-Jährigen ab (vgl. Abbildung 57) (Datenbasis 2010).

---

onen für die belegärztliche Versorgung normativ-analytisch aus den Falldaten der in Hauptfachabteilungen versorgten Patienten berechnet. Hierzu werden die mittleren Arztkosten aus den relevanten Kostenmodulen (Personalkosten Ärztlicher Dienst auf der Normalstation, im OP-Bereich, in der kardiologischen Diagnostik/Therapie sowie der endoskopischen Diagnostik/Therapie) heraus gerechnet, da diese vertragsärztliche Leistungen darstellen, die anhand der Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) abgerechnet und durch die Kassenärztlichen Vereinigungen den Belegärzten vergütet werden.

Abbildung 57: Verweildauerverteilung nach Alter der Behandlungsfälle (2004-2010)

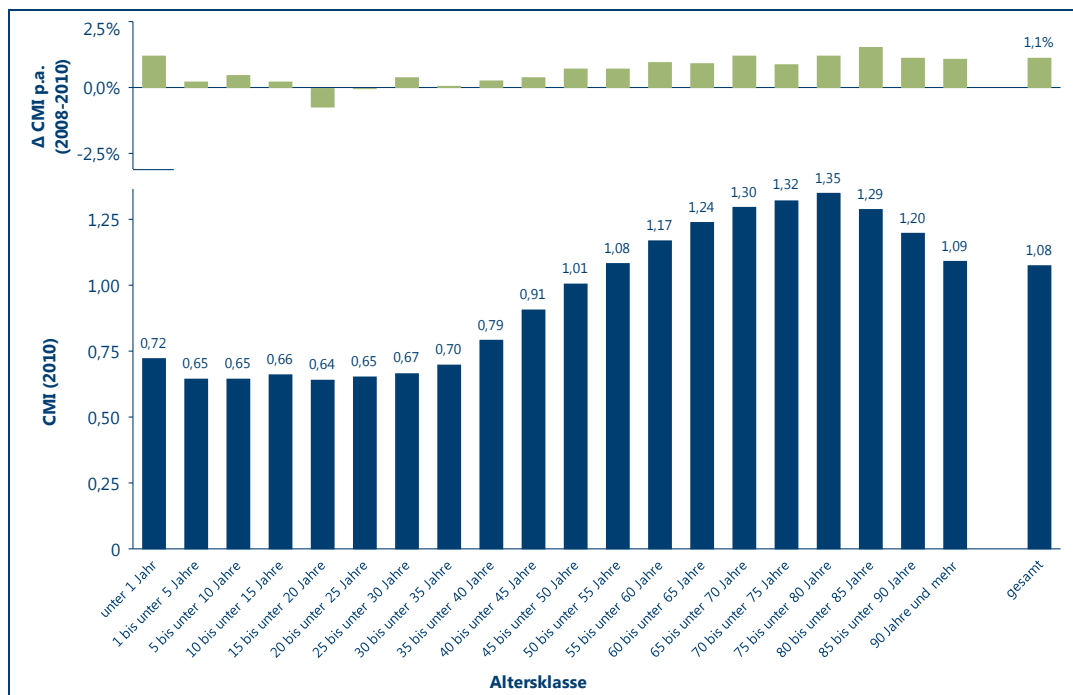


Quelle: IGES; InEK

Die jahresdurchschnittliche Veränderungsrate der Verweildauer nach den Altersklassen zeigt deutliche Reduzierungen in allen Altersklassen in der Einführungsphase des G-DRG-Systems, im Kern der Konvergenzphase und auch am Ende der G-DRG-Konvergenzphase. Die jahresdurchschnittliche Veränderungsrate der Verweildauer verlief in den Altersklassen der 15- bis unter 50-Jährigen in allen Untersuchungsphasen überdurchschnittlich und betrug für den gesamten Zeitraum 2004 bis 2010 jahresdurchschnittlich -3,5%.

Auch der CMI, als Indikator für die Schwere der Behandlungsfälle, zeigt eine deutliche Abhängigkeit vom Alter der Behandlungsfälle (vgl. Abbildung 58). In der Altersklasse der Neugeborenen und Säuglinge lag der CMI bei 0,72. Der Wert bleibt dann von der Altersklasse der 1- bis 5-Jährigen bis zur Altersklasse der unter 30-Jährigen mit einem Mittelwert von 0,65 nahezu konstant. In den Altersklassen der 30- bis unter 65-Jährigen weist der CMI die stärksten Steigerungsraten im Altersklassenvergleich auf und erreicht in der Altersklasse der 75- bis unter 80-Jährigen mit 1,35 das Maximum, um dann zunehmend stärker auf 1,09 zu fallen (Datenbasis 2010).

Abbildung 58: Case-Mix-Index Verteilung nach Alter der Behandlungsfälle (2008-2010)



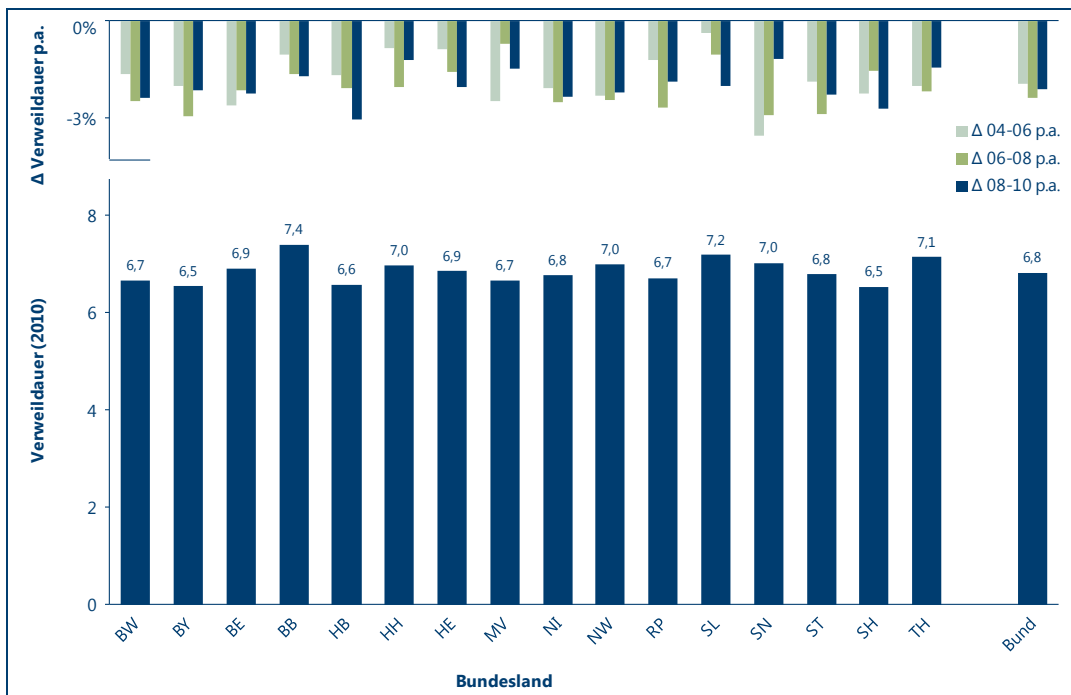
Quelle: IGES; InEK

Die Veränderung des CMI im Zeitraum 2008 bis 2010 zeigt eher geringe unterdurchschnittliche Veränderungen in den Altersklassen bis 40 Jahre und mit zunehmendem Alter verstärkte CMI-Steigerungen ab der Altersklasse der 40-Jährigen mit einer maximalen Steigerung um 1,5% in der Altersklasse der 80- bis unter 85-Jährigen.

#### 4.4.2.5 Entwicklung in den Bundesländern

Die durchschnittliche Verweildauer (Datenjahr 2010) schwankt zwischen den Bundesländern relativ deutlich und lag in Schleswig-Holstein und Bayern mit jeweils 6,5 Tagen am niedrigsten. Brandenburg und das Saarland wiesen mit 7,4 bzw. 7,2 Tagen die höchste mittlere Verweildauer auf (vgl. Abbildung 59).

Abbildung 59: Verweildauer nach Bundesland (2004-2010)



Quelle: IGES; InEK

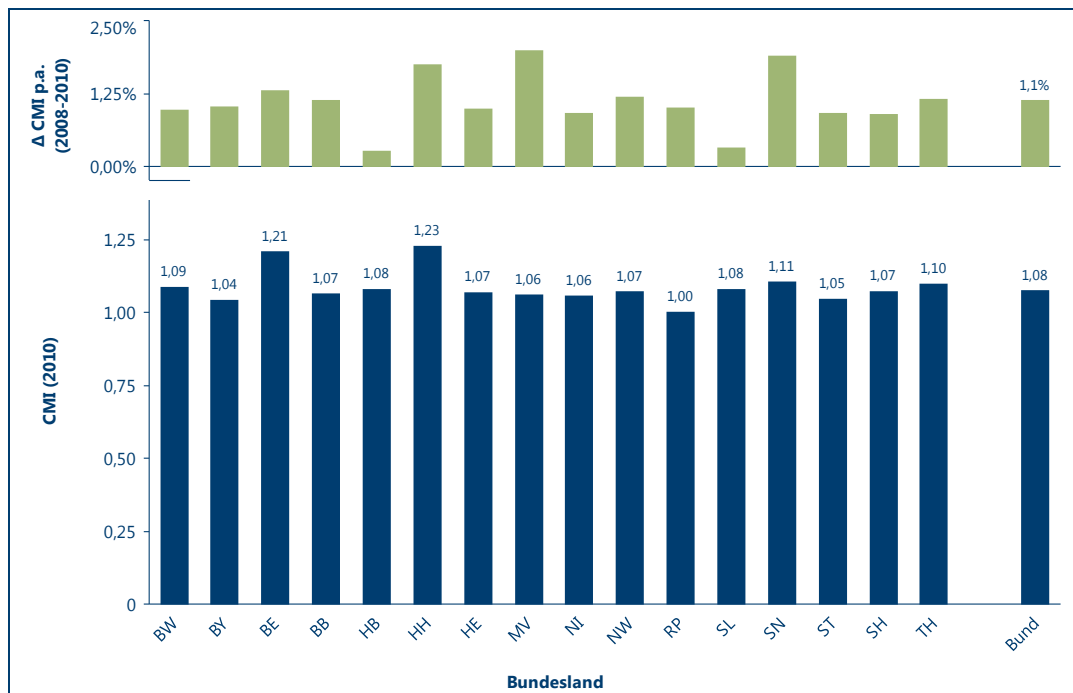
In allen Bundesländern hat sich die durchschnittliche Verweildauer in allen Phasen seit der G-DRG-Einführung reduziert.

Die jahresdurchschnittlichen Veränderungsraten der Verweildauer im Untersuchungszeitraum waren hingegen heterogen. In Sachsen reduzierte sich die Verweildauer mit jahresdurchschnittlich 2,6% im gesamten Zeitraum 2004 bis 2010 am stärksten, ausgehend von der höchsten Verweildauer im Jahr 2004 (8,2 Tage). Eine systematisch stärkere Reduzierung der Verweildauer in Bundesländern mit überdurchschnittlich hoher Verweildauer im Ausgangsjahr lässt sich jedoch nicht beobachten. Im Vergleich zum Kern der Konvergenzphase verlief die Verweildauerreduzierung im Zeitraum 2008 bis 2010 zwar insgesamt leicht schwächer, dennoch konnten in sieben Bundesländern auch Zunahmen der Verweildauerreduzierung beobachtet werden.

Bei der Betrachtung des CMI in den einzelnen Bundesländern fällt der deutlich überdurchschnittliche CMI in den Stadtstaaten Hamburg und Berlin mit 1,23 bzw. 1,21 auf. Lediglich Rheinland-Pfalz weist, wie schon in den Vorperioden, einen relativ deutlich unterdurchschnittlichen CMI von 1,00 auf (vgl. Abbildung 60).



Abbildung 60: Case-Mix-Index nach Bundesland (2008-2010)



Quelle: IGES; InEK

Die Veränderung des CMI, differenziert nach Bundesländern, zeigt einen eindeutigen CMI-Anstieg in allen Bundesländern, am deutlichsten in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Hamburg mit jahresdurchschnittlichen Steigerungen zwischen 1,8% und 2%.

Bremen und das Saarland weisen mit einer jahresdurchschnittlichen CMI-Steigerung von jeweils 0,3% einen deutlich unterdurchschnittlichen Wert auf. Die übrigen Bundesländer schwanken maximal +/- 0,25 Prozentpunkte um die bundesweite CMI-Veränderung in Höhe von jahresdurchschnittlich 1,1%.

#### 4.4.3 Leistungsspektrum

Das stationäre Leistungsspektrum der Krankenhäuser wird im Weiteren für folgende Leistungen untersucht (vgl. Abschnitte 2.3.5 bis 2.3.7):

- G-DRGs, bundeseinheitlich bewertet (Anlage 1 zur Fallpauschalenvereinbarung [Fallpauschalen-Katalog]); differenziert nach der Hierarchie des G-DRG-Systems in G-DRGs, Basis-DRGs und MDCs
- G-DRGs gem. § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG, krankenhausesindividuell zu vereinbaren (Anlage 3a bzw. 3b zur Fallpauschalenvereinbarung)

- Zusatzentgelte, bundeseinheitlich bewertet (Anlage 2 bzw. 5 zur Fallpauschalenvereinbarung [Zusatzentgelte-Katalog])
- Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG, krankenhaushausindividuell zu vereinbaren (Anlage 4 bzw. 6 zur Fallpauschalenvereinbarung).

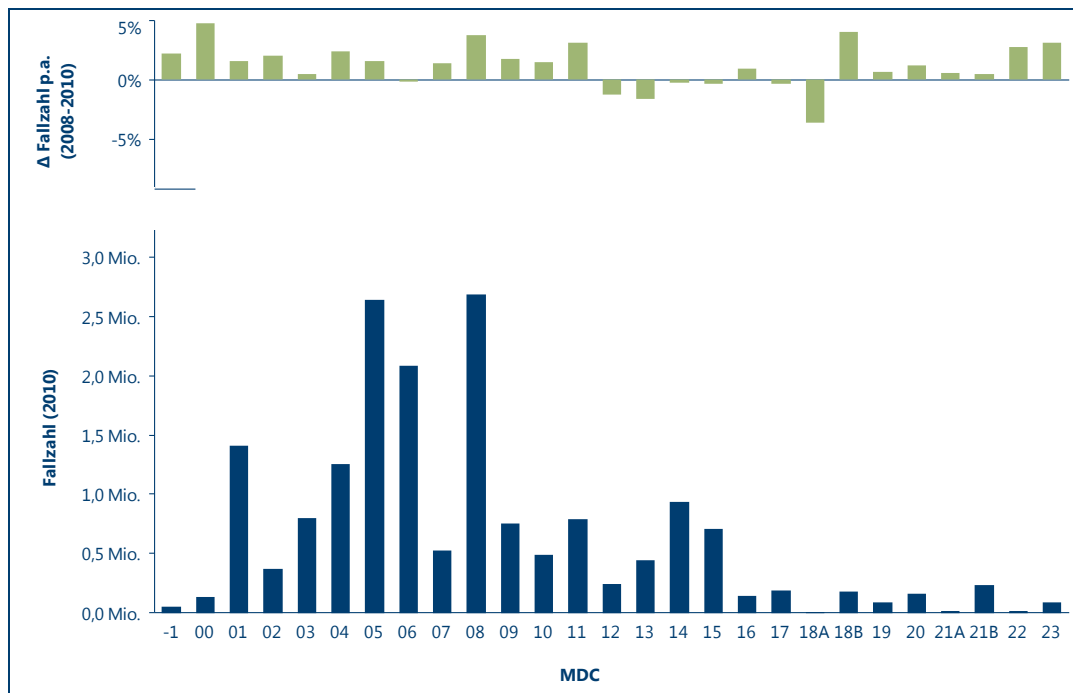
#### 4.4.3.1 MDCs

Abbildung 61 stellt die absolute Verteilung der Fälle nach MDCs im Jahr 2010 und deren relative Veränderung im Zeitraum 2008 bis 2010 dar.

Auf die MDCs 08 (Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe), 05 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems), 06 (Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane), 01 (Krankheiten und Störungen des Nervensystems) und 04 (Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane) entfallen im Jahr 2010 insgesamt bereits 10,1 Mio. Fälle (58% aller Fälle). Eine Fallzahlreduktion um insgesamt jahresdurchschnittlich 18 Tsd. Fälle war lediglich in sieben MDCs zu beobachten, davon in relevantem Umfang in den MDCs 13 (Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane), 06 (Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane), 12 (Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane), 15 (Neugeborene) und 14 (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett). In allen übrigen MDCs stieg die Fallzahl zwischen 2008 und 2010 an.

Die stärksten relativen Veränderungen der Fallzahl im Zeitraum 2008 bis 2010 zeigten sich in der Prä-MDC mit einer jahresdurchschnittlichen Veränderung von 4,8%. Der deutlichste relative Fallzahlrückgang war mit jahresdurchschnittlich -3,6% in der MDC 18A (HIV) zu verzeichnen.

Abbildung 61: Fallzahl und Fallzahlveränderung nach MDCs (2008-2010)



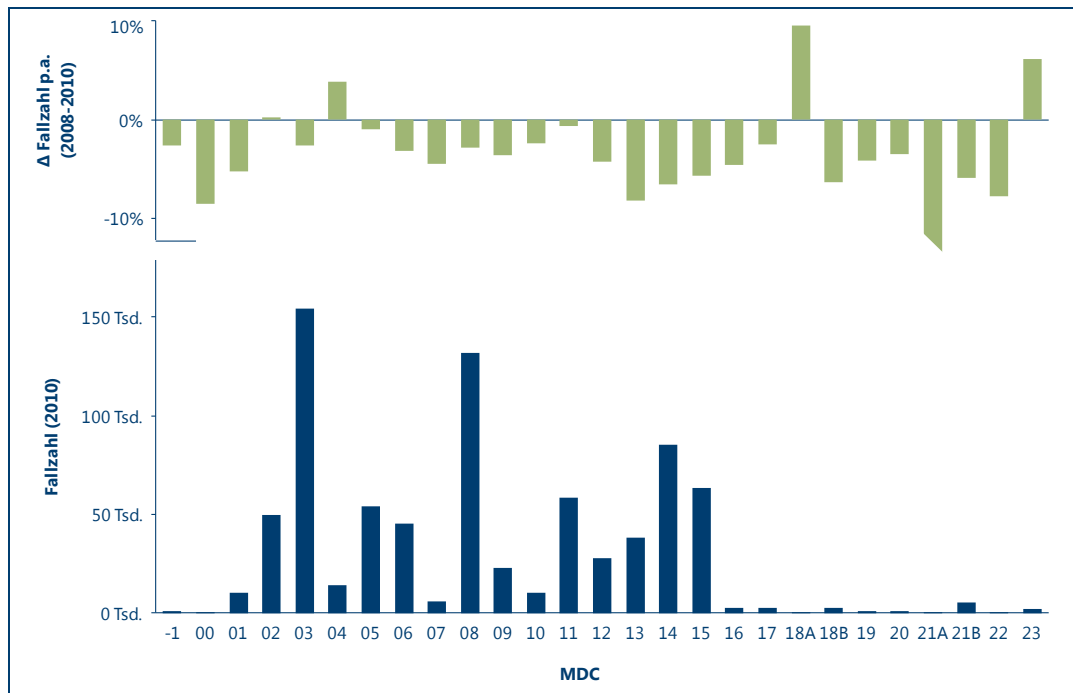
Quelle: IGES; InEK

Die deutlichsten absoluten Veränderungen zeigten sich hingegen in den beiden fallzahlstärksten MDCs 08 (Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) und 05 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems) mit jahresdurchschnittlich 96 bzw. 41 Tsd. Fällen.

Bei alleiniger Betrachtung der Belegabteilungen zeigen sich im Vergleich zur gemeinsamen Betrachtung der Haupt- und Belegabteilungen eine deutlich andere Leistungsstruktur und eine unterschiedliche Entwicklung der Fallzahlen.

Die belegärztliche Versorgung wird dominiert von Leistungen aus dem Bereich der MDCs 03 (Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses), 08 (Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe), 14 (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) und 15 (Neugeborene), auf die insgesamt 436 Tsd. Fälle (55% der belegärztlichen Fälle) entfallen (Stand 2010). Im Durchschnitt ging in diesen MDCs die belegärztliche Fallzahl im Zeitraum 2008 bis 2010 deutlich um jahresdurchschnittlich 3,9% zurück (vgl. Abbildung 62).

Abbildung 62: Fallzahl und Fallzahlveränderung in Belegabteilungen nach MDCs (2008-2010)



Quelle: IGES; InEK

Bei Betrachtung der Belegabteilungen fällt auf, dass lediglich in der MDC 04 (Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane) eine geringe relevante Zunahme der Fallzahlen um jahresdurchschnittlich 531 Fälle erfolgte.

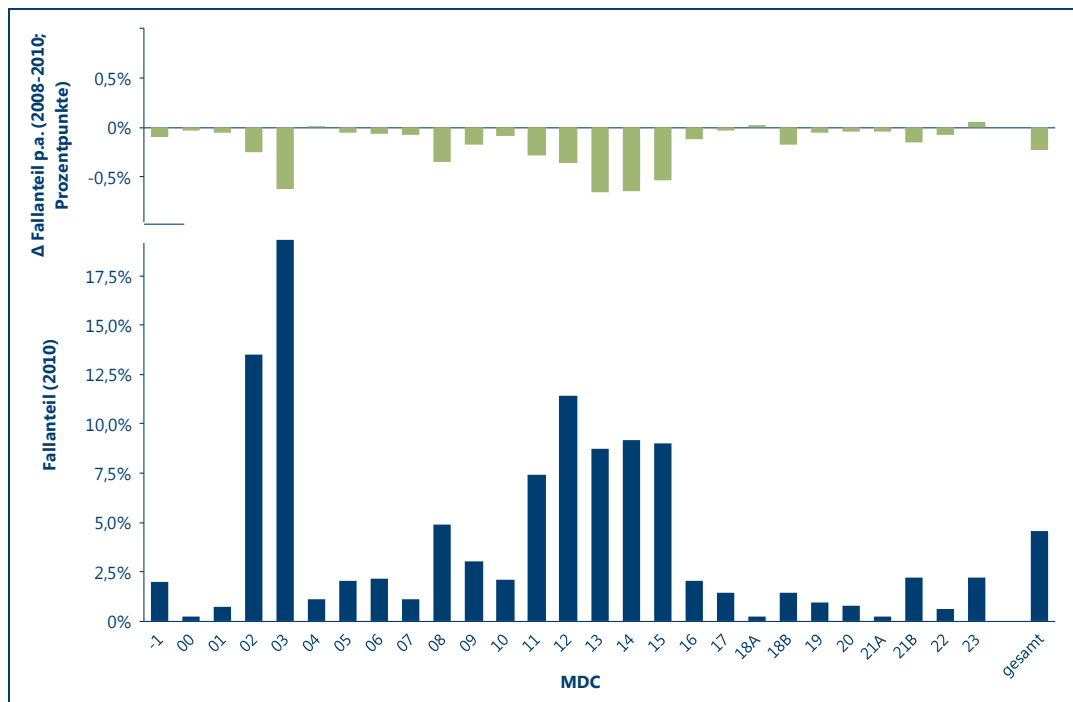
Die deutlichsten absoluten Fallzahlreduktionen waren in den MDCs 14 (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett), 03 (Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses), 15 (Neugeborene), 08 (Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) und 13 (Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane) mit insgesamt jahresdurchschnittlich -22 Tsd. Fällen (-4,3%) zu verzeichnen.

Der Anteil von Behandlungsfällen in Belegabteilungen an allen Behandlungsfällen ist im Zeitraum 2008 bis 2010 von 5,0% auf 4,5% erneut deutlich gefallen, nachdem er auch in der Einführungsphase des G-DRG-Systems und im Kern der Konvergenzphase bereits kontinuierlich deutlich von 6,1% im Jahr 2004 gesunken war.

Der Anteil der belegärztlichen Fälle an allen Fällen hat sich hierbei in 24 MDCs z. T. deutlich verringert und ist lediglich in drei MDCs geringfügig angestiegen. Am stärksten abgenommen hat der Anteil der belegärztlichen Fälle an allen Fällen in den MDCs 13 (Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane), 14 (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett), 03 (Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Hal-

ses) und 15 (Neugeborene) mit jahresdurchschnittlich 0,6 Prozentpunkten (vgl. Abbildung 63).

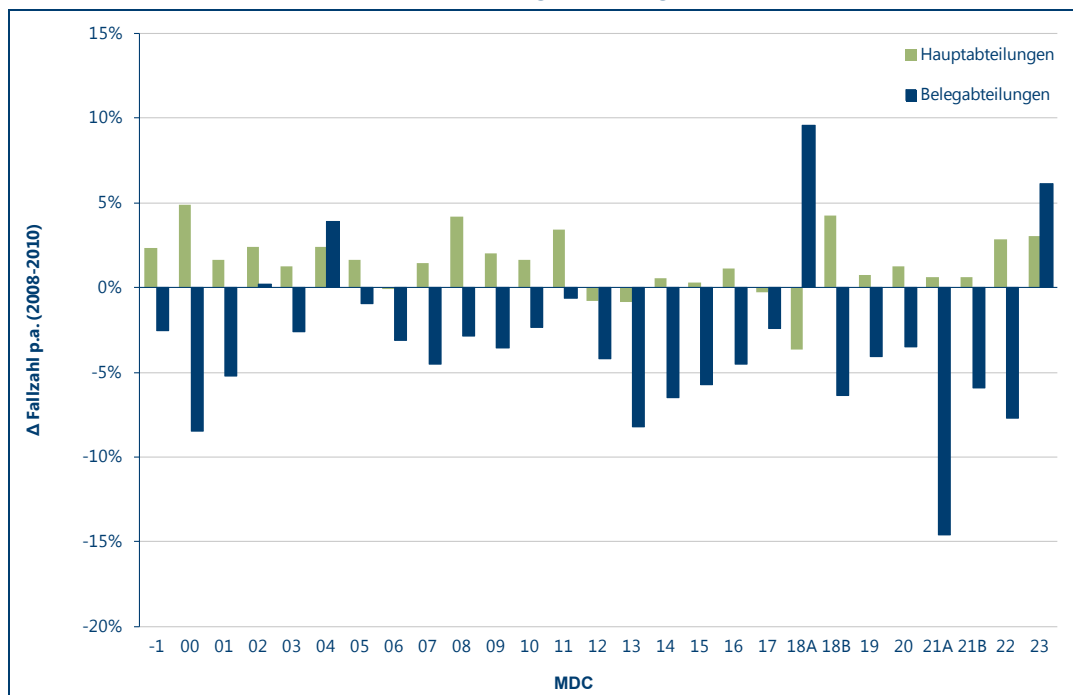
Abbildung 63: Fallanteil und Fallanteilveränderung in Belegabteilungen an allen Fällen nach MDCs (2008-2010)



Quelle: IGES; InEK

Abbildung 64 zeigt die relative jahresdurchschnittliche Fallzahlveränderung im Zeitraum 2008 bis 2010 differenziert nach Haupt- und Belegabteilungen. Die Unterschiede in der Fallzahlentwicklung zwischen Hauptabteilungen und Belegabteilungen werden hier besonders deutlich.

Abbildung 64: Jahresdurchschnittliche Fallzahlveränderung nach MDCs (2008-2010; Haupt- und Belegabteilungen)

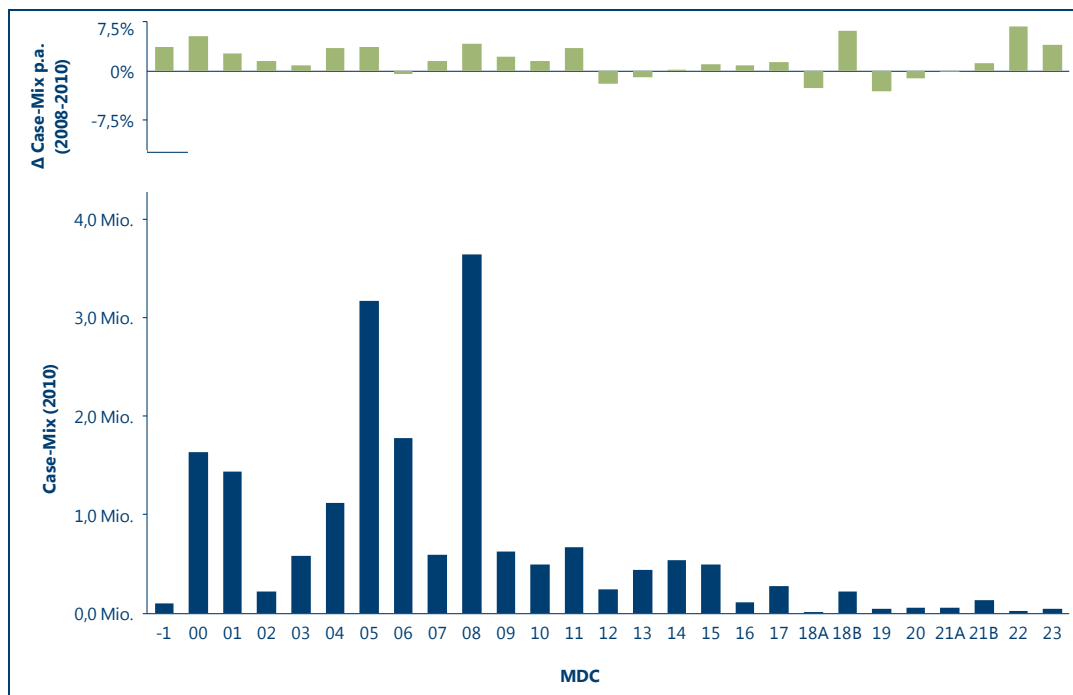


Quelle: IGES; InEK

Der Case-Mix stieg im Zeitraum 2008 bis 2010 deutlicher als die Fallzahl um jahresdurchschnittlich 2,6% bzw. jahresdurchschnittlich 477 Tsd. Case-Mix-Punkte. Absolut am stärksten waren diese Veränderungen in der MDC 08 (Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) in Höhe von 144 Tsd. Case-Mix-Punkten, in der MDC 05 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems) in Höhe von 108 Tsd. Case-Mix-Punkten und in der MDC 00 (Prä-MDC) mit 79 Tsd. Case-Mix-Punkten. In den MDCs 22 (Verbrennungen) und 18B (Infektiöse und parasitäre Krankheiten) waren zudem deutliche relative Case-Mix-Veränderungen in Höhe von 6,7% bzw. 6,1% festzustellen (vgl. Abbildung 65).

Eine relevante Verringerung des Case-Mix zeigte sich lediglich in den MDCs 06 (Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane), 12 (Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane), 13 (Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane) mit insgesamt jahresdurchschnittlich 17 Tsd. Case-Mix-Punkten.

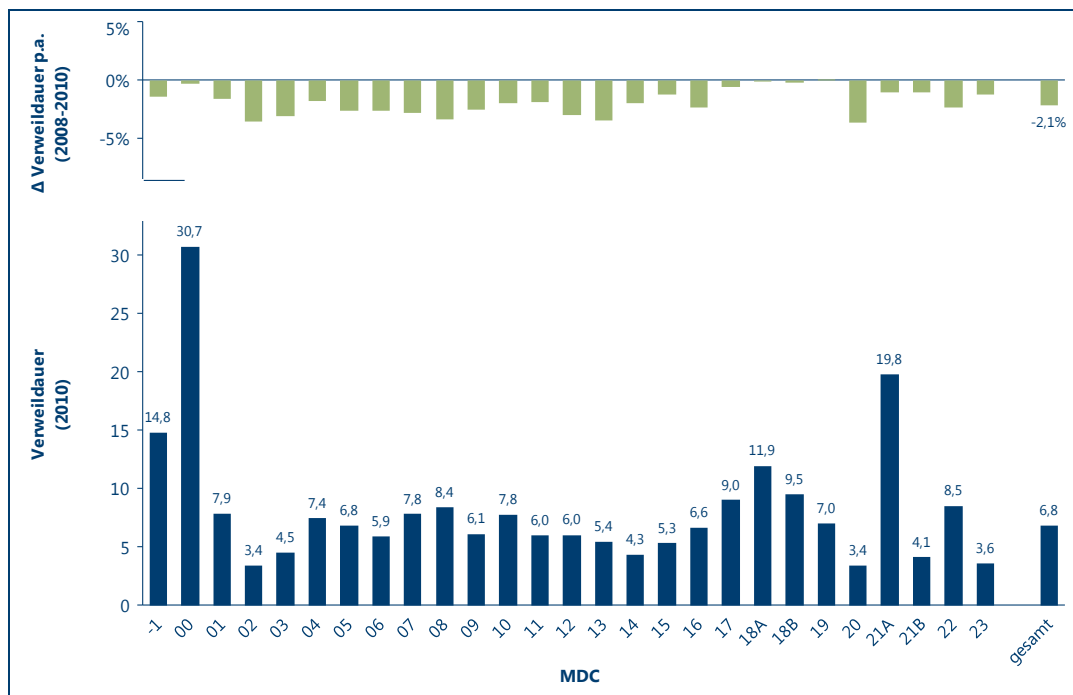
Abbildung 65: Case-Mix und Case-Mix-Veränderung nach MDCs (2010, 2008-2010)



Quelle: IGES; InEK

Die durchschnittliche Verweildauer der Behandlungsfälle in den einzelnen MDCs war aufgrund des sehr unterschiedlichen Leistungsgeschehens sehr heterogen und schwankte zwischen 3,4 Tagen in der MDC 02 (Krankheiten und Störungen des Auges) und 30,7 Tagen in der Prä-MDC (vgl. Abbildung 66). Die MDCs mit der höchsten bzw. der niedrigsten durchschnittlichen Verweildauer entsprachen den MDCs mit der höchsten bzw. der niedrigsten durchschnittlichen Verweildauer in der Einführungsphase des G-DRG-Systems bzw. dem Kern der Konvergenzphase.

Abbildung 66: Verweildauer und Verweildaueränderung nach MDCs (2010, 2008-2010)



Quelle: IGES; InEK

Die relative Veränderung der Verweildauer im Untersuchungszeitraum ist nahezu homogen. Lediglich in der MDC 19 (Psychische Krankheiten und Störungen) kam es zu einem sehr geringen Anstieg der Verweildauer um jahresdurchschnittlich 0,1%. Der stärkste Rückgang der Verweildauer war wie schon im Zeitraum 2006 bis 2008 in der MDC 20 (Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen) mit jahresdurchschnittlich -3,6% zu verzeichnen.

#### 4.4.3.1.1 Komponentenerlegung der Case-Mix Veränderung

Im Folgenden wird die gesamte Veränderung des Case-Mix im Untersuchungszeitraum (2008 bis 2010) anhand einer Komponentenerlegung in folgende Effekte zerlegt (vgl. Abschnitt 3.3.2):

- Veränderungen des Case-Mix aufgrund von Veränderungen der Fallzahl
- Veränderungen des Case-Mix aufgrund von Veränderungen des Case-Mix-Index
- Veränderungen des Case-Mix aufgrund von Veränderungen der Leistungsstruktur, d. h. aufgrund von Veränderungen der Mengenstruktur der G-DRGs. Der Struktureffekt wird, basierend auf den Hierarchieebenen des G-DRG-Systems, weiter unterteilt in Struktur-



effekte zwischen den G-DRGs innerhalb einer Basis-DRG („Intra-ADRG“), in Struktureffekte zwischen den Basis-DRGs innerhalb derselben Partition einer MDC („Intra-Partition“), in Struktureffekte zwischen den Partitionen einer MDC („Intra-MDC“) und Struktureffekte zwischen den MDCs („Inter-MDC“).

In den folgenden Tabellen werden die Fallzahl, der Anteil der Fälle an allen Fällen, der Case-Mix und der Anteil des Case-Mix am gesamten Case-Mix für das Jahr 2010 ausgewiesen. Zusätzlich ausgewiesen wird die absolute und relative Veränderung des Case-Mix in den Jahren 2008 bis 2010.

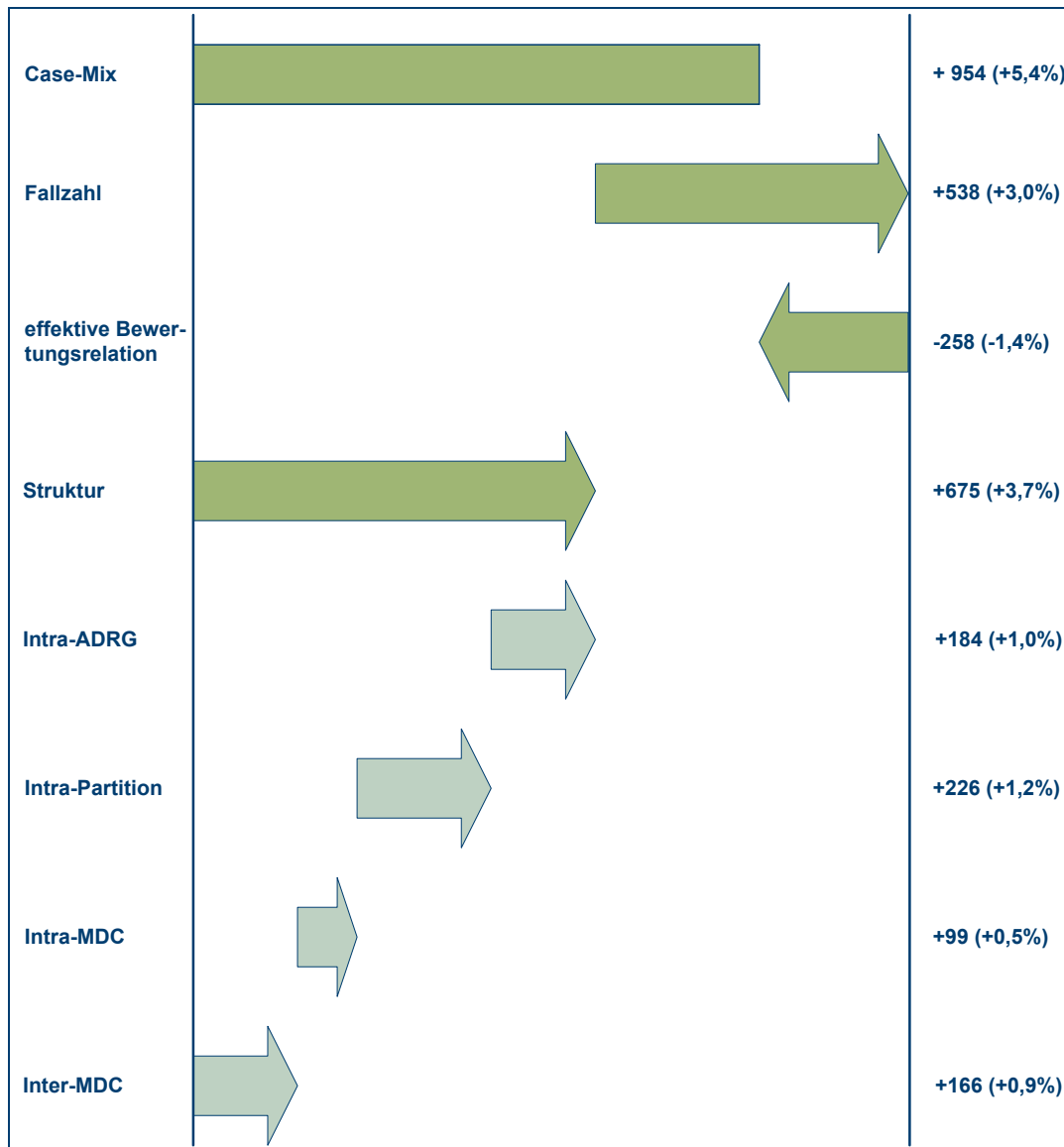
Die relative Veränderung der Fallzahl innerhalb einer MDC bzw. einer Partition im Zeitraum 2008 bis 2010 entspricht dem FZ-Index in Prozent. Die relative Veränderung des Case-Mix-Index einer MDC bzw. einer Partition im Untersuchungszeitraum gibt der BR-Index an.<sup>148</sup> Jeweils in der zweiten Zeile der Tabelle 51 bis Tabelle 55 (ohne Zeilentrennung) sind für die Indizes auch die absoluten Veränderungen des Case-Mix im Zeitraum von 2006 bis 2008 aufgeführt, die auf die jeweilige Komponente entfallen.

Für die gesamten hier betrachteten Leistungen erhöhte sich der Case-Mix im Untersuchungszeitraum deutlich um 954 Tsd. Case-Mix-Punkte (+5,4%) auf 18,76 Mio. Case-Mix-Punkte. Die Fallzahl stieg in diesem Zeitraum um 3,0% auf 17,37 Mio. Fälle. Allein durch die Fallzahlsteigerung lässt sich eine Case-Mix-Veränderung von 538 Tsd. Case-Mix-Punkten erklären. Die durchschnittliche effektive Bewertungsrelation aller Behandlungsfälle nahm im Untersuchungszeitraum hingegen um 1,4% ab. Allein hierdurch erklärt sich eine Reduzierung des Case-Mix um 258 Tsd. Case-Mix-Punkte. Strukturverschiebungen innerhalb der Basis-DRGs erklären eine Erhöhung des Case-Mix um 1,0% bzw. 184 Tsd. Case-Mix-Punkte. Strukturverschiebungen zwischen Basis-DRGs innerhalb der Partitionen einer MDC erklären eine Erhöhung des Case-Mix um 1,2% bzw. 226 Tsd. Case-Mix-Punkte. Strukturverschiebungen zwischen den Partitionen innerhalb einer MDC erklären eine Erhöhung des Case-Mix um 0,5% bzw. 99 Tsd. Case-Mix-Punkte und Strukturveränderungen der Leistungserbringung zwischen den MDCs erklären +0,9% bzw. +166 Tsd. Case-Mix-Punkte der Veränderung des Case-Mix zwischen den Jahren 2008 und 2010 (vgl. Abbildung 67).

---

<sup>148</sup> Veränderungen des CMI für eine G-DRG können sich durch Verschiebungen der Anteile von Kurz- und Langliegern oder Verlegungsfällen ergeben, die die effektive Bewertungsrelation einer G-DRG trotz identischer Bewertungsrelation im G-DRG-System beeinflussen können.

Abbildung 67: Komponentenerlegung der Case-Mix-Entwicklung (2008-2010; CM-Veränderung in Tsd. CM-Punkten)



Quelle: IGES

Die Strukturverschiebungen, insbesondere zwischen den Basis-DRGs der jeweiligen Partitionen, aber auch innerhalb der Basis-DRGs und zwischen den MDCs tragen insgesamt zum größten Teil zu der deutlichen Erhöhung des Case-Mix im Zeitraum 2008 bis 2010 bei. Aber auch die Fallzahlerhöhung verursacht allein eine Case-Mix Veränderung um 3% bzw. 538 Tsd. Case-Mix-Punkte.

In der Einführungsphase des G-DRG-Systems (2004 bis 2006) trug hingegen die Fallzahlentwicklung nur zu einem geringen Anteil zur Case-Mix-Veränderung bei. Durch die Strukturkomponenten, insbesondere zwischen den Basis-DRGs der jeweiligen Partitionen (Intra-Partition), erklärte sich noch

nahezu die gesamte Case-Mix-Veränderung. Die durchschnittliche effektive Bewertungsrelation aller Behandlungsfälle nahm in diesem Zeitraum ähnlich wie im Zeitraum 2006 bis 2008 und wie im Zeitraum 2008 bis 2010 um 1,4% ab. Entsprechend führte dies zu einer sehr ähnlichen Reduzierung des Case-Mix in allen drei Untersuchungszeiträumen. Dies spiegelt die relativ konstante Verweildauerreduzierung im gesamten Untersuchungszeitraum 2004 bis 2010 wider (vgl. Abbildung 149, Anhang E).

Im Vergleich zum Kern der Konvergenzphase zeigt die Komponentenerlegung für den Zeitraum 2008 bis 2010 eine sehr ähnliche Veränderung des Case-Mix, wenn auch die stärkste Komponente im Kern der Konvergenzphase noch die Fallzahlentwicklung war.

Die differenziertere Ergebnisdarstellung der einzelnen MDCs und der Partitionen innerhalb der MDCs zeigen Tabelle 51 bis Tabelle 55.

Die höchsten absoluten Zuwächse des Case-Mix ( $\Delta$  CM) weisen die MDC 08 (Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) und die MDC 05 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems) mit 288 Tsd. bzw. 216 Tsd. Case-Mix-Punkten auf.

In der MDC 08 kann diese Veränderung erklärt werden durch eine sehr deutliche Fallzahlzunahme in der operativen Partition („FZ-Index“) (+201 Tsd. Case-Mix-Punkte) und Strukturverschiebungen zwischen den Basis-DRGs innerhalb der operativen Partition („Inter-ADRG-Index“)(+45 Tsd. Case-Mix-Punkte). Hinzu kommen Fallzahlzunahmen auch in der medizinischen und anderen Partition, die zu einem Case-Mix-Anstieg um 36 Tsd. bzw. 23 Tsd. Case-Mix-Punkte führen.

Die Veränderungen in der MDC 05 werden ebenso erklärt durch eine sehr deutliche Fallzahlzunahme (in der operativen Partition) (+133 Tsd. Case-Mix-Punkte) und leichte Strukturverschiebungen innerhalb und insbesondere zwischen den Basis-DRGs der operativen Partition (+28 Tsd. bzw. +58 Tsd. Case-Mix-Punkte).

Deutliche Veränderungen des Case-Mix zeigen sich auch in der Prä-MDC. Der Case-Mix-Anstieg um insgesamt 158 Tsd. Case-Mix-Punkte erklärt sich hier nahezu ausschließlich durch eine Fallzahlsteigerung der operativen Partition (+148 Tsd. Case-Mix-Punkte).<sup>149</sup>

In der MDC 01 (Krankheiten und Störungen des Nervensystems) stieg der Case-Mix im Untersuchungszeitraum um 74 Tsd. Case-Mix-Punkte. Erklärend

---

<sup>149</sup> In der Prä-MDC beträgt der Fallanteil in der operativen Partition 88% und der Case-Mix-Anteil 98% (Stand 2010).

für diese Entwicklung sind insbesondere die fallzahlbedingte Veränderung des Case-Mix in der operativen Partition (+19 Tsd. Case-Mix-Punkte), der medizinischen Partition (+18 Tsd. Case-Mix-Punkte) und der anderen Partition (+17 Tsd. Case-Mix-Punkte), sowie recht deutliche Strukturveränderungen innerhalb der Basis-DRGs der medizinischen Partition (+33 Tsd. Case-Mix-Punkte).

Auch in der MDC 04 (Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane) ist ein deutlicher Anstieg des Case-Mix im Untersuchungszeitraum festzustellen (+74 Tsd. Case-Mix-Punkte). Erklärend hierfür sind zu fast gleichen Teilen fallzahlbedingte Veränderungen des Case-Mix in der operativen und in der medizinischen Partition (+31 bzw. +29 Tsd. Case-Mix-Punkte).

Tabelle 51: Komponentenerlegung der Case-Mix-Entwicklung (2008-2010)

MDC	Partition	2010			2008 - 2010		Indexwerte in % und in 1.000 Case-Mix-Punkten									
		Fallzahl (in 1.000)	Fallanteil (in 1.000)	Case-Mix (in 1.000)	Case-Mix- Anteil	$\Delta$ CM (in 1.000)	$\Delta$ CM in %	FZ-Index	BR-Index	Intra- ADRG- Index	Inter- ADRG- Index	Intra- Partition- Index	Inter- Partition- Index	Intra- MDC- Index	Inter- MDC- Index	
Gesamt		17.374	100,0%	18.759	100,0%	954	5,4%	3,0%	-1,4%	1,0%	1,2%	-	0,9%	0,5%	166	
		135	0,8%	1.633	8,7%	158	10,7%	10,0%	-0,3%	-0,2%	1,8%	-	0,9%	0,9%	99	
		119	0,7%	1.602	8,5%	154	10,7%	9,2%	-0,3%	-0,3%	1,9%	-	0,9%	0,9%	111	
Prä-MDC	operative	3	0,0%	8	0,0%	0	2,2%	4,3%	-2,3%	0,3%	0,0%	-	0,0%	0,0%	0	
	andere	14	0,1%	23	0,1%	4	19,6%	19,7%	-1,4%	1,7%	-0,4%	-	0,0%	0,0%	0	
	medizinische	1.372	7,9%	1.438	7,7%	74	5,4%	2,9%	-1,5%	2,6%	0,4%	-	1,1%	0,4%	15	
01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	operative	150	0,9%	377	2,0%	29	8,4%	5,4%	-1,0%	0,4%	3,4%	-	3,4%	3,4%	12	
	andere	57	0,3%	129	0,7%	16	14,2%	14,9%	-1,1%	0,7%	-0,2%	-	0,0%	0,0%	0	
	medizinische	1.165	6,7%	932	5,0%	29	3,2%	2,0%	-1,7%	3,7%	-0,7%	-	0,0%	0,0%	0	
02 Krankheiten und Störungen des Auges	operative	369	2,1%	218	1,2%	7	3,2%	4,2%	-2,5%	0,2%	2,0%	-	-0,5%	2,0%	4	
	andere	274	1,6%	179	1,0%	5	2,8%	2,5%	-2,2%	0,2%	2,3%	-	2,3%	2,3%	1	
	medizinische	95	0,5%	39	0,2%	2	5,3%	9,4%	-4,0%	0,0%	0,2%	-	0,2%	0,2%	0	
03 Krankheiten und Störungen des Mundes und des Halses	operative	799	4,6%	580	3,1%	10	1,7%	1,0%	-1,2%	0,1%	1,9%	-	0,0%	1,9%	0	
	andere	481	2,8%	432	2,3%	11	2,5%	0,9%	-0,9%	0,2%	2,3%	-	2,3%	2,3%	0	
	medizinische	11	0,1%	6	0,0%	0	5,2%	6,9%	-1,6%	0,0%	0,0%	-	0,0%	0,0%	0	
04 Krankheiten und Störungen der Atemorgane	operative	307	1,8%	142	0,8%	-1	-0,8%	0,9%	-2,0%	-0,4%	0,7%	-	0,7%	0,7%	1	
	andere	1.251	7,2%	1.123	6,0%	74	7,1%	4,8%	-1,9%	1,3%	0,6%	-	2,0%	0,6%	22	
	medizinische	97	0,6%	237	1,3%	25	11,7%	14,6%	-1,5%	0,7%	-1,7%	-	-1,7%	-1,7%	0	
		27	0,2%	65	0,3%	13	25,3%	27,2%	-1,8%	0,5%	-0,3%	-	-0,3%	-0,3%	0	
		1.128	6,5%	821	4,4%	36	4,6%	3,7%	-2,0%	1,6%	1,3%	-	1,3%	1,3%	11	

Quelle: IGES

Tabelle 52: Komponentenzzerlegung der Case-Mix-Entwicklung (2008-2010); Fortsetzung (II)

MDC	Partition	2010			2008 - 2010		Indexwerte in % und in 1.000 Case-Mix-Punkten											
		Fallzahl (in 1.000)	Fallanteil (in 1.000)	Case-Mix- Anteil (in 1.000)	Δ CM (in 1.000)	in %	FZ-Index	BR-Index	Intra- ADR- Index	Inter- ADR- Index	Inter- ADR- Index	Intra- Partition- Index	Partition- Index	Inter- Partition- Index	Partition- Index	Intra- MDC- Index	Inter- MDC- Index	
05	Störungen des Kreislaufsystems	2.644	15,2%	3.172	16,9%	216	7,3%	3,2%	97	-1,7%	50	1,7%	2,0%	60	2,0%	60		
		848	4,9%	1.926	10,3%	196	11,3%	7,5%	133	-1,2%	28	1,6%	3,2%	58	3,2%			
		316	1,8%	313	1,7%	29	10,1%	8,6%	25	-0,8%	3	1,1%	1,1%	3				
06	Störungen der Verdauungsorgane	1.479	8,5%	934	5,0%	-9	-0,9%	-0,1%	-1	-2,7%	19	2,0%	0,0%	0				
		2.082	12,0%	1.781	9,5%	-16	-0,9%	-0,3%	-5	-1,9%	3	0,2%	1,0%	18	0,2%	3		
		727	4,2%	1.044	5,6%	-9	-0,8%	-0,7%	-7	-1,5%	1	0,1%	1,2%	12				
07	Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	152	0,9%	173	0,9%	9	5,4%	5,1%	8	-1,7%	0	0,0%	2,0%	3				
		1.203	6,9%	564	3,0%	-16	-2,8%	-0,7%	-4	-2,7%	2	0,3%	0,3%	2				
		528	3,0%	593	3,2%	19	3,2%	2,8%	16	-1,9%	7	1,3%	0,9%	5	0,1%	1		
08	Störungen an Muskel-Skelett- System und Bindegewebe	106	0,6%	109	0,6%	10	10,5%	9,0%	9	-2,6%	4	3,8%	0,3%	0				
		215	1,2%	172	0,9%	1	0,4%	0,4%	1	-2,8%	1	0,8%	2,0%	3				
		2.684	15,4%	3.643	19,4%	288	8,6%	7,8%	261	-1,3%	28	0,8%	1,3%	44	0,0%	-1		
09	Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	73	0,4%	123	0,7%	22	21,4%	22,7%	23	-0,7%	0	0,0%	-0,4%	0				
		747	4,3%	485	2,6%	25	5,4%	8,0%	36	-2,1%	0	-0,1%	-0,2%	-1				
		756	4,3%	622	3,3%	26	4,3%	3,7%	22	-2,1%	7	1,1%	1,4%	8	0,2%	1		
09	Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	371	2,1%	407	2,2%	21	5,3%	4,3%	17	-2,4%	3	0,7%	2,7%	11				
		385	2,2%	215	1,1%	5	2,4%	3,1%	6	-1,5%	4	1,9%	-1,0%	-2				

Quelle: IGES

Tabelle 53: Komponentenzzerlegung der Case-Mix-Entwicklung (2008-2010); Fortsetzung (III)

MDC	Partition	2010			2008 - 2010		Indexwerte in % und in 1.000 Case-Mix-Punkten									
		Fallzahl (in 1.000)	Fallanteil (in 1.000)	Case-Mix (in 1.000)	Case-Mix- Anteil	$\Delta$ CM (in 1.000)	$\Delta$ CM in %	FZ-Index	BR-Index	Intra- ADR- Index	Inter- ADR- Index	ADR- Index	Partition- Index	Intra- Partition- Index	MDC- Inter- Index	MDC- Index
10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	492	2,8%	490	2,6%	14	3,0%	3,1%	-1,4%	1,1%	1,1%	-	1,6%	-1,2%	-	-6
		182	1,0%	254	1,4%	-1	-0,3%	-3,7%	-1,1%	1,1%	3,5%	3,5%	8	-	-	8
		5	0,0%	10	0,1%	3	47,9%	50,1%	-1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0	0	0	0
11	Harnorgane und Störungen der Krankheiten	305	1,8%	226	1,2%	12	5,6%	7,0%	-1,7%	1,1%	-0,7%	-	1,1%	-0,4%	-	-2
		786	4,5%	673	3,6%	46	7,3%	6,3%	-1,6%	1,7%	0,6%	0,6%	1,1%	7	7	-2
		295	1,7%	351	1,9%	19	5,8%	4,9%	-1,4%	1,6%	10,4%	10,4%	2	2	2	2
12	Krankheiten & Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	46	0,3%	34	0,2%	2	5,9%	-0,6%	-3,2%	-0,3%	0,3%	0,3%	0	0	0	0
		446	2,6%	288	1,5%	25	9,3%	8,1%	-1,6%	2,0%	0,8%	0,8%	2	2	2	2
		244	1,4%	243	1,3%	-9	-3,7%	-2,4%	-0,9%	0,6%	-	-	-0,8%	-2	-2	0
13	Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane	170	1,0%	207	1,1%	-9	-4,0%	-2,7%	-0,7%	0,4%	-0,9%	-	-	-	-	0
		74	0,4%	36	0,2%	-1	-2,4%	-1,7%	-2,0%	1,7%	-0,3%	-0,3%	0	0	0	0
		440	2,5%	440	2,3%	-8	-1,9%	-3,1%	-0,9%	1,0%	1,3%	1,3%	5	5	5	0
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	368	2,1%	406	2,2%	-7	-1,7%	-2,9%	-0,8%	0,7%	0,0%	0,0%	1,1%	0,1%	0,1%	0
		71	0,4%	34	0,2%	-1	-3,4%	-4,1%	-2,1%	3,7%	-0,8%	-0,8%	0	0	0	0
		934	5,4%	538	2,9%	1	0,2%	-0,4%	-0,5%	0,7%	-	-	-0,1%	0,5%	0,5%	3
15	Neugeborene	249	1,4%	234	1,2%	5	2,2%	1,8%	-0,6%	1,0%	0,1%	0,1%	0	0	0	0
		30	0,2%	11	0,1%	-1	-7,5%	-8,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0	0	0	0
		655	3,8%	293	1,6%	-3	-1,0%	-0,8%	-0,4%	0,5%	-0,2%	-0,2%	-1	-1	-1	-1
15	Neugeborene	703	4,0%	492	2,6%	10	2,1%	-0,6%	-0,6%	-0,1%	-	-	1,9%	1,5%	1,5%	7
		10	0,1%	101	0,5%	7	7,7%	7,4%	-1,8%	1,4%	0,7%	0,7%	1	1	1	1
		694	4,0%	390	2,1%	3	0,8%	-0,7%	-0,3%	-0,4%	2,2%	2,2%	-2	-2	-2	8

Quelle:

IGES

Tabelle 54: Komponentenzzerlegung der Case-Mix-Entwicklung (2008-2010)  
Fortsetzung (IV)

MDC	Partition	2010				2008 - 2010		Indexwerte in % und in 1.000 Case-Mix-Punkten									
		Fallzahl (in 1.000)	Fallanteil (in 1.000)	Case-Mix (in 1.000)	Case-Mix- Anteil	Δ CM (in 1.000)	in % Δ CM	FZ-Index	BR-Index	Intra- ADRG- Index	Inter- ADRG- Index	ADRG- Index	Intra- Partition- Index	Inter- Partition- Index	Intra- MDC- Index	Inter- MDC- Index	
16	Krankheiten des Blutes; blutbildenden Organe; Immunsystem	140	0,8%	118	0,6%	2	1,6%	2,0%	-2,1%	1,1%	-	0,3%	0,3%	0	0		
		18	0,1%	24	0,1%	1	4,0%	5,7%	-2,7%	0,2%	0,9%	-	-	-	-		
17	Hämato- logische und solide Neu- bildungen	122	0,7%	93	0,5%	1	1,0%	1,5%	-1,9%	1,3%	0,2%	-	-	-	-		
		185	1,1%	279	1,5%	7	2,6%	-0,6%	-1,9%	3,1%	-	1,3%	0,7%	2	2		
18A	HIV	35	0,2%	84	0,4%	4	4,5%	4,6%	-2,3%	0,9%	1,4%	-	-	-	-		
		150	0,9%	195	1,0%	3	1,8%	-1,7%	-1,7%	4,0%	1,3%	-	-	-	-		
18B	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	5	0,0%	8	0,0%	0	-5,1%	-7,1%	0,5%	2,2%	-	-0,8%	0,3%	0	0		
		0	0,0%	1	0,0%	0	-4,8%	-2,8%	-2,1%	0,0%	0,0%	-	-	-	-		
18C	Psychische Krankheiten und Störungen	4	0,0%	7	0,0%	0	-5,1%	-7,6%	1,0%	2,6%	-0,9%	-	-	-	-		
		182	1,0%	217	1,2%	24	12,7%	8,2%	-1,2%	2,2%	-	2,5%	0,5%	1	1		
19	Alkohol- gebrauch und andere	25	0,1%	62	0,3%	7	13,6%	11,7%	-1,0%	1,3%	1,3%	-	-	-	-		
		157	0,9%	154	0,8%	17	12,3%	7,7%	-1,3%	2,5%	3,0%	-	-	-	-		
20	andere	80	0,5%	43	0,2%	-3	-6,0%	-2,1%	-2,6%	0,0%	-	-1,5%	0,1%	0	0		
		1	0,0%	1	0,0%	0	3,3%	4,4%	-1,1%	0,0%	0,0%	-	-	-	-		
20	andere	79	0,5%	41	0,2%	-3	-6,3%	-2,2%	-2,7%	0,0%	-1,5%	-	-	-	-		
		163	0,9%	56	0,3%	-1	-2,1%	2,4%	-2,8%	-2,4%	-	0,2%	0,6%	0	0		
20	andere	7	0,0%	7	0,0%	1	7,8%	10,4%	-2,3%	0,0%	0,0%	-	-	-	-		
		156	0,9%	49	0,3%	-2	-3,4%	2,0%	-2,9%	-2,7%	0,2%	-	-	-	-		

Quelle: IGES



Tabelle 55: Komponentenerlegung der Case-Mix-Entwicklung (2008-2010); Fortsetzung (V)

MDC	Partition	2010				2008 - 2010		Indexwerte in % und in 1.000 Case-Mix-Punkten								
		Fallzahl (in 1.000)	Fallanteil (in 1.000)	Case-Mix (in 1.000)	Case-Mix- Anteil	Δ CM (in 1.000)	in %	FZ-Index	BR-Index	Intra- ADR- Index	Inter- ADR- Index	Intra- ADR- Index	Inter- ADR- Index	Partition- Index	Intra- MDC- Index	Inter- MDC- Index
21A	Polytrauma	12	0,1%	62	0,3%	0	-0,2%	0,7%	0,3%	-0,3%	-	-	-0,3%	-0,3%	-0,6%	0
		8	0,0%	56	0,3%	0	-0,2%	-0,1%	0,5%	-0,3%	-0,4%	-	-0,4%	0	0	0
		4	0,0%	6	0,0%	0	0,2%	2,3%	-1,9%	0,1%	-0,2%	-	-0,2%	0	0	0
21B	Medikamenten Wirkungen von toxische Verätzungen, Vergiftungen,	237	1,4%	133	0,7%	3	2,5%	0,9%	-1,5%	1,6%	-	-	1,6%	0,0%	1,5%	2
		55	0,3%	70	0,4%	5	7,3%	5,1%	-1,2%	3,1%	0,3%	-	0,3%	0	0	2
22	Verben- nungen	182	1,0%	63	0,3%	-1	-2,3%	-0,3%	-1,8%	0,0%	-0,3%	-	-0,3%	0	0	0
		13	0,1%	22	0,1%	3	14,0%	5,8%	-1,3%	-2,4%	-	-	2,4%	0	9,2%	2
		5	0,0%	17	0,1%	3	20,8%	21,3%	-1,4%	-3,1%	4,2%	-	-	0	0	2
23	Insprunahmen und andere stand beeinflussen, Gesundheitszu- faktoren, die	8	0,0%	5	0,0%	0	-5,5%	-1,3%	-1,2%	-0,4%	-2,7%	-	-	0	0	0
		90	0,5%	42	0,2%	3	8,3%	6,5%	-2,4%	1,7%	-	-	0,5%	0	1,9%	1
		4	0,0%	5	0,0%	0	3,9%	2,9%	-2,4%	1,9%	1,6%	-	-	0	0	0
23	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	1	0,0%	2	0,0%	1	154,5%	155,9%	-0,5%	0,0%	0,0%	-	-	0	0	0
		84	0,5%	35	0,2%	2	5,1%	5,5%	-2,5%	1,8%	0,4%	-	-	0	0	0
		46	0,3%	99	0,5%	7	7,4%	8,6%	-1,5%	0,4%	-	-	-0,2%	0	0,2%	0
23	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	46	0,3%	99	0,5%	7	7,4%	8,8%	-1,5%	0,4%	-	-	-0,2%	0	0	0
		0	0,0%	0	0,0%	0	-16,2%	-13,4%	0,1%	0,0%	-3,4%	-	-	0	0	0

Quelle: IGES

### 4.4.3.2 Basis-DRGs und G-DRGs

Von den insgesamt 1.195 vollstationären G-DRGs<sup>150</sup> des G-DRG-Systems 2010 waren 1.154 G-DRGs bundeseinheitlich bewertet und 41 krankenhaushausindividuell zu vereinbaren. Diese beiden Entgeltarten werden bei den Analysen zur Fallzahl und zur Verweildauer gemeinsam betrachtet. Einbezogen werden ausschließlich G-DRGs bzw. Basis-DRGs, die in allen Jahren des Untersuchungszeitraums besetzt waren.<sup>151</sup>

Abbildung 68<sup>152</sup> stellt die Verteilung der Fallzahl der Basis-DRGs im Jahr 2010 und die relative jahresdurchschnittliche Veränderung der Fallzahl im Zeitraum 2008 bis 2010 dar. Die Entwicklung auf Ebene der MDCs wurde bereits in Abschnitt 4.4.3.1 analysiert. Innerhalb der MDC 05 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems [„F-DRGs“]) zeigt sich eine Zunahme der Fallzahl in der operativen Partition, durchgängig in der anderen Partition und regelmäßig auch in der medizinischen Partition, wobei es hier in den Basis-DRGs F72 (Instabile Angina pectoris) und F66 (Koronararteriosklerose) auch zu deutlichen Verringerungen der Fallzahl kam. In Verbindung mit den Ergebnissen der Komponentenerlegung (vgl. 4.4.3.1.1) ist eine Verschiebung dieser Fälle in andere DRGs insbesondere der anderen und der operativen Partition aufgrund anderer Diagnose- /Behandlungsverfahren wahrscheinlich.

<sup>150</sup> Zusätzlich existieren 5 teilstationäre G-DRGs: A90A (Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung), A90B (Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung), L90A (Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre), L90B (Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse) und die bundeseinheitlich bewertete DRG L90C (Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse)

<sup>151</sup> Lediglich die beiden G-DRGs A22Z (Korrekturingriff bei Doppelfehlbildung) und H37Z (Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas) mit sehr geringen Besetzungshäufigkeiten (2 bzw. 5 Fälle) wurden nicht in allen drei Jahren (2008 bis 2010) angesteuert.

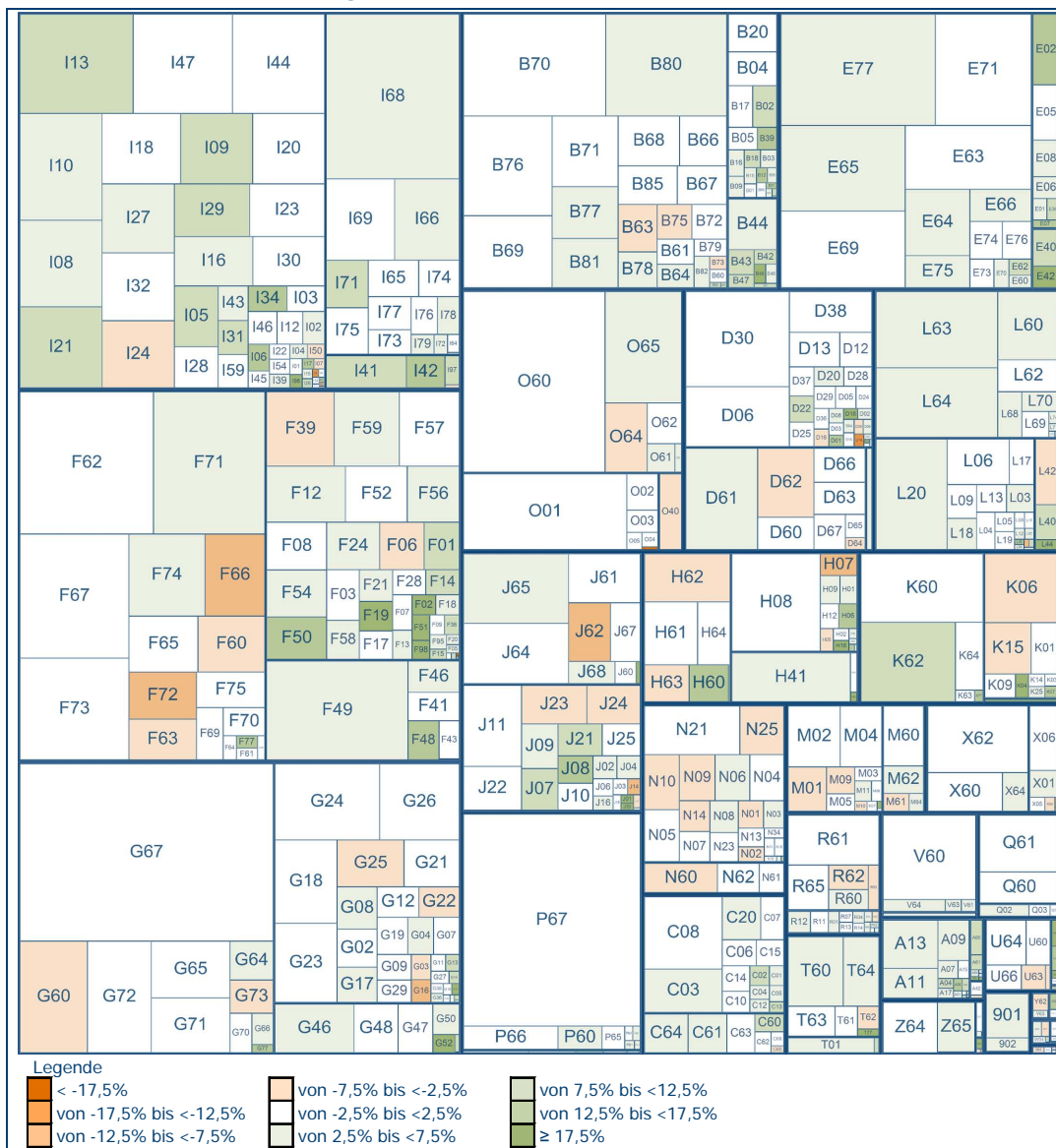
<sup>152</sup> Die Darstellung erfolgt im Folgenden anhand von Tree-Map-Graphiken. Eine Tree-Map dient der Visualisierung hierarchischer Strukturen, die durch ineinander verschachtelte Rechtecke dargestellt werden. Jeder Endpunkt der Hierarchiestruktur hat eine zu einer Variablen der Daten proportionale Fläche. Damit können anschaulich Größenverhältnisse dargestellt werden, indem die Fläche der Rechtecke proportional zur Größe der darzustellenden Dateneinheit gewählt wird. Zusätzlich wird eine weitere Variable (hier immer die relative Veränderung einer Größe im Untersuchungszeitraum) anhand einer Farbskala dargestellt (Heat-Map). Im Falle des G-DRG-Systems erfolgt die hierarchische Darstellung anhand der G-DRG, der Basis-DRG, der Partition und der MDC (vgl. zur Visualisierung von Kennzahlen in Patientenklassifikationssystemen (Fischer 2008; Tufte 2001)).

Sehr deutliche Fallzahlsteigerungen zeigen sich ebenso in vielen operativen, aber auch konservativen Basis-DRGs der MDC 08 (Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe [„I-DRGs“]).

Deutliche Fallzahlrückgänge zeigen sich z. B. in der J62 (Bösartige Neubildungen der Mamma) und in nahezu allen Basis-DRGs der MDC 13 (Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane).

Insgesamt zeigt sich ein heterogenes Spektrum der Fallzahlveränderungen, allerdings mit einer deutlichen Tendenz zu Fallzahlsteigerungen im Zeitraum 2006 bis 2008 in nahezu allen MDCs.

Abbildung 68: Fallzahl (2010) und jahresdurchschnittliche relative Fallzahlveränderung (2008-2010) nach Basis-DRGs; (n=589 Basis-DRGs)



Quelle: IGES

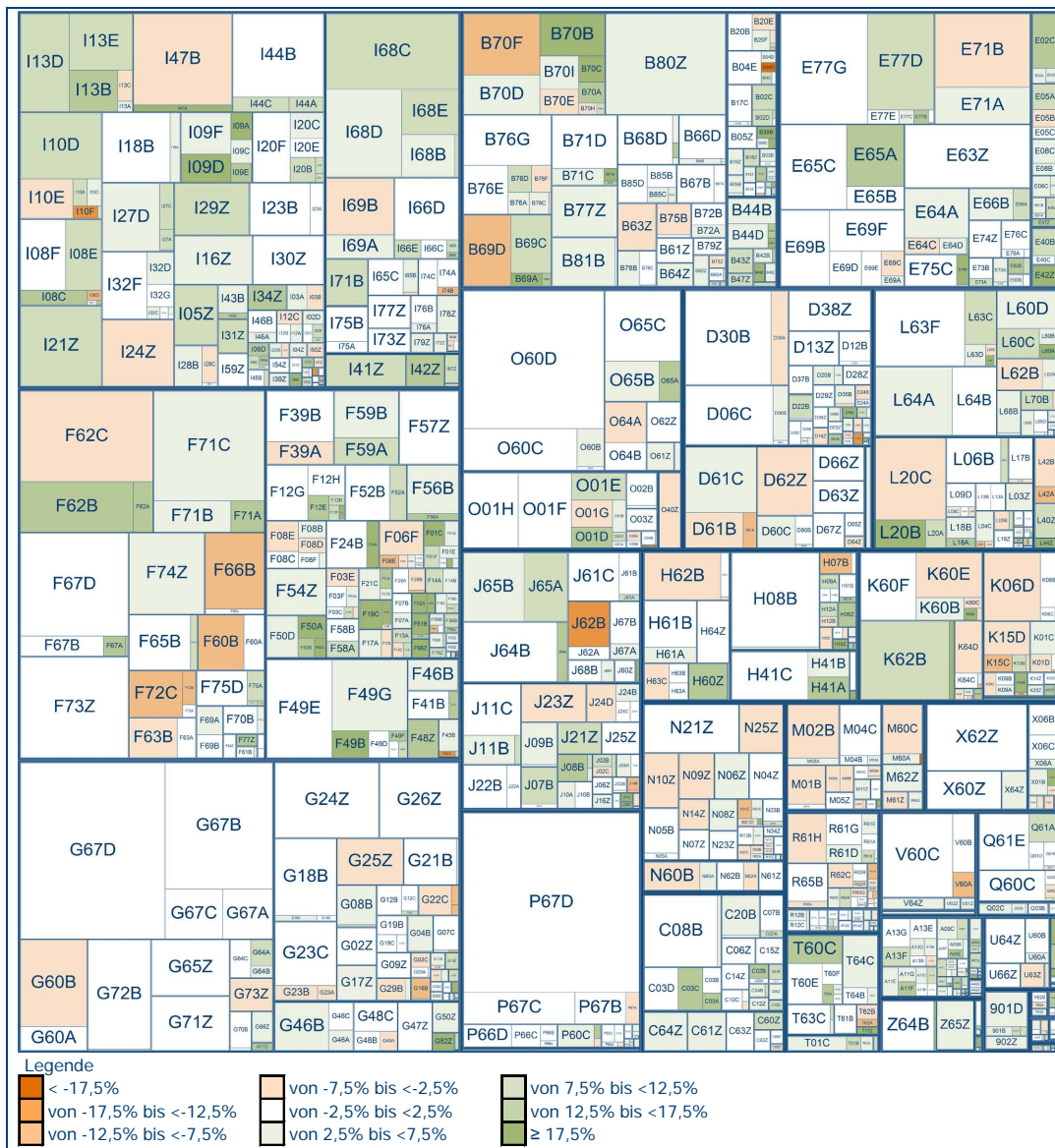
Die Verteilung der Fallzahl der G-DRGs im Jahr 2010 und die relative jahresdurchschnittliche Veränderung der Fallzahl im Zeitraum 2008 bis 2010 stellt Abbildung 69 dar. Die auf Ebene der Basis-DRGs beschriebenen Entwicklungen stellen sich hier wesentlich kleinteiliger dar.

Die deutlichste absolute Fallzahlzunahme zeigte sich in den G-DRGs I68C (Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag ...) und I21Z (Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk und Femur oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm) mit jahresdurchschnittlich jeweils 11 Tsd. Fällen und in der G-DRG F62B (Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, ohne Dialyse, ohne Reanimation, ohne komplizierende Diagnose) mit jahresdurchschnittlich 10 Tsd. Fällen.

Der deutlichste Fallzahlrückgang zeigte sich in den G-DRGs B70F (Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose, ohne systemische Thrombolyse) und F62C (Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC) mit jahresdurchschnittlich 11 Tsd. Fällen. Für beide G-DRGs sind Verlagerungen in korrespondierende G-DRGs innerhalb derselben Basis-DRGs wahrscheinlich.

Insgesamt kam es im Zeitraum 2008 bis 2010 bei 349 der 1.193 G-DRGs zu einem Fallzahlrückgang um insgesamt jahresdurchschnittlich 212 Tsd. Fälle und bei 797 G-DRGs zu einer Zunahme um jahresdurchschnittlich insgesamt 467 Tsd. Fälle.

Abbildung 69: Fallzahl (2010) und jahresdurchschnittliche relative Fallzahlveränderung (2008-2010) nach G-DRGs; (n=1.193 G-DRGs)



Quelle: IGES

Die Verteilung des Case-Mix auf die Basis-DRGs im Jahr 2010 und die relative jahresdurchschnittliche Veränderung des Case-Mix im Zeitraum 2008 bis 2010 stellt Abbildung 70 dar. Die im Rahmen der Komponentenzerlegung dargestellte deutliche Zunahme des Case-Mix innerhalb der MDCs 08 („I-DRGs“), 05 („F-DRGs“) und der Prä-MDC („A-DRGs“) zeigt sich hier für nahezu alle Basis-DRGs. Die deutlichsten Case-Mix-Zuwächse zeigten sich insbesondere in den operativen Partitionen dieser MDCs, aber auch in anderen Partitionen für die meisten Basis-DRGs.

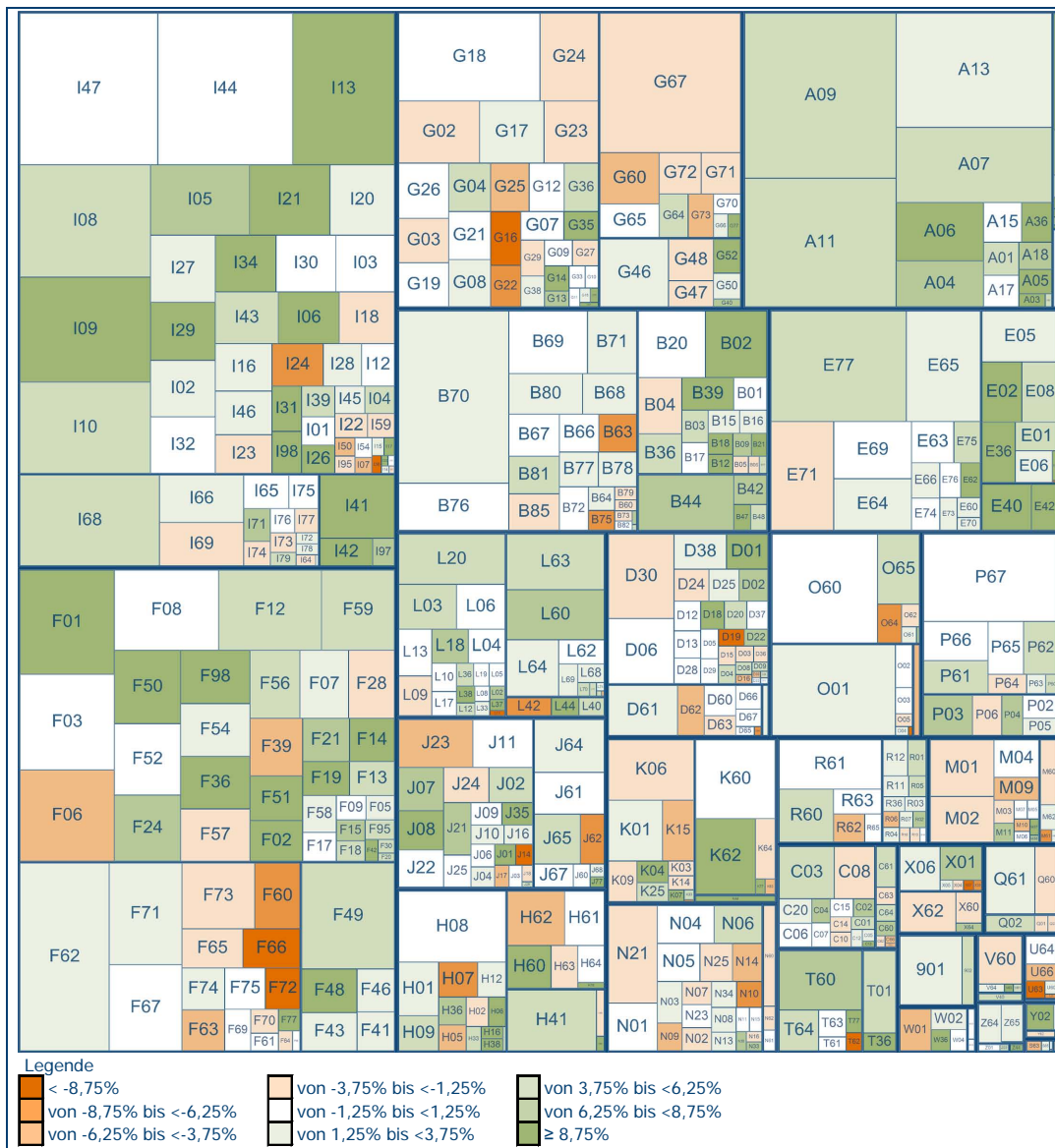
Die deutlichsten Case-Mix-Zuwächse zeigten sich für die Basis-DRGs I09 (Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule), F98 (Endovaskuläre Implantation

eines Herzklappenersatzes oder transapikaler Aortenklappenersatz) und A09<sup>153</sup> (Beatmung > 499 und < 1000 Stunden) mit einem jahresdurchschnittlichen Zuwachs in Höhe von 24 Tsd. bis 26 Tsd. Case-Mix-Punkten. Mit einer jahresdurchschnittlichen Zuwachsrate des Case-Mix in Höhe von 100% war auch die relative Case-Mix-Zunahme in der Basis-DRG F98 außerordentlich hoch.

---

<sup>153</sup> Ein ähnlich hoher Zuwachs zeigte sich in dieser Basis-DRG bereits im Zeitraum 2006 bis 2008 (diese Basis-DRG ist über die G-DRG-Systeme 2008 und 2010 hinweg weitgehend vergleichbar).

Abbildung 70: Case-Mix (2010) und jahresdurchschnittliche relative CM-Veränderung (2008-2010) nach Basis-DRGs; (n=555 Basis-DRGs)



Quelle: IGES

Die auf Ebene der Basis-DRG beschriebenen Entwicklungen stellen sich bei Betrachtung der einzelnen G-DRGs differenzierter dar (vgl. Abbildung 71).

Der deutlichste Case-Mix-Zuwachs zeigte sich für die G-DRGs F98Z (Endovaskuläre Implantation eines Herzklappenersatzes oder transapikaler Aortenklappenersatz) mit jahresdurchschnittlich 25 Tsd. Case-Mix-Punkten, B70B (Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus) mit jahresdurchschnittlich 16 Tsd. Case-Mix-Punkten und F62B (Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst

schweren CC, ohne Dialyse, ohne Reanimation, ohne komplizierende Diagnose) mit jahresdurchschnittlich 12 Tsd. Case-Mix-Punkten.

Die stärkste Verringerung der Case-Mix-Punkte zeigte sich mit jahresdurchschnittlich 12 Tsd. Case-Mix-Punkten in der G-DRG B70F<sup>154</sup> (Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose, ohne systemische Thrombolyse).

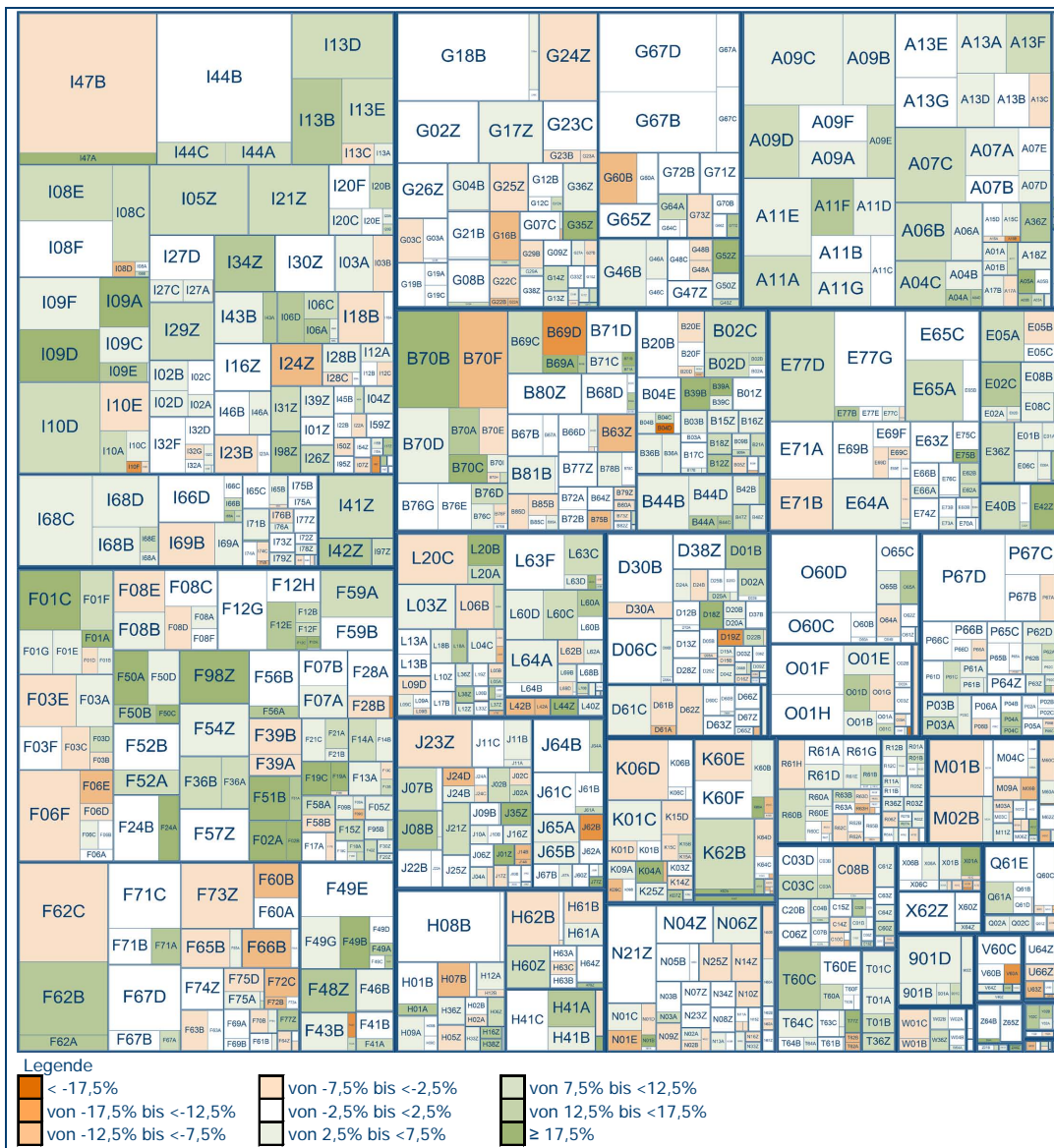
Deutliche Verringerungen des Case-Mix zeigten sich zudem auch in der G-DRG F62C (Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC) und der G-DRG I47B (Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff) mit jeweils jahresdurchschnittlich 10 Tsd. Case-Mix-Punkten. In der G-DRG I47A (Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff) zeigte sich hingegen ein Case-Mix-Zuwachs in identischer Höhe.

---

<sup>154</sup> Ein ähnlich hoher Rückgang zeigte sich in dieser G-DRG bereits im Zeitraum 2006 bis 2008 (diese G-DRG ist über die G-DRG-Systeme 2008 und 2010 hinweg weitgehend vergleichbar).



Abbildung 71: Case-Mix (2010) und jahresdurchschnittliche relative CM-Veränderung (2008-2010) nach G-DRGs; (n=1.152 G-DRGs)



Quelle: IGES

Relativ homogen stellt sich hingegen im Untersuchungszeitraum die Veränderung der jahresdurchschnittlichen Verweildauer dar, die in einem Großteil der Basis-DRGs (76%) zwischen 1% und 7% abnimmt. Insgesamt hat sich die Anzahl der Belegungstage in 511 Basis-DRGs aufgrund der Reduktion der

Verweildauer um 7,6 Mio. Tage reduziert und ist in lediglich 70 Basis-DRGs um insgesamt 95 Tsd. Belegungstage angestiegen.<sup>155</sup>

Diese Entwicklung stellt sich etwas schwächer in den Basis-DRGs der MDC 15 (Neugeborene [„P-DRGs“])<sup>156</sup> und insbesondere in der Prä-MDC [„A-DRGs“]<sup>157</sup> dar (vgl. Abbildung 72). Die Größe der Rechtecke im Diagramm entspricht hier der Anzahl der Belegungstage der Basis-DRGs.

Bei insgesamt 68 Basis-DRGs kam es auch zu einer, in der Regel geringen Erhöhung der Verweildauer im Zeitraum 2008 bis 2010.

In der Basis-DRG J62 (Bösartige Neubildungen der Mamma)<sup>158</sup> führte der Anstieg der Verweildauer wie bereits im Zeitraum 2006 bis 2008 mit jahresdurchschnittlich 4,2% zu der deutlichsten Erhöhung der Anzahl der Belegungstage.

---

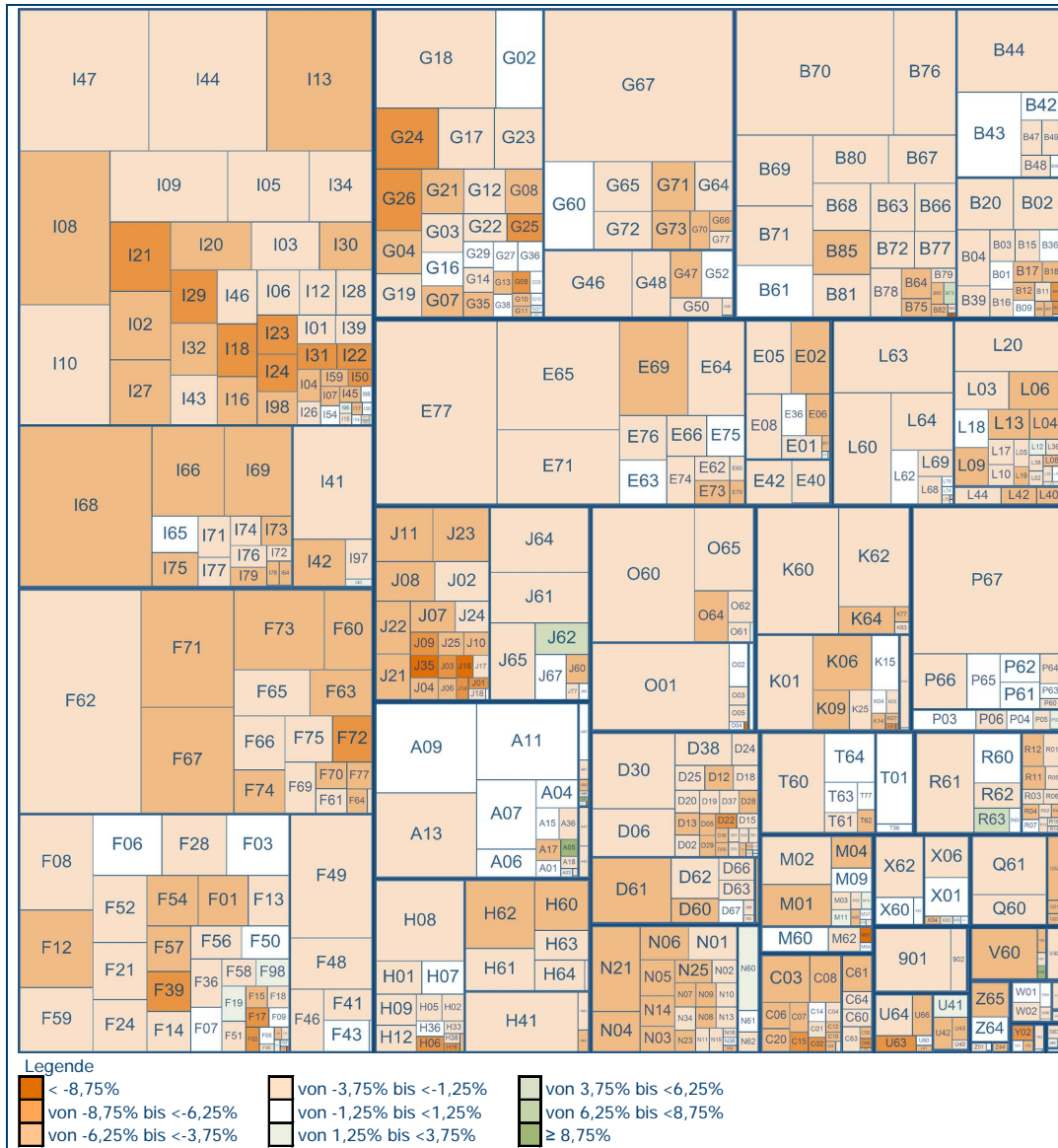
<sup>155</sup> Simuliert basierend auf der Leistungsmenge und der Leistungsstruktur des Jahres 2010.

<sup>156</sup> Insbesondere bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem sehr niedrigen Geburtsgewicht.

<sup>157</sup> Ein Großteil der Fälle in dieser MDC stellen Fälle mit einer Langzeitbeatmung dar.

<sup>158</sup> Diese Basis-DRG ist über die G-DRG-Systeme 2008 und 2010 hinweg weitgehend vergleichbar.

Abbildung 72: Belegungstage (2010) und jahresdurchschnittliche relative Veränderung der Verweildauer (2008-2010) nach Basis-DRGs; (n=589 Basis-DRGs)



Quelle: IGES

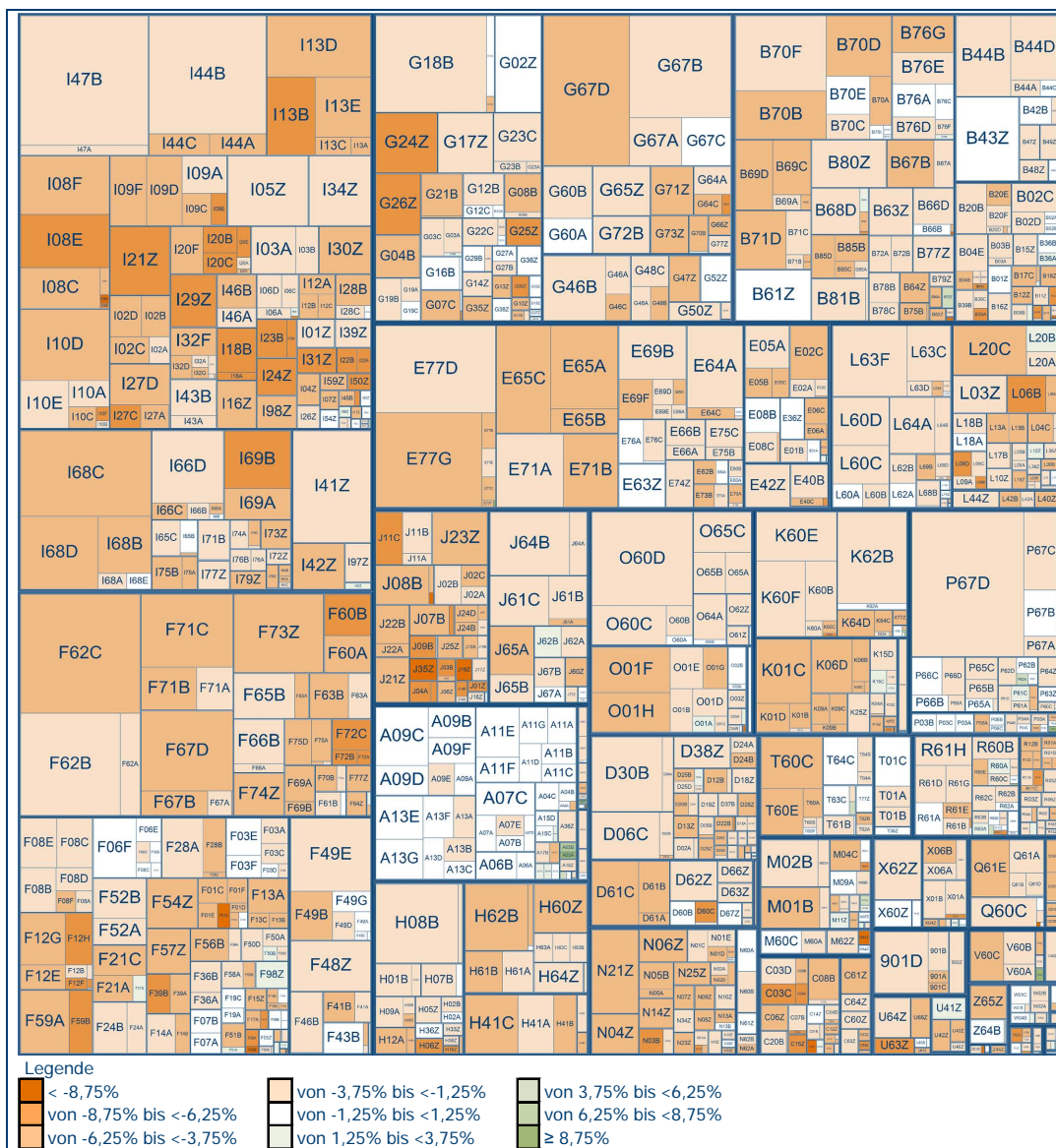
Die Veränderung der jahresdurchschnittlichen Verweildauer auf Ebene der G-DRGs zeigt Abbildung 73. Insgesamt ergibt sich nur bei 138 G-DRGs ein, in der Regel geringer Anstieg der Verweildauer im Untersuchungszeitraum.

Deutliche relevante Verweildauerreduzierungen zeigten sich z. B. in der G-DRG F62C (Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC). Hier zeigten die Analysen bereits eine deutliche Fallzahlverringering, möglicherweise auch bedingt durch Verschiebungen in die G-DRG F62B. Bei einer Verschiebung der schwereren Fälle in eine andere G-DRG könnte die Verweildauerreduzierung dann auch durch eine Verringerung der Fallschwere inner-

halb dieser G-DRG bedingt sein. Deutliche Reduzierungen der Verweildauer fanden sich auch in vielen G-DRGs der operativen Partition der MDC 08 (Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe), in der sehr deutliche Fallzahlsteigerungen zu beobachten waren.

Auch hier entspricht die Größe der Rechtecke im Diagramm der Anzahl der Belegungstage der jeweiligen G-DRG.

Abbildung 73: Belegungstage (2010) und jahresdurchschnittliche relative Veränderung der Verweildauer (2008-2010) nach G-DRGs; (n=1.193 G-DRGs)



Quelle: IGES

### 4.4.3.3 Zusatzentgelte

Der Bereich der Zusatzentgelte unterlag im Untersuchungszeitraum deutlichen Veränderungen. Die Anzahl der Zusatzentgelte hat zwischen 2004 und 2010 von 26 auf 143 zugenommen. Die Anzahl der bundeseinheitlich bewerteten Zusatzentgelte stieg hierbei von einem (das Zusatzentgelt Hämodialyse) im Jahr 2004 auf 81 im Jahr 2010. Die Anzahl der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte erhöhte sich in diesem Zeitraum weniger deutlich von 25 auf 62.<sup>159</sup> Diese deutlichen Strukturveränderungen erschweren eine Zeitreihenbetrachtung. Daher werden im Folgenden nur jene Zusatzentgelte berücksichtigt, die in mindestens 3 Jahren abrechenbar waren.<sup>160</sup>

Insgesamt zeigten sich bei 33 von 38 betrachteten Zusatzentgelte gem. Anlage 2 zum Fallpauschalen-Katalog, die im Jahr 2010 mindestens 1.000 Mal erbracht wurden und die in mindestens zwei zurückliegenden Jahren vergleichbar waren, z. T. deutliche Steigerungsraten. Neben der Gabe von Arzneimitteln und Blutprodukten waren hiervon mit jahresdurchschnittlichen Steigerungsraten von ca. 13% auch die Extrakorporale Photopherese, die Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils) an anderen Lokalisationen sowie der Wirbelkörperersatz betroffen.

Lediglich bei fünf Zusatzentgelten zeigte sich ein Rückgang der Anzahl erbrachter Zusatzentgelte (Gabe von Trastuzumab, Gemcitabin, Paclitaxel, Liposomalem Doxorubicin und Gabe von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten) (vgl. Tabelle 56).

Der starke Anstieg der Anzahl des Zusatzentgeltes Gabe von Erythrozytenkonzentraten im Zeitraum 2005 bis 2006 ist durch eine veränderte Definition

---

<sup>159</sup> Die Anzahl der Zusatzentgelte wurde anhand der ein Zusatzentgelt definierenden OPS-Kodes (Datensatz gem. § 21 KHEntgG) und nicht anhand der abgerechneten Entgelte ermittelt. Es wurden daher lediglich die Zusatzentgelte berücksichtigt, die über OPS-Kodes definiert sind (vgl. auch Abschnitt 3.2.1). Folgende Zusatzentgelte wurden somit nicht erfasst: Versorgung von Schwerstbehinderten, Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Retransplantationen von Organen während desselben stationären Aufenthaltes (nur 2004), Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (2006 und 2007) und Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) in Kombination mit Peritonektomie und ggf. mit Multiviszeralresektion (2007 bis 2010).

<sup>160</sup> Zusatzentgelte, bei denen sich die Definition im Zeitverlauf änderte (aufgrund einer Anpassung der definierenden OPS-Kodes), wurden für die Zeitreihenbetrachtung zusammengefasst sofern die Bezeichnung des Zusatzentgeltes unverändert blieb. Betroffen sind hiervon vorwiegend die Medikamentengaben in niedrigen Dosen (z. B. Gabe von Caspofungin oder von Filgrastim).

des Zusatzentgeltes im Jahr 2006 zu erklären. In ähnlicher Weise trägt die veränderte Definition des Zusatzentgeltes Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten zur deutlichen Steigerung der Anzahl erbrachter Zusatzentgelte im Zeitraum 2007 bis 2008 bei.

Tabelle 56: Anzahl abgerechneter bundeseinheitlich bewerteter Zusatzentgelte (Auswahl) (2004-2010)

Zusatzentgelt*	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Δ p. a.
Adjustierbare Harnkontinenztherapie				672	1.415	880	14%
Extrakorporale Photopherese		6.967	8.144	8.809	10.674	11.295	13%
Gabe von Adalimumab, parenteral			1.335	1.666	1.774	1.885	12%
Gabe von Aldesleukin, parenteral		226	240	106	27	37	-36%
Gabe von Alemtuzumab, parenteral	435	447	386	331	354	332	-5%
Gabe von Antithrombin III, parenteral**	4.285	6.494	6.167	5.626	4.941	4.303	0%
Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten**	23.157	28.099	31.030	51.634	55.195	58.389	20%
Gabe von Bevacizumab, parenteral			6.977	10.337	11.642	12.411	21%
Gabe von Bortezomib, parenteral		1.001	1.451	2.365	3.273	4.018	42%
Gabe von Busulfan, parenteral			171	190	142	185	3%
Gabe von C1-Esteraseinhibitor, parenteral			211	255	280	357	19%
Gabe von Caspofungin, parenteral**	2.866	3.947	5.142	6.331	8.328	10.637	30%
Gabe von Cetuximab, parenteral		4.789	7.762	8.628	9.516	10.151	21%
Gabe von Docetaxel, parenteral**	18.199	19.743	21.525	23.956	24.334	23.730	5%
Gabe von Erythrozytenkonzentraten**	18.815	118.782	127.311	133.593	137.408	141.982	50%
Gabe von Etanercept, parenteral			1.273	1.495	1.439	1.611	8%
Gabe von Filgrastim, parenteral**	6.235	8.903	8.111	8.359	8.282	8.784	7%
Gabe von Gemcitabin, parenteral	5.742	5.694	5.850	5.952	5.715	5.437	-1%
Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral**	11.485	13.396	13.415	15.529	18.929	21.691	14%
Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen, parenteral		194	216	171	206	204	1%
Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus, parenteral			110	83	61	57	-20%
Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus, parenteral**		650	726	636	654	666	1%
Gabe von Imatinib, oral			735	808	769	918	8%
Gabe von Infliximab, parenteral			2.799	3.624	4.113	4.311	15%
Gabe von Irinotecan, parenteral	9.375	12.524	14.737	15.955	14.894	14.527	9%
Gabe von Itraconazol, parenteral			181	158	139	121	-13%
Gabe von Lenograstim, parenteral**	3.076	5.423	6.457	6.636	6.779	6.298	15%
Gabe von Liposomalem Amphotericin B**	2.067	2.437	2.478	2.847	3.102	3.496	11%
Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal			518	574	678	613	6%
Gabe von Liposomalem Doxorubicin, parenteral		2.105	1.751	1.458	1.487	1.706	-5%
Gabe von Oxaliplatin, parenteral**	28.719	32.942	34.863	36.115	533	62	-71%
Gabe von Paclitaxel, parenteral**	18.274	21.460	20.255	19.871	17.706	16.557	-2%
Gabe von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten	4.954	3.573	2.881	2.711	2.674	3.226	-8%
Gabe von Pegfilgrastim, parenteral			4.381	7.188	10.314	13.131	44%
Gabe von Pegyliertem liposomalen Doxorubicin, parenteral			750	1.164	1.309	1.722	32%
Gabe von Pemetrexed, parenteral		2.310	3.279	5.043	8.160	10.184	45%
Gabe von Posaconazol, oral				4.899	5.367	6.001	11%
Gabe von Prothrombinkomplex, parenteral**	8.411	5.751	6.377	7.651	9.273	11.795	7%
Gabe von Rekombinantem aktivierten Protein C, parenteral			500	409	328	324	-13%
Gabe von Rituximab, parenteral	13.237	16.941	19.751	22.624	25.602	29.845	18%
Gabe von Temozolomid, oral			1.536	1.980	2.104	2.355	15%
Gabe von Thrombozytenkonzentraten**	4.217	6.054	6.613	19.151	27.510	29.847	48%

Zusatzentgelt*	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Δ p. a.
Gabe von Topotecan, parenteral**	3.366	4.665	5.422	5.488	4.902	4.911	8%
Gabe von Trastuzumab, parenteral	3.620	4.373	4.585	4.101	3.767	3.525	-1%
Gabe von Voriconazol, oral**	4.201	6.369	6.851	6.915	7.404	7.812	13%
Gabe von Voriconazol, parenteral**	2.793	3.769	4.470	5.672	6.268	6.591	19%
Hydraulische Penisprothesen			271	367	370	407	15%
Künstlicher Blasenschließmuskel	708	866	787	851	968	1.137	10%
LDL-Apherese			622	632	492	306	-21%
Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalssystem				126	151	108	-7%
Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalssystem				556	684	786	19%
Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar				278	341	507	35%
Neurostimulatoren zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar				143	207	266	36%
Palliativmedizinische Komplexbehandlung			16.764	21.382	28.097	34.532	27%
Plasmapherese		3.734	4.045	4.433	4.554	4.997	8%
Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisationen**			10.496	11.450	12.989	14.544	11%
Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate			326	289	300	308	-2%
Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit programmierbarem variablen Tagesprofil			491	634	719	773	16%
Wirbelkörperersatz	2.761	2.924	3.296	3.812	4.457	5.261	14%

Quelle: IGES; InEK

Berücksichtigt wurden lediglich die Zusatzentgelte der Anlage 2 zum Fallpauschalen-Katalog, die im Jahr 2010 und in mindestens zwei zurückliegenden Jahren vergleichbar waren.

\* Im Jahr 2004 existierte nur das ZE Hämodialyse, das nicht in die Auswahl fällt; daher wurde die Spalte 2004 nicht berücksichtigt.

\*\*Veränderung der Leistungsdefinition des ZE im Zeitraum 2004-2010.

Auch bei den krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelten gem. § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG kam es bei 15 der 16 Zusatzentgelte, die im Jahr 2010 mindestens 1.000 Mal erbracht wurden und die in mindestens zwei zurückliegenden Jahren vergleichbar waren, zu Steigerungen. Die Anzahl des Zusatzentgeltes Modulare Endoprothesen stieg besonders deutlich von 3 Tsd. im Jahr 2005 auf 12 Tsd. im Jahr 2010 kontinuierlich um jahresdurchschnittlich 30% an (vgl. Tabelle 57).

Deutliche jahresdurchschnittliche Steigerungsraten bei relevanter Anzahl der Zusatzentgelte lassen sich z. B. auch mit 24% bei der Immunadsorption und mit 48% bei der Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin feststellen.



Tabelle 57: Anzahl abgerechneter krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte (Auswahl) (2004-2010)

Zusatzentgelt	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Δ p. a.
Andere implant. Medikamentenpumpen*		463	409	30	19	14	9	-55%
Andere Penisprothesen				63	48	47	39	-15%
Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung		2.907	3.942	3.847	3.947	3.901	3.535	4%
Autogene / Autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation				910	1.296	1.541	1.620	21%
Beckenimplantate	244	266	306	441	555	812	1.055	28%
Distraktion am Gesichtsschädel		1.028	976	1.005	998	1.027	1.023	0%
ECMO und PECLA				1.306	1.499	1.918	2.374	22%
Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten					351	330	399	7%
Gabe von Alpha-1-Proteinaseinhibitor human, parenteral				65	73	83	78	6%
Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten- Immunglobulin, parenteral					2.318	3.957	5.055	48%
Gabe von Bosentan, oral				990	1.290	1.384	1.563	16%
Gabe von Diboterminalfa, Implantation am Knochen					477	747	889	37%
Gabe von Eptoterminalfa, Implantation am Knochen					353	436	484	17%
Gabe von Gemtuzumab Ozogamicin, parenteral		80	114	125	137	91	59	-6%
Gabe von Granulozytenkonzentraten		156	182	127	119	139	170	2%
Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral				109	100	60	85	-8%
Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral				322	375	359	279	-5%
Gabe von Jod-131-MIBG (Metajodbenzylguanidin), parenteral				55	66	86	96	20%
Gabe von Sargramostim, parenteral		43	95	15	33	14	8	-29%
Hämoperfusion	158	82	118	86	53	57	76	-11%
IABP		9.523	9.856	10.636	11.363	11.468	11.041	3%
Immunadsorption	1.854	1.776	2.419	3.239	4.097	5.585	6.664	24%
Implantation einer Hybridproth. an der Aorta*				101	83	88	234	32%
Implantation eines Wachstumsstents				366	186	160	225	-15%
Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers				6.910	7.380	6.358	5.401	-8%
Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich	153	270	284	376	570	639	760	31%
Isolierte Extremitätenperfusion	655	511	471	628	632	648	652	0%
Komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen			368	409	436	425	421	3%
Leberersatztherapie	825	1.198	1.580	1.398	1.530	1.749	1.887	15%
Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“)	421	514	506	565	707	943	1.272	20%
Mikroaxial-Blutpumpe					171	198	171	0%
Modulare Endoprothesen		3.228	4.517	6.056	8.187	10.388	12.200	30%
Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems			7.019	7.499	7.910	8.824	9.125	7%
Naturheilkundliche Komplexbehandlung*			1.447	1.623	1.806	2.443	3.611	26%

Zusatzentgelt	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Δ p. a.
Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar					164	301	523	79%
Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthalts		86	109	100	89	117	123	7%
Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt				9.886	10.698	12.048	12.483	8%
Sonstige Dialyse*		70.716	75.323	60.390	65.354	45.998	4.339	-43%
Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen, nach In-vitro-Aufbereitung					70	87	42	-23%
Stentgraft-Prothesen bei Aortenaneurysmen, mit Fenestrierung oder Seitenarm*				336	378	508	644	24%
Stentgraft-Prothesen bei Aortenaneurysmen, perkutan-transluminal*		491	489	702	791	854	772	9%
Zellapherese	1.019	433	470	453	376	399	441	-13%
Zwerchfellschrittmacher	9	12	6	5	8	7	7	-4%

Quelle: IGES; InEK

Berücksichtigt wurden lediglich die Zusatzentgelte der Anlage 4 zum Fallpauschalen-Katalog, die im Jahr 2010 und in mindestens zwei zurückliegenden Jahren vergleichbar waren.

\* Veränderung der Leistungsdefinition des ZE im Zeitraum 2004 2010.

Zusatzentgelte werden nahezu ausschließlich in Hauptabteilungen erbracht. Der Anteil der in Belegabteilungen erbrachten Zusatzentgelte an allen erbrachten Zusatzentgelten liegt im Zeitraum 2008 bis 2010, wie schon im Zeitraum 2006 bis 2008, stabil bei 0,6%.<sup>161</sup> Bei vier Zusatzentgelten war der Anteil der in Belegabteilungen erbrachten Zusatzentgelte an allen abgerechneten Zusatzentgelten im Jahr 2010 größer als 10%. Hiervon betroffen waren die Zusatzentgelte Distraktionsmarknagel, motorisiert, Distraction am Gesichtsschädel, Adjustierbare Harnkontinenztherapie und die Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers.

Zusatzentgelte werden in der Regel von Krankenhäusern mit über 1.000 Betten erbracht. 45 der 139 erbrachten Zusatzentgelte im Jahr 2010 wurden zu mehr als 50% von Krankenhäusern in dieser Bettengrößenklasse erbracht und insgesamt 117 der erbrachten Zusatzentgelte wurden zu mehr als 50% von Krankenhäusern mit mehr als 500 Betten erbracht.

Lediglich einzelne Zusatzentgelte weisen ein deutlich anderes Verteilungsmuster hinsichtlich ihrer Häufigkeit nach Bettengrößenklasse der Krankenhäuser auf. So werden drei Zusatzentgelte (Naturheilkundliche Komplexbehandlung,

<sup>161</sup> Auf Belegabteilungen entfallen 4,55% der vollstationären Fälle und 2,5% des Case-Mix (vgl. Abschnitt 4.4.1.3).

Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung, Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems), die im Jahr 2010 mindestens 1.000 Mal erbracht wurden, zu einem Anteil von 100% von Krankenhäusern mit einer Bettengrößenklasse unter 600 Betten erbracht.

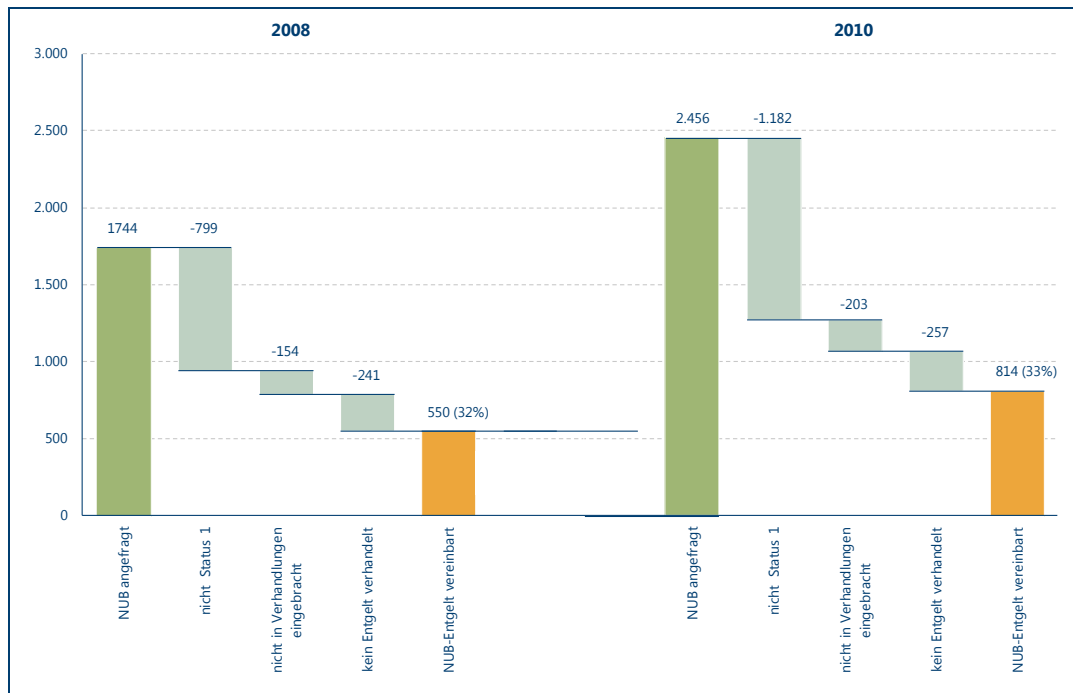
Diese Verteilungsmuster haben sich im Zeitraum 2006 bis 2010 nicht verändert.

#### **4.4.3.4 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)**

Im Rahmen der Krankenhausbefragung wurden die Krankenhäuser nach der Anzahl der beantragten, der mit Status 1 bewerteten (angefragte Methoden/Leistungen, die die Kriterien der NUB-Vereinbarung der Vertragsparteien erfüllen), der in die Entgeltverhandlungen eingebrachten und der vereinbarten Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) gefragt.

Demzufolge hat die Anzahl der angefragten Leistungen/Methoden im Zeitraum 2008 bis 2010 von 1.744 auf 2.456 um jahresdurchschnittlich 19% zugenommen (vgl. Abbildung 74). Im Jahr 2008 wurden 54% und im Jahr 2010 52% der angefragten Leistungen/Methoden mit Status 1 bewertet. Der Anteil der NUBs, die in die Entgeltverhandlungen eingebracht wurden, liegt im Betrachtungszeitraum konstant zwischen 44% und 46% und auch der Anteil der abschließend vereinbarten NUB-Entgelte ist in diesem Zeitraum nahezu stabil bei 32% bis 34% geblieben. Bei der Anzahl der vereinbarten NUB-Entgelte zeigt sich – vorrangig aufgrund der Zunahme der angefragten NUBs – eine Steigerung um 22% p. a. zwischen 2008 und 2010.

Abbildung 74: Anzahl NUB-Anfragen nach NUB-Prozessschritten zur NUB-Entgeltvereinbarung (2008, 2010)



Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=300 Krankenhäuser)

Beim Anteil der Krankenhäuser, die mindestens eine NUB-Anfrage gestellt haben, ist im Zeitraum 2008 bis 2010 eine Zunahme von 38% auf 48% zu verzeichnen (vgl. Tabelle 58). Auch die Anteile der Krankenhäuser, deren angefragte NUBs mit Status 1 bewertet wurden, in die Entgeltverhandlungen eingebracht wurden und für die ein Entgelt vereinbart wurde, sind in diesem Zeitraum kontinuierlich gestiegen.

Tabelle 58: Anteil Krankenhäuser nach NUB-Prozessschritten zur NUB-Entgeltvereinbarung (2008-2010)

Prozessschritte bis zur Entgeltvereinbarung	2008	2009	2010
mindestens eine NUB-Anfrage gestellt	38%	44%	48%
mindestens ein NUB mit Status 1 bewertet	34%	38%	42%
mindestens ein NUB in Entgeltverhandlungen eingebracht	30%	35%	38%
mindestens ein NUB-Entgelt vereinbart	25%	30%	31%

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=300 Krankenhäuser)

Auch bei Betrachtung der Krankenhäuser, deren Angaben aus dem zweiten Forschungszyklus mit denen aus dem dritten Forschungszyklus verknüpft werden konnten und für die somit Angaben zum Zeitraum 2006 bis 2010 vorliegen (vgl. dazu Abschnitt 3.2.2.1), zeigt sich diese Entwicklung. So ist bei diesen Krankenhäusern der Anteil derer, die mindestens eine NUB-Anfrage gestellt haben, von 32% im Jahr 2006 auf 60% im Jahr 2010 deutlich gestiegen (vgl. Tabelle 59). Auch bei den Anteilen der übrigen Verfahrensschritte zeigt

sich von der Bewertung mit Status 1 über das Einbringen in die Entgeltverhandlungen bis zur Vereinbarung eines Entgelts ein deutlicher, kontinuierlicher Anstieg.

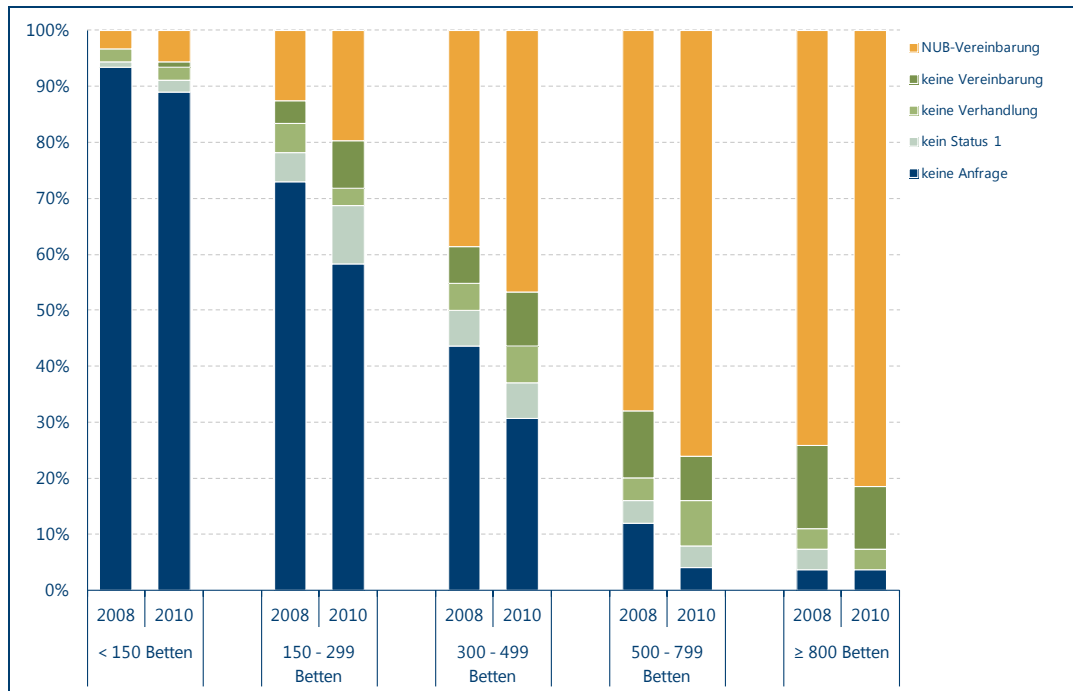
Tabelle 59: Anteil Krankenhäuser nach NUB-Prozessschritten zur NUB-Entgeltvereinbarung (2006-2010)

Prozessschritte bis zur Entgeltvereinbarung	2006	2007	2008	2009	2010
mindestens eine NUB-Anfrage gestellt	32%	40%	47%	54%	60%
mindestens ein NUB mit Status 1 bewertet	28%	35%	43%	46%	51%
mindestens ein NUB in Entgeltverhandlungen eingebracht	26%	29%	38%	43%	48%
mindestens ein NUB-Entgelt vereinbart	20%	24%	32%	38%	40%

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=136 Krankenhäuser)

Eine Differenzierung der Krankenhäuser nach ihrer Bettengrößenklasse zeigt einen mit der Bettengrößenklasse zunehmenden Anteil von Krankenhäusern mit einer NUB-Anfrage und den insgesamt beobachteten Anstieg beim Anteil der Krankenhäuser mit NUB-Anfrage in nahezu allen Bettengrößenklassen (vgl. Abbildung 75). Mit Ausnahme der Krankenhäuser mit mehr als 800 Betten, bei denen der Anteil zwischen 2008 und 2010 unverändert auf einem sehr niedrigen Niveau blieb, ist der Anteil der Krankenhäuser, die keine NUB-Anfrage gestellt haben, im Jahr 2010 verglichen mit dem Jahr 2008 gesunken. Insgesamt zeigt sich in diesem Zeitraum in allen Bettengrößenklassen eine Zunahme beim Anteil der Krankenhäuser, die eine NUB-Vereinbarung getroffen haben.

Abbildung 75: Anteil Krankenhäuser nach NUB-Prozessschritten zur NUB-Entgeltvereinbarung und Bettengrößenklasse der Krankenhäuser (2008, 2010)

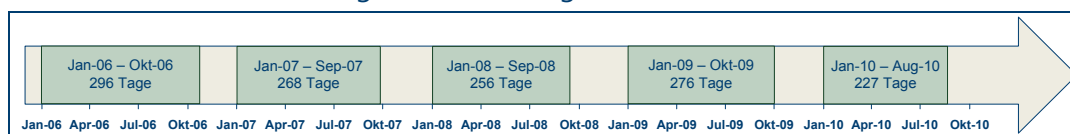


Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=300 Krankenhäuser)

Die Krankenhäuser wurden im Rahmen der Krankenhausbefragung auch zum Zeitpunkt der NUB-Entgeltvereinbarungen befragt. Dabei zeigt sich ein Rückgang des durchschnittlichen Abstands vom Jahresbeginn bis zur Vereinbarung der NUB-Entgelte von 296 Tagen im Jahr 2006 auf 227 Tage im Jahr 2010 (vgl. Abbildung 76).<sup>162</sup> Während die NUB-Entgeltvereinbarungen demzufolge im Jahr 2006 im Durchschnitt Ende Oktober abgeschlossen waren, wurden sie im Jahr 2010 im Durchschnitt Mitte August getroffen.

<sup>162</sup> Die ansonsten kontinuierliche Entwicklung wird lediglich im Jahr 2009 unterbrochen, in dem der durchschnittliche Abstand vom Jahresbeginn bis zur Vereinbarung der NUB-Entgelte 276 Tage beträgt und somit über dem Vorjahreswert liegt.

Abbildung 76: Durchschnittlicher Zeitraum vom Jahresbeginn bis zu einer NUB-Entgeltvereinbarung (2006–2010)



Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=61-102 Krankenhäuser)

Darüber hinaus wurden im Rahmen der Krankenhausbefragung auch die Fallzahlen der wichtigsten erbrachten NUBs der Krankenhäuser erfragt. Der Anteil der Krankenhäuser, die NUB erbracht haben, ist von 21% im Jahr 2008 auf 26% im Jahr 2010 gestiegen (n=286 Krankenhäuser)<sup>163</sup>. Die Fallzahl der von diesen Krankenhäusern erbrachten NUBs schwankt in diesem Zeitraum zwischen insgesamt etwa 3 Tsd. und knapp 5 Tsd..

In Tabelle 60 sind die hinsichtlich der Fallzahl häufigsten 10 NUBs der Jahre 2008 bis 2010 sowie die Anzahl der jeweils erbringenden Krankenhäuser dargestellt. Die höchste Fallzahl zeigt sich im Jahr 2008 für die Fluoreszenzzystoskopie (Photodynamische Diagnostik) HAL mit knapp 800 Fällen, die auch im Jahr 2009 mit über 900 Fällen die höchsten Fallzahlen und in beiden Jahren mit 20 bzw. 26 Krankenhäusern auch die jeweils höchste Anzahl von leistungserbringenden Krankenhäusern aufweist. Im Jahr 2010 entfallen die höchsten Fallzahlen auf koronare medikamentenbeschichtete Ballonkatheter (über 800 Fälle) und das molekulare Monitoring der Resttumorlast (MRD) (über 400 Fälle).

Viele NUBs mit hohen Fallzahlen und einer hohen Anzahl von leistungserbringenden Krankenhäusern, wie etwa die Radiorezeptortherapie mit radio-nuklidmarkierten Somatostatinanaloga, die Gabe des zur Behandlung von systemischen Pilzinfektionen eingesetzten Anidulafungin oder des zur Therapie bei Weichteilsarkomen angewendeten Trabectedin (Ecteinascidin-743), wurden in den Folgejahren als Zusatzentgelt in das G-DRG-System überführt (vgl. Tabelle 60).<sup>164</sup>

<sup>163</sup> Betrachtet wurden hierbei nur mit Status 1 bewertete NUBs, die gem. den vom InEK veröffentlichten Informationen nach § 6 Abs. 2 KHEntgG für die Jahre 2008 bis 2010 in mindestens einem Jahr von mehr als zwei Krankenhäusern angefragt wurden.

<sup>164</sup> Dies zeigt sich auch bei der Betrachtung über das Jahr 2010 hinaus. So haben beispielsweise die Gabe des zur Behandlung von systemischen Pilzinfektionen eingesetzten Micafungin, des Zytostatikums Azacytidin, des zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis eingesetzten Tocilizumab oder koronare medikamentenbeschichtete Ballonkatheter

Tabelle 60: NUB-Fallzahl und Anzahl leistungserbringender Krankenhäuser (2008–2010)

NUB	2008		2009		2010	
	FZ	KH	FZ	KH	FZ	KH
Fluoreszenzzytoskopie (Photodynamische Diagnostik) HAL	775	20	945	26	**	**
Radiozeptortherapie mit radionuklidmarkierten Somatostatinanaloga	390	*	ZE			
Anidulafungin	229	14	526	25	ZE	
Antikörperbeschichteter Koronarstent	219	6	297	4	339	6
Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD)	201	6	331	11	412	15
Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie	153	*	106	4	-	-
Trabectedin (Ecteinascidin-743)	137	5	42	7	ZE	
Palifermin	122	5	ZE			
Transapikaler Herzklappenersatz	97	*	237	6	-	-
Intrakran. endovaskuläre Thrombektomie (Mikrodraht-Retriever)	92	5	106	5	ZE	
Endovaskulärer Herzklappenersatz, perkutan-transluminal und transapikal	81	6	534	12	**	**
Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter	75	*	442	20	-	-
Excimer-Laser-Extraktion v. Schrittmacher- u. Defi.-elektroden	26	4	78	5	170	5
Lenalidomid	23	6	213	11	ZE	
Dasatinib	8	4	54	5	289	8
Azacytidin	***	***	87	6	164	11
Tocilizumab	-	-	38	*	331	6
Micafungin	-	-	*	*	139	9
Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, koronar	-	-	-	-	860	30
Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, nicht koronar	-	-	-	-	268	10
Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, koronar oder nicht koronar	-	-	-	-	222	11

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n= 92 Krankenhäuser)<sup>165</sup>

\* Kein Ausweis, da Angabe  $\leq 3$

\*\* NUB-Status 2 (Angefragte Methoden/Leistungen, welche die Kriterien der NUB-Vereinbarung nicht erfüllen.)

\*\*\* NUB-Status 4 (Die übermittelten Informationen haben die Kriterien der NUB-Vereinbarung nicht ausreichend dargestellt.)

in den Jahren 2011 bzw. 2012 als Zusatzentgelte Eingang in das G-DRG-System gefunden.

<sup>165</sup> In Ausnahmefällen konnten die Angaben einzelner Krankenhäuser nicht berücksichtigt werden, da es sich bei den für die Gabe eines Medikamentes angegebenen Fallzahlen mit hoher Wahrscheinlichkeit um die Anzahl der Verabreichungen und nicht um die Anzahl der mit dem Medikament behandelten Fälle handelt.



Neben der Fallzahl von erbrachten NUBs wurden die Krankenhäuser im Rahmen der Befragung auch um Angaben gebeten, ob sie die erbrachten NUBs selbst angefragt und dafür ein Entgelt vereinbart haben. Im Zeitraum 2008 bis 2010 wurden demzufolge von den teilnehmenden Krankenhäusern keine NUBs erbracht, für die sie selbst keine Anfrage gestellt haben. Im Jahr 2008 wurden jedoch von 9 Krankenhäusern in 70 Fällen insgesamt 16 verschiedene NUBs erbracht, für die sie keine Entgeltvereinbarung getroffen hatten (1,4% aller Fälle mit erbrachten NUBs) und im Jahr 2009 waren bei 5 Krankenhäusern und 5 verschiedenen NUBs 44 Fälle betroffen (0,3% aller Fälle mit erbrachten NUBs). Mit 132 Fällen im Jahr 2010, in denen 10 NUBs von 7 Krankenhäusern erbracht wurden ohne dass dafür ein Entgelt vereinbart wurde, entspricht dies etwa 0,2% aller Fälle mit erbrachten NUBs.

#### 4.4.3.5 Hauptdiagnosen

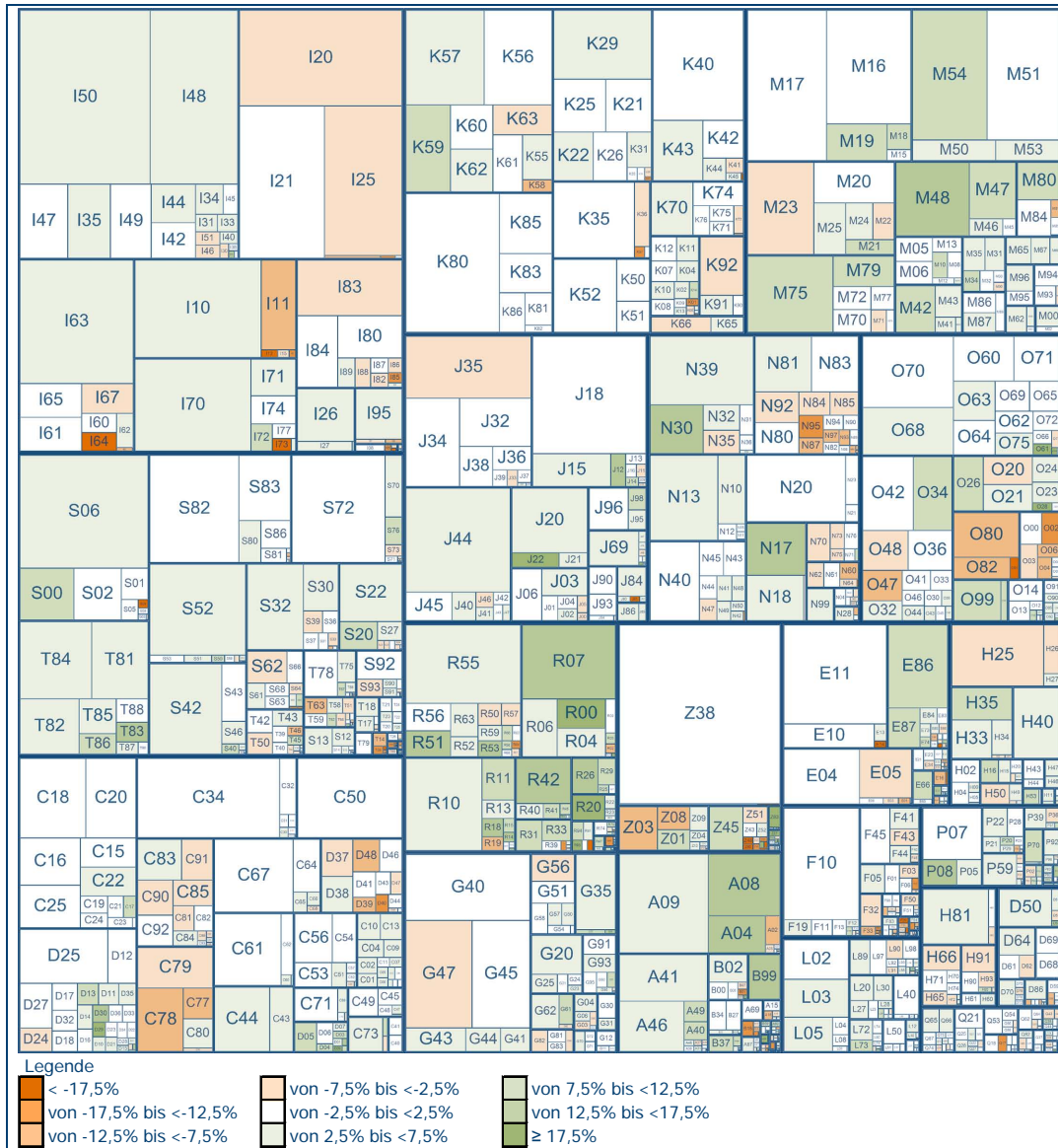
Die Fallzahl im Jahr 2010 und die relative jahresdurchschnittliche Fallzahlveränderung der dokumentierten Hauptdiagnosen (ICD-3-Steller) im Zeitraum 2008 bis 2010 zeigt Abbildung 77.

Zunahmen ergaben sich hier insbesondere für die Diagnosen I48 (Vorhofflattern und Vorhofflimmern) mit 16 Tsd. Fällen jährlich sowie für die Diagnosen M54 (Rückenschmerzen), S52 (Fraktur des Unterarmes), S82 (Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes), J18 (Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet) und I50 (Herzinsuffizienz) mit jährlichen Zunahmen von 10 Tsd. bis 13 Tsd. Fälle.

Bei den Diagnosen Herzinsuffizienz und Vorhofflattern und Vorhofflimmern zeigten sich auch im gesamten Zeitraum 2004 bis 2010 sehr deutliche jahresdurchschnittliche Fallzahlzuwächse von 19 Tsd. bzw. 13 Tsd. Fällen jährlich.

Eine deutliche Fallzahlreduktion war insbesondere bei der Diagnose Angina pectoris (I20) mit 7 Tsd. Fällen jährlich (ähnlich wie bereits im Zeitraum 2004 bis 2008) zu beobachten.

Abbildung 77: Fallzahl (2010) und jahresdurchschnittliche Fallzahlveränderung (2008-2010) nach Hauptdiagnosen (ICD-3-Steller); (n=1.492 ICD-3-Steller)



Quelle: IGES

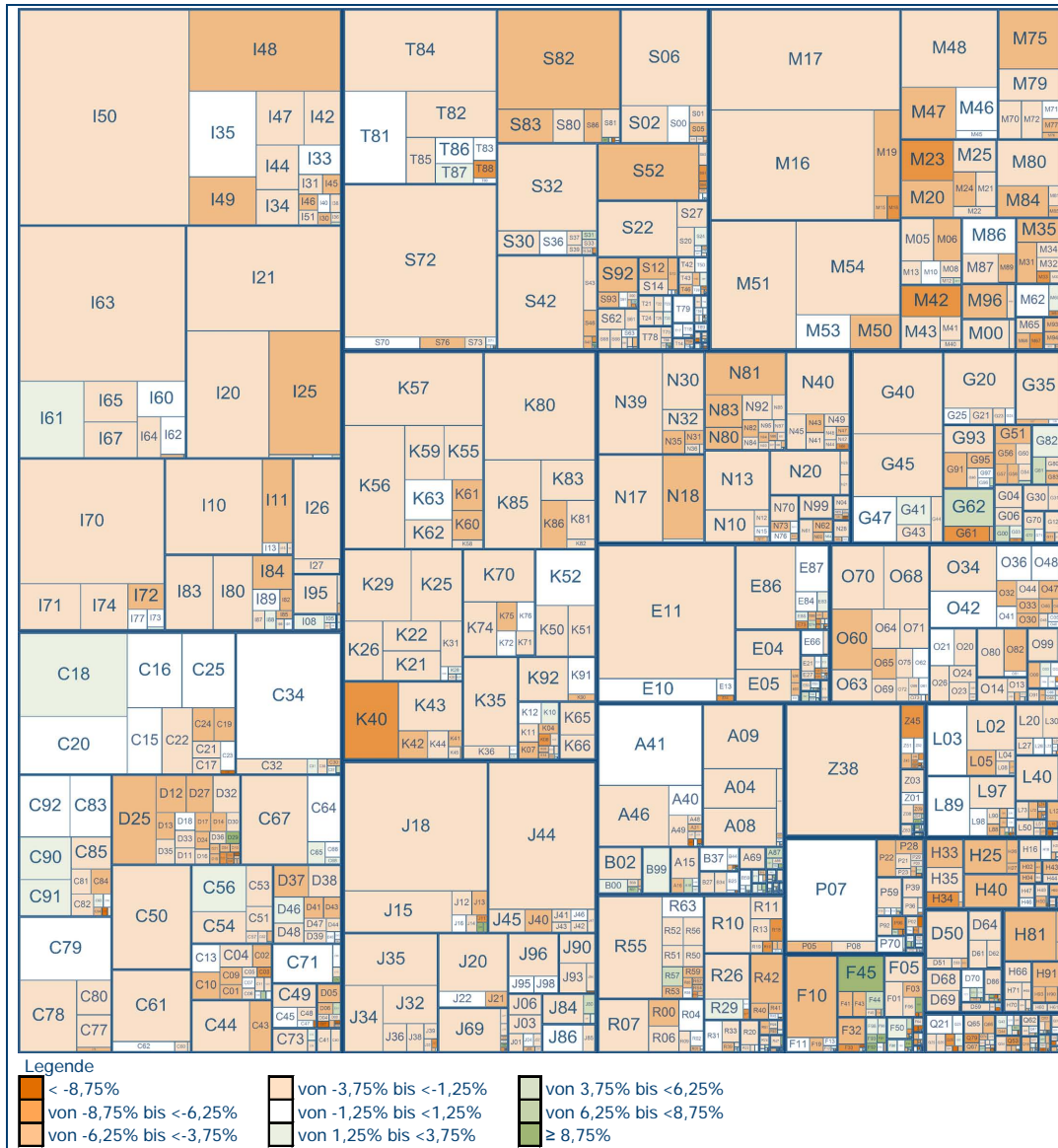
Die Entwicklung der teilstationären Behandlung kann aufgrund der veränderten Datenübermittlung nicht für den Zeitraum 2008 bis 2010 beschrieben werden.<sup>166</sup>

Die Verweildauer hat sich bei Betrachtung der Hauptdiagnosen (ICD-3-Steller), wie auch die Betrachtung der G-DRGs bereits zeigte, nahezu gleichmäßig über die Hauptdiagnosen hinweg reduziert. Diagnosen mit einer Zunahme der Verweildauer im Untersuchungszeitraum waren insbesondere Somatoforme Störungen (F45), Bösartige Neubildung des Kolons (C18) und Sonstige Polyneuropathien (G62) (vgl. Abbildung 78).

---

<sup>166</sup> Krankenhäuser rechnen für teilstationäre Behandlungen tages- oder fallbezogene Entgelte ab. In den Daten gem. § 21 KHEntgG finden sich daher auch kontakt- und fallbezogene Datensätze teilstationärer Patienten. Ab dem Datenjahr 2010 werden die teilstationären Fälle nach den Vorgaben zur Datenübermittlung gem. § 21 KHEntgG von den Krankenhäusern fallbezogen und nicht mehr wie seit 2006 kontaktbezogen übermittelt. Diese technische Änderung erklärt einen deutlichen Rückgang der übermittelten teilstationären Fallzahl.

Abbildung 78: Belegungstage (2010) und Verweildauerveränderung (2008-2010) nach Hauptdiagnosen (ICD-3-Steller); (n=1.492 ICD-3-Steller)



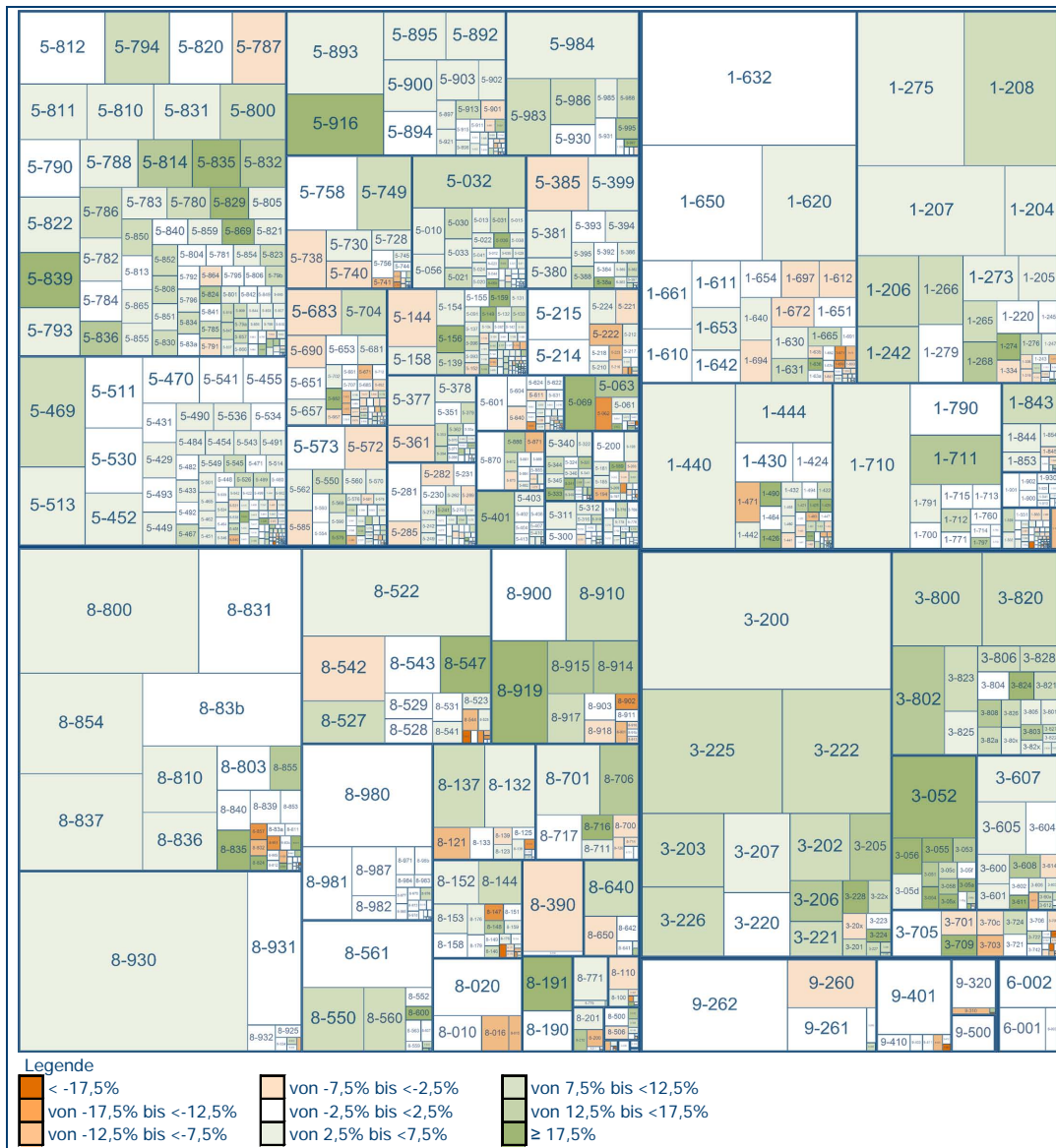
Quelle: IGES

### 4.4.3.6 Prozeduren

Abbildung 79 stellt die Zahl der dokumentierten Prozeduren im Jahr 2010 und die jahresdurchschnittliche relative Veränderung der Zahl der dokumentierten Prozeduren im Zeitraum 2008 bis 2010 dar. Insgesamt kam es im Untersuchungszeitraum zu einer Steigerung der Zahl dokumentierter Prozeduren um jahresdurchschnittlich 6,5%. Die Steigerungsrate lag mit jahresdurchschnittlich 17% im OPS-Kapitel Bildgebende Diagnostik am höchsten. Einige der sichtbaren Veränderungen könnten auch durch eine Veränderung des Dokumenta-

tionsverhaltens hervorgerufen worden sein. Hierzu zählen wie schon im Zeitraum 2006 bis 2008 z. B. die Psychosoziale Interventionen oder die Dokumentation von TEEs oder Computertomographien.

Abbildung 79: Anzahl durchgeführter Prozeduren (2010) und relative jahresdurchschnittliche Veränderung (2008-2010) nach OPS-4-Steller; (n=1.375 OPS-4-Steller)



Quelle: IGES

Eine genauere Darstellung der Prozeduren ausschließlich des Kapitels 5 des OPS-Katalogs (Operationen) zeigt Abbildung 80.

Deutliche Veränderungen zeigen sich z. B. bei den Prozeduren Osteosynthese und Knochenersatz an der Wirbelsäule (OPS-Kode 8-835) mit einer jahresdurchschnittlichen Zunahme um 28% und Andere Operationen an der Wir-

belsäule (OPS-Kode 5-839) mit einer jahresdurchschnittlichen Zunahme um 14% und den entsprechenden Zugangskodes. Wie bereits im Zeitraum 2004 bis 2008 nahm die Zahl der Andere Sectio caesarea (OPS-Kode 5-749) auch weiter deutlich um jahresdurchschnittlich 5% zu. Auch die Implantationen von Herzschrittmachern und Defibrillatoren (OPS-Kode 5-377) nahm weiter mit jahresdurchschnittlich 7% zu.

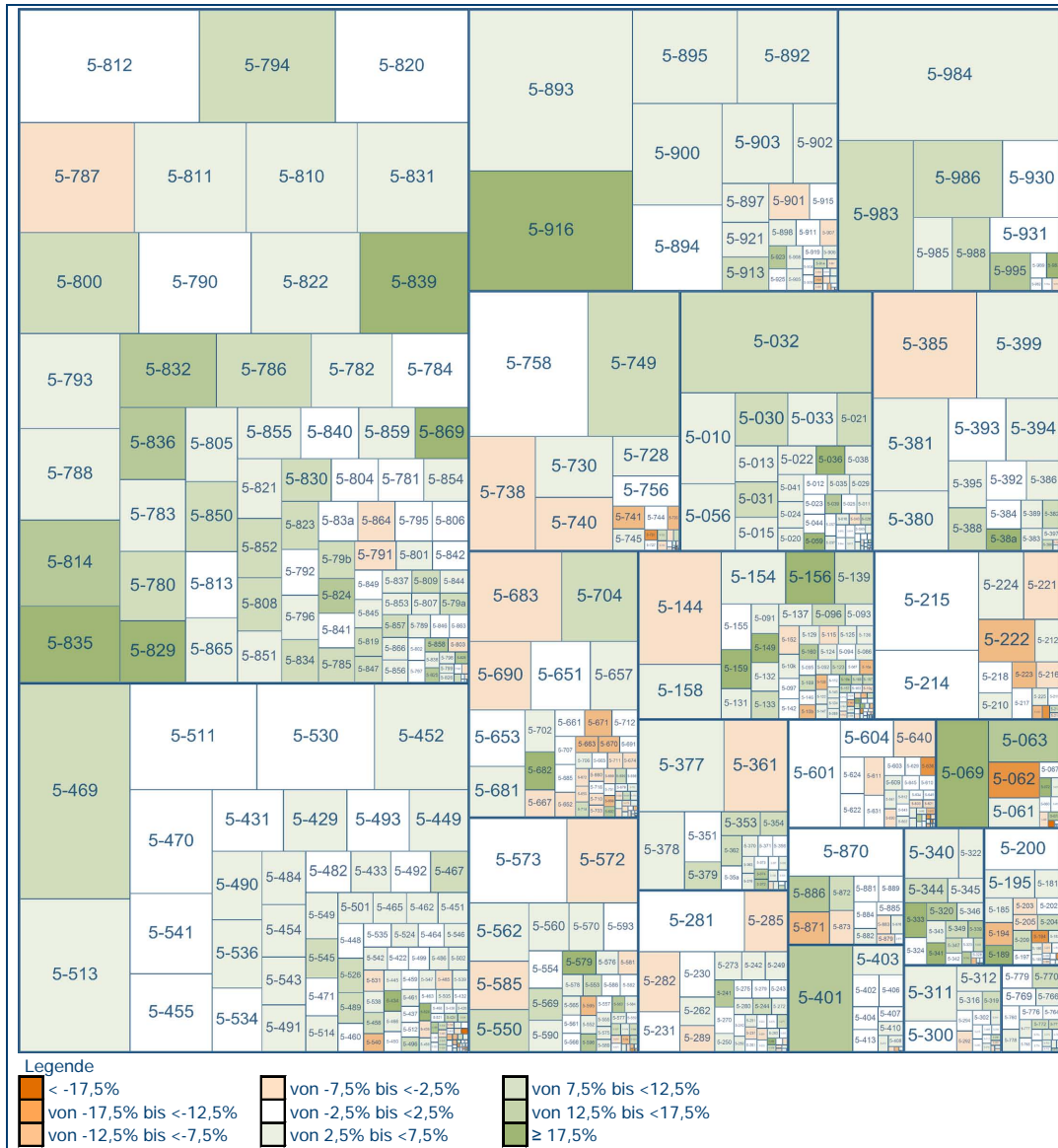
Eine Reduzierung der Anzahl dokumentierter Verschlüsse einer Hernia inguinalis (OPS-Kode 5-530) oder der Extrakapsulären Extraktion der Linse [ECCE] (OPS-Kode 5-144), wie sie in der Einführungsphase des G-DRG-Systems zu beobachten war, fand nicht mehr statt. Die Zahl der Operationen ist in diesen Bereichen seit dem Jahr 2006 relativ stabil. Die Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen (OPS-Kode 5-385), die im Zeitraum 2004 bis 2008 noch deutlich abgenommen hatte, ist seit dem Jahr 2008 ebenfalls weitgehend konstant.

Die Anzahl der aortokoronaren Bypassoperationen (OPS-Kode 5-361) hat sich um jahresdurchschnittlich 5% deutlich reduziert und ist damit seit dem Jahr 2004 von 114 Tsd. Operationen auf 84 Tsd. Operationen im Jahr 2010 kontinuierlich gesunken.<sup>167</sup> Sehr deutliche Abnahmen der Anzahl der Operationen zeigten sich im Zeitraum 2008 bis 2010 auch bei den Uterusexstirpationen [Hysterektomie] (OPS-Kode 5-683). Die jahresdurchschnittliche Reduzierung betrug hier 4,5%.

---

<sup>167</sup> Hierbei hat nur in geringem Umfang eine Substitution durch die Anwendung minimal-invasiver Techniken (OPS-Kode 5-362) stattgefunden.

Abbildung 80: Anzahl durchgeführter Prozeduren (2010) und relative jahresdurchschnittliche Veränderung (2008-2010) nach OPS-4-Steller des Kapitels 5; (n=794 OPS-4-Steller)



Quelle: IGES

Die im Rahmen einer teilstationären Behandlung dokumentierten Prozeduren können aufgrund der veränderten Datenübermittlung nicht vergleichend für den Zeitraum 2008 bis 2010 beschrieben werden.<sup>168</sup>

#### 4.4.4 Verlegungsverhalten

Das G-DRG-System könnte, auch aufgrund seiner spezifischen ökonomischen Anreize zu Fallzahlsteigerungen, zu einer Veränderung des Verlegungsverhaltens zwischen den Krankenhäusern geführt haben. Um dies zu untersuchen, wurde basierend auf den Datenlieferungen gem. § 21 KHEntgG, die als Pflichtfeld den Aufnahmearbeit (u. a. „Verlegung aus anderem Krankenhaus“)<sup>169</sup> und den Entlassungsgrund (u. a. „Verlegung in anderes Krankenhaus“) beinhalten, die Entwicklung des Verlegungsverhaltens der Krankenhäuser analysiert.<sup>170</sup>

Aufgrund von Strukturveränderungen der Krankenhäuser und deutlicher Fallzahlsteigerungen (vgl. Abschnitt 4.4.1) werden im Folgenden insbesondere deren relative Anteile betrachtet.

Die Anzahl der Patienten mit Verlegung in ein anderes Krankenhaus blieb im Zeitraum 2004 bis 2008 mit jährlich 520 Tsd. Fällen nahezu stabil und stieg dann bis zum Jahr 2010 auf 551 Tsd. Fälle um jahresdurchschnittlich insge-

---

<sup>168</sup> Krankenhäuser rechnen für teilstationäre Behandlungen tages- oder fallbezogene Entgelte ab. In den Daten gem. § 21 KHEntgG finden sich daher auch kontakt- und fallbezogene Datensätze teilstationärer Patienten. Ab dem Datenjahr 2010 werden die teilstationären Fälle nach den Vorgaben zur Datenübermittlung gem. § 21 KHEntgG von den Krankenhäusern fallbezogen und nicht mehr wie seit 2006 kontaktbezogen übermittelt. Diese technische Änderung erklärt einen deutlichen Rückgang der übermittelten teilstationären Fallzahl.

<sup>169</sup> Bei Verlegungen aus anderen Krankenhäusern werden lediglich Fälle mit einer Behandlungsdauer über 24 Stunden im verlegenden Krankenhaus ausgewiesen. Bis einschließlich 2006 konnte in den Daten gemäß § 21 KHEntgG nur der Aufnahmearbeit „V“ (Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden KH > 24h) dokumentiert werden; seit 2007 auch der Aufnahmearbeit „A“ (Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden KH < 24h). Eine Zeitreihenanalyse ist somit lediglich für Fälle mit einer Behandlungsdauer über 24 Stunden im verlegenden Krankenhaus möglich.

<sup>170</sup> Aufgrund der hoch aggregierten Datenbasis kann anhand dieser Datenbasis nur eine Seite der Verlegung, nicht jedoch ein „Verlegungsweg“ bzw. eine „Verlegungsbeziehung“ nachvollzogen werden. Solche „Verlegungsketten“ wurden im Rahmen einer Analyse von GKV-Routinedaten untersucht (vgl. Abschnitt 4.4.5).



samt 1% an (vgl. Tabelle 61). Spezifische Veränderungen in einzelnen Bettenklassen lassen sich nicht erkennen.<sup>171</sup>

Die Anzahl der Patienten mit Verlegung aus einem anderen Krankenhaus und einer Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus von über 24 Stunden reduzierte sich im Untersuchungszeitraum um jahresdurchschnittlich 0,6%.

**Tabelle 61:** Fallzahl mit Verlegung in andere Krankenhäuser bzw. aus anderen Krankenhäusern nach Bettengrößenklasse des Krankenhauses (2004-2010)

Bettengrößenklasse	Verlegungen in anderes Krankenhaus (Tsd. Fälle)					Verlegungen aus anderem Krankenhaus (Tsd. Fälle)				
	2004	2006	2008	2010	Δ 04-10 p. a.	2004	2006	2008	2010	Δ 04-10 p. a.
1 bis 49 Betten	7,0	6,9	7,4	8,2	2,6%	11,9	12,5	13,7	13,8	2,6%
50 bis 99 Betten	19,9	20,5	22,0	23,9	3,0%	29,8	27,9	28,7	36,2	3,3%
100 bis 149 Betten	36,9	40,8	42,1	42,9	2,5%	36,0	34,3	40,5	39,6	1,6%
150 bis 199 Betten	47,1	50,3	50,9	57,0	3,2%	34,9	31,9	31,6	33,3	-0,8%
200 bis 299 Betten	87,6	87,5	88,3	87,7	0,0%	47,5	47,7	47,5	47,8	0,1%
300 bis 399 Betten	81,5	73,0	73,3	84,6	0,6%	46,8	45,3	42,7	50,0	1,1%
400 bis 499 Betten	53,7	52,7	54,8	57,1	1,0%	42,8	34,4	33,2	32,8	-4,4%
500 bis 599 Betten	41,4	42,9	45,6	50,4	3,3%	34,9	42,2	37,2	40,3	2,4%
600 bis 799 Betten	40,2	37,5	36,2	33,9	-2,8%	42,5	35,7	35,3	29,1	-6,1%
800 bis 999 Betten	16,6	21,5	26,9	28,3	9,3%	22,9	24,6	26,6	28,2	3,5%
1000 Betten und mehr	85,5	74,9	73,8	74,6	-2,3%	95,3	85,8	78,9	78,0	-3,3%
ohne Angabe	1,6	1,8	1,1	2,2	5,5%	1,6	0,7	1,2	2,3	6,2%
<b>gesamt</b>	<b>519,1</b>	<b>510,3</b>	<b>522,5</b>	<b>550,7</b>	<b>1,0%</b>	<b>446,9</b>	<b>423,0</b>	<b>417,1</b>	<b>431,4</b>	<b>-0,6%</b>

Quelle: IGES; InEK

#### 4.4.4.1 Verlegungen in andere Krankenhäuser

Der Anteil der Patienten mit einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus an allen vollstationären Fällen sinkt mit zunehmender Bettengrößenklasse bis zur Bettengrößenklasse 600 bis 799 Betten kontinuierlich von 4,1% auf 2,3%, um dann bis zu der Bettengrößenklasse mit 1.000 Betten und mehr leicht anzusteigen (Datenjahr 2010). Im Untersuchungszeitraum ist der Anteil der Fälle mit einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus an allen Fällen mit 3,2% insgesamt stabil geblieben (vgl. Tabelle 62). Auch lassen sich keine spezifischen Veränderungen in einzelnen Bettenklassen erkennen.

<sup>171</sup> Die deutlichen Veränderungen der Anzahl von Verlegungen in andere Krankenhäuser in der Bettengrößenklasse 800 bis 999 Betten erklärt sich durch eine deutliche Zunahme der Krankenhäuser in dieser Bettengrößenklasse im Untersuchungszeitraum.

Tabelle 62: Anteil der Patienten mit Verlegung in andere Krankenhäuser an allen vollstationären Fällen nach Bettengrößenklasse des Krankenhauses (2004-2010)

Bettengrößenklasse	2004	2006	2008	2010	Δ 2004-2010 Prozentpunkte p. a.
1 bis 49 Betten	4,6%	4,0%	4,3%	4,1%	-0,08
50 bis 99 Betten	4,2%	4,2%	4,1%	4,6%	0,08
100 bis 149 Betten	4,1%	4,2%	4,0%	4,4%	0,04
150 bis 199 Betten	3,9%	3,9%	4,0%	4,2%	0,05
200 bis 299 Betten	3,6%	3,6%	3,5%	3,6%	0,00
300 bis 399 Betten	3,2%	3,2%	3,1%	3,3%	0,01
400 bis 499 Betten	3,0%	3,0%	2,8%	2,9%	-0,03
500 bis 599 Betten	2,6%	2,6%	2,5%	2,6%	-0,01
600 bis 799 Betten	2,5%	2,5%	2,3%	2,3%	-0,03
800 bis 999 Betten	2,5%	2,5%	2,5%	2,4%	-0,03
1000 Betten und mehr	3,1%	2,8%	2,8%	2,8%	-0,06
ohne Angabe	2,1%	3,1%	3,2%	3,8%	0,28
<b>gesamt</b>	<b>3,2%</b>	<b>3,1%</b>	<b>3,1%</b>	<b>3,2%</b>	<b>-0,01</b>

Quelle: IGES; InEK

Der Anteil der Patienten mit einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus an allen vollstationären Fällen lag in Krankenhäusern der CMI-Klassen mit 1,3 und mehr und unter 0,9 mit jeweils 3,7% überdurchschnittlich hoch (Datenjahr 2010). Spezifische Veränderungen in diesem Zeitraum lassen sich für die einzelnen CMI-Klassen jedoch nicht erkennen (vgl. Tabelle 63).

Tabelle 63: Anteil der Patienten mit Verlegung in andere Krankenhäuser an allen vollstationären Fällen nach CMI-Klasse des Krankenhauses (2008-2010)

CMI-Klasse	2008	2009	2010	Δ 2008-2010 Prozentpunkte p. a.
unter 0,9	3,5%	3,6%	3,7%	0,08
0,9 bis unter 1,0	3,0%	3,0%	3,1%	0,06
1,0 bis unter 1,1	2,5%	2,5%	2,6%	0,04
1,1 bis unter 1,2	2,6%	2,5%	2,6%	-0,02
1,2 bis unter 1,3	3,0%	2,9%	2,9%	-0,07
1,3 und mehr	3,7%	3,7%	3,7%	0,03
<b>gesamt</b>	<b>3,08%</b>	<b>3,10%</b>	<b>3,15%</b>	<b>0,03</b>

Quelle: IGES; InEK

Der Anteil der Patienten mit einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus an allen vollstationären Fällen lag im gesamten Untersuchungszeitraum in Krankenhäusern in privater Trägerschaft leicht über dem Durchschnitt aller Krankenhäuser. Die jahresdurchschnittlichen Veränderungen im Untersuchungszeitraum zeigten keine spezifischen Abhängigkeiten von der Trägerschaft (vgl. Tabelle 64).

Tabelle 64: Anteil der Patienten mit Verlegung in andere Krankenhäuser an allen vollstationären Fällen nach Trägerschaft des Krankenhauses (2004-2010)

Trägerschaft	2004	2006	2008	2010	$\Delta$ 2004-2010 Prozentpunkte p. a.
freigemeinnützig	3,1%	3,1%	3,1%	3,1%	0,00
öffentlich	3,2%	3,2%	3,1%	3,1%	-0,02
privat	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%	0,00
<b>gesamt</b>	<b>3,2%</b>	<b>3,1%</b>	<b>3,1%</b>	<b>3,2%</b>	<b>-0,01</b>

Quelle: IGES; InEK

Der Case-Mix-Index der in andere Krankenhäuser verlegten Patienten erhöhte sich mit zunehmender Bettengrößenklasse der Krankenhäuser. Im Zeitraum 2008 bis 2010 stieg der CMI dieser Patienten insgesamt um jahresdurchschnittlich 2,6% und somit deutlich stärker (1,5 Prozentpunkte) als der CMI aller Behandlungsfälle. Die Veränderung des CMI der in andere Krankenhäuser verlegten Patienten verlief in den einzelnen Bettengrößenklassen uneinheitlich (vgl. Tabelle 65).

Der relative Unterschied zwischen dem CMI der in andere Krankenhäuser verlegten Patienten und dem durchschnittlichen CMI aller Behandlungsfälle stieg mit zunehmender Bettengrößenklasse. In der Bettengrößenklasse mit 1.000 Betten und mehr liegt der CMI der in andere Krankenhäuser verlegten Patienten um 155% über dem CMI aller Patienten der Krankenhäuser in dieser Bettengrößenklasse. In den Bettengrößenklassen bis 500 Betten fiel dieser Unterschied mit maximal 33% deutlich geringer aus.

Im Vergleich der Ergebnisse aus dem ersten und zweiten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung hat die Fallschwere der verlegten Fälle, gemessen anhand der Relation des Case-Mix-Index der verlegten Fällen zu allen Fällen von 1,35 im Jahr 2004 auf 1,56 im Jahr 2010 deutlich zugenommen. Mit Ausnahme der Krankenhäuser mit weniger als 150 Betten zeigt sich diese kontinuierliche Steigerung des Schweregrads der verlegten Fälle in allen Bettengrößenklassen. In den Krankenhäusern mit mehr als 1.000 Betten fällt sie am deutlichsten aus.

Tabelle 65: Case-Mix-Index der in andere Krankenhäuser verlegten Patienten nach Bettengrößenklasse des Krankenhauses (2008-2010)

Bettengrößenklasse	CMI der in andere KH verlegten Patienten			Δ p. a.		CMI* alle Fälle	Δ CMI** in KH verlegte / alle Patienten
	2008	2009	2010			08-10	2010
1 bis 49 Betten	1,21	1,27	1,14	-3,0%		0,93	22%
50 bis 99 Betten	1,16	1,27	1,34	7,6%		1,02	32%
100 bis 149 Betten	1,10	0,99	1,00	-4,4%		0,95	5%
150 bis 199 Betten	1,12	1,30	1,27	6,5%		0,96	33%
200 bis 299 Betten	1,17	1,18	1,27	4,4%		1,00	27%
300 bis 399 Betten	1,23	1,27	1,28	1,8%		1,01	27%
400 bis 499 Betten	1,24	1,28	1,31	2,6%		1,00	31%
500 bis 599 Betten	1,67	1,74	1,67	-0,1%		1,06	57%
600 bis 799 Betten	1,70	1,86	1,73	1,0%		1,08	60%
800 bis 999 Betten	2,16	2,34	2,45	6,5%		1,19	106%
1000 Betten und mehr	3,20	3,35	3,45	3,9%		1,36	155%
ohne Angabe	1,14	1,18	1,42	11,4%		0,97	46%
<b>gesamt</b>	<b>1,59</b>	<b>1,65</b>	<b>1,68</b>	<b>2,6%</b>		<b>1,08</b>	<b>56%</b>

Quelle: IGES; InEK

\* CMI aller Behandlungsfälle (2010);

\*\* relativer Unterschied zwischen dem CMI der in andere Krankenhäuser verlegten Patienten und dem CMI aller Behandlungsfälle (2010)

#### 4.4.4.2 Verlegungen aus anderen Krankenhäusern

Der Anteil der Patienten mit einer Verlegung aus einem anderen Krankenhaus an allen vollstationären Fällen ist im gesamten Zeitraum 2004 bis 2010 von 2,8% auf 2,5% sehr leicht um jahresdurchschnittlich 0,05 Prozentpunkte gefallen. Seit 2008 ist dieser Anteil stabil (vgl. Tabelle 66). In den Bettengrößenklassen unter 150 Betten ist dieser Fallanteil im gesamten Untersuchungszeitraum deutlich überdurchschnittlich. In den mittleren Bettengrößenklassen hingegen unterdurchschnittlich, um dann in den Bettengrößenklassen über 800 Betten wieder anzusteigen. In der Bettengrößenklasse 1.000 Betten und mehr ist dieser Fallanteil im gesamten Untersuchungszeitraum (bei abnehmender Tendenz) wiederum überdurchschnittlich.

In Krankenhäusern mit über 600 Betten reduzierte sich der Anteil der Patienten mit einer Verlegung aus einem anderen Krankenhaus im Zeitraum 2004 bis 2010 leicht überdurchschnittlich, während er in Krankenhäusern bis zu 400 Betten annähernd stabil blieb.

Tabelle 66: Anteil der Patienten mit Verlegung aus einem anderen Krankenhaus an allen vollstationären Fällen nach Bettengrößenklasse des Krankenhauses (2004-2010)

Bettengrößenklasse	2004	2006	2008	2010	Δ 2004-2010 Prozentpunkte p. a.
1 bis 49 Betten	7,8%	7,2%	7,9%	7,0%	-0,13
50 bis 99 Betten	6,3%	5,8%	5,3%	7,0%	0,13
100 bis 149 Betten	4,0%	3,5%	3,9%	4,0%	0,00
150 bis 199 Betten	2,9%	2,5%	2,5%	2,4%	-0,07
200 bis 299 Betten	1,9%	1,9%	1,9%	1,9%	0,00
300 bis 399 Betten	1,8%	2,0%	1,8%	1,9%	0,02
400 bis 499 Betten	2,4%	1,9%	1,7%	1,6%	-0,13
500 bis 599 Betten	2,2%	2,5%	2,1%	2,1%	-0,03
600 bis 799 Betten	2,6%	2,3%	2,3%	2,0%	-0,11
800 bis 999 Betten	3,5%	2,8%	2,4%	2,4%	-0,19
1000 Betten und mehr	3,5%	3,3%	3,0%	2,9%	-0,09
ohne Angabe	2,1%	1,1%	3,6%	3,9%	0,31
<b>gesamt</b>	<b>2,8%</b>	<b>2,6%</b>	<b>2,5%</b>	<b>2,5%</b>	<b>-0,05</b>

Quelle: IGES; InEK

Der Anteil der Fälle mit einer Verlegung aus einem anderen Krankenhaus an allen vollstationären Fällen stieg mit zunehmender CMI-Klasse stetig an und erreichte mit 5,9% in der Klasse der Krankenhäuser mit einem CMI von 1,3 und mehr den Maximalwert (Datenjahr 2010). Im Zeitraum 2008 bis 2010 zeigt sich für keine CMI-Klasse eine relevante Veränderung dieses Fallanteils (vgl. Tabelle 67).

Tabelle 67: Anteil der Patienten mit Verlegung aus einem anderen Krankenhaus an allen vollstationären Fällen nach CMI-Klasse des Krankenhauses (2008-2010)

CMI-Klasse	2008	2009	2010	Δ 2008-2010 Prozentpunkte p. a.
unter 0,9	1,3%	1,3%	1,3%	-0,02
0,9 bis unter 1,0	1,5%	1,5%	1,6%	0,01
1,0 bis unter 1,1	2,0%	2,0%	2,0%	0,00
1,1 bis unter 1,2	2,5%	2,5%	2,5%	0,02
1,2 bis unter 1,3	3,1%	3,1%	3,0%	-0,04
1,3 und mehr	5,9%	5,9%	5,9%	0,00
<b>gesamt</b>	<b>2,5%</b>	<b>2,5%</b>	<b>2,5%</b>	<b>0,01</b>

Quelle: IGES; InEK

Der Anteil der Patienten mit einer Verlegung aus einem anderen Krankenhaus an allen vollstationären Fällen lag im gesamten Untersuchungszeitraum in Krankenhäusern in privater Trägerschaft über und in Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft leicht unter dem Durchschnittswert. Die jahresdurchschnittliche Veränderung fiel im Untersuchungszeitraum bei den Krankenhäusern in privater Trägerschaft mit -0,13 Prozentpunkten deutlicher aus als bei

Krankenhäusern in freigemeinnütziger oder öffentlicher Trägerschaft. Eine Abnahme dieses Anteils, die sich insbesondere im Zeitraum 2004 bis 2008 zeigte, war in allen Trägerschaftsformen zu verzeichnen (vgl. Tabelle 68).

Tabelle 68: Anteil der Patienten mit Verlegung aus einem anderen Krankenhaus an allen vollstationären Fällen nach Trägerschaft des Krankenhauses (2004-2010)

Trägerschaft	2004	2006	2008	2010	$\Delta$ 2004-2010 Prozentpunkte p. a.
freigemeinnützig	2,8%	2,6%	2,6%	2,6%	-0,03
öffentlich	2,5%	2,3%	2,1%	2,2%	-0,06
privat	3,9%	3,5%	3,2%	3,1%	-0,13
<b>gesamt</b>	<b>2,8%</b>	<b>2,6%</b>	<b>2,5%</b>	<b>2,5%</b>	<b>-0,05</b>

Quelle: IGES; InEK

Der Case-Mix-Index der Patienten mit Verlegung aus einem anderen Krankenhaus stieg im Zeitraum 2008 bis 2010 insgesamt von 2,22 auf 2,34 um jahresdurchschnittlich 2,8% und somit um 1,7 Prozentpunkte deutlich stärker als der CMI aller Behandlungsfälle. Die Entwicklung des CMI dieser Behandlungsfälle verlief in den einzelnen Bettengrößenklassen heterogen, in einzelnen Bettengrößenklassen zeigte sich auch eine Verringerung des CMI der Patienten mit Verlegung aus einem anderen Krankenhaus (vgl. Tabelle 69).

Im Durchschnitt liegt der CMI der Patienten mit Verlegung aus einem anderen Krankenhaus um 118% über dem CMI aller Behandlungsfälle in der jeweiligen Bettengrößenklasse. Dieser Wert verläuft bei Krankenhäusern mit weniger als 400 Betten heterogen und steigt ab dieser Bettengrößenklasse dann kontinuierlich an. Der relative Unterschied zwischen dem CMI der aus einem anderen Krankenhaus verlegten Fälle und dem durchschnittlichen CMI aller Behandlungsfälle schwankt zwischen den Bettengrößenklassen zwischen 74% und 140% und streut somit deutlich geringer als der entsprechende Wert der Fälle mit Verlegung in ein anderes Krankenhaus.

Im Vergleich der Ergebnisse aus dem ersten und zweiten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung hat die Fallschwere der aus einem anderen Krankenhaus verlegten Fälle, gemessen anhand der Relation des Case-Mix-Index der verlegten Fällen zu allen Fällen von 0,91 im Jahr 2004 auf 1,18 im Jahr 2010 deutlich zugenommen. Mit Ausnahme der Krankenhäuser mit 400 bis 499 Betten zeigt sich diese kontinuierliche Steigerung des Schweregrads der verlegten Fälle in Relation zum Case-Mix-Index aller Fälle in allen Bettengrößenklassen in ähnlichen Größenordnungen.

Tabelle 69: Case-Mix-Index der Patienten mit Verlegung aus einem anderen Krankenhaus nach Bettengrößenklasse des Krankenhauses (2008-2010)

Bettengrößenklasse	CMI aus KH verlegte Patienten			$\Delta$ p. a. 08-10	CMI* alle Fälle	$\Delta$ CMI** aus KH verlegte Patienten / alle
	2008	2009	2010		2010	2010
1 bis 49 Betten	1,68	1,87	1,68	0,1%	0,93	81%
50 bis 99 Betten	2,00	2,29	2,43	10,3%	1,02	138%
100 bis 149 Betten	1,92	1,93	1,99	1,7%	0,95	109%
150 bis 199 Betten	2,36	2,24	2,22	-3,1%	0,96	132%
200 bis 299 Betten	1,90	2,00	2,16	6,6%	1,00	116%
300 bis 399 Betten	1,88	1,92	1,97	2,3%	1,01	95%
400 bis 499 Betten	1,79	1,78	1,74	-1,4%	1,00	74%
500 bis 599 Betten	1,93	2,03	2,19	6,5%	1,06	106%
600 bis 799 Betten	2,35	2,52	2,29	-1,3%	1,08	112%
800 bis 999 Betten	2,40	2,55	2,70	6,1%	1,19	127%
1000 Betten und mehr	3,05	3,21	3,25	3,2%	1,36	140%
ohne Angabe	1,40	1,64	1,82	14,0%	0,97	87%
<b>gesamt</b>	<b>2,22</b>	<b>2,30</b>	<b>2,34</b>	<b>2,8%</b>	<b>1,08</b>	<b>118%</b>

Quelle: IGES; InEK

\* CMI aller Behandlungsfälle (2010);

\*\* relativer Unterschied zwischen dem CMI der aus anderen Krankenhäusern verlegten Patienten und dem CMI aller Behandlungsfälle (2010)

#### 4.4.5 Verlegungsketten

Auf der Grundlage der von der Gesetzlichen Krankenversicherung bereitgestellten Routinedaten wird im Folgenden näher untersucht, ob es nach Einführung des G-DRG-Systems zu Veränderungen des Verlegungsverhaltens der Krankenhäuser gekommen ist. Hierbei werden Veränderungen der Verlegungsquote sowie typische Verlegungsketten im Zeitverlauf von 2004 bis 2010 untersucht. Um die Ergebnisse differenziert betrachten zu können, wird neben einer Differenzierung nach G-DRGs auch eine Differenzierung nach Verlegungsketten vorgenommen.

Eine Verlegungskette wird hierbei definiert als in zeitlicher Reihenfolge nach dem Aufnahmedatum<sup>172</sup> sortierte Verkettung der einzelnen abgerechneten G-DRGs innerhalb einer nicht unterbrochenen Verlegungskette (z. B. F06F, F60B). Ein Behandlungsfall einer Verlegungskette wird definiert als Behand-

<sup>172</sup> Fallzusammenführungen aufgrund von Rückverlegungen im Rahmen einer Verlegungskette werden als eine DRG mit dem Aufnahmedatum des ersten Falles in die Verlegungskette sortiert.

lungsfall wenn zwischen der Entlassung aus dem einen Krankenhaus und der Aufnahme in das andere Krankenhaus nicht mehr als 24 Stunden vergangen sind. Da der Fokus auf den einzelnen Krankenhausaufenthalten einer Verlegungskette liegt, kann es bei dieser Betrachtung Abweichungen von der Definition eines Behandlungsfalles nach der Fallpauschalenverordnung geben.

Die durchschnittliche Anzahl von Krankenhausaufenthalten innerhalb einer Verlegungskette ist im gesamten Zeitraum nach Einführung des G-DRG-Systems mit durchschnittlich 2,3 Krankenhausaufenthalten je Verlegungsfall stabil (vgl. Tabelle 70).

Tabelle 70: Durchschnittliche Anzahl der Krankenhausaufenthalte innerhalb einer Verlegungskette

	DRG-System 2006		DRG-System 2008		DRG-System 2010	
	2004	2006	2006	2008	2008	2010
Anzahl Krankenhausaufenthalte je Verlegungsfall	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,2

Quelle: IGES; GKV-Routinedatenauswertung

Abbildung 81 bis Abbildung 83 zeigen die Anteile der Verlegungsfälle differenziert nach der Anzahl der Krankenhausaufenthalte je Verlegungsfall für die Betrachtungszeiträume 2004 bis 2006, 2006 bis 2008 und 2008 bis 2010. Der Anteil der Verlegungsfälle mit zwei Krankenhausaufenthalten an allen Verlegungsfällen entspricht in allen drei Untersuchungszeiträumen rund 80%.<sup>173</sup>

Im Zeitraum 2004 bis 2006 zeigte sich ein sehr geringfügiger Anstieg des Anteils der Verlegungsfälle mit zwei Krankenhausaufenthalten an allen Verlegungsfällen von 78,5% auf 79,5% und ein entsprechend geringfügiger Rückgang des Anteils der Verlegungsfälle mit drei Krankenhausaufenthalten.

Eine ähnliche Entwicklung ist auch für den Zeitraum 2006 bis 2008 zu beobachten. Hier stieg der Anteil der Verlegungsfälle mit zwei Krankenhausaufenthalten an allen Verlegungsfällen von 82,5% auf 83,4%.<sup>174</sup>

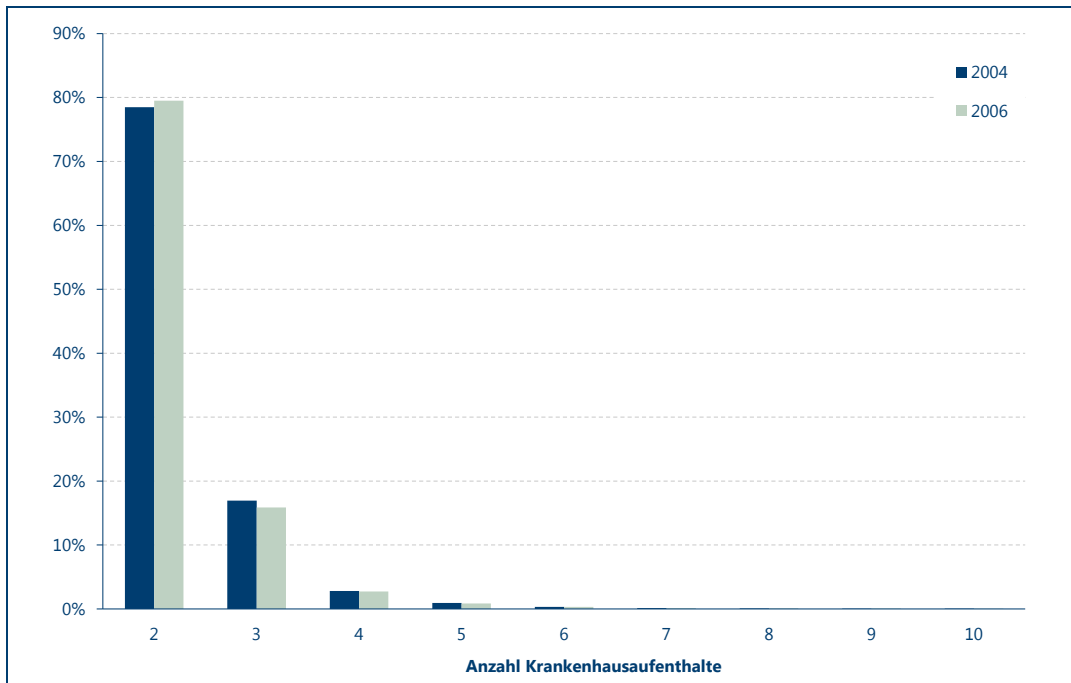
Im Zeitraum 2008 bis 2010 sind die entsprechenden Anteile hingegen nahezu unverändert.

<sup>173</sup> Der entsprechende Case-Mix Anteil liegt relativ stabil um 70%.

<sup>174</sup> Die unterschiedlichen Ergebnisse für ein identisches Jahr (z. B. 2006) können sich in unterschiedlichen Betrachtungsperioden aus der jeweils verwendeten abweichenden Groupversion (DRG-System 2006 / DRG-System 2008) ergeben.

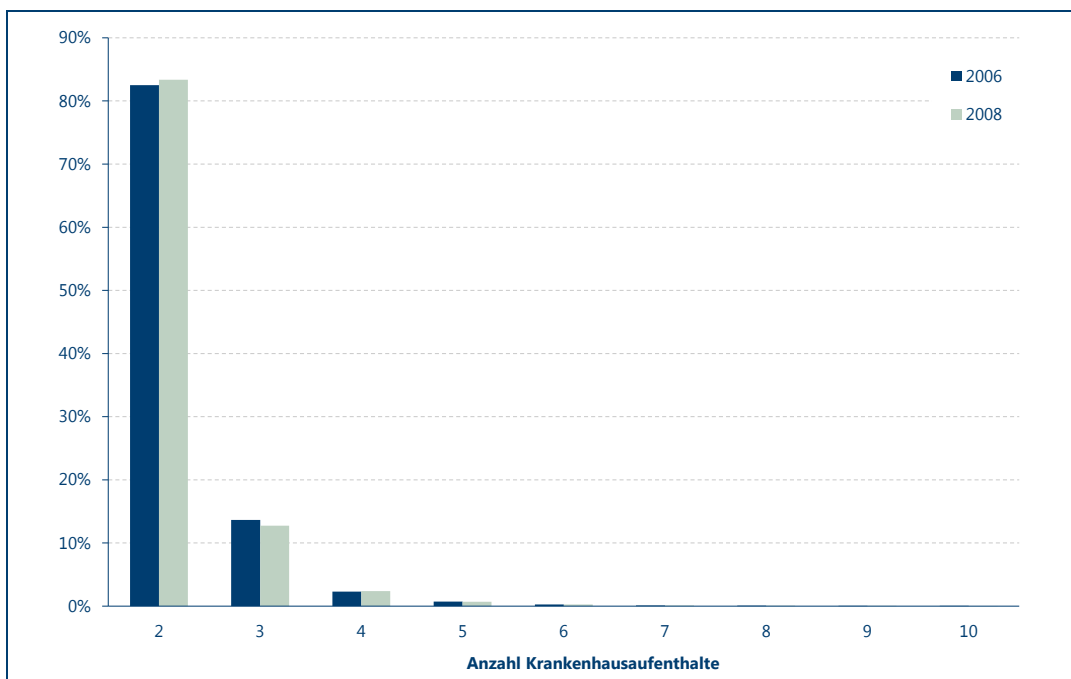


Abbildung 81: Anteil Verlegungsfälle nach Anzahl der Krankenhausaufenthalte innerhalb eines Verlegungsfalls (2004, 2006; G-DRG-System 2006)



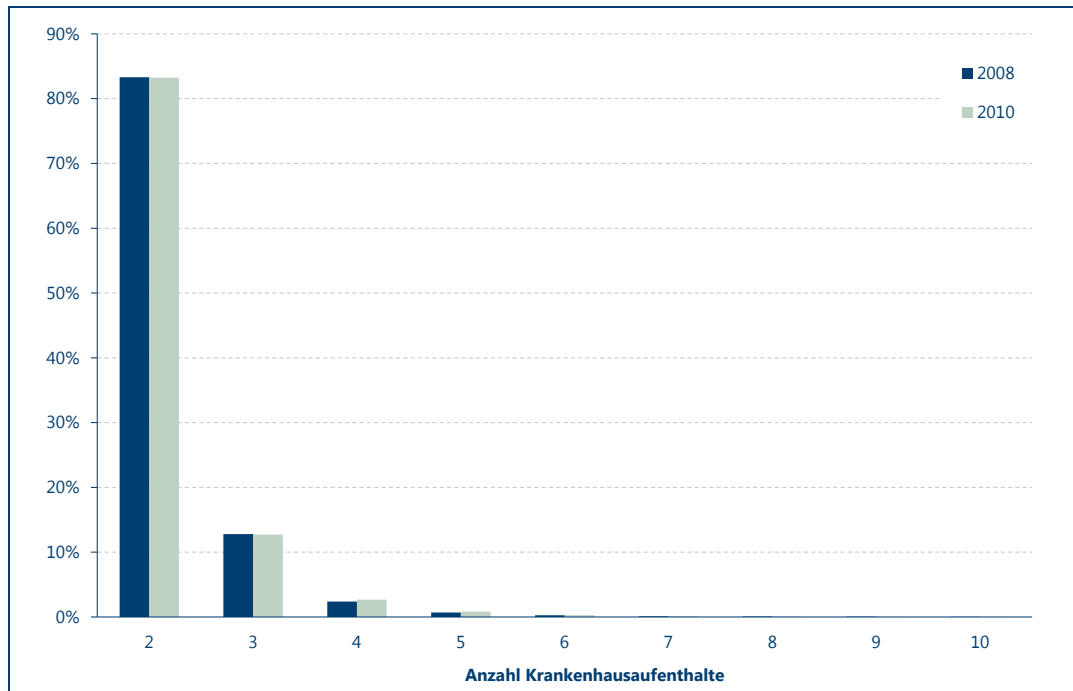
Quelle: IGES; GKV-Routinedatenauswertung

Abbildung 82: Anteil Verlegungsfälle nach Anzahl der Krankenhausaufenthalte innerhalb eines Verlegungsfalls (2006, 2008; G-DRG-System 2008)



Quelle: IGES; GKV-Routinedatenauswertung

Abbildung 83: Anteil Verlegungsfälle nach Anzahl der Krankenhausaufenthalte innerhalb eines Verlegungsfalls (2008, 2010; G-DRG-System 2010)



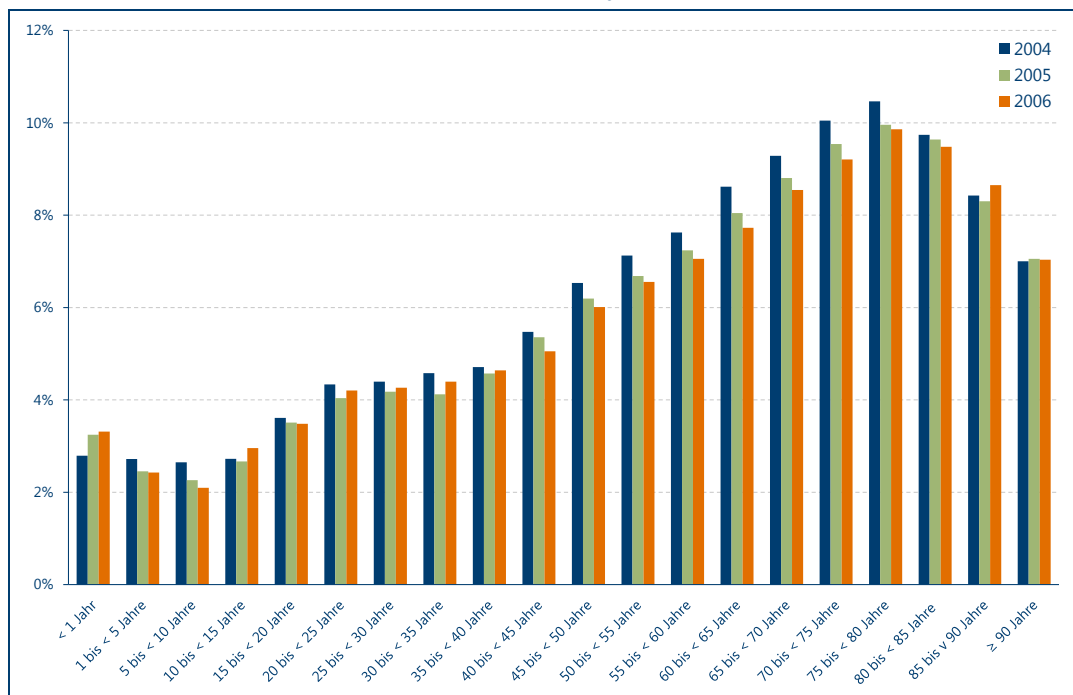
Quelle: IGES; GKV-Routinedatenauswertung

Hinsichtlich des Alters der Versicherten zeigen sich lediglich sehr geringe Unterschiede der durchschnittlichen Anzahl der Krankenhausaufenthalte innerhalb einer Verlegungskette. In allen Jahren und über alle Altersgruppen schwankt dieser Wert lediglich zwischen 2,1 und 2,4 Aufenthalten je Verlegungskette, ohne dass hier eine zeitliche Entwicklung zu beobachten ist.

Der Anteil der Verlegungsfälle an allen Fällen zeigt hingegen einen deutlichen Zusammenhang zum Alter der Patienten. Der Anteil der Verlegungsfälle an allen Fällen steigt hier nahezu kontinuierlich von 2,0% in der Altersklasse der 5- bis 20-Jährigen bis 10,2% in der Altersklasse der 80 bis 85-Jährigen (Datenjahr 2010).

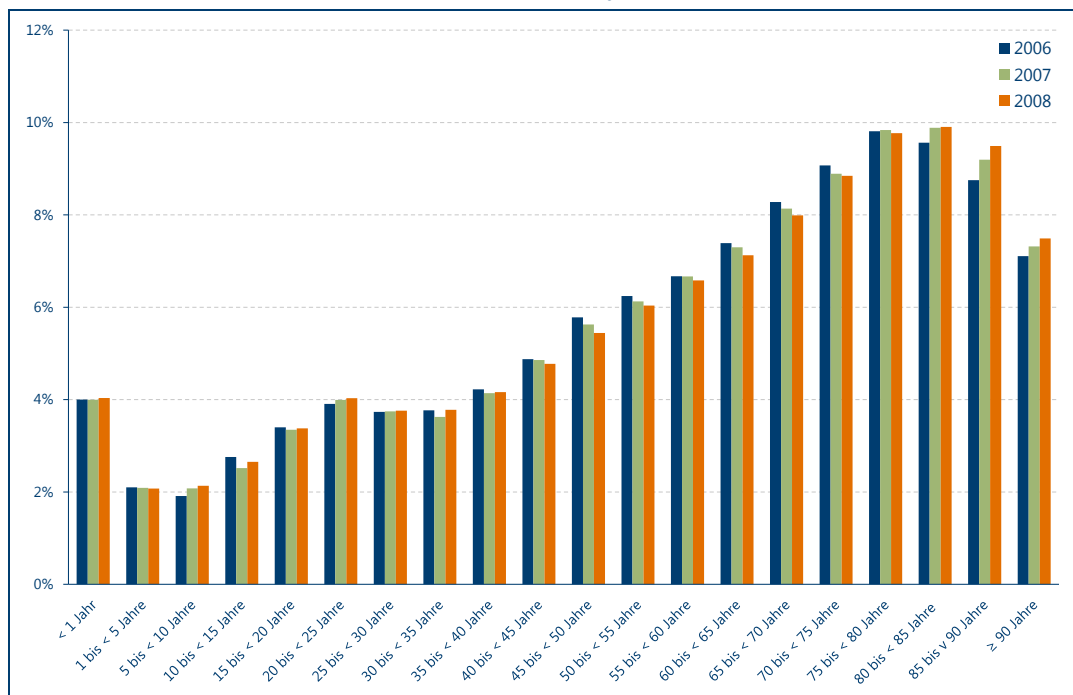
Bei Betrachtung der unterschiedlichen Untersuchungszeiträume zeigt sich, dass in allen Zeiträumen der Anteil der Verlegungsfälle an allen Fällen in den Altersgruppen bis 80 Jahre i. d. R. fällt und sich dieser Anteil in den Altersgruppen der über 80-Jährigen leicht erhöht.

Abbildung 84: Anteil Verlegungen an allen vollstationären Fällen nach Altersklasse (2004-2006; G-DRG-System 2006)



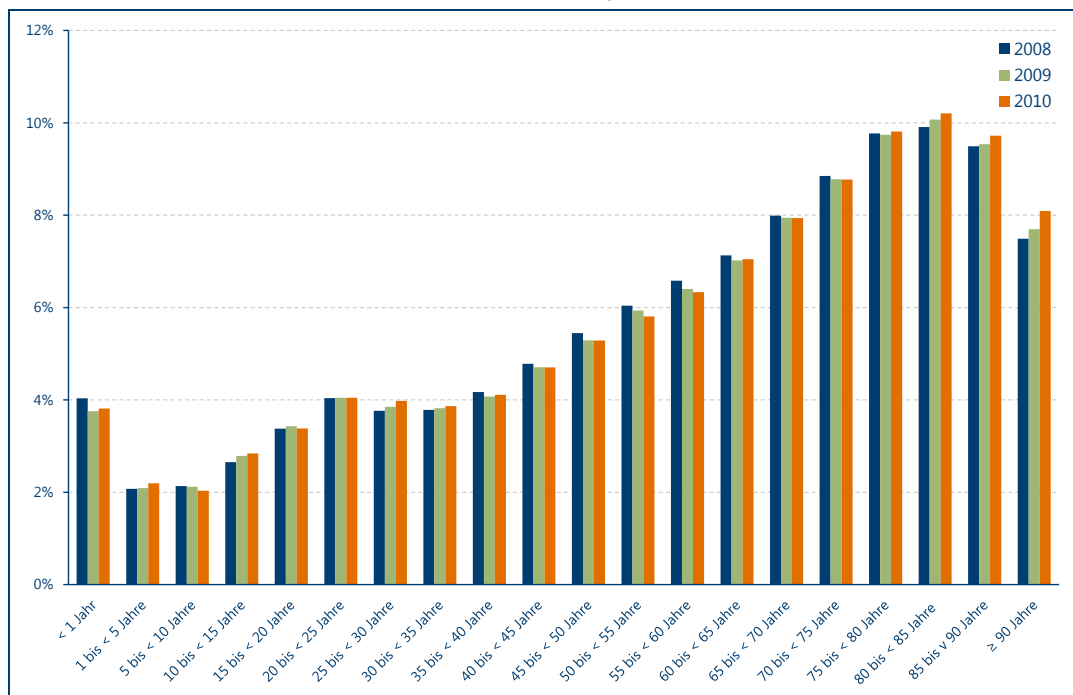
Quelle: IGES; GKV-Routinedatenauswertung

Abbildung 85: Anteil Verlegungen an allen vollstationären Fällen nach Altersklasse (2006-2008; G-DRG-System 2008)



Quelle: IGES; GKV-Routinedatenauswertung

Abbildung 86: Anteil Verlegungen an allen vollstationären Fällen nach Altersklasse (2008-2010; G-DRG-System 2010)



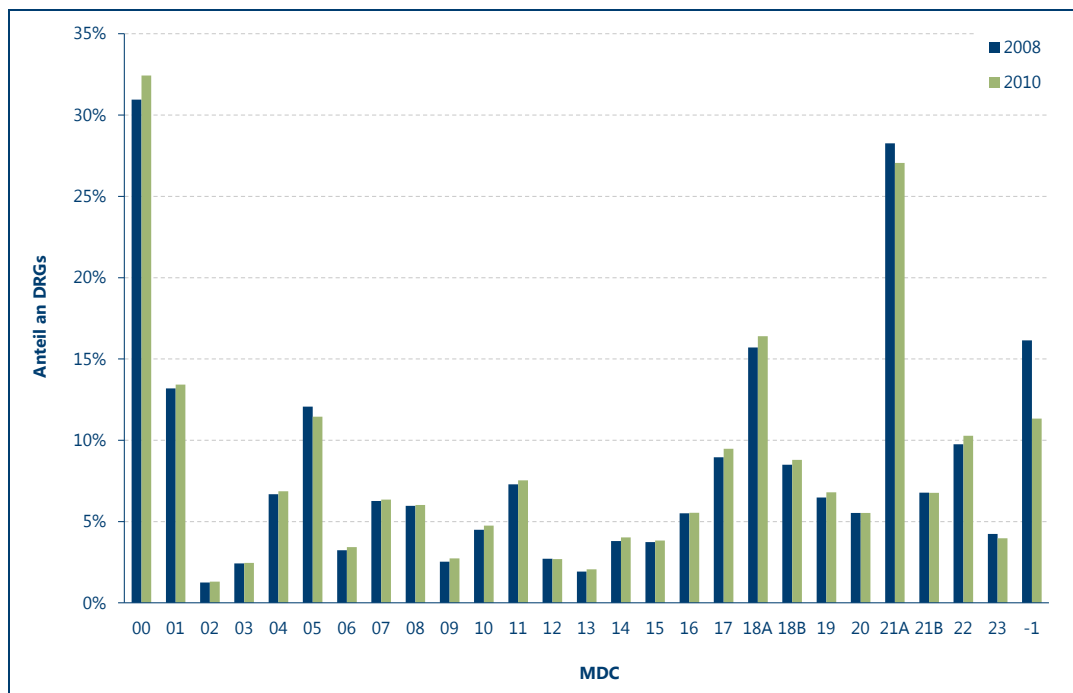
Quelle: IGES; GKV-Routinedatenauswertung

Der Anteil an Verlegungsfällen nach MDCs schwankt sehr deutlich zwischen 32% in der Prä-MDC und 1,3% in der MDC 02 (Krankheiten und Störungen des Auges) (Datenjahr 2010) (vgl. Abbildung 87, Tabelle 71).

Leichte Zunahmen des Anteils an Verlegungsfällen zeigten sich insbesondere in der Prä-MDC sowie den MDCs 01 (Krankheiten und Störungen des Nervensystems), 04 (Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane), 06 (Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane), 11 (Krankheiten und Störungen der Harnorgane) und 14 (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett).

Eine sehr deutliche Verringerung des Anteils an Verlegungsfällen zeigt sich hingegen in der MDC 05 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems).

Abbildung 87: Anteil Verlegungen an allen vollstationären Fällen nach MDC (2008, 2010)



Quelle: IGES; GKV-Routinedatenauswertung

Tabelle 71: Anteil Verlegungsfälle an allen Fällen nach MDC (2004–2010)

MDC	DRG-System 2006		DRG-System 2008		DRG-System 2010	
	2004	2006	2006	2008	2008	2010
00	31,3%	30,4%	30,3%	31,0%	30,9%	32,4%
01	13,8%	13,0%	12,7%	13,2%	13,2%	13,4%
02	1,2%	1,3%	1,2%	1,3%	1,3%	1,3%
03	2,5%	2,6%	2,2%	2,4%	2,4%	2,5%
04	7,0%	6,6%	6,3%	6,7%	6,7%	6,9%
05	15,3%	13,6%	13,2%	12,0%	12,1%	11,5%
06	3,5%	3,4%	3,1%	3,2%	3,2%	3,4%
07	6,3%	6,2%	5,9%	6,2%	6,3%	6,4%
08	6,0%	6,0%	5,6%	6,0%	6,0%	6,0%
09	3,0%	2,7%	2,5%	2,5%	2,5%	2,7%
10	4,5%	4,5%	4,4%	4,5%	4,5%	4,7%
11	8,2%	7,9%	7,5%	7,5%	7,3%	7,5%
12	2,8%	3,0%	2,6%	2,7%	2,7%	2,7%
13	2,1%	2,0%	1,8%	1,8%	1,9%	2,1%
14	4,8%	4,7%	3,7%	3,8%	3,8%	4,0%
15	2,3%	3,0%	3,6%	4,2%	3,7%	3,8%
16	5,5%	5,4%	5,3%	5,5%	5,5%	5,5%
17	9,0%	9,3%	8,7%	8,9%	9,0%	9,5%
18A	16,2%	17,4%	16,6%	15,8%	15,7%	16,4%
18B	9,6%	8,7%	8,1%	8,4%	8,5%	8,8%
19	4,2%	4,2%	6,1%	6,1%	6,5%	6,8%
20	3,2%	3,3%	5,1%	5,5%	5,5%	5,5%
21A	27,2%	26,2%	27,4%	28,1%	28,3%	27,1%
21B	4,7%	4,1%	5,9%	6,7%	6,8%	6,8%
22	10,1%	10,6%	10,1%	9,7%	9,8%	10,3%
23	5,3%	4,9%	4,6%	4,1%	4,2%	4,0%
-1	9,4%	13,4%	16,2%	12,1%	16,1%	11,3%

Quelle: IGES; GKV-Routinedatenauswertung

Der Anteil von Verlegungsfällen in den Psych-Entgeltbereich an allen Verlegungsfällen (inkl. der Verlegungen in den Psych-Entgeltbereich) liegt seit Einführung des G-DRG-Systems nahezu konstant bei 0,2%. Auch der Anteil von Verlegungsfällen aus dem Psych-Entgeltbereich hat sich nur marginal verändert und liegt bei rund 0,3% (vgl. Tabelle 72). Relevante Anteile von Verlegungen in bzw. aus dem Psych-Entgeltbereich zeigen sich lediglich für die MDCs 19 (Psychische Krankheiten und Störungen), 20 (Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen) und 21B (Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten). Mit Ausnahme des Zeitraums direkt nach G-DRG-Einführung, in dem sowohl der Anteil an Verlegungsfällen in den als auch aus dem Psych-Entgeltbereich für diese MDCs zugenommen hat, sind die Anteile im Zeitraum 2006 bis 2008 und 2008 bis 2010 jedoch weitgehend stabil.

Tabelle 72: Anteil Verlegungsfälle in den / aus dem Psych-Entgeltbereich an allen verlegten Fällen inkl. Verlegungen in den / aus dem Psych-Entgeltbereich

MDC	DRG-System 2006		DRG-System 2008		DRG-System 2010	
	2004	2006	2006	2008	2008	2010
Anteil Verlegungsfälle in den Psych-Entgeltbereich						
gesamt	0,26%	0,29%	0,21%	0,20%	0,20%	0,20%
MDC 19	5,0%	5,6%	3,9%	3,6%	3,8%	3,9%
MDC 20	3,6%	3,8%	3,0%	2,9%	2,9%	2,8%
MDC 21B	2,4%	2,5%	1,7%	1,8%	1,8%	1,9%
Anteil Verlegungsfälle aus dem Psych-Entgeltbereich						
gesamt	0,36%	0,42%	0,30%	0,31%	0,32%	0,33%
MDC 19	4,0%	4,4%	3,1%	3,5%	4,1%	4,0%
MDC 20	4,9%	5,7%	4,4%	4,9%	5,1%	5,3%
MDC 21B	4,4%	5,1%	3,6%	3,9%	3,9%	4,2%

Quelle: IGES; GKV-Routinedatenauswertung

#### 4.4.5.1 Verlegungsketten / Gesamtbetrachtung

Bei der Analyse von Verlegungsketten wurde zunächst untersucht, ob sich Veränderungen hinsichtlich der Struktur solcher Verlegungsketten nach G-DRG-Einführung ergeben haben. Ein Großteil der Verlegungsketten entspricht genau zwei Krankenhausaufenthalten (vgl. Abschnitt 4.4.5), daher werden im Folgenden ausschließlich Verlegungsketten mit genau zwei Krankenhausaufenthalten analysiert.

Der Anteil von Verlegungsketten, die sich aus identischen G-DRGs zusammensetzen, liegt seit Einführung des G-DRG-Systems nahezu konstant bei 9% (vgl. Tabelle 73).<sup>175</sup> Der Anteil des Case-Mix dieser Fälle am Case-Mix aller Verlegungsfälle nimmt hingegen von 4,7% im Jahr 2006 auf 4,0% im Jahr 2010 leicht ab. Auch der Anteil von Verlegungsketten, die sich aus identischen Basis-DRGs zusammensetzen, ist seit Einführung des G-DRG-Systems nahe-

<sup>175</sup> Der leicht erhöhte Wert im Jahr 2004 wird maßgeblich durch Verlegungsfälle bei der DRG B70E (Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne intrakranielle Blutung, mehr als ein Belegungstag) hervorgerufen. Dies könnte durch Veränderungen des Dokumentationsverhaltens in der Einführungsphase des G-DRG-Systems verursacht sein (u. a. da einzelne für die Gruppierung mit der Groupversion des Jahres 2006 erforderliche OPS-Kodes in der im Jahr 2004 gültigen Version des OPS-Kataloges noch nicht existierten) und muss somit nicht Veränderungen der realen Versorgungssituation entsprechen.

zu konstant bei 15% geblieben, ebenso wie der Case-Mix-Anteil dieser Fälle (8%).

Auch der Anteil von Verlegungsketten, die sich aus identischer Kombination aus MDC und Partition bzw. ausschließlich aus identischer MDC zusammensetzen, hat sich, ähnlich wie deren Case-Mix-Anteile, seit Einführung des G-DRG-Systems nur marginal und nicht systematisch verändert.

**Tabelle 73:** Anteil Verlegungsketten, Case-Mix mit identischer G-DRG, identischer Basis-DRG, identischer MDC und Partition und identischer MDC an allen Verlegungsketten nach Jahr und G-DRG-System

	DRG-System 2006		DRG-System 2008		DRG-System 2010	
	2004	2006	2006	2008	2008	2010
<b>identische G-DRG (Fallzahl)</b>	11,7%	9,1%	9,8%	9,6%	9,2%	9,0%
<b>identische G-DRG (Case-Mix)</b>	7,0%	4,7%	4,5%	4,4%	4,1%	4,0%
<b>identische Basis-DRG (Fallzahl)</b>	16,1%	14,2%	15,2%	15,3%	15,0%	15,0%
<b>identische Basis-DRG (Case-Mix)</b>	10,1%	8,4%	8,5%	8,7%	8,5%	8,3%
<b>identische MDC und Partition (Fallzahl)</b>	26,0%	25,0%	26,8%	27,0%	25,7%	26,0%
<b>identische MDC und Partition (Case-Mix)</b>	19,1%	18,1%	18,5%	19,3%	18,8%	19,5%
<b>identische MDC (Fallzahl)</b>	66,9%	66,6%	67,6%	66,7%	66,3%	66,1%
<b>identische MDC (Case-Mix)</b>	60,6%	59,9%	59,9%	59,5%	59,5%	59,7%

Quelle: IGES; GKV-Routinedatenauswertung

Ausschließliche Betrachtung von Verlegungsketten mit zwei Krankenhausaufenthalten.

Zur weiteren Analyse von möglichen Veränderungen des Verlegungsverhaltens wurden die häufigsten Abfolgen von Verlegungsketten aus der Kombination von MDC und Partition untersucht.

Die nach der Fallzahl häufigsten 20 Kombinationen aus MDC und Partition der Verlegungsketten entsprechen insgesamt 50% aller Verlegungsketten (vgl. Tabelle 74). Reduktionen des Anteils entsprechender Kombinationen an allen Verlegungsketten zeigen sich insbesondere bei Verlegungsfällen zwischen der medizinischen und der operativen Partition, zwischen der medizinischen und der anderen Partition sowie innerhalb der medizinischen Partition der MDC 05 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems).

Relevante Zunahmen zeigen sich hingegen bei Verlegungsfällen zwischen der medizinischen und der anderen Partition der MDC 01 (Krankheiten und Störungen des Nervensystems) und innerhalb der medizinischen Partition der MDC 15 (Neugeborene).



Tabelle 74: Anteil Verlegungsketten mit Kombination MDC / Partition nach Jahr und G-DRG-System an allen Verlegungsketten

MDC/ Partition 1	MDC/ Partition 1	DRG-System 2006		DRG-System 2008		DRG-System 2010	
		2004	2006	2006	2008	2008	2010
05 / M	05 / O	8,1%	7,2%	8,1%	7,1%	6,9%	6,1%
01 / M	01 / M	7,2%	5,7%	5,7%	5,6%	5,6%	5,5%
08 / O	08 / A	2,2%	2,9%	2,7%	3,3%	3,3%	3,5%
05 / O	05 / M	3,6%	3,6%	3,7%	3,4%	3,4%	3,0%
05 / M	05 / A	5,3%	4,6%	2,8%	2,6%	3,3%	2,9%
01 / M	01 / A	1,0%	2,3%	2,4%	2,6%	2,6%	2,9%
08 / M	08 / O	2,4%	2,8%	2,9%	2,7%	2,7%	2,8%
04 / M	04 / M	3,0%	2,8%	2,7%	2,7%	2,8%	2,7%
05 / M	05 / M	2,5%	2,1%	4,1%	3,6%	2,8%	2,6%
01 / M	01 / O	2,2%	2,5%	2,5%	2,4%	2,4%	2,4%
05 / A	05 / O	2,4%	2,4%	2,2%	2,1%	2,4%	2,4%
14 / M	14 / M	2,0%	2,5%	2,2%	2,1%	2,1%	2,2%
11 / M	11 / M	1,6%	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%	1,8%
08 / M	08 / M	1,4%	1,3%	1,3%	1,4%	1,3%	1,4%
15 / M	15 / M	0,7%	1,4%	1,2%	1,5%	1,1%	1,4%
11 / M	11 / O	1,1%	1,2%	1,2%	1,1%	1,1%	1,2%
04 / M	04 / O	1,0%	1,0%	1,1%	1,0%	1,1%	1,1%
06 / M	06 / M	0,8%	0,7%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%
14 / M	14 / O	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	0,9%
08 / O	08 / M	1,4%	1,1%	1,1%	1,0%	1,0%	0,9%

Quelle: IGES; GKV-Routinedatenauswertung

Ausschließliche Betrachtung von Verlegungsketten mit zwei Krankenhausaufenthalten; TOP 20 Sortierung nach Fallzahl der Kombination aus MDC und Partition im Jahr 2010.

O: chirurgische Partition; A: andere Partition; M: medizinische Partition.

Die nach dem Case-Mix relevantesten 20 Kombinationen aus MDC und Partition der Verlegungsketten entsprechen insgesamt 50% des gesamten Case-Mix aller Verlegungsketten (vgl. Tabelle 75). Deutliche Reduktionen des Case-Mix-Anteils entsprechender Kombinationen an allen Verlegungsketten zeigen sich insbesondere bei Verlegungsfällen zwischen der medizinischen und der operativen Partition und zwischen der operativen und der medizinischen Partition der MDC 05 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems).

Relevante Zunahmen zeigen sich hingegen bei Verlegungsfällen innerhalb der operativen Partition der Prä-MDC sowie zwischen der medizinischen Partition und der anderen Partition der MDC 01 (Krankheiten und Störungen des Nervensystems).

Tabelle 75: Anteil Case-Mix der Verlegungsketten mit Kombination MDC / Partition nach Jahr und G-DRG-System am Case-Mix aller Verlegungsketten

MDC/ Partition 1	MDC/ Partition 2	DRG-System 2006		DRG-System 2008		DRG-System 2010	
		2004	2006	2006	2008	2008	2010
05 / M	05 / O	8,3%	7,3%	7,8%	6,9%	6,6%	5,8%
00 / O	00 / O	2,5%	3,3%	3,5%	4,4%	4,3%	5,7%
08 / O	08 / A	3,1%	3,9%	3,5%	4,2%	4,1%	4,3%
05 / O	05 / M	5,0%	4,8%	4,8%	4,3%	4,4%	4,0%
05 / A	05 / O	4,0%	3,9%	3,5%	3,3%	3,7%	3,8%
01 / M	01 / A	1,0%	2,5%	2,5%	2,7%	2,6%	2,8%
01 / M	01 / M	5,0%	3,2%	3,3%	3,2%	2,9%	2,7%
01 / M	01 / O	2,4%	2,8%	2,9%	2,7%	2,7%	2,7%
08 / M	08 / O	2,1%	2,4%	2,4%	2,3%	2,3%	2,4%
00 / O	01 / A	0,7%	0,8%	1,4%	1,5%	1,5%	1,6%
01 / M	00 / O	1,6%	2,0%	1,7%	1,6%	1,6%	1,6%
05 / O	05 / O	1,1%	1,3%	1,4%	1,4%	1,5%	1,6%
00 / O	01 / M	1,8%	1,2%	1,5%	1,6%	1,6%	1,5%
05 / M	00 / O	1,7%	1,8%	2,1%	1,9%	1,7%	1,4%
05 / M	05 / A	2,6%	2,2%	1,5%	1,4%	1,6%	1,4%
04 / M	04 / M	1,6%	1,4%	1,3%	1,3%	1,3%	1,2%
05 / O	05 / A	0,6%	0,7%	0,6%	0,8%	0,8%	1,1%
04 / M	04 / O	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,1%	1,0%
05 / M	05 / M	1,2%	0,9%	1,4%	1,2%	1,0%	0,9%
15 / M	15 / M	0,7%	1,0%	1,0%	1,1%	0,9%	0,9%

Quelle: IGES; GKV-Routinedatenauswertung

Ausschließliche Betrachtung von Verlegungsketten mit zwei Krankenhausaufenthalten; TOP 20 Sortierung nach Case-Mix der Kombination aus MDC und Partition im Jahr 2010.

O: chirurgische Partition; A: andere Partition; M: medizinische Partition.

#### 4.4.5.2 Verlegungsketten differenziert nach G-DRGs

Die nach dem Case-Mix relevantesten 20 Verlegungsketten und deren einzelne DRGs, die allerdings aufgrund der Heterogenität auf diesem Auswertungsniveau und der Vielzahl an Kombinationsmöglichkeiten lediglich 6 bis 7% des gesamten Case-Mix aller Verlegungsketten ausmachen, zeigen in allen Betrachtungszeiträumen nur sehr geringe Veränderungen, die i. d. R. mit den beschriebenen Veränderungen auf Ebene der Kombination aus MDC und Partition korrespondieren (vgl. Tabelle 76 bis Tabelle 78).

Bei diesen Verlegungsketten zeigen sich auch Verlegungsketten bestehend aus drei DRGs, z. B. bei Herzinfarkt, die hinsichtlich ihrer Struktur einer Verlegung aus dem Bereich der konservativen Kardiologie in den Bereich der ope-

rativen oder interventionellen Kardiologie und einer abschließenden konservativen Behandlung entsprechen.<sup>176</sup>

Tabelle 76: Anteil der Verlegungskette, Case-Mix mit G-DRG-Kombination (G-DRG-System 2010) an allen Verlegungsketten

DRG (1)	DRG (2)	Fallanteil		Case-Mix-Anteil	
		2008	2010	2008	2010
F49E	F06F	0,5%	0,4%	0,6%	0,5%
I08F	I41Z	0,6%	0,6%	0,6%	0,5%
I47B	I41Z	0,5%	0,5%	0,5%	0,4%
F06F	F66B	0,5%	0,4%	0,6%	0,4%
I05Z	I41Z	0,3%	0,4%	0,3%	0,4%
I08E	I41Z	0,3%	0,4%	0,3%	0,4%
F41B	F06F	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%
B70B	B44B	0,2%	0,3%	0,2%	0,3%
B70B	B70F	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
F60B	F52B	0,7%	0,5%	0,3%	0,2%
F60B	F24B	0,5%	0,4%	0,2%	0,2%
I08C	I41Z	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%
F60B	F52B (F60B)	0,5%	0,4%	0,2%	0,2%
B70D	B44B	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
B66D	B20B	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
B70F	B44B	0,3%	0,2%	0,3%	0,2%
I66D	I41Z	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
F60B	F24B (F60B)	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%
B70I	A11D	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%
F49E	F06F (F49E)	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%

Quelle: IGES; GKV-Routinedatenauswertung

TOP 20 Sortierung nach Case-Mix im Jahr 2010. In Klammern ggf. weitere G-DRG(s) der Verlegungskette. Zur Falldefinition vgl. Abschnitt 3.2.3.2.

<sup>176</sup> Z. B.: F60B (Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere CC) => F52B (Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC) => F60B

Tabelle 77: Anteil der Verlegungskette, Case-Mix mit G-DRG-Kombination (G-DRG-System 2008) an allen Verlegungsketten

DRG (1)	DRG (2)	Fallanteil		Case-Mix-Anteil	
		2006	2008	2006	2008
F49E	F32Z	0,6%	0,5%	0,7%	0,6%
I08D	I41Z	0,6%	0,6%	0,5%	0,5%
F32Z	F66Z	0,6%	0,5%	0,6%	0,5%
I47B	I41Z	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%
I08C	I41Z	0,3%	0,4%	0,3%	0,4%
I05Z	I41Z	0,2%	0,3%	0,3%	0,4%
F41B	F32Z	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%
F60B	F52B	0,9%	0,7%	0,4%	0,3%
B70F	B44B	0,4%	0,3%	0,4%	0,3%
F60B	F24C	0,6%	0,5%	0,3%	0,3%
F60B	F52B (F60B)	0,7%	0,5%	0,4%	0,3%
B70B	B70F	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%
B70B	B44B	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%
F60B	F24C (F60B)	0,5%	0,3%	0,3%	0,2%
B66D	B20B	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
B70F	B70F	0,4%	0,3%	0,2%	0,2%
F22Z	F73Z	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%
F66Z	F32Z	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%
B70I	A11D	0,1%	0,0%	0,2%	0,2%
B70F	B44D	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%

Quelle: IGES; GKV-Routinedatenauswertung

TOP 20 Sortierung nach Case-Mix im Jahr 2008. In Klammern ggf. weitere G-DRG(s) der Verlegungskette. Zur Falldefinition vgl. Abschnitt 3.2.3.2.

Tabelle 78: Anteil der Verlegungskette, Case-Mix mit G-DRG-Kombination (G-DRG-System 2006) an allen Verlegungsketten

DRG (1)	DRG (2)	Fallanteil		Case-Mix-Anteil	
		2004	2006	2004	2006
F32Z	F66B	0,7%	0,5%	0,8%	0,5%
I08B	I41Z	0,3%	0,4%	0,5%	0,5%
F49E	F32Z	0,5%	0,4%	0,6%	0,5%
I05Z	I41Z	0,2%	0,4%	0,4%	0,5%
F60B	F52B (F60B)	0,9%	0,8%	0,5%	0,4%
I08C	I41Z	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
B70E	B44A	0,2%	0,4%	0,4%	0,4%
F60B	F24B (F60B)	0,4%	0,5%	0,3%	0,3%
F41B	F32Z	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%
F60B	F52B	0,8%	0,6%	0,4%	0,3%
B70H	A11B	0,1%	0,1%	0,3%	0,3%
I47Z	I41Z	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%
B70E	B70E	1,6%	0,4%	0,6%	0,2%
F60B	F24B	0,4%	0,4%	0,2%	0,2%
F22Z	F69A	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%
F11B	F69A	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%
B70E	B44B	0,1%	0,3%	0,2%	0,2%
F49E	F32Z (F49E)	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
B70H	B02E	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%
B66B	B20Z	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%

Quelle: IGES; GKV-Routinedatenauswertung

TOP 20 Sortierung nach Case-Mix im Jahr 2006. In Klammern ggf. weitere G-DRG(s) der Verlegungskette. Zur Falldefinition vgl. Abschnitt 3.2.3.2.

#### 4.4.6 Spezialisierung

Das G-DRG-System könnte zudem durch seine spezifischen ökonomischen Anreize zu einer Spezialisierung der Leistungserstellung der Krankenhäuser geführt haben.

##### 4.4.6.1 Anzahl der Basis-DRGs, mit der 80%, 90% oder 100% aller Fälle abgebildet werden

Im Folgenden wird untersucht, mit welcher Anzahl von Basis-DRGs die Krankenhäuser der einzelnen Bettengrößenklassen bzw. der einzelnen Bun-

desländer in den Jahren 2008 bis 2010 im Durchschnitt 80%, 90% oder 100% ihrer Fälle abbilden konnten.<sup>177</sup>

Die durchschnittliche Anzahl der Basis-DRGs je Krankenhaus, durch die 80% der Fälle abgebildet werden, stieg stetig mit zunehmender Bettengrößenklasse von 12 Basis-DRGs (Krankenhäuser unter 50 Betten) auf 150 Basis-DRGs (Krankenhäuser mit 1000 Betten und mehr) (Datenjahr 2010). Über alle Krankenhäuser blieb die durchschnittliche Anzahl der Basis-DRGs je Krankenhaus, durch die 80% der Fälle abgebildet werden, im Zeitraum 2008 bis 2010 mit ca. 61 Basis-DRGs nahezu stabil (vgl. Tabelle 79).

Tabelle 79: Durchschnittliche Anzahl Basis-DRGs je Krankenhaus, durch die 80% der Fälle abgebildet werden, nach Bettengrößenklasse der Krankenhäuser (2008-2010)

Bettengrößenklasse	2008	2009	2010	Δ 2008-2010 p. a.
1 bis 49 Betten	13	12	12	-2,5%
50 bis 99 Betten	26	23	24	-3,7%
100 bis 149 Betten	42	44	44	1,6%
150 bis 199 Betten	58	59	59	0,9%
200 bis 299 Betten	66	67	67	0,2%
300 bis 399 Betten	76	79	79	1,9%
400 bis 499 Betten	87	92	92	2,8%
500 bis 599 Betten	99	101	101	1,1%
600 bis 799 Betten	102	103	108	3,1%
800 bis 999 Betten	119	126	126	3,0%
1000 Betten und mehr	145	148	150	1,9%
ohne Angabe	30	29	24	-9,6%
<b>gesamt</b>	<b>60</b>	<b>61</b>	<b>61</b>	<b>0,5%</b>

Quelle: IGES; InEK  
Anzahl Basis-DRGs auf ganze Zahlen gerundet

Auch die durchschnittliche Anzahl der Basis-DRGs je Krankenhaus, durch die 90% der Fälle erbracht werden, erhöhte sich stetig mit zunehmender Bettengrößenklasse von 20 Basis-DRGs (Krankenhäuser unter 50 Betten) auf 224 Basis-DRGs (Krankenhäuser mit 1000 Betten und mehr) (Datenjahr 2010). Über alle Krankenhäuser betrachtet, blieb die durchschnittliche Anzahl der Basis-DRGs je Krankenhaus, durch die 90% der Fälle abgebildet werden, nahezu stabil (Jahr 2008: 95, Jahr 2010: 96) (vgl. Tabelle 80).

<sup>177</sup> Eine Basis-DRG wird als getroffen erkannt, sofern mindestens ein Fall in eine zu dieser Basis-DRG gehörende G-DRG eingruppiert wird (vgl. zur G-DRG-Systematik auch Abschnitt 2.3.2).

Tabelle 80: Durchschnittliche Anzahl Basis-DRGs je Krankenhaus, durch die 90% der Fälle abgebildet werden, nach Bettengrößenklasse der Krankenhäuser (2008-2010)

Bettengrößenklasse	2008	2009	2010	$\Delta$ 2008-2010 p. a.
1 bis 49 Betten	21	20	20	-2,5%
50 bis 99 Betten	42	38	39	-3,8%
100 bis 149 Betten	68	71	71	2,0%
150 bis 199 Betten	92	95	94	1,0%
200 bis 299 Betten	105	106	106	0,4%
300 bis 399 Betten	120	124	124	1,8%
400 bis 499 Betten	137	145	145	2,9%
500 bis 599 Betten	154	157	158	1,3%
600 bis 799 Betten	159	160	168	3,1%
800 bis 999 Betten	182	191	192	2,7%
1000 Betten und mehr	217	221	224	1,7%
ohne Angabe	47	46	38	-9,4%
<b>gesamt</b>	<b>95</b>	<b>95</b>	<b>96</b>	<b>0,6%</b>

Quelle: IGES; InEK  
Anzahl Basis-DRGs auf ganze Zahlen gerundet

Auch die durchschnittliche Anzahl der Basis-DRGs je Krankenhaus, durch die 100% der Fälle abgebildet werden, stieg mit zunehmender Bettengrößenklasse kontinuierlich von 54 Basis-DRGs (Krankenhäuser unter 50 Betten) auf 511 Basis-DRGs (Krankenhäuser mit 1000 Betten und mehr) (Datenjahr 2010). Über alle Krankenhäuser betrachtet nahm die durchschnittliche Anzahl der Basis-DRGs je Krankenhaus, durch die 100% der Fälle abgebildet werden, von 243 im Jahr 2008 auf 247 im Jahr 2010 um jahresdurchschnittlich 0,8% zu.

Ein Rückgang der Anzahl der Basis-DRGs je Krankenhaus, durch die 100% der Fälle abgebildet werden, zeigte sich ausschließlich bei Krankenhäusern mit weniger als 100 Betten. In nahezu allen übrigen Bettengrößenklassen kam es zu Steigerungen der Anzahl der Basis-DRGs je Krankenhaus, durch die 100% der Fälle abgebildet werden (vgl. Tabelle 81).

Eine grundsätzliche Tendenz zur Spezialisierung des Leistungsspektrums kann insgesamt für den Zeitraum 2008 bis 2010 (ähnlich den Ergebnissen für den Zeitraum 2006 bis 2008) wie auch bei der Betrachtung der Krankenhäuser nach einzelnen Bettengrößenklassen nicht festgestellt werden. Die Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten zeigen auf der Ebene der Basis-DRGs eine leichte Tendenz zur Spezialisierung.

Tabelle 81: Durchschnittliche Anzahl Basis-DRGs je Krankenhaus, durch die 100% der Fälle abgebildet werden, nach Bettengrößenklasse der Krankenhäuser (2008-2010)

Bettengrößenklasse	2008	2009	2010	Δ 2008-2010 p. a.
1 bis 49 Betten	55	53	54	-1,1%
50 bis 99 Betten	114	107	108	-3,0%
100 bis 149 Betten	177	184	184	2,1%
150 bis 199 Betten	236	243	243	1,6%
200 bis 299 Betten	272	275	278	1,1%
300 bis 399 Betten	312	323	324	1,9%
400 bis 499 Betten	353	373	372	2,7%
500 bis 599 Betten	392	400	401	1,1%
600 bis 799 Betten	406	409	426	2,5%
800 bis 999 Betten	454	466	467	1,4%
1000 Betten und mehr	495	503	511	1,7%
ohne Angabe	116	114	98	-8,0%
<b>gesamt</b>	<b>243</b>	<b>245</b>	<b>247</b>	<b>0,8%</b>

Quelle: IGES; InEK  
Anzahl Basis-DRGs auf ganze Zahlen gerundet

Die durchschnittliche Anzahl der Basis-DRGs je Krankenhaus, durch die 80% der Fälle erbracht werden, differierte in den Bundesländern deutlich. In Schleswig-Holstein lag dieser Wert mit 47 Basis-DRGs am niedrigsten, in Bremen und in Mecklenburg-Vorpommern hingegen mit 76 bzw. 70 Basis-DRGs deutlich über dem Durchschnittswert. Die Entwicklungen im Untersuchungszeitraum verliefen relativ gleichförmig (vgl. Tabelle 82). Lediglich in Hamburg kam es zu einem relevanten Anstieg der Anzahl der Basis-DRGs je Krankenhaus, durch die 80% der Fälle erbracht werden, von 60 im Jahr 2008 auf 62 im Jahr 2010.<sup>178</sup>

Auch unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus dem ersten und zweiten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung ergeben sich im Untersuchungszeitraum keine Hinweise auf eine Spezialisierung im Leistungsspektrum der Krankenhäuser (vgl. Endbericht zum ersten Forschungszyklus; Endbericht zum zweiten Forschungszyklus). Dies gilt auch für die durchschnittliche Anzahl der Basis-DRGs je Krankenhaus, durch die 90% bzw. 100% der Fälle abgebildet werden.<sup>179</sup>

<sup>178</sup> Diese Entwicklung zeigt sich auch bei Betrachtung der Anzahl der Basis-DRGs, mit der 90% und 100% aller Fälle abgebildet werden.

<sup>179</sup> Vgl. hierzu die Datenveröffentlichung zur G-DRG-Begleitforschung.



Tabelle 82: Durchschnittliche Anzahl Basis-DRGs je Krankenhaus durch die 80% der Fälle abgebildet werden nach Bundesland der Krankenhäuser (2008-2010)

Bundesland	2008	2009	2010	$\Delta$ 2008-2010 p. a.
Baden-Württemberg	57	57	58	0,6%
Bayern	55	55	56	0,8%
Berlin	56	56	55	-0,9%
Brandenburg	62	62	62	-0,2%
Bremen	77	76	76	-0,7%
Hamburg	60	60	62	2,0%
Hessen	54	54	55	1,5%
Mecklenburg-Vorpommern	69	70	70	0,6%
Niedersachsen	60	60	60	0,1%
Nordrhein-Westfalen	67	67	68	1,1%
Rheinland-Pfalz	61	62	63	1,0%
Saarland	66	66	66	-0,3%
Sachsen	67	66	67	-0,1%
Sachsen-Anhalt	66	66	67	0,1%
Schleswig-Holstein	48	47	47	-1,1%
Thüringen	67	64	64	-2,3%
<b>gesamt</b>	<b>60</b>	<b>61</b>	<b>61</b>	<b>0,5%</b>

Quelle: IGES; InEK  
Anzahl Basis-DRGs auf ganze Zahlen gerundet

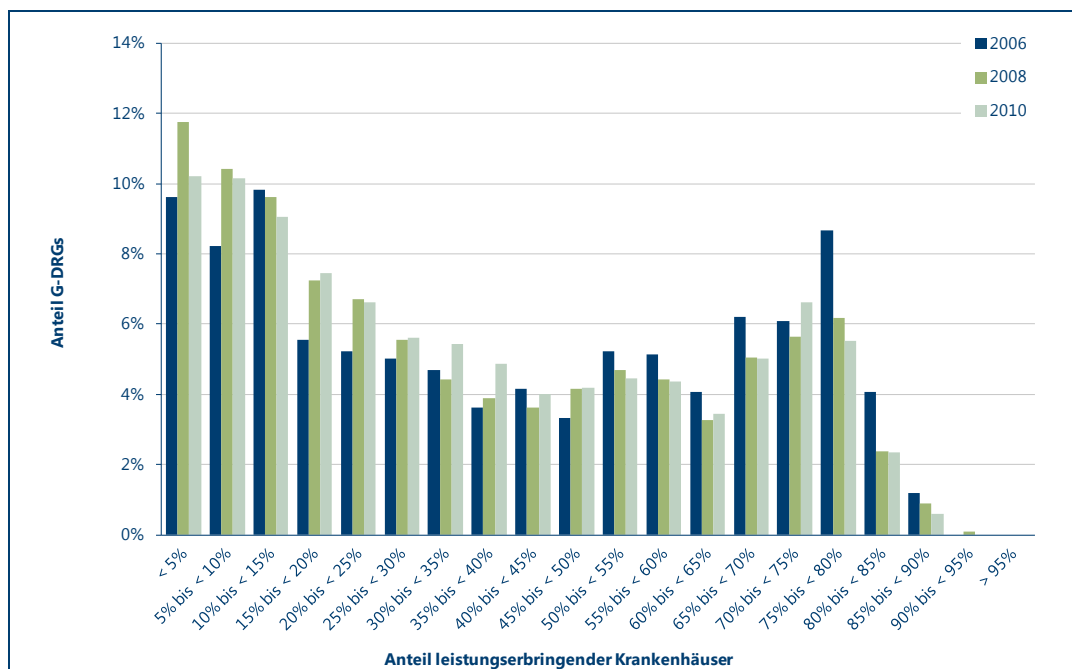
#### 4.4.6.2 Anteil der leistungserbringenden Krankenhäuser nach G-DRGs

Im Folgenden wird untersucht, wie sich die einzelnen G-DRGs auf die leistungserbringenden Krankenhäuser verteilen, d. h. von welchem Prozentsatz aller Krankenhäuser diese mindestens ein Mal jährlich abgerechnet wurden. Zunächst werden die Ergebnisse dieser Auswertungen im Überblick dargestellt, im Weiteren dann auch differenziert nach ausgewählten G-DRGs.

Die Anzahl der leistungserbringenden Krankenhäuser schwankt für die einzelnen G-DRGs sehr deutlich. Die Verteilung der G-DRGs auf die Anteile der Krankenhäuser, die die jeweilige G-DRG erbringen, ist in Abbildung 88 dargestellt. Die im Zeitraum 2008 bis 2010 am weitesten verbreitete G-DRG war, wie auch schon im Zeitraum 2006 bis 2008, die G-DRG X62Z (Vergiftungen/Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung), die von 89,7% (Datenjahr: 2010) aller Krankenhäuser erbracht wurde. Ein Schwerpunkt der G-DRG-Verteilung auf die einzelnen Krankenhäuser lag bei spezialisierten G-DRGs, die von weniger als 15% aller Krankenhäuser erbracht wurden und bei „Grundversorgungs-G-DRGs“, die von 70% bis unter 80% aller Krankenhäuser erbracht wurden (vgl. Abbildung 88).

Im Verlauf der Entwicklung des G-DRG-Systems hat sich der Anteil von G-DRGs, die von einer geringen Anzahl von Krankenhäusern erbracht werden erhöht und parallel dazu der Anteil an G-DRGs, die von einem Großteil der Krankenhäuser erbracht werden, verringert. Ursache hierfür ist insbesondere die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems mit einer Verfeinerung des Klassifikationssystems und mit einer zunehmenden Anzahl von G-DRGs. Dies führt dazu, dass zunehmend G-DRGs zwar für die Abbildungsgenauigkeit des Systems notwendig sind, dennoch aber nur von einer geringen Zahl von Krankenhäusern erbracht werden.

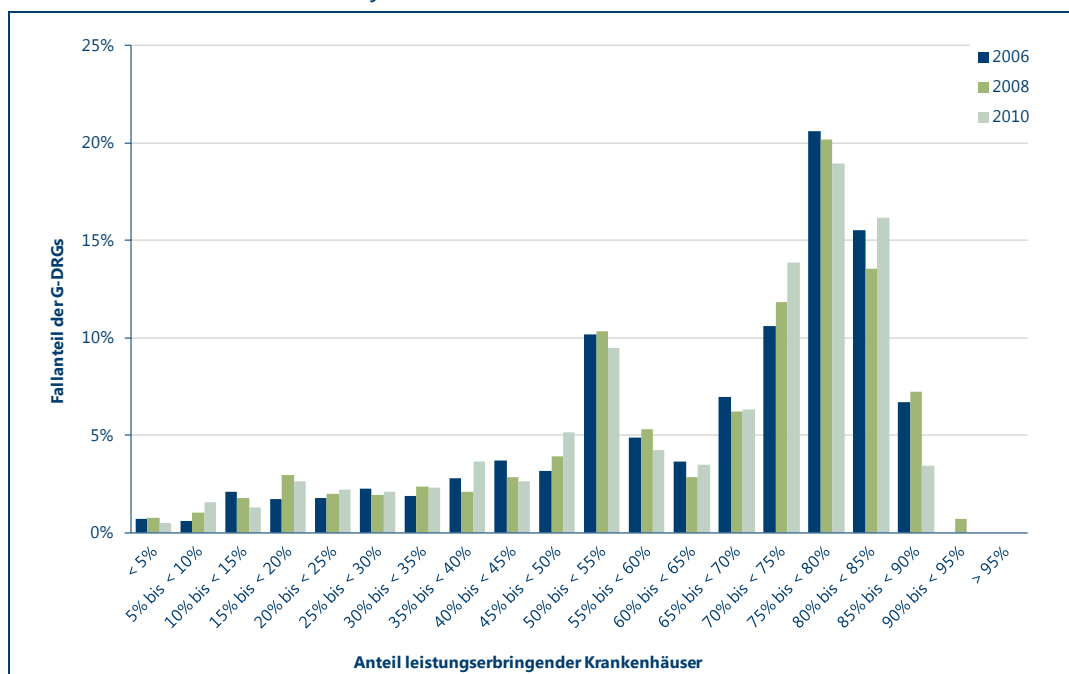
Abbildung 88: Verteilung der G-DRGs nach Anteilen der leistungserbringenden Krankenhäuser an allen Krankenhäusern (G-DRG-Systeme 2006; 2008; 2010); (n=935, 1.132, 1.193 G-DRGs)



Quelle: IGES; InEK

Unter Berücksichtigung der Fallzahlen des Jahres 2010 für die einzelnen G-DRGs zeigt sich, dass ein Großteil der Behandlungsfälle (52%) über G-DRGs abgerechnet werden, die von 70% und mehr aller Krankenhäuser erbracht werden (vgl. Abbildung 89). Dieser Anteil hat sich im Verlauf der Entwicklung des G-DRG-Systems von 54% im Jahr 2006 kontinuierlich leicht reduziert. Der Anteil von Behandlungsfällen, die über G-DRGs abgerechnet werden, die von weniger als 50% aller Krankenhäuser abgerechnet wurden, betrug hingegen im Jahr 2010 nur 24%.

Abbildung 89: Verteilung der Behandlungsfälle in G-DRGs nach Anteilen der leistungserbringenden Krankenhäusern an allen Krankenhäusern (G-DRG-Systeme 2006; 2008; 2010)



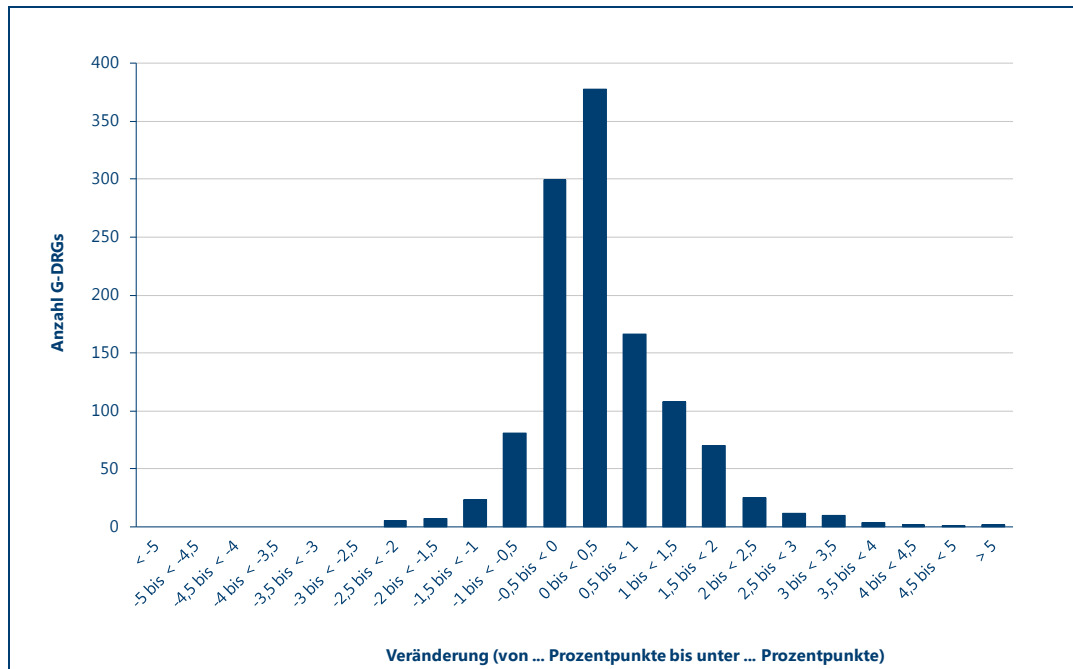
Quelle: IGES; InEK

(Behandlungsfälle 2006: 16,2 Mio.; 2008: 16,9 Mio.; 2010: 17,4 Mio.)

Abbildung 90 stellt die Veränderung des Anteils der leistungserbringenden Krankenhäuser an allen Krankenhäusern im Zeitraum 2008 bis 2010 dar. Der Median der Veränderung über alle G-DRGs, die in 2008 und 2010 abgerechnet wurden ( $n=1.193$ ), beträgt 0,19 Prozentpunkte (Mittelwert: +0,38 Prozentpunkte) und liegt damit in ähnlicher Größenordnung wie im Zeitraum 2006 bis 2008 während in der Einführungsphase des G-DRG-Systems die Veränderung noch bei annähernd null lag.

Im Bereich der G-DRGs mit einer Reduzierung des Anteils leistungserbringender Krankenhäuser an allen Krankenhäusern finden sich gehäuft G-DRGs (409) mit einer geringen Reduzierung von weniger als jahresdurchschnittlich 2 Prozentpunkten und nur sechs G-DRGs mit einer Reduzierung von mehr als jahresdurchschnittlich 2 Prozentpunkten. Im Bereich der G-DRGs mit einer Erhöhung des Anteils leistungserbringender Krankenhäuser finden sich hingegen 56 G-DRGs mit einer Anteilerhöhung um mehr als 2 Prozentpunkte.

Abbildung 90: Jahresdurchschnittliche Veränderung des Anteils der leistungserbringenden Krankenhäuser an allen Krankenhäusern in Prozentpunkten nach G-DRGs (2008-2010); (n=1.193 G-DRGs)

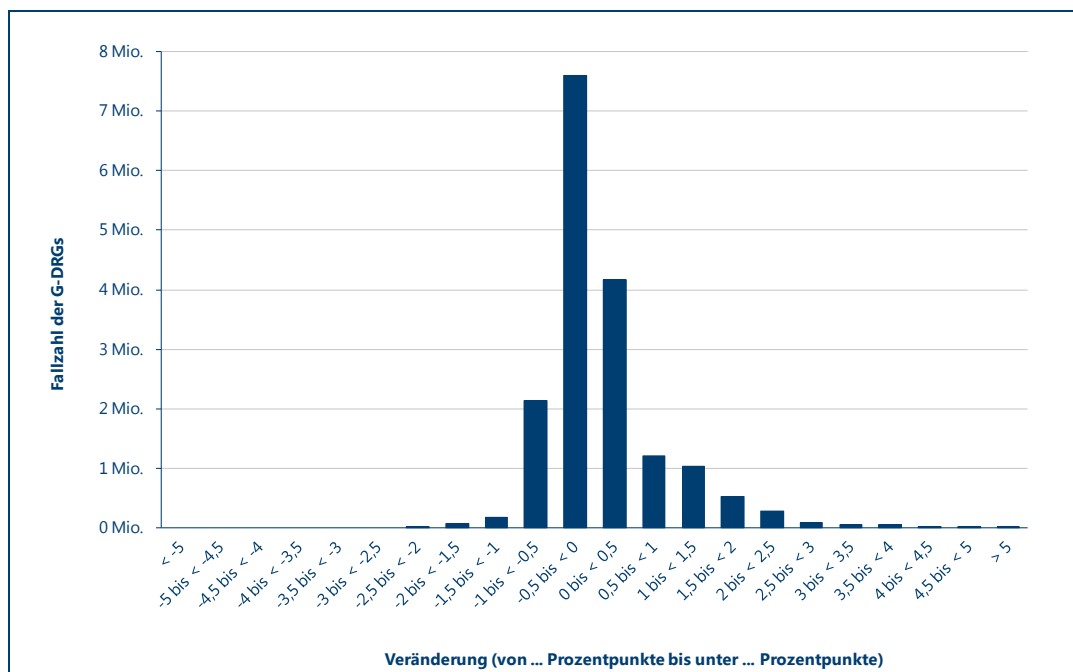


Quelle: IGES; InEK

Unter Berücksichtigung der Fallzahlen der G-DRGs zeigt sich, dass 93,5% der Behandlungsfälle im Jahr 2010 über G-DRGs abgerechnet wurden, deren Veränderung des Anteils der leistungserbringenden Krankenhäuser an allen Krankenhäusern im Zeitraum 2008 bis 2010 in einem Korridor von -1,5 bis +1,5 Prozentpunkten liegt (vgl. Abbildung 91). 6% aller Fälle wurden über G-DRGs abgerechnet, bei denen sich der Anteil der leistungserbringenden Krankenhäuser jahresdurchschnittlich um mehr als 1,5 Prozentpunkte erhöht hat. Lediglich 0,5% aller Fälle wurde über G-DRGs abgerechnet, bei denen sich der Anteil der leistungserbringenden Krankenhäuser an allen Krankenhäusern jahresdurchschnittlich um mehr als -1,5 Prozentpunkte verringert hat.<sup>180</sup>

<sup>180</sup> Identische Werte fanden sich auch für den Kern der Konvergenzphase (2006 bis 2008) während in der Einführungsphase des G-DRG-Systems noch 3,4% aller Fälle über G-DRGs abgerechnet wurden, bei denen sich der Anteil der leistungserbringenden Krankenhäuser an allen Krankenhäusern jahresdurchschnittlich um mehr als 1,5 Prozentpunkte verringert hatte.

Abbildung 91: Jahresdurchschnittliche Veränderung des Anteils leistungserbringender Krankenhäuser an allen Krankenhäusern in Prozentpunkten nach Anzahl der Behandlungsfälle in G-DRGs (2008-2010); (n=1.193 G-DRGs bzw. 17,4 Mio. Fälle (2010))



Quelle: IGES; InEK

In Tabelle 83 sind die TOP 20 G-DRGs mit dem höchsten Anteil leistungserbringender Krankenhäuser an allen Krankenhäusern aufgelistet (Datenjahr 2010). Mit Ausnahme der G-DRGs I68C und I68E (Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich...), K62B (Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para-/Tetraplegie, ohne komplizierende Diagnose) und B81B (Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose) ist in allen G-DRGs eine geringe Abnahme des Anteils leistungserbringender Krankenhäuser (maximal um 0,9 Prozentpunkte p. a.) zu erkennen. Es handelt sich hierbei ausschließlich um G-DRGs der medizinischen Partition. Die hinsichtlich des Anteils leistungserbringender Krankenhäuser am weitesten verbreitete G-DRG der operativen Partition ist die G-DRG I28B (Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe), die von 79,4% aller Krankenhäuser erbracht wird.

Tabelle 83: Anteil der leistungserbringenden Krankenhäuser an allen Krankenhäusern nach G-DRGs, TOP 20 G-DRGs nach Anteil 2010 (2008-2010)

G-DRG	2008	2010	Δ 08-10 p. a.*	Fallzahl (2010)
<b>X62Z</b> Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen ...	90,2%	89,7%	-0,25	115.858
<b>I68C</b> Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbels.ber., mehr als ein Bel.tag, ...	88,7%	89,0%	0,14	167.255
<b>I66D</b> Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Diagnose, o ...	88,2%	88,1%	-0,09	66.932
<b>I69B</b> Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose	87,8%	87,6%	-0,12	65.177
<b>B71D</b> Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlun ...	87,1%	86,6%	-0,25	58.641
<b>J64B</b> Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut ohne äußerst schwere CC	87,0%	86,3%	-0,34	95.886
<b>Z65Z</b> Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung	85,7%	85,5%	-0,11	33.475
<b>F65B</b> Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC	85,5%	84,8%	-0,33	57.442
<b>I68D</b> Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein B ...	84,9%	84,7%	-0,09	111.125
<b>K62B</b> Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne komplizierende Diagnose	84,3%	84,6%	0,15	120.555
<b>B81B</b> Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose	83,2%	84,6%	0,69	51.650
<b>I71B</b> Muskel- und Sehnenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxat ...	86,0%	84,6%	-0,70	32.590
<b>I68E</b> Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag	83,7%	84,2%	0,26	43.067
<b>I68B</b> Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein B ...	84,3%	84,2%	-0,04	37.751
<b>I75B</b> Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne CC oder E ...	84,3%	84,0%	-0,14	24.585
<b>F73Z</b> Synkope und Kollaps	84,3%	83,8%	-0,25	181.324
<b>G67D</b> Ösophagitis, Gastroenteritis u. versch. Erkr. d. Verd.org. ohne kompl. od. kompliz. Diagn./Dia ...	85,3%	83,6%	-0,86	424.174
<b>B70F</b> Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologi ...	83,8%	83,3%	-0,23	78.863
<b>E77G</b> Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst sch ...	83,5%	82,1%	-0,73	160.664
<b>U64Z</b> Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen	81,8%	81,6%	-0,11	32.165

Quelle: IGES; InEK

\* Angaben in Prozentpunkten

Tabelle 84 stellt die TOP 20 G-DRGs mit den höchsten Fallzahlen dar (Datenjahr 2010). Bei den G-DRGs der medizinischen Partition zeigt sich mit Ausnahme der G-DRGs I68C (Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich...), E63Z (Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie bis 2 Belegungstage) und K62B (Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para-/Tetraplegie, ohne kom-

plizierende Diagnose) durchweg eine geringe Abnahme des Anteils leistungserbringender Krankenhäuser an allen Krankenhäusern (maximal um 0,9 Prozentpunkte p. a.). Bei den G-DRGs der operativen Partition zeigt sich hingegen mit Ausnahme der G-DRG D30B (Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwändigen Eingriff) ein Anstieg der Zahl der leistungserbringenden Krankenhäuser, der für die G-DRG I44B (Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation/-revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC) mit jahresdurchschnittlich 1,4 Prozentpunkten am deutlichsten ausfiel.<sup>181</sup>

---

<sup>181</sup> Auch in der Kernphase der Konvergenz konnte für diese (weitgehend vergleichbare) G-DRG eine deutliche Zunahme der Anzahl der leistungserbringenden Krankenhäuser festgestellt werden.

Tabelle 84: Anteil der leistungserbringenden Krankenhäuser an allen Krankenhäusern nach G-DRGs, TOP 20 G-DRGs nach Fallzahl 2010 (2008-2010)

G-DRG	2008	2010	Δ 08-10 p. a.*	Fallzahl (2010)
<b>P67D</b> Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, o ...	52,9%	52,3%	-0,31	532.543
<b>G67D</b> Ösophagitis, Gastroenteritis u. versch. Erkr. d. Verd.org. ohne kompl. od. kompliz. Diagn./Dia ...	85,3%	83,6%	-0,86	424.174
<b>O60D</b> Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose	51,0%	50,0%	-0,48	327.051
<b>G67B</b> Ösophagitis, Gastroenteritis u. versch. Erkr. d. Verd.org. m. kompl. Diag. od. Alt. <1 J. od. ...	81,9%	80,7%	-0,56	225.206
<b>B80Z</b> Andere Kopfverletzungen	78,5%	77,7%	-0,42	203.080
<b>F71C</b> Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere oder schwere CC	80,3%	80,0%	-0,15	202.755
<b>F62C</b> Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC	82,2%	80,8%	-0,68	199.968
<b>F67D</b> Hypertonie ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre	80,7%	80,4%	-0,15	186.113
<b>F73Z</b> Synkope und Kollaps	84,3%	83,8%	-0,25	181.324
<b>I68C</b> Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbels.ber., mehr als ein Bel.tag, ...	88,7%	89,0%	0,14	167.255
<b>E77G</b> Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst sch ...	83,5%	82,1%	-0,73	160.664
<b>I47B</b> Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesse, ohne äuße ...	72,0%	72,7%	0,34	150.243
<b>H08B</b> Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Diagnose	70,0%	70,2%	0,09	143.511
<b>D30B</b> Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund ...	47,0%	46,5%	-0,28	137.287
<b>E63Z</b> Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie bis 2 Belegungstage	41,8%	43,1%	0,64	133.312
<b>G24Z</b> Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien und anderen Hernien, Alter > 0 Jahre oder beidsei ...	73,9%	74,4%	0,23	131.150
<b>I44B</b> Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision ...	59,9%	62,7%	1,42	127.127
<b>K62B</b> Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para-/ Tetraplegie, ohne komplizierende Diagnose	84,3%	84,6%	0,15	120.555
<b>E71B</b> Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bro ...	79,2%	78,4%	-0,41	117.917
<b>G72B</b> Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesen ...	79,0%	78,4%	-0,29	116.172

Quelle: IGES; InEK

\* Angaben in Prozentpunkten

In Tabelle 85 werden die TOP 10 G-DRGs nach höchster Zunahme des Anteils leistungserbringender Krankenhäuser an allen Krankenhäusern (Datenjahr 2010) ausgewiesen. Einbezogen wurden nur G-DRGs mit einer Fallzahl von mindestens 25.000 Fällen im Jahr 2010.

Mit Ausnahme der G-DRG B70D (Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose oder systemische Thrombolyse, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std. oder mit anderer



neurolog. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std.) handelt es sich bei diesen G-DRGs ausschließlich um G-DRGs der operativen oder der anderen Partition. Hierunter finden sich ähnlich wie bereits im Zeitraum 2006 bis 2008 insbesondere zwei Gruppen von G-DRGs:

- G-DRGs aus dem Bereich der invasiven kardiologischen Diagnostik bzw. Therapie (Linksherzkatheteruntersuchungen und PTCA's)
- G-DRGs aus dem Bereich der orthopädischen chirurgischen Versorgung von Bandscheibenschädigungen.

Fünf der TOP 10 G-DRGs entfallen hierbei auf die invasive kardiologische Diagnostik. Die Steigerungen des Anteils leistungserbringender Krankenhäuser liegen hier zwischen 1,5 und 2,3 Prozentpunkten jährlich. Der Anteil leistungserbringender Krankenhäuser liegt zwischen 34 und 38%.

Die zwei G-DRGs aus dem Bereich der chirurgischen Versorgung von Bandscheibenschädigungen zeigen Anteilsteigerungen zwischen 1,6 und 3 Prozentpunkten jährlich. Der Anteil leistungserbringender Krankenhäuser liegt hier zwischen 46 und 55%.

Der deutlichste Anstieg leistungserbringender Krankenhäuser zeigt sich mit 3,7 Prozentpunkten p. a. bei der G-DRG B70D (Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose oder systemische Thrombolyse, mit neurolog. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std. oder mit anderer neurolog. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std.).<sup>182</sup> Der Anteil leistungserbringender Krankenhäuser stieg hier von 23,7% im Jahr 2008 auf 31,2% im Jahr 2010.

---

<sup>182</sup> In den korrespondierenden G-DRGs ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls B70E und B70F (Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls ...) zeigte sich ein leichter Rückgang der Anzahl der leistungserbringenden Krankenhäuser.

Tabelle 85: Anteil der leistungserbringenden Krankenhäuser an allen Krankenhäusern nach G-DRGs, TOP 10 G-DRGs nach höchster Anteilszunahme (2008, 2010)

G-DRG	2008	2010	Δ 08-10 p. a.*	Fallzahl (2010)
<b>B70D</b> Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose oder syste ...	23,7%	31,2%	3,73	50.628
<b>I09F</b> Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mehrzeitige kompl. Eingriffe, ohne Eingriffe bei d ...	49,2%	55,0%	2,93	35.037
<b>F49G</b> Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ein Belegungstag, Alter > ...	33,8%	38,3%	2,27	90.622
<b>I41Z</b> Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skel ...	16,3%	20,5%	2,09	44.483
<b>F57Z</b> Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Intervention ohne äußerst schwere CC	32,3%	36,0%	1,82	73.096
<b>F56B</b> Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne äußerst schwere CC, oder Kryoplastie	30,6%	33,9%	1,68	42.475
<b>I10D</b> Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff oder Halot ...	42,8%	46,0%	1,61	89.660
<b>F24B</b> Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit p ...	32,0%	35,1%	1,54	32.101
<b>F52B</b> Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrako ...	35,3%	38,3%	1,46	41.820
<b>I44B</b> Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision ...	59,9%	62,7%	1,42	127.127

Quelle: IGES; InEK

Es wurden nur G-DRGs mit mehr als 25.000 Behandlungsfällen im Jahr 2010 berücksichtigt.  
\* Angaben in Prozentpunkten;

Tabelle 86 listet die TOP 10 G-DRGs mit einer Fallzahl von mindestens 25.000 Fällen im Jahr 2010 nach stärkster Abnahme des Anteils leistungserbringender Krankenhäuser an allen Krankenhäusern auf. Im Unterschied zum Zeitraum 2006 bis 2008, in dem sich unter diesen G-DRGs insbesondere G-DRGs aus dem Bereich der Hals-Nasen-Ohren-ärztlichen Versorgung, der Versorgung Neugeborener, der Geburtshilfe und der Gynäkologie fanden,<sup>183</sup> ist das G-DRG Spektrum im Zeitraum 2008 bis 2010 heterogener. Lediglich für die G-DRG J23Z (Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff), die bereits im Kern der Konvergenzphase den deutlichsten Rückgang der Zahl an leistungserbringenden Krankenhäusern aufwies,<sup>184</sup> reduzierte sich die Zahl leistungserbringender Krankenhäuser er-

<sup>183</sup> Also aus Fachgebieten, in denen auch eine deutliche Reduzierung der Anzahl an Fachabteilungen und Bettenkapazitäten zu beobachten war.

<sup>184</sup> Diese G-DRG ist über die G-DRG-Systeme 2008 und 2010 hinweg weitgehend vergleichbar.

neut deutlich um jahresdurchschnittlich 1,5 Prozentpunkte auf 54% im Jahr 2010.

Tabelle 86: Anteil der leistungserbringenden Krankenhäuser an allen Krankenhäusern nach G-DRGs, TOP 10 G-DRGs nach stärkster Anteilsabnahme (2008, 2010)

G-DRG	2008	2010	Δ 08-10 p. a.*	Fallzahl (2010)
<b>J23Z</b> Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff	57,4%	54,4%	-1,52	42.424
<b>H61B</b> Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplex ...	76,3%	74,3%	-1,01	42.831
<b>G67D</b> Ösophagitis, Gastroenteritis u. versch. Erkr. d. Verd.org. ohne kompl. od. kompliz. Diagn./Dia ...	85,3%	83,6%	-0,86	424.174
<b>J62B</b> Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC	68,6%	66,9%	-0,85	32.295
<b>R61H</b> Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranul ...	78,4%	76,8%	-0,79	33.504
<b>F72C</b> Instabile Angina pectoris ohne äußerst schwere oder schwere CC	75,8%	74,2%	-0,76	42.158
<b>E77G</b> Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst sch ...	83,5%	82,1%	-0,73	160.664
<b>I71B</b> Muskel- und Sehnenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxat ...	86,0%	84,6%	-0,70	32.590
<b>F62C</b> Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC	82,2%	80,8%	-0,68	199.968
<b>E69F</b> Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag oder Alter > 5 Jahre und A ...	80,0%	78,7%	-0,68	50.820

Quelle: IGES; InEK

Es wurden nur G-DRGs mit mehr als 25.000 Behandlungsfällen im Jahr 2010 berücksichtigt.  
\* Angaben in Prozentpunkten

#### 4.4.6.3 Anteil der leistungserbringenden Krankenhäuser nach Hauptdiagnosen

Bei der Betrachtung der Anzahl der leistungserbringenden Krankenhäuser bei spezifischen Hauptdiagnosen sind Veränderungen des Dokumentationsverhaltens zu berücksichtigen.

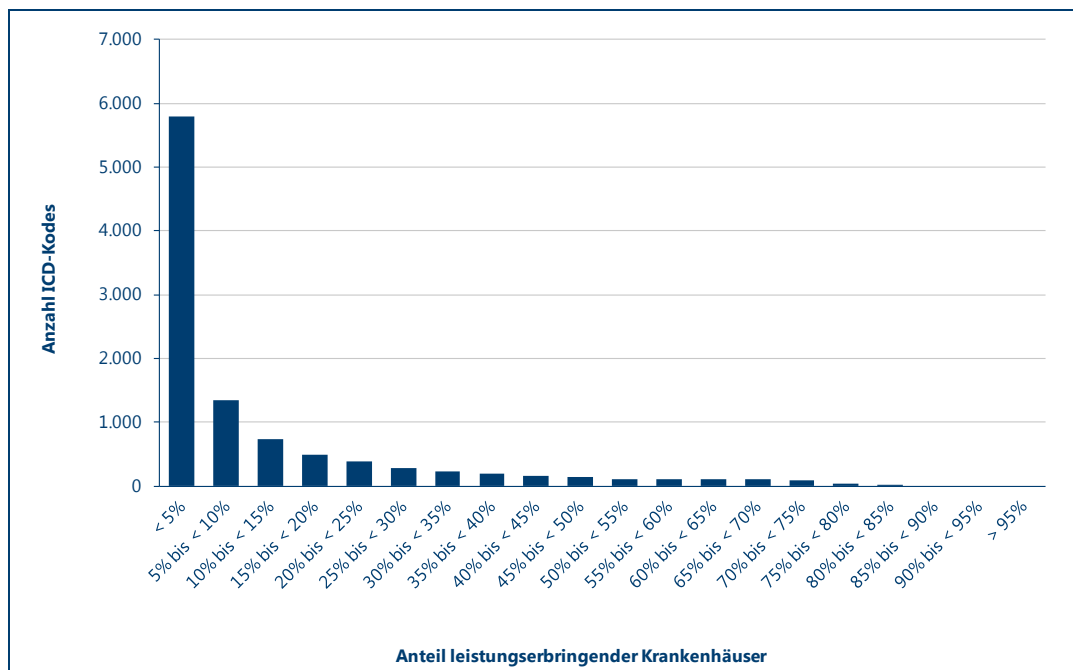
Bei einem Großteil der endstelligen Hauptdiagnosen, bei denen sich im Zeitraum 2004 bis 2010 eine Reduzierung der Anzahl der leistungserbringenden Krankenhäuser um mehr als 80 Krankenhäuser jährlich zeigt (n=18 Hauptdiagnosen), ist von Änderungen der Dokumentationsrichtlinien (z. B. Z47.0 [Entfernung einer Metallplatte oder einer anderen inneren Fixationsvorrichtung]) oder von einem veränderten Dokumentationsverhalten auszugehen; in der Regel werden sehr unspezifische Diagnosen (z. B. I50.19 [Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet]; I10.90 [Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise]; K72.9 [Leberversagen, nicht näher bezeichnet]) von zunehmend weniger Krankenhäusern als Hauptdiagnosen dokumentiert. Dieser Trend der deutlichen Verringerung der un-

spezifischen Dokumentation fällt im Zeitraum 2008 bis 2010 zwar i. d. R. geringer aus als noch in der Einführungsphase bzw. dem Kern der Konvergenzphase des G-DRG-Systems, ist aber immer noch sehr deutlich ausgeprägt. Im Unterschied hierzu scheinen sich Veränderungen der Kodierrichtlinien, die sich direkt im Gruppierungsalgorithmus abbilden, sehr schnell zu etablieren.

Die Anzahl der leistungserbringenden Krankenhäuser schwankt für die einzelnen ICD-Kodes deutlich. Die Verteilung der ICD-Kodes auf die Anteile von Krankenhäusern, die Patienten mit der jeweiligen Diagnose behandeln, an allen Krankenhäusern zeigt Abbildung 92.

56% aller einzelnen endstelligen Hauptdiagnosen wurden von weniger als 5% aller Krankenhäuser dokumentiert.<sup>185</sup>

Abbildung 92: Anzahl ICD-Kodes (Hauptdiagnosen endstellig) nach Anteil der leistungserbringenden Krankenhäuser an allen Krankenhäusern (2010); (n=10.359)



Quelle: IGES; InEK

<sup>185</sup> Hierbei ist die Struktur des ICD-Kataloges von hoher Bedeutung. Die Analyse erfolgte auf Ebene des einzelnen Kodes. In der ICD-10-GM eher differenziert abgebildete Krankheitsbilder (z. B. Diabetes mellitus), die insgesamt wahrscheinlich von einem Großteil der Krankenhäuser behandelt werden, stellen sich dann sehr kleinteilig dar. Aufgrund der hohen Datenaggregation konnten keine Neuberechnungen für Krankheitsbilder erfolgen.

Im Jahr 2010 gab es keine Hauptdiagnose, die in 85 oder mehr Prozent aller Krankenhäuser erbracht wurde. Die am weitesten verbreiteten Hauptdiagnosen, d. h. Hauptdiagnosen mit einem Anteil leistungserbringender Krankenhäuser an allen Krankenhäusern von über 80%, waren:<sup>186</sup>

- M54.4 (Lumboischialgie)
- A46 (Erysipel [Wundrose])
- R55 (Synkope und Kollaps)
- T81.4 (Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert)
- M51.2 (Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung)
- M54.5 (Kreuzschmerz)
- E86 (Volumenmangel)
- N39.0 (Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet)
- I50.14 (Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe)

Diese Diagnosen stimmen insgesamt exakt mit den am weitesten verbreiteten Diagnosen im Zeitraum 2006 bis 2008 überein, lediglich in der Reihenfolge ergaben sich marginale Veränderungen.<sup>187</sup>

Die Veränderung des Anteils leistungserbringender Krankenhäuser im Zeitraum 2004 bis 2010 zeigt Abbildung 93. Der Median der Veränderung über alle ICD-Kodes, die in 2004 und 2010 dokumentiert wurden ( $n=8.696$ ), beträgt  $-0,01$  Prozentpunkte (Mittelwert:  $0,06$  Prozentpunkte).

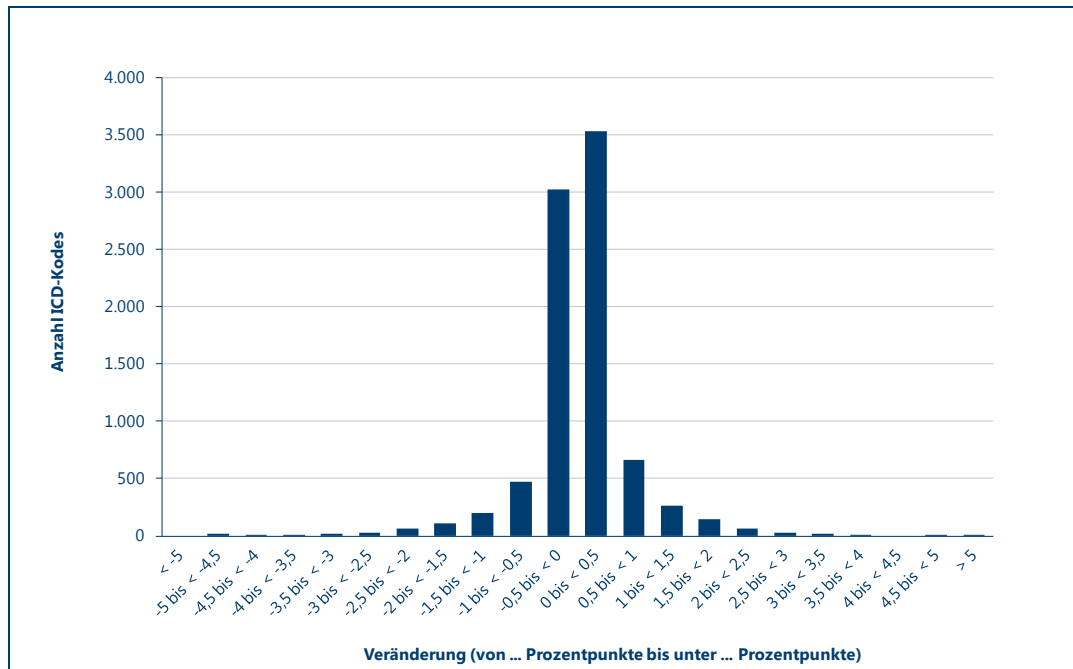
Für 153 (1,6%) ICD-Kodes ergab sich eine Reduzierung des Anteil leistungserbringender Krankenhäuser um jahresdurchschnittlich mehr als zwei Prozentpunkte und für 135 (1,4%) ICD-Kodes ergab sich eine Zunahme der Anzahl leistungserbringender Krankenhäuser um mehr als jahresdurchschnittlich zwei Prozentpunkte (vgl. Abbildung 93).

---

<sup>186</sup> Außer bei der Diagnose M54.5 (Kreuzschmerz) war bei diesen Diagnosen ein sehr geringer Rückgang des Anteils leistungserbringender Krankenhäuser im Untersuchungszeitraum zu beobachten.

<sup>187</sup> Auch im Vergleich zur Einführungsphase des G-DRG-Systems ergeben sich keine relevanten Veränderungen, lediglich sehr unspezifische Diagnosen werden deutlich seltener dokumentiert.

Abbildung 93: Jahresdurchschnittliche Veränderung des Anteils leistungserbringender Krankenhäuser in Prozentpunkten nach ICD-Kodes (2004-2010); (n=8.696)



Quelle: IGES; InEK

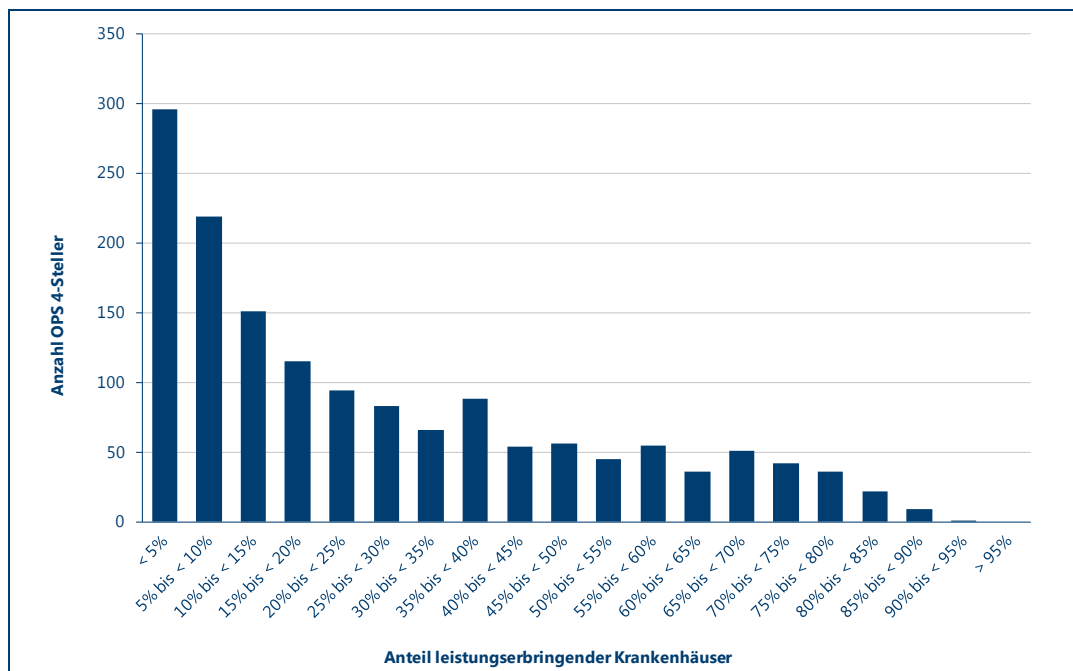
#### 4.4.6.4 Anteil der leistungserbringenden Krankenhäuser nach Prozeduren

Die Anzahl der leistungserbringenden Krankenhäuser schwankt auch für die einzelnen durchgeführten Prozeduren (OPS-4-Steller) deutlich. Die Verteilung der Prozeduren nach den Anteilen der Krankenhäuser an allen Krankenhäusern, die diese Prozeduren durchführen, zeigt Abbildung 94.

20% aller Prozeduren werden von mehr als 50% der Krankenhäuser durchgeführt.<sup>188</sup>

<sup>188</sup> Hierbei ist, ähnlich wie bei Diagnosen, die Struktur des OPS-Kataloges von großer Bedeutung. Die Analyse erfolgte auf Ebene des einzelnen 4-Stellers. Eher differenziert im OPS-Katalog auf Ebene der 4-Steller abgebildete Prozeduren stellen sich dann kleinteiliger dar. Aufgrund der hohen Datenaggregation konnten keine neuen Aggregations Ebenen berechnet werden.

Abbildung 94: Anzahl OPS-4-Steller nach Anteil der leistungserbringenden Krankenhäuser an allen Krankenhäusern (2010); (n=1.519)

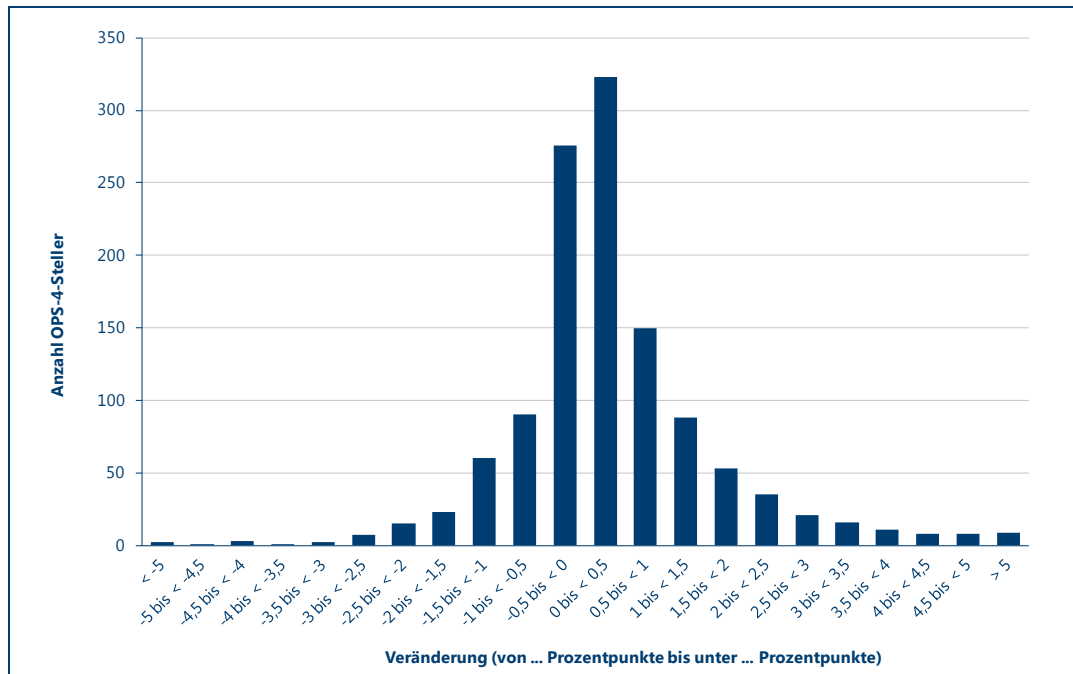


Quelle: IGES; InEK

Die Veränderung des Anteils leistungserbringender Krankenhäuser der OPS-4-Steller im Zeitraum 2004 bis 2010 zeigt Abbildung 95. Der Median der jahresdurchschnittlichen Veränderung über alle OPS-4-Steller, die in 2004 und 2010 dokumentiert wurden ( $n = 1.202$ ), beträgt +0,15 Prozentpunkte (Mittelwert: +0,34 Prozentpunkte) und liegt damit leicht über den Ergebnissen aus dem Zeitraum 2006 bis 2008.

Für 32 OPS-4-Steller (2,7%) ergab sich eine Reduzierung des Anteil leistungserbringender Krankenhäuser um jahresdurchschnittlich mehr als zwei Prozentpunkte. Für 108 OPS-4-Steller (9%) ergab sich hingegen eine Zunahme der Anzahl der leistungserbringenden Krankenhäuser um mehr als jahresdurchschnittlich 2 Prozentpunkte.

Abbildung 95: Jahresdurchschnittliche Veränderung des Anteils leistungserbringender Krankenhäuser an allen Krankenhäusern in Prozentpunkten nach OPS-4-Steller (2004-2010); (n=1.202)



Quelle: IGES; InEK

## 4.5 Zugang zu stationären Leistungen

Mit Einführung des G-DRG-Systems könnten sich die Zugangsmöglichkeiten der Bevölkerung zu stationären Leistungen verändert haben. Ursächlich hierfür könnten z. B. Veränderungen der von Krankenhäusern angebotenen bzw. erbrachten Leistungen (G-DRGs) oder der Versorgungsstrukturen sein. Der Zugang zu stationären Leistungen wird neben den o. g. Faktoren u. a. beeinflusst durch:

- Finanzielle Barrieren (z. B. unzureichender Versicherungsschutz, Zuzahlungen)
- Strukturbarrieren (keine oder eingeschränkte Transportmöglichkeit, Warte- und Öffnungszeiten)
- Rechtliche Barrieren
- Sprach- oder Bildungsbarrieren.

Im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung wird diese umfassende Sicht auf den Zugang zu Gesundheitsleistungen durch die Veränderung der Entfernung in Kilometern und der Fahrtzeit in Minuten zwischen dem Wohnort des Patienten und dem behandelnden Krankenhaus operationalisiert.



Untersucht wird somit nicht der unterschiedliche Zugang verschiedener Bevölkerungsgruppen zu stationären Behandlungsleistungen, sondern Veränderungen der Angebotsstruktur, die aufgrund der G-DRG-Einführung die Zugangsmöglichkeiten zu stationären Gesundheitsleistungen (in Form der Anfahrtswege und -zeiten) verändert haben könnte. Es wird im Folgenden davon ausgegangen, dass es auf Bundesebene nicht zu grundsätzlichen Veränderungen der weiteren skizzierten Zugangsbarrieren gekommen ist.<sup>189</sup>

Nicht alle Veränderungen der Angebotsstruktur und damit möglicherweise veränderte Zugangsmöglichkeiten sind durch das G-DRG-System bedingt (vgl. Diskussion). Auch von der G-DRG-Einführung nicht unmittelbar beeinflusste Veränderungen der Angebotsstruktur, z. B. aufgrund der Krankenhausplanung oder aufgrund unternehmensstrategischer Entscheidungen, können auf der Angebotsseite die Zugangsmöglichkeiten verändern. Die Ermittlung der Durchschnittswerte der Fahrtstrecken und Fahrtzeiten erfolgte ausschließlich auf nationaler Ebene. Regional unterschiedliche Versorgungsstrukturen und deren Veränderungen konnten daher nicht erfasst werden. Regional können die ermittelten Fahrtstrecken und Fahrtzeiten somit von den ermittelten Werten abweichen.<sup>190</sup>

Veränderungen des Verhaltens der Patienten können auch auf der Nachfrageseite den anhand der oben genannten Entfernungparameter gemessenen Zugang zu stationären Leistungen beeinflussen. Eine Veränderung der Informationsquellen (z. B. der behandelnde Arzt, das soziale Netzwerk oder das Internet) oder der Entscheidungsgrundlagen (z. B. Qualität der Versorgung, Serviceangebot des Krankenhauses) zur Auswahl des behandelnden Krankenhauses durch die Patienten kann so zu ab- oder zunehmenden Entfernungen zwischen Wohn- und Behandlungsort führen.

Unabhängig vom G-DRG-System könnten sich Veränderungen der Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort auch bei G-DRGs ergeben, die durch Unfälle geprägt sind (z. B. MDC 21A [Polytrauma]) und/oder sehr geringe Fallzahlen aufweisen.

---

<sup>189</sup> Im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung kann zudem nicht untersucht werden, welche Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort aus gesamtgesellschaftlicher Sicht erstrebenswert ist und ob bei einer spezifischen Leistung oder Diagnose eine Verbesserung der Versorgung eher durch eine Verringerung oder durch eine Erhöhung dieser Entfernung zu erreichen wäre.

<sup>190</sup> Aufgrund der hohen Datenaggregation konnte nicht ermittelt werden, ob sich die ermittelten durchschnittlichen Fahrtstrecken und Fahrtzeiten im Zeitverlauf signifikant verändern.

### 4.5.1 Veränderung des Zuganges

Über alle Behandlungsfälle betrachtet, hat sich die durchschnittliche kürzeste (Straßen-)Entfernung zwischen Wohnort und Ort der Leistungserbringung im Untersuchungszeitraum (2004 bis 2010) nur geringfügig von 22,4 km auf 22,6 km verändert.<sup>191</sup> Auch die mittlere Fahrtzeit für diese Entfernung ist in diesem Zeitraum geringfügig von 31,8 min auf 32,2 min angestiegen.<sup>192</sup>

Die durchschnittliche schnellste (Straßen-)Entfernung lag mit 25,6 km im Jahr 2010 nur leicht über der kürzesten (Straßen-)Entfernung und hat sich ebenso wie die entsprechende Fahrtzeit (22,3 min im Jahr 2010) im Zeitraum 2004 bis 2010 nur geringfügig erhöht.<sup>193</sup>

Im weiteren Untersuchungsverlauf wird bei der Betrachtung der Fahrtstrecke die kürzeste Entfernung untersucht, bei Betrachtung der Fahrtzeit hingegen die schnellste Fahrtzeit (die in der Regel auf einer anderen, der schnellsten Fahrtstrecke, beruht).<sup>194</sup> Die Auswertungen werden wegen der hohen Korrelation zwischen Fahrtstrecke in Kilometern und Fahrtzeit in Minuten primär für die Fahrtstrecke durchgeführt. Bei relevanten Unterschieden wird zusätzlich die Fahrtzeit berücksichtigt.

Abbildung 96 stellt die Verteilung der G-DRGs (n=1.193) nach der durchschnittlich kürzesten Fahrtstrecke zwischen Wohnort des Patienten und behandelndem Krankenhaus in Kilometern im Jahr 2010 dar.

Bei 59% der G-DRGs beträgt die durchschnittliche Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort der Patienten (die in diese G-DRG eingruppiert wurden) weniger als 30 km. Bei 90% der G-DRGs liegt diese durchschnittliche Entfernung unter 60 km.

---

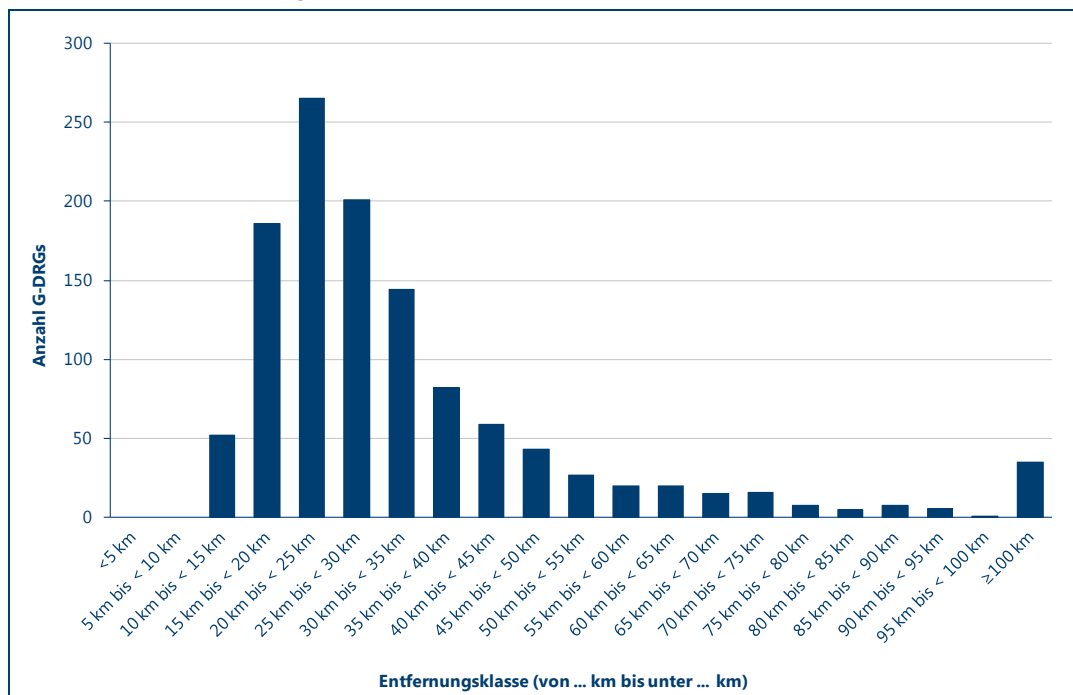
<sup>191</sup> Insgesamt summieren sich die Fahrtstrecken zwischen Wohnort und Ort der stationären Behandlung somit auf 786 Mio. km (Jahr 2010).

<sup>192</sup> Krankenhausfusionen reduzieren die Anzahl der Einrichtungen, die zur Ermittlung der Entfernungen herangezogen wurden. Sie führen allerdings ggf. nicht zu einer Veränderung des lokalen stationären Versorgungsangebotes (ein ehemals eigenständiges Krankenhaus wird z. B. als Standort fortgeführt). Die Fahrtstrecken und Fahrtzeiten werden in solchen Fällen in der Regel überschätzt. Eine Quantifizierung dieses Effektes ist anhand der vorliegenden Datenbasis nicht möglich.

<sup>193</sup> Im Zeitraum 2008 bis 2010 zeigen sich bei den betrachteten Kennzahlen nur minimale Veränderungen im Bereich der 2. Nachkommastelle.

<sup>194</sup> Unter der Annahme, dass der Zugang von Versicherten zu einem Krankenhaus durch die kürzeste Entfernung (bei planbaren Leistungen) oder durch die schnellste Fahrtzeit (bei akuter Behandlungsnotwendigkeit) bestimmt wird.

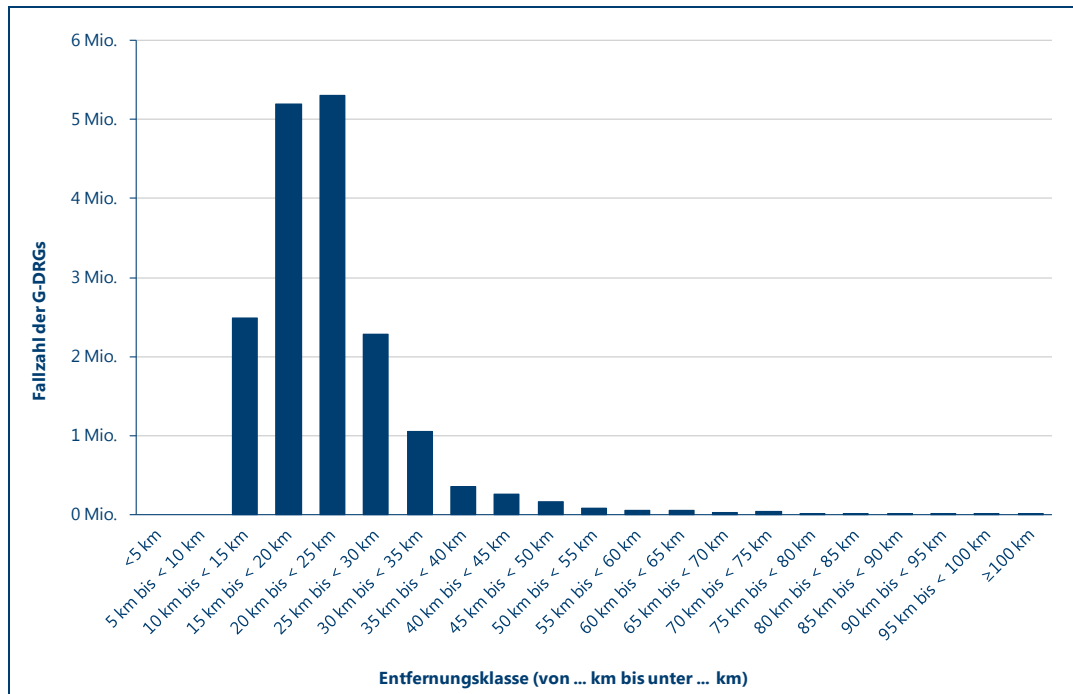
Abbildung 96: Anzahl G-DRGs mit durchschnittlicher Entfernung nach Entfernungsklassen (2010); (n=1.193 G-DRGs)



Quelle: IGES

Unter Berücksichtigung der Fallzahlen der G-DRGs (Abbildung 97) lässt sich eine stärkere Konzentration der Verteilung feststellen. 88% der Behandlungsfälle wurden im Jahr 2010 über G-DRGs abgerechnet, bei denen die durchschnittliche Entfernung zwischen Wohnort und Behandlungsort des Patienten unter 30 km lag; 96% der Behandlungsfälle wurden über G-DRGs abgerechnet, bei denen diese durchschnittliche Entfernung unter 40 km lag. Lediglich 17 Tsd. Behandlungsfälle (entspricht 0,1% aller Behandlungsfälle) wurden über G-DRGs abgerechnet, bei denen die durchschnittliche Entfernung zwischen Wohnort und Behandlungsort des Patienten über 100 km lag.

Abbildung 97: Anzahl Fälle in G-DRGs mit durchschnittlicher Entfernung nach Entfernungsklassen (2010); (n=1.193 G-DRGs bzw. 17,4 Mio. Fälle)



Quelle: IGES

### 4.5.2 Zugang nach MDCs

Die kürzeste durchschnittliche Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort wiesen die G-DRGs der MDC 15 (Neugeborene) mit 14,6 km, der MDC 14 (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) mit 15,1 km und der MDC 6 (Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane) mit 18,3 km auf (Datenjahr 2010). Die durchschnittliche Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort der Patienten blieb im Zeitraum 2008 bis 2010 in der MDC 6 (Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane) unverändert und hat sich in der MDC 15 (Neugeborene) und in der MDC 14 (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) in diesem Zeitraum jahresdurchschnittlich um 0,1% bzw. um 0,3% p. a. vergrößert.

In den MDCs 19 (Psychische Krankheiten und Störungen) und 20 (Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen) erhöhte sich die durchschnittliche Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort der Patienten mit jahresdurchschnittlich 3,0% bzw. 1,7% am stärksten. Auch in den MDCs 18B (Infektiöse und parasitäre Krankheiten), 00 (Prä-MDC) und 13 (Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane) erhöhte sich die durchschnittliche Entfernung zwischen Wohn- und

Behandlungsort der Patienten im Zeitraum 2008 bis 2010 um jahresdurchschnittlich über 0,5% (vgl. Tabelle 87).

Tabelle 87: Durchschnittliche kürzeste Entfernung zwischen Wohnort und Ort der Leistungserbringung nach MDCs

MDC	Entfernung (km)		
	2008	2010	Δ p. a.
(00) Prä-MDC	35,6	36,2	0,8%
01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	26,3	26,5	0,5%
02 Krankheiten und Störungen des Auges	35,8	35,6	-0,2%
03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	25,5	25,7	0,4%
04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	21,1	20,8	-0,5%
05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	21,8	21,6	-0,5%
06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	18,3	18,3	0,0%
07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	20,0	20,0	0,0%
08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	27,5	27,3	-0,4%
09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	24,9	25,0	0,2%
10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	23,2	23,2	-0,2%
11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	20,3	20,1	-0,5%
12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	24,7	24,1	-1,1%
13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	19,3	19,6	0,8%
14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	15,0	15,1	0,3%
15 Neugeborene	14,6	14,6	0,1%
16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	19,0	18,6	-1,2%
17 Hämatologische und solide Neubildungen	26,6	26,3	-0,5%
18A HIV	29,4	29,6	0,3%
18B Infektiöse und parasitäre Krankheiten	19,7	20,1	1,1%
19 Psychische Krankheiten und Störungen	28,4	30,1	3,0%
20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	20,9	21,6	1,7%
21A Polytrauma	38,8	38,3	-0,6%
21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	23,2	23,1	-0,3%
22 Verbrennungen	32,6	31,0	-2,5%
23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	33,1	32,7	-0,7%
(-1) Fehler-DRGs und sonstige DRGs	22,9	23,4	1,0%
gesamt	22,6	22,6	0,1%

Quelle: IGES

Verringerungen der durchschnittlichen Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort zeigten sich in 13 MDCs, am deutlichsten mit jahresdurchschnittlich -2,5% bis -1,1% in den MDCs 22 (Verbrennungen), 16 (Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems) und 12 (Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane).

Die MDCs mit den im Jahr 2010 durchschnittlich längsten Entfernungen zwischen Wohn- und Behandlungsort waren die MDC 21A (Polytrauma), MDC 00 (Prä-MDC), MDC 2 (Krankheiten und Störungen des Auges), MDC 23

(Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens) und die MDC 22 (Verbrennungen). Mit Ausnahme der MDC 00 (Prä-MDC) hat sich die durchschnittliche Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort in diesen MDCs im Zeitraum 2008 bis 2010 verringert.

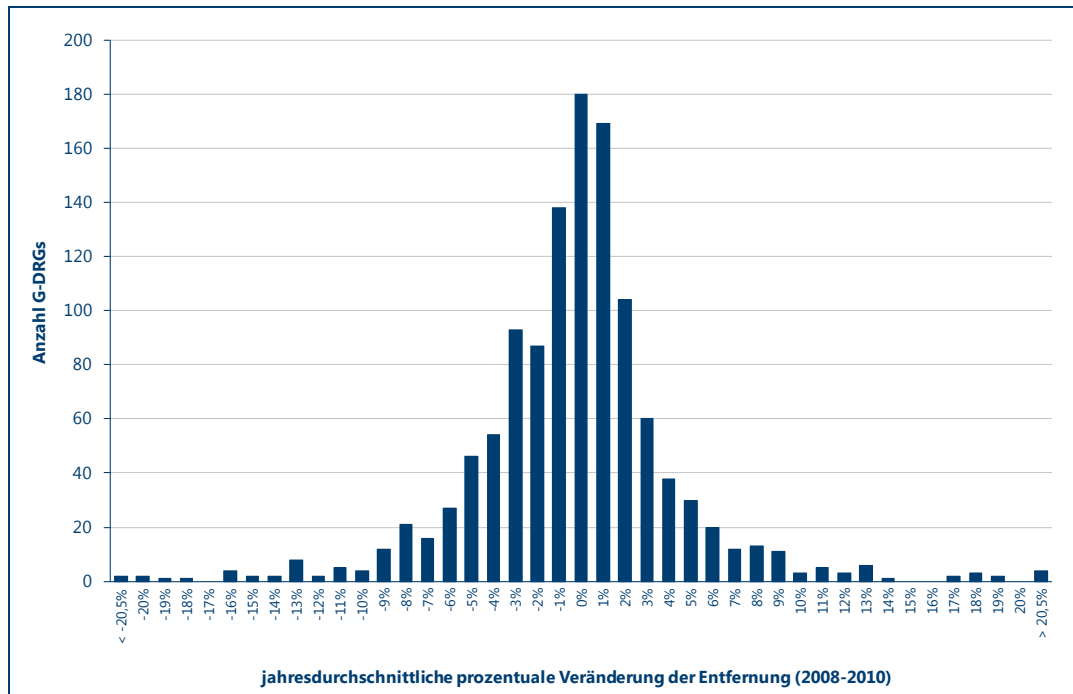
### 4.5.3 Zugang nach G-DRGs

Die G-DRGs, die in den Jahren 2008 und 2010 jeweils eine Fallzahl größer Null aufwiesen ( $n=1.193$ ), werden im Folgenden näher betrachtet. Hierbei sind deutliche Veränderungen zu beobachten, die jedoch eine relativ homogene Verteilung aufweisen (Abbildung 98). Bei 619 G-DRGs (52%) verringerte sich die Entfernung, bei 568 G-DRGs (48%) vergrößerte sich hingegen die Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort.<sup>195</sup> Entsprechend lag der Mittelwert der Veränderungsrate im Zeitraum 2008 bis 2010 bei -0,003% (Median: -0,001%).

---

<sup>195</sup> Für sechs G-DRGs ergab sich keine Veränderung der Entfernung.

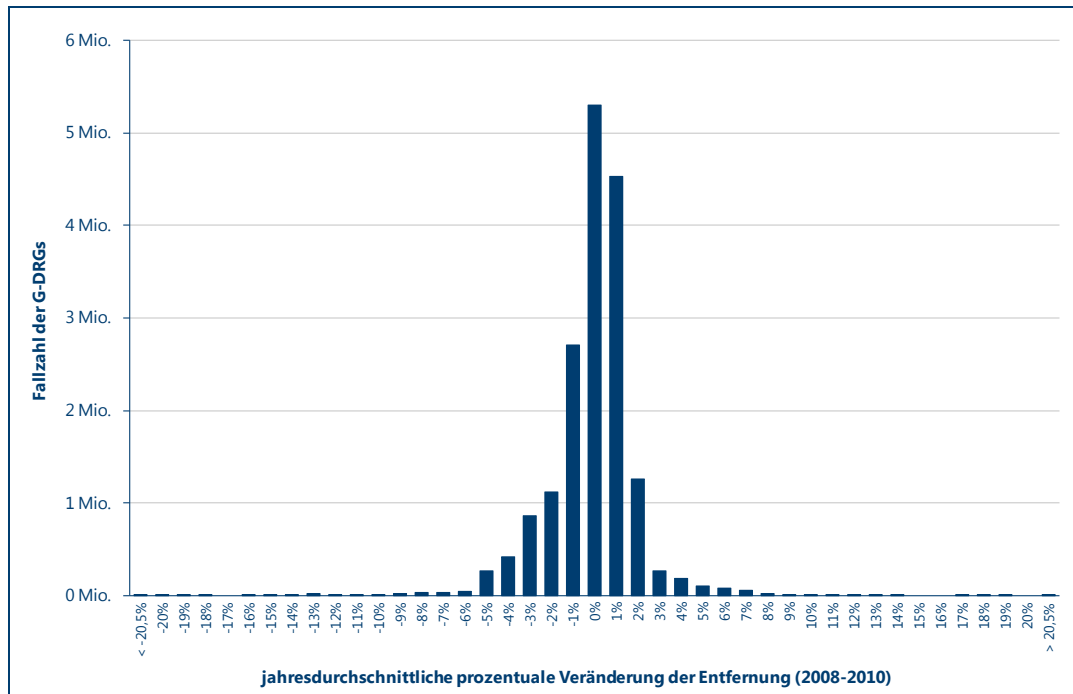
Abbildung 98: Veränderung der durchschnittlichen Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort nach G-DRGs (2008-2010); (n=1.193 G-DRGs)



Quelle: IGES

Die Verteilung der durchschnittlichen Veränderungen der Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort, basierend auf der Anzahl der Fälle der G-DRGs (im Jahr 2010), zeigt, dass 72% aller Fälle in G-DRGs gruppiert werden, die eine Veränderung von lediglich -1% bis +1% aufweisen (vgl. Abbildung 99).

Abbildung 99: Veränderung der durchschnittlichen Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort nach G-DRGs (2008-2010); (n=1.193 G-DRGs bzw. 17,4 Mio. Fälle)



Quelle: IGES

Bei Betrachtung der im Jahr 2010 häufigsten G-DRGs zeigt sich, dass es unter den häufigsten 10 G-DRGs im Zeitraum 2008 bis 2010 zu unterschiedlichen Entwicklungen der Entfernungen zwischen Wohn- und Behandlungsort gekommen ist.

Während die häufigste G-DRG P67D (Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag) mit -0,1% nur eine geringfügige jahresdurchschnittliche Verringerung der Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort der Patienten aufweist, zeigen sich bei den vier anderen G-DRGs, die in diesem Zeitraum eine Verringerung der Entfernung verzeichnen, mit -0,4% bis -0,6% p. a. deutlichere Veränderungen. Bei fünf G-DRGs zeigt sich hingegen eine vergrößerte Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort der Patienten, die für die G-DRG F62C (Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC) mit jahresdurchschnittlich 1,2% am stärksten ausfällt (vgl. Tabelle 88).



Tabelle 88: Veränderung der durchschnittlichen Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort nach G-DRGs, TOP 10 G-DRGs nach Fallzahl 2010 (2008-2010)

G-DRG	Fallzahl in 1.000 (2010)	Entfernung in km		
		2008	2010	Δ p. a.
<b>P67D</b> Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR- Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag	533	13,5	13,5	-0,1%
<b>G67D</b> Ösophagitis, Gastroenteritis u. versch. Erkr. d. Verd.org. ohne kompl. od. kompliz. Diagn./Dial./kompl. Eingr., Alt. > 2 J., oh. äuß. schw. CC od. gastroint. Blutung od. Ulkuserkr., oh. äuß. schw. od. schw. CC, Alt. < 75 J., außer bei Para- / Tetraplegie	424	18,5	18,4	-0,4%
<b>O60D</b> Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose	327	13,4	13,2	-0,4%
<b>G67B</b> Ösophagitis, Gastroenteritis u. versch. Erkr. d. Verd.org. m. kompl. Diag. od. Alt. <1 J. od. gastroint. Blutung, m. äuß. schw. od. schw. CC od. Alt. >74 J. od. Ulkuserkr. m. schw. CC od. Alt. >74 J., >1 Beleg.tag, oh. kompliz. Diag./Dial./kompl. Eingr.	225	17,9	18,1	0,5%
<b>B80Z</b> Andere Kopfverletzungen	203	22,5	22,2	-0,6%
<b>F71C</b> Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere oder schwere CC	203	19,3	19,6	0,7%
<b>F62C</b> Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC	200	13,8	14,2	1,2%
<b>F67D</b> Hypertonie ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre	186	16,7	16,6	-0,5%
<b>F73Z</b> Synkope und Kollaps	181	20,2	20,4	0,7%
<b>I68C</b> Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbels.ber., mehr als ein Bel.tag, Alt. > 55 J. od. m. äuß. schw. od. schw. CC od. m. Para- / Tetrapl., auß. b. Diszitis od. infek. Spondylopathie, oh. kompl. Diagn. od. and. Frakturen am Femur	167	21,9	22,2	0,6%

Quelle: IGES; InEK (vollstationäre Behandlungsfälle)

Im Folgenden werden die Veränderungen der Fahrtstrecken zwischen 2008 und 2010, die mit den Fallzahlen des Jahres 2010 gewichtet wurden, für G-DRGs betrachtet, die in den Jahren 2008 und 2010 jeweils eine Fallzahl größer Null aufwiesen (n=1.193).

Für die 568 G-DRGs, bei denen sich die durchschnittliche Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort der Patienten erhöhte, summiert sich die Veränderung der Entfernung auf insgesamt 4,9 Mio. km. Für die 619 G-DRGs, bei denen sich die durchschnittliche Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort der Patienten verringerte, ergab sich hingegen eine Reduzierung der Entfernung um insgesamt 7,7 Mio. km. In der Summe ergibt sich somit eine Verringerung um 2,8 Mio. km.

Relevante Gesamtzunahmen der Entfernungen zeigen sich bei einigen G-DRGs der MDC 08 (Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe). Hierzu zählten die G-DRGs I08E (Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff, komplexer Prozedur oder Diagnose oder äußerst schweren CC oder mit Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik), I44B (Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere

CC) und I18B (Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff).

Eine Gesamtzunahme der Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort im Zeitraum 2008 bis 2010 zeigt sich auch bei der sehr häufigen G-DRG F62C (Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC). Sehr deutliche absolute Veränderungen zeigen sich zudem bei den G-DRGs U64Z (Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen) und I76A (Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren CC oder septische Arthritis mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre) (vgl. Tabelle 89).

Tabelle 89: Veränderung der durchschnittlichen Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort nach G-DRGs, TOP 10 G-DRGs mit Gesamtzuwachs an Entfernungskilometern (2008-2010)

G-DRG	Fallzahl in 1.000 (2010)	Entfernung in km			Δ gesamt (in 1.000 km)
		2008	2010	Δ p. a.	
<b>I08E</b> Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff, komplexer Prozedur oder Diagnose oder äußerst schweren CC oder mit Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik	43	24,3	27,0	5,6%	118
<b>U64Z</b> Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen	32	21,9	25,2	7,5%	109
<b>I44B</b> Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC	127	24,8	25,5	1,5%	94
<b>B70F</b> Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose, ohne systemische Thrombolyse	79	16,7	17,9	3,5%	94
<b>I18B</b> Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff	79	23,0	24,0	2,2%	79
<b>F62C</b> Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC	200	13,8	14,2	1,2%	68
<b>V60C</b> Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne Entzugssyndrom	105	21,0	21,6	1,4%	62
<b>I76A</b> Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren CC oder septische Arthritis mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre	4	74,1	88,3	9,2%	61
<b>K60F</b> Diabetes mellitus ohne komplizierende Diagnosen, Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne multiple Komplikationen, ohne Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	65	21,3	22,2	2,2%	60
<b>D38Z</b> Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase	56	23,7	24,7	2,0%	53

Quelle: IGES; InEK (vollstationäre Behandlungsfälle)

Die G-DRG I21Z (Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk und Femur oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm) trägt am meisten zur gesamten Reduzierung der Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort bei (vgl. Tabelle 90).

G-DRGs aus der MDCs 05 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems), vorwiegend aus dem Bereich der invasiven kardiologischen Diagnostik und Therapie, und G-DRGs aus der MDC 08 (Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) tragen am deutlichsten zu einer Verringerung der Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort bei.

Sehr starke Reduktionen der Entfernungen fanden sich in der Basis-DRG F50 (Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie), für die die Anzahl der leistungserbringenden Krankenhäuser und die Fallzahlen deutlich zunahm. Eine ähnliche Entwicklung war im Zeitraum 2008 bis 2010 auch bei der G-DRG F98Z (Endovaskuläre Implantation eines Herzklappenersatzes oder transapikaler Aortenklappenersatz) zu beobachten. Bei der G-DRG K04A (Große Eingriffe bei Adipositas mit komplexem Eingriff), bei der ebenfalls eine deutliche Reduzierung der Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort zu beobachten war, nahm die Anzahl der leistungserbringenden Krankenhäuser von 115 im Jahr 2008 auf 192 im Jahr 2010 deutlich zu.

Tabelle 90: Veränderung der durchschnittlichen Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort nach G-DRGs, TOP 10 G-DRGs mit Gesamtreduzierung an Entfernungskilometern (2008-2010)

G-DRG	Fallzahl in 1.000 (2010)	Entfernung in km			Δ gesamt in 1.000 km
		2008	2010	Δ p. a.	
<b>I21Z</b> Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk und Femur oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm	109	22,7	20,4	-5,1%	-245
<b>F50A</b> Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation bei koronarer Herzkrankheit oder Kardiomyopathie oder im linken Vorhof	11	90,6	68,7	-12,9%	-236
<b>I13D</b> Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, ohne Mehrfacheingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne komplexe Prozedur, mit mäßig komplexem Eingriff	80	25,2	23,1	-4,3%	-171
<b>F49G</b> Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ein Belegungstag, Alter > 14 Jahre, ohne bestimmten Eingriff	91	25,0	23,4	-3,4%	-151
<b>F98Z</b> Endovaskuläre Implantation eines Herzklappenersatzes oder transapikaler Aortenklappenersatz	6	75,9	48,8	-19,8%	-149
<b>I69B</b> Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose	65	25,0	22,9	-4,3%	-136
<b>K04A</b> Große Eingriffe bei Adipositas mit komplexem Eingriff	4	78,2	52,6	-18,0%	-115
<b>I66D</b> Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Diagnose, ohne mehrere komplexe Diagnosen, ohne komplexe Diagnose oder ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC oder Frakturen an Becken und Schenkelhals	67	35,1	33,6	-2,1%	-97
<b>F56B</b> Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne äußerst schwere CC, oder Kryoplastie	42	26,4	24,2	-4,2%	-93
<b>F50B</b> Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation bei koronarer Herzkrankheit oder Kardiomyopathie oder im linken Vorhof, mit transseptaler Linksherz-Katheteruntersuchung	5	68,6	51,8	-13,2%	-91

Quelle: IGES; InEK (vollstationäre Behandlungsfälle)

#### 4.5.4 Zugang bei bestimmten Diagnosen

Bei Betrachtung der Veränderungen der Entfernung zwischen Wohnort und Behandlungsort für einzelne Hauptdiagnosen<sup>196</sup> werden im Folgenden

<sup>196</sup> Aufgrund der hohen Datenaggregation der Datengrundlage für die G-DRG-Begleitforschung konnten keine Mittelwerte für ICD-Gruppen oder ICD-Kapitel berechnet werden. Untersuchungsebene ist hier ausschließlich die endständige Hauptdiagnose. Da eine Ausweisung der insgesamt 13.315 potenziellen Hauptdiagnosen (Jahr

Hauptdiagnosen untersucht, die in eine Diagnosegruppe (Dreisteller) fallen, deren Fallzahl in den Jahren 2004 bis 2010 jeweils über 20.000 Fällen lag. Insgesamt konnten so 163 Diagnose-Dreisteller identifiziert werden.

Relevant kann eine Veränderung der Entfernung bzw. der Fahrtzeit bei akut auftretenden potenziell lebensbedrohlichen Erkrankungen sein. Untersucht wurden daher exemplarisch der Schlaganfall und der akute Herzinfarkt.<sup>197</sup>

Untersucht wurden des Weiteren Diagnosen, bei denen das Durchschnittsalter der Patienten überdurchschnittlich hoch (Oberschenkelhalsbruch (inkl. pertrochantärer und subtrochantärer Fraktur) (76 bis 80 Jahre) und Herzinsuffizienz (77 Jahre)) bzw. unterdurchschnittlich niedrig (Vergrößerungen der Rachenmandeln bzw. der Gaumenmandeln (5 bis 10 Jahre)) ist.<sup>198</sup>

Des Weiteren werden die beiden häufigsten Tumorerkrankungen, Brust- und Lungenkrebs in die Analyse einbezogen.

Die Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort der Patienten mit den häufigsten Diagnosen aus dem Bereich des Schlaganfalls<sup>199</sup> liegt im Jahr 2010 mit 17 bis 21 km unter der durchschnittlichen Entfernung aller Behandlungsfälle. Im Zeitraum 2006 bis 2010 ist diese Entfernung bei allen diesen Diagnosen leicht angestiegen, nachdem im Zeitraum 2004 bis 2006 noch ein leichter Rückgang der Entfernung bei den Diagnosen I63.5 (Hirninfrakt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien) und I63.9 (Hirninfrakt, nicht näher bezeichnet) zu beobachten war (vgl. Tabelle 91).

---

2010) nicht möglich ist, wurden ausgewählte Diagnosen analysiert. Die Datenveröffentlichung zur G-DRG-Begleitforschung beinhaltet alle Diagnosen.

<sup>197</sup> Bei der Diagnose akuter Herzinfarkt ist zu beachten, dass sich das Kodierverhalten mit Einführung des G-DRG-System aufgrund der Kodierrichtlinien geändert haben könnte, da der akute Herzinfarkt bis zu 28 Tage nach dem eigentlichen Ereignis als solcher dokumentiert werden muss.

<sup>198</sup> Berechnungen basierend auf der Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes, 2010 (Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten).

<sup>199</sup> Insgesamt wurden im Jahr 2010 276 Tsd. Fälle aufgrund einer der genannten (Haupt-)Diagnosen stationär versorgt. Basierend auf den Datenveröffentlichungen des InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2012) entfielen im Jahr 2010 etwa 24% der Behandlungsfälle auf die Diagnose I63.4, 20% auf die Diagnose I63.5, 19% auf die Diagnose I63.3 und 6% auf die Diagnose I63.9.

Tabelle 91: Veränderung der Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (2004-2010); Hauptdiagnose: Schlaganfall

Hauptdiagnose	Entfernung in km					
	2004	2006	2008	2010	Δ p. a. 04-10	Δ p. a. 08-10
<b>I61.0</b> Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	23,8	25,4	26,4	26,5	1,8%	0,2%
<b>I61.1</b> Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal	21,6	23,2	23,6	24,6	2,2%	2,2%
<b>I61.2</b> Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet	22,2	23,7	22,4	24,5	1,7%	4,7%
<b>I61.3</b> Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm	23,3	22,7	24,4	25,5	1,5%	2,4%
<b>I61.4</b> Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn	25,7	24,2	25,8	28,4	1,7%	4,8%
<b>I61.5</b> Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung	23,8	25,8	26,9	29,0	3,4%	3,8%
<b>I61.6</b> Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen	20,6	22,0	20,8	22,6	1,6%	4,4%
<b>I61.8</b> Sonstige intrazerebrale Blutung	22,2	21,9	22,5	22,7	0,4%	0,5%
<b>I61.9</b> Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet	21,3	23,0	23,8	23,3	1,5%	-1,0%
<b>I63.0</b> Hirninfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien	23,2	21,6	20,4	22,1	-0,8%	3,9%
<b>I63.1</b> Hirninfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	18,4	19,6	20,3	20,1	1,5%	-0,5%
<b>I63.2</b> Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	20,6	20,2	21,6	21,6	0,8%	0,1%
<b>I63.3</b> Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	17,2	18,0	18,6	19,4	2,1%	2,1%
<b>I63.4</b> Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	19,6	19,9	20,9	21,0	1,2%	0,3%
<b>I63.5</b> Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	17,5	17,3	18,2	18,7	1,1%	1,2%
<b>I63.6</b> Hirninfarkt durch Thrombose der Hirnvenen, nichteitrig	21,5	25,9	18,6	29,4	5,3%	25,8%
<b>I63.8</b> Sonstiger Hirninfarkt	16,3	16,7	16,8	17,5	1,2%	2,0%
<b>I63.9</b> Hirninfarkt, nicht näher bezeichnet	17,1	16,5	17,1	17,2	0,1%	0,4%
<b>I64</b> Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	13,6	14,3	15,0	16,0	2,8%	3,4%

Quelle: IGES; InEK (vollstationäre Behandlungsfälle)

Die durchschnittliche Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort der Patienten mit einem akuten Herzinfarkt liegt im Jahr 2010 für den akuten Vorderwandinfarkt bei 23,4 km und für den akuten Hinterwandinfarkt bei 23,5 km und somit leicht über der durchschnittlichen Entfernung aller Behandlungsfälle. Bei der Diagnose Akuter subendokardialer Myokardinfarkt liegt diese durchschnittliche Entfernung mit 20,6 km hingegen niedriger (vgl. Tabelle 92).<sup>200</sup> Im gesamten Zeitraum 2004 bis 2010 hat sich die Entfernung

<sup>200</sup> Insgesamt wurden im Jahr 2010 213 Tsd. Fälle aufgrund einer der genannten (Haupt-)Diagnosen stationär versorgt. Basierend auf den Datenveröffentlichungen des InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2012) entfielen im Jahr 2010 jeweils ca. 18% der genannten Hauptdiagnosen auf den akuten Vorder- bzw. Hinterwandinfarkt und ca. 60% auf den subendokardialen Myokardinfarkt.

bei allen drei Diagnosen verringert, im Zeitraum 2004 bis 2006 war hier mit Ausnahme der Diagnose I21.4 jedoch eine minimale Zunahme zu beobachten.<sup>201</sup>

Tabelle 92: Veränderung der Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (2004-2010); Hauptdiagnose: Herzinfarkt

Hauptdiagnose	Entfernung in km					
	2004	2006	2008	2010	$\Delta$ p. a. 04-10	$\Delta$ p. a. 08-10
<b>I21.0</b> Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	23,9	24,5	24,1	23,4	-0,3%	-1,5%
<b>I21.1</b> Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	24,4	24,5	23,8	23,5	-0,6%	-0,6%
<b>I21.2</b> Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen	21,9	23,0	23,3	21,8	-0,1%	-3,3%
<b>I21.3</b> Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation	19,5	19,5	18,6	19,7	0,2%	2,8%
<b>I21.4</b> Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	21,6	21,6	20,9	20,6	-0,7%	-0,7%
<b>I21.9</b> Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet	20,5	19,5	19,0	19,9	-0,5%	2,2%

Quelle: IGES; InEK (vollstationäre Behandlungsfälle)

Die durchschnittliche Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort der Patienten mit den häufigsten Diagnosen bei einem Oberschenkelbruch (Schenkelhalsfraktur) (S72.01 und S72.10)<sup>202</sup> liegt mit 15,1 bzw. 14,8 km im Jahr 2010 deutlich unter der durchschnittlichen Entfernung aller Behandlungsfälle. Während sich die Entfernung bei der Diagnose S72.01 (Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär) seit 2004 kontinuierlich verringert hat, ist sie bei der Diagnose S72.10 (Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet) im Zeitraum 2008 bis 2010 leicht angestiegen, nachdem sie sich im Zeitraum 2006 bis 2008 noch reduziert hatte (vgl. Tabelle 93).

<sup>201</sup> Die Fahrtzeit in Minuten beträgt für den akuten Hinterwandinfarkt im Jahr 2010 durchschnittlich 23,0 Minuten und für den subendokardialen Myokardinfarkt 21,2 Minuten. Die Veränderungsrate der Entfernung im Zeitraum 2008 bis 2010 liegen leicht über den Veränderungsrate der Fahrtzeiten.

<sup>202</sup> Insgesamt wurden im Jahr 2010 167 Tsd. Fälle aufgrund einer der genannten (Haupt-)Diagnosen stationär versorgt. Basierend auf den Datenveröffentlichungen des InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2012) entfielen ca. 67% der genannten Hauptdiagnosen auf diese beiden Diagnosen.

Tabelle 93: Veränderung der Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (2004-2010); Hauptdiagnose: Schenkelhalsfraktur (Auswahl)

Hauptdiagnose	Entfernung in km					
	2004	2006	2008	2010	Δ p. a. 04-10	Δ p. a. 08-10
<b>S72.00</b> Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet	15,2	17,0	17,1	16,2	1,1%	-2,6%
<b>S72.01</b> Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	15,4	15,3	15,2	15,1	-0,3%	-0,2%
<b>S72.02</b> Schenkelhalsfraktur: (Proximale) Epiphyse, Epiphysenlösung	17,7	22,8	19,8	22,3	4,0%	6,2%
<b>S72.03</b> Schenkelhalsfraktur: Subkapital	15,1	15,2	16,0	18,2	3,1%	6,6%
<b>S72.04</b> Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal	14,9	16,6	16,8	16,9	2,1%	0,3%
<b>S72.05</b> Schenkelhalsfraktur: Basis	15,9	17,6	17,1	16,2	0,3%	-2,7%
<b>S72.08</b> Schenkelhalsfraktur: Sonstige Teile	17,0	17,0	17,5	17,7	0,7%	0,5%
<b>S72.10</b> Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	14,4	14,8	14,6	14,8	0,4%	0,7%
<b>S72.11</b> Femurfraktur: Intertrochantär	14,6	14,6	14,1	14,3	-0,4%	0,7%
<b>S72.2</b> Subtrochantäre Fraktur	17,0	17,2	17,2	16,5	-0,5%	-2,1%

Quelle: IGES; InEK (vollstationäre Behandlungsfälle)

Auch bei den Patienten mit einer Diagnose aus dem Bereich der Herzmuskelschwäche (Herzinsuffizienz) ist die durchschnittliche Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort deutlich geringer als im Durchschnitt aller Behandlungsfälle. Die drei häufigsten Diagnosen<sup>203</sup> weisen im Jahr 2010 eine Durchschnittsentfernung zwischen 14 und 16 km auf. Die Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort hat sich im Zeitraum 2004 bis 2010 bei allen drei Diagnosen leicht erhöht (vgl. Tabelle 94).

<sup>203</sup> Insgesamt wurden im Jahr 2010 371 Tsd. Fälle aufgrund einer der genannten (Haupt-)Diagnosen stationär versorgt. Basierend auf den Datenveröffentlichungen des InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2012) entfielen im Jahr 2010 ca. 26% der genannten Hauptdiagnosen auf die Diagnose I50.01, 23% auf die Diagnose I50.13 sowie 43% auf die Diagnose I50.14.



Tabelle 94: Veränderung der Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (2004-2010); Hauptdiagnose: Herzinsuffizienz

Hauptdiagnose	Entfernung in km					
	2004	2006	2008	2010	$\Delta$ p. a. 04-10	$\Delta$ p. a. 08-10
<b>I50.00</b> Primäre Rechtsherzinsuffizienz	12,3	13,0	13,7	12,6	0,4%	-3,9%
<b>I50.01</b> Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	12,6	13,1	13,2	13,6	1,2%	1,2%
<b>I50.11</b> Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden	19,5	20,8	20,2	19,2	-0,3%	-2,5%
<b>I50.12</b> Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	17,4	19,3	19,5	18,6	1,1%	-2,4%
<b>I50.13</b> Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	15,7	16,6	16,1	16,3	0,6%	0,7%
<b>I50.14</b> Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	13,5	13,5	13,7	14,0	0,6%	0,9%
<b>I50.19</b> Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet	14,2	14,0	13,1	15,1	1,0%	7,3%
<b>I50.9</b> Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	13,5	13,3	14,4	15,2	2,0%	2,7%

Quelle: IGES; InEK (vollstationäre Behandlungsfälle)

Bei den durchschnittlich sehr jungen Patienten mit einer Vergrößerung der Mandeln ist die durchschnittliche Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort bei den Diagnosen J35.1 (Hyperplasie der Gaumenmandeln) und J35.3 (Hyperplasie der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandel) geringer und bei der Diagnose J35.2 (Hyperplasie der Rachenmandel) höher als im Durchschnitt aller Behandlungsfälle. Im Zeitraum 2004 bis 2010 hat sich die Entfernung bei der Diagnose J35.3 (Hyperplasie der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandel) kontinuierlich erhöht (vgl. Tabelle 95).

Bei der Diagnose J35.9 (Chronische Tonsillitis), die den Großteil der Behandlungsfälle ausmacht,<sup>204</sup> hat sich die Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort im Zeitraum 2004 bis 2010 deutlich erhöht.

<sup>204</sup> Insgesamt wurden im Jahr 2010 129 Tsd. Fälle aufgrund einer der genannten (Haupt-)Diagnosen stationär versorgt. Basierend auf den Datenveröffentlichungen des InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2012) entfielen im Jahr 2010 ca. 73% der genannten Hauptdiagnosen auf die Diagnose J35.0 und ca. 16% auf die Diagnosen J35.3.

Tabelle 95: Veränderung der Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (2004-2010); Hauptdiagnose: Hyperplasie der Gaumenmandeln

Hauptdiagnose	Entfernung in km					
	2004	2006	2008	2010	Δ p. a. 04-10	Δ p. a. 08-10
<b>J35.0</b> Chronische Tonsillitis	17,3	18,1	18,6	19,0	1,5%	1,1%
<b>J35.1</b> Hyperplasie der Gaumenmandeln	18,5	19,7	20,0	19,6	1,0%	-1,0%
<b>J35.2</b> Hyperplasie der Rachenmandel	19,0	24,1	24,8	24,6	4,4%	-0,3%
<b>J35.3</b> Hyperplasie der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandel	15,7	16,3	17,1	17,7	2,0%	1,6%
<b>J35.8</b> Sonstige chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	22,2	20,3	20,0	19,2	-2,4%	-2,1%
<b>J35.9</b> Chronische Krankheit der Gaumenmandeln und der Rachenmandel, nicht näher bezeichnet	14,4	15,3	15,3	18,7	4,5%	10,6%

Quelle: IGES; InEK (vollstationäre Behandlungsfälle)

Bei Patienten mit der Diagnose Lungenkrebs beträgt die Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort für die häufigen Diagnosen aus diesem Bereich<sup>205</sup> durchschnittlich zwischen 22 und 25 km. Die Entfernungen haben sich im Zeitraum 2004 bis 2010 bei den Diagnosen C34.1 (Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)), C34.3 (Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)) und C34.8 (Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend) um jahresdurchschnittlich 1 bis 2% verringert (vgl. Tabelle 96).

<sup>205</sup> Insgesamt wurden im Jahr 2010 188 Tsd. Fälle aufgrund einer der genannten (Haupt-)Diagnosen stationär versorgt. Basierend auf den Datenveröffentlichungen des InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2012) entfielen im Jahr 2010 ca. 37% der genannten Hauptdiagnosen auf die Diagnose C34.1, jeweils ca. 16% auf die Diagnosen C34.0 und C34.8 sowie ca. 18% auf die Diagnose C34.3.

Tabelle 96: Veränderung der Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (2004-2010); Hauptdiagnose: Lungenkrebs

Hauptdiagnose	Entfernung in km					
	2004	2006	2008	2010	$\Delta$ p. a. 04-10	$\Delta$ p. a. 08-10
<b>C34.0</b> Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	23,9	23,0	23,1	23,8	-0,1%	1,5%
<b>C34.1</b> Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	27,0	25,5	24,4	24,5	-1,6%	0,1%
<b>C34.2</b> Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus)	22,9	23,6	22,8	24,2	0,9%	3,0%
<b>C34.3</b> Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	27,0	26,4	25,8	25,2	-1,2%	-1,1%
<b>C34.8</b> Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	25,3	24,2	22,9	22,6	-1,9%	-0,8%
<b>C34.9</b> Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	20,3	19,1	18,5	17,5	-2,4%	-2,6%

Quelle: IGES; InEK (vollstationäre Behandlungsfälle)

Bei Patienten mit den häufigsten Diagnosen aus dem Bereich Brustkrebs beträgt die durchschnittliche Entfernung zwischen Wohnort und Behandlungs-ort im Jahr 2010 zwischen 20 und 28 km.<sup>206</sup> Die Entfernungen haben sich für diese Diagnosen im Zeitraum 2004 bis 2010 jahresdurchschnittlich um ca. 1% erhöht. Im Zeitraum 2008 bis 2010 lag der jahresdurchschnittliche Anstieg bei allen drei Diagnosen unterhalb der Veränderungsrate für den gesamten Zeitraum 2004 bis 2010 (vgl. Tabelle 97).

---

<sup>206</sup> Insgesamt wurden im Jahr 2010 139 Tsd. Fälle aufgrund einer der genannten (Haupt-)Diagnosen stationär versorgt. Basierend auf den Datenveröffentlichungen des InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2012) entfielen im Jahr 2010 ca. 34% der genannten Hauptdiagnosen auf die Diagnose C50.4, 22% auf die Diagnose C50.8 und 16% auf die Diagnose C50.9.

Tabelle 97: Veränderung der Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (2004-2010); Hauptdiagnose: Brustkrebs

Hauptdiagnose	Entfernung in km					
	2004	2006	2008	2010	Δ p. a. 04-10	Δ p. a. 08-10
<b>C50.0</b> Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof	25,2	21,4	22,0	20,9	-3,0%	-2,4%
<b>C50.1</b> Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse	19,7	20,5	21,9	21,5	1,5%	-0,8%
<b>C50.2</b> Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	18,4	18,3	19,5	20,5	1,8%	2,4%
<b>C50.3</b> Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse	18,1	19,6	19,3	21,5	2,9%	5,5%
<b>C50.4</b> Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	18,2	19,7	19,5	20,0	1,6%	1,3%
<b>C50.5</b> Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse	17,9	19,0	19,4	20,1	1,9%	2,0%
<b>C50.6</b> Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse	17,7	16,3	16,4	23,0	4,5%	18,3%
<b>C50.8</b> Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	20,6	22,1	22,3	22,4	1,4%	0,2%
<b>C50.9</b> Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	25,7	26,2	27,2	27,6	1,2%	0,8%

Quelle: IGES; InEK (vollstationäre Behandlungsfälle)

## 4.6 Ökonomische Aspekte

Im Folgenden werden mögliche Auswirkungen des G-DRG-Systems auf ökonomische Aspekte im Krankenhaus untersucht. Dazu gehören etwa die Betriebskosten der Krankenhäuser, ihr Investitionsverhalten oder ihre Erlösstrukturen.

### 4.6.1 Betriebskosten der Krankenhäuser

Für die Betrachtung der Betriebskosten werden die Auswertungen des Statistischen Bundesamtes über

- die Kostennachweise der Krankenhäuser und
- die Grunddaten der Krankenhäuser (hier vollstationäre Krankenhaushfälle)

differenziert nach Bettengrößenklassen, Bundesländern und Trägerschaft der Allgemeinen Krankenhäuser (vgl. Abschnitt 3.2.4.1) für die Jahre 2002 bis 2010 herangezogen. Für die Bereinigten Kosten der Krankenhäuser werden die Daten der Jahre 1991 bis 2010 ausgewertet.

### 4.6.1.1 Bereinigte Kosten der Krankenhäuser

Die bereinigten Kosten (ohne Aufwendungen für den Ausbildungsfonds)<sup>207</sup> sind die vollstationären Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die sich aus der Differenz der Brutto-Gesamtkosten der Krankenhäuser (Personalkosten, Sachkosten, Zinsen und ähnliche Aufwendungen, Steuern, Kosten der Ausbildungsstätten) und den Abzügen (Kosten für nicht-stationäre Leistungen) ergeben.<sup>208</sup> Die bereinigten Kosten stellen daher die beste verfügbare Grundlage für die Beschreibung der Gesamtkostenentwicklung der stationären Patientenversorgung dar.

Die bereinigten Kosten der Allgemeinen Krankenhäuser sind zwischen den Jahren 2003 und 2010 um jahresdurchschnittlich 3,1% auf 65,1 Mrd. € gestiegen (vgl. Tabelle 98). Auch zwischen 1991 und 2003 waren die bereinigten Kosten mit jahresdurchschnittlich 3,4% um eine ähnliche Zuwachsrate gestiegen, während sie sich zwischen 2008 und 2010 mit 5,0% p. a. stärker erhöhten. Insgesamt hat sich der jährliche Anstieg der bereinigten Kosten seit G-DRG-Einführung kontinuierlich erhöht.

Die bereinigten Kosten je vollstationären Krankenhausfall<sup>209</sup> sind zwischen 2003 und 2010 um jahresdurchschnittlich 2,5% gestiegen. Der Anstieg der

---

<sup>207</sup> Die Aufwendungen für den Ausbildungsfonds wurden erstmalig im Jahr 2007 in der Kostenstatistik der Krankenhäuser ausgewiesen. Diese Aufwendungen (2007: 622 Mio. €; 2010: 1.015 Mio. €) werden sowohl insgesamt als auch auf allen Differenzierungsebenen nicht berücksichtigt, um die Vergleichbarkeit der bereinigten Kosten und der Brutto-Gesamtkosten der Allgemeinen Krankenhäuser über längere Zeitreihen zu ermöglichen.

<sup>208</sup> Die Abzüge werden untergliedert in Abzüge für wissenschaftliche Forschung und Lehre, Abzüge für Ambulanz und Sonstige Abzüge (u. a. vor- und nachstationäre Behandlungen, ärztliche und nichtärztliche Wahlleistungen, belegärztliche Leistungen).

<sup>209</sup> Eine isolierte Betrachtung der Kostenentwicklung ohne Bezug zur erstellten Leistungsmenge kann zu Fehlinterpretationen führen. Daher werden die Gesamtkosten im Weiteren in Relation zur Anzahl der im Krankenhaus vollstationär behandelten Fälle betrachtet. Allerdings lassen sich auch mittels der bereinigten Kosten je vollstationären Krankenhausfall die Ursachen der Veränderungen der bereinigten Krankenhauskosten nicht direkt erfassen. So kann die zu beobachtende Kostenentwicklung je Krankenhausfall z. B. aus einer veränderten Auslastung der vorhandenen Produktionskapazitäten, aus Preisanpassungen bei den eingesetzten Produktionsfaktoren oder aus Anpassungen der eingesetzten Ressourcen nach Art und Umfang resultieren, die wiederum auf eine Veränderung der durchschnittlichen Fallschwere zurückzuführen sein könnten (vgl. Abschnitt 4.4.2).

Während die Kostendaten nicht um die Kosten der teilstationären Versorgung bereinigt werden konnten, wurden leistungsseitig die teilstationären Krankenhausfälle nicht einbezogen.

bereinigten Kosten je Fall war zwischen 1991 und 2003 mit jahresdurchschnittlich 2,0% leicht niedriger ausgefallen. Auch bei Betrachtung der bereinigten Kosten in Relation zur Entwicklung der Fallzahlen fiel der Anstieg zwischen 2008 und 2010 mit jahresdurchschnittlich 3,5% stärker aus als in den Vorperioden.

Tabelle 98: Veränderung der bereinigten Kosten und der bereinigten Kosten je Fall (1991-2010)

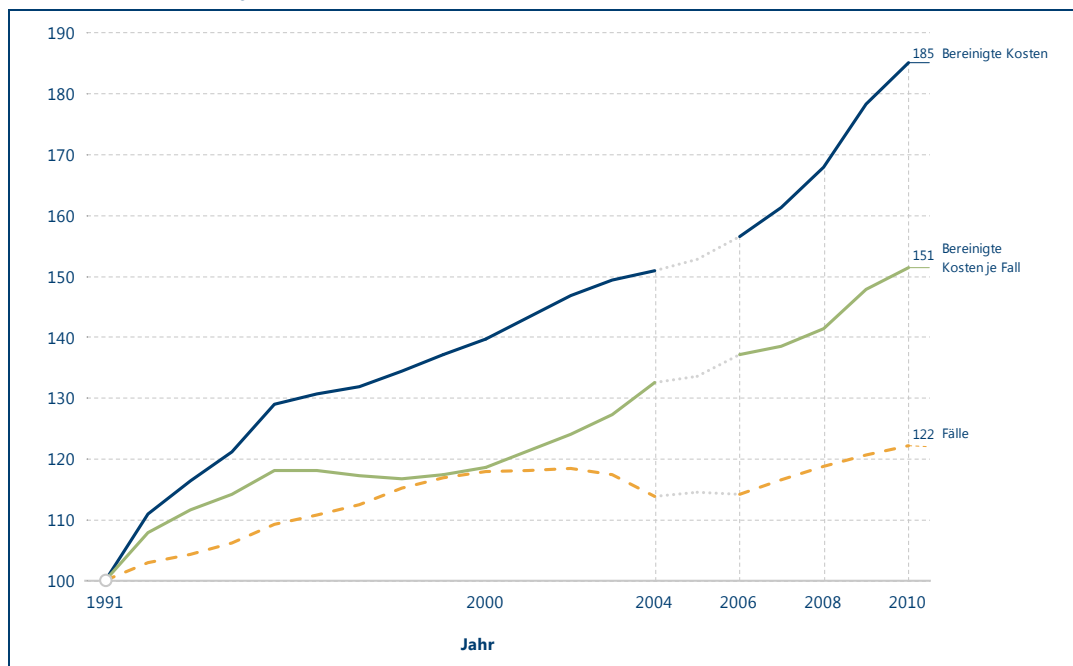
Kennzahl	Kosten					Veränderungen p. a.				
						vor G-DRG	seit G-DRG-Einführung			
	1991	2003	2006	2008	2010	91-03	03-10	03-06	06-08	08-10
Bereinigte Kosten (in Mrd. €)	35,2	52,6	55,1	59,1	65,1	3,4%	3,1%	1,6%	3,6%	5,0%
Bereinigte Kosten / Fall (in €)	2.460	3.130	3.372	3.477	3.725	2,0%	2,5%	2,5%	1,6%	3,5%

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Abbildung 100 stellt die Entwicklung der bereinigten Kosten, der durchschnittlichen bereinigten Kosten je Fall sowie der Fallzahlen im Überblick dar. Die bereinigten Kosten sind seit dem Jahr 1991 kontinuierlich gestiegen. Ab dem Jahr 2007 verstärkte sich der Zuwachs zunächst, verlangsamte sich ab dem Jahr 2009 jedoch wieder leicht. Während die bereinigten Kosten je vollstationären Fall zwischen 1996 und 2000 nahezu stabil waren, zeigt sich seither ein kontinuierlicher Anstieg.<sup>210</sup>

<sup>210</sup> Der Verbraucherpreisindex ist im Zeitraum 1991 bis 2003 um jahresdurchschnittlich 2,1% und im Zeitraum 2003 bis 2010 um jahresdurchschnittlich 1,6% gestiegen. Die bereinigten Kosten je Fall sind somit im Vergleich zum Verbraucherpreisindex im Zeitraum 1991 bis 2003 um jahresdurchschnittlich lediglich 0,03 Prozentpunkte schwächer und nach Einführung des G-DRG-Systems um 0,9 Prozentpunkte stärker gestiegen. Besonders deutlich fiel dieser Unterschied im Zeitraum 2008 bis 2010 mit jahresdurchschnittlich 2,8 Prozentpunkten aus (vgl. auch Abbildung 150, Anhang E).

Abbildung 100: Entwicklung der bereinigten Kosten und der bereinigten Kosten je Fall (1991-2010; 1991=100)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

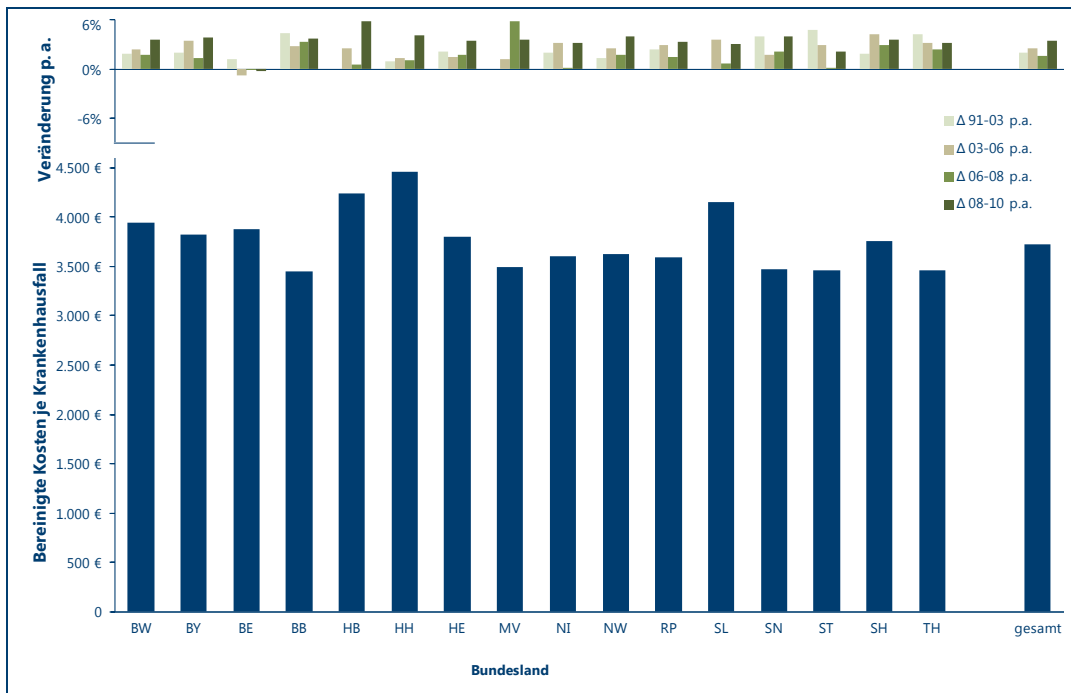
Vgl. Abschnitt 3.2.4.1 zur eingeschränkten Vergleichbarkeit der Fallzahl im Jahr 2005.

#### 4.6.1.1.1 Bereinigte Fallkosten nach Bundesländern

Mit Ausnahme des Bundeslandes Berlin (2003-2010: -0,4% p. a.) sind die bereinigten Kosten je vollstationären Fall zwischen 2003 und 2010 in allen Bundesländern mit einer ähnlichen Zuwachsrate von jahresdurchschnittlich 2% bis 3% gestiegen, lediglich in Schleswig-Holstein war die jahresdurchschnittliche Zunahme der vollstationären Kosten mit 3,7% deutlich überdurchschnittlich (vgl. Abbildung 101).

Insgesamt haben sich die unterschiedlichen Niveaus der Kosten je Fall in den Bundesländern seit dem Jahr 2003 kontinuierlich einander angenähert. Die Spannweite hat sich hierbei von 1.229 € im Jahr 2003 auf 1.005 € im Jahr 2010 verringert und der Variationskoeffizient ist von 11,5% auf 8,2% im Jahr 2010 gesunken.

Abbildung 101: Bereinigte Kosten je Fall und deren Veränderung nach Bundesland (2010; 1991-2010)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Für die Bundesländer Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und Saarland kann mangels verfügbarer Daten keine Veränderungsrate für den Zeitraum 1991-2003 ausgewiesen werden.

#### 4.6.1.1.2 Bereinigte Fallkosten nach Bettengrößenklasse

Im Zeitraum 2003 bis 2010 haben sich die durchschnittlichen bereinigten Kosten je Fall in allen Bettengrößenklassen erhöht. Die höchsten Zunahmen zeigen sich bei Krankenhäusern mit weniger als 100 Betten, die im Jahr 2003 das niedrigste Ausgangsniveau hatten (vgl. Abbildung 102). Die geringsten Zunahmen der durchschnittlichen bereinigten Kosten je Fall entfielen im Zeitraum 2003 bis 2010 auf Krankenhäuser mit 800 und mehr Betten. Diese Krankenhäuser hatten wiederum im Jahr 2003 das höchste Ausgangsniveau der bereinigten Kosten je Fall.

Im Jahr 2010 lag die Spannweite der bereinigten Kosten je Fall zwischen den Bettengrößenklassen bei 1.509 €, 2003 hatte die Spannweite noch 2.290 € betragen.<sup>211</sup> Die niedrigsten bereinigten Fallkosten finden sich 2010 in Krankenhäusern zwischen 100 und 399 Betten, bei Krankenhäusern mit mehr als 400

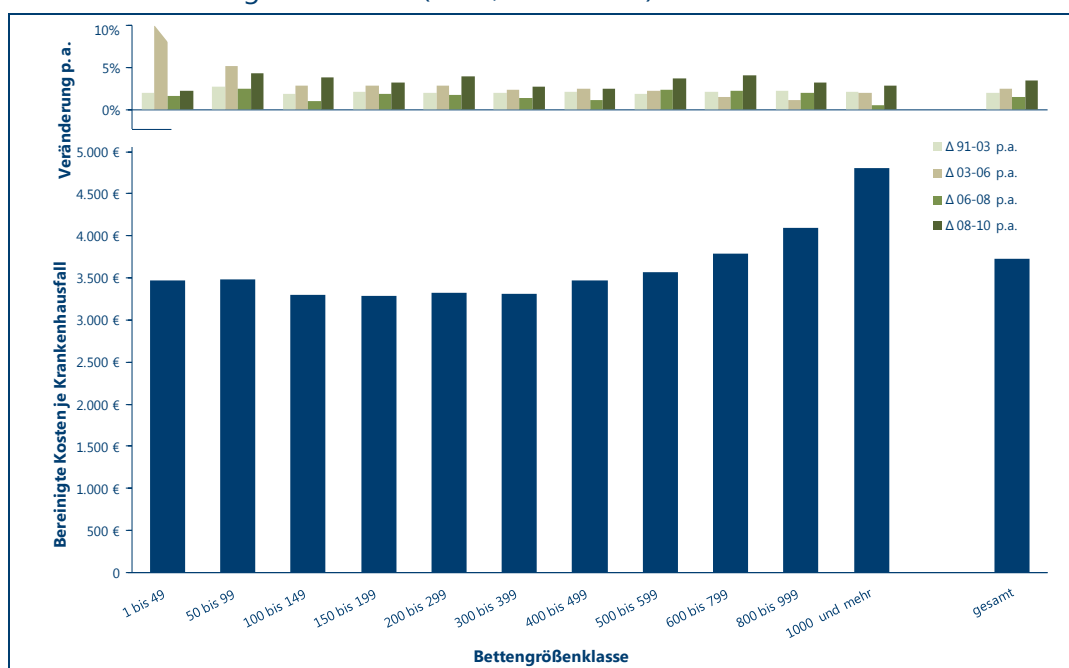
<sup>211</sup> Seit 2005 liegt die Spannweite nahezu konstant um 1.500 €.



Betten zeigt sich mit zunehmender Bettenzahl ein Anstieg der durchschnittlichen bereinigten Kosten je Fall auf maximal 4.802 € in Krankenhäusern mit 1.000 und mehr Betten.

Mit Ausnahme der Krankenhäuser mit bis zu 49 Betten lag die jahresdurchschnittliche Zunahme der bereinigten Kosten je Fall zwischen 2008 und 2010 bei allen Bettengrößenklassen über dem durchschnittlichen Anstieg der bereinigten Fallkosten zwischen 2003 und 2010.

Abbildung 102: Bereinigte Kosten je Fall und deren Veränderung nach Bettengrößenklasse (2010; 1991-2010)

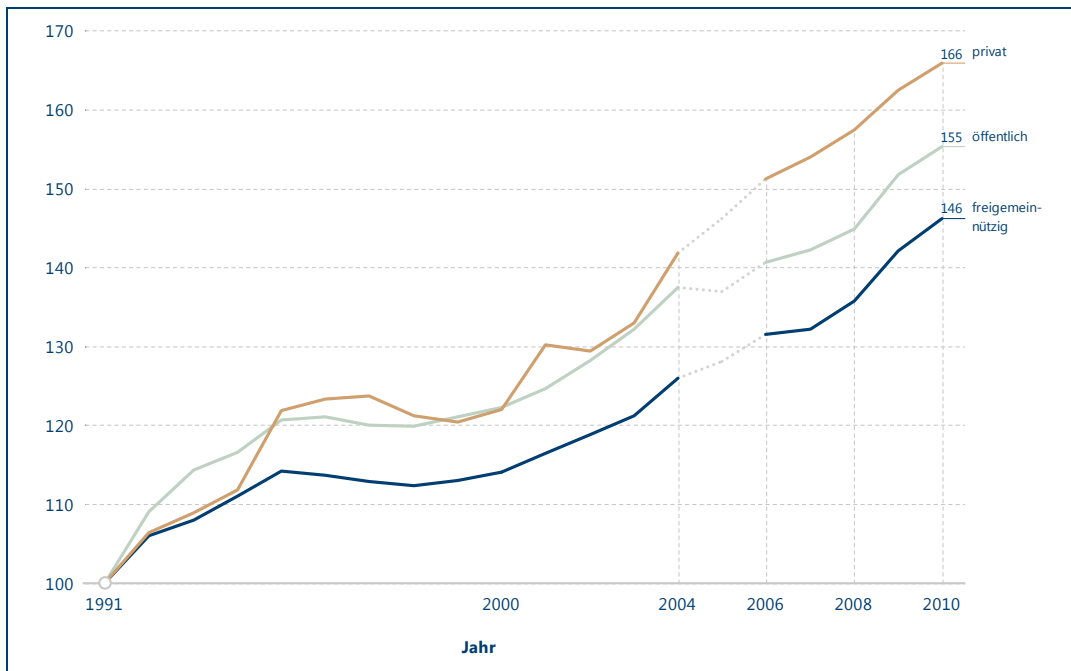


Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

#### 4.6.1.1.3 Bereinigte Fallkosten nach Krankenhausträgerschaft

Bei der Entwicklung der durchschnittlichen bereinigten Kosten je Krankenhausfall in Abhängigkeit von der Trägerschaft der Krankenhäuser zeigen sich in den Jahren 2003 bis 2010 bei freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern im Vergleich zum Zeitraum 1991 bis 2003 deutlich höhere Steigerungsraten, während bei Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft zwischen 2003 und 2010 die Zunahme der bereinigten Kosten je Fall der Zunahme zwischen 1991 und 2003 entsprach (vgl. Abbildung 103). Hierbei sind Strukturveränderungen zwischen bzw. innerhalb der Krankenhäuser der jeweiligen Trägerschaftsform zu berücksichtigen.

Abbildung 103: Entwicklung der bereinigten Kosten je Fall nach Krankenträgerschaft (1991-2010; 1991=100)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Vgl. Abschnitt 3.2.4.1 zur eingeschränkten Vergleichbarkeit der Fallzahl im Jahr 2005.

Für alle Trägerschaftsformen gilt, dass der Anstieg der bereinigten Fallkosten in der Kernphase der Konvergenz (2006 bis 2008) geringer ausfiel als noch in der Einführungsphase des G-DRG-Systems (2003 bis 2006) und am Ende der Konvergenzphase (2008 bis 2010) wiederum deutlich stärker ausfiel als in der Kernphase der Konvergenz. Die durchschnittlichen bereinigten Kosten je Fall lagen im Jahr 2010 in öffentlichen Krankenhäusern mit 3.930 € je Fall am höchsten und in freigemeinnützigen Krankenhäusern mit 3.448 € je Fall am niedrigsten (vgl. Tabelle 99).

Tabelle 99: Veränderung der bereinigten Kosten je Fall nach Krankenträgerschaft (1991-2010)

Trägerschaft	Bereinigte Kosten je Fall (in €)					Veränderungen p. a.				
						vor G-DRG		seit G-DRG-Einführung		
	1991	2003	2006	2008	2010	91-03	03-10	03-06	06-08	08-10
freigemeinnützig	2.359	2.859	3.102	3.201	3.448	1,6%	2,7%	2,8%	1,6%	3,8%
öffentlich	2.531	3.343	3.559	3.667	3.930	2,3%	2,3%	2,1%	1,5%	3,5%
privat	2.225	2.959	3.363	3.501	3.690	2,4%	3,2%	4,4%	2,0%	2,7%
<b>gesamt</b>	<b>2.460</b>	<b>3.130</b>	<b>3.372</b>	<b>3.477</b>	<b>3.725</b>	<b>2,0%</b>	<b>2,5%</b>	<b>2,5%</b>	<b>1,6%</b>	<b>3,5%</b>

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

#### 4.6.1.2 Personal- und Sachkosten

Neben den bereinigten Kosten sollen im Folgenden auch die Entwicklungen der Personal- und Sachkosten der Allgemeinen Krankenhäuser im Zeitraum 2002 bis 2010 betrachtet werden.<sup>212,213,214</sup>

Die Personalkosten sind in diesem Zeitraum von 37 Mrd. € auf 45 Mrd. € angestiegen (vgl. Tabelle 100). Die jahresdurchschnittliche Zunahme der Personalkosten lag vor der Einführung des G-DRG-Systems (2002 bis 2003) mit 2,1% auf ähnlichem Niveau wie zwischen 2003 und 2010 (+2,4% p. a.) nach der G-DRG-Einführung. Zwischen 2008 und 2010 stiegen die Personalkosten mit jahresdurchschnittlich 4,6% hingegen deutlich stärker an und somit auch stärker als in den Vorperioden (2003-2006: +0,9% p. a., 2006-2008: +2,6% p. a.). Bei Betrachtung der Personalkosten je vollstationären Fall lag der Anstieg der Kosten zwischen 2002 und 2003 (+3,0% p. a.) deutlich über dem jahresdurchschnittlichen Anstieg nach G-DRG-Einführung (+1,8% p. a.), jedoch auf gleichem Niveau wie zwischen 2008 und 2010 (+3,1% p. a.). Die durchschnittlichen Personalkosten je Fall betragen im Jahr 2010 2.558 €.

Die Sachkosten sind zwischen 2002 und 2010 von 20 Mrd. € auf 29 Mrd. € angestiegen. Die jahresdurchschnittliche Zunahme der Sachkosten lag vor der Einführung des G-DRG-Systems (2002 bis 2003) mit 1,4% deutlich unter dem Anstieg der Sachkosten zwischen 2003 und 2010 (+5,6% p. a.) nach G-DRG-Einführung. Zwischen 2008 und 2010 stiegen die Sachkosten mit jahresdurchschnittlich 5,4% leicht geringer als zuvor in der Kernphase der Konvergenz (2006 bis 2008: +6,8% p. a.). Bei Betrachtung der Sachkosten je vollstationären Fall betrug der jahresdurchschnittliche Kostenanstieg zwischen 2003 und 2010 5,0%. Zwischen 2008 und 2010 stiegen die Sachkosten je Fall mit jahresdurchschnittlich 3,9% unterdurchschnittlich auf einen Wert von 1.681 € je vollstationären Fall.

---

<sup>212</sup> Die in der amtlichen Statistik ausgewiesenen Personal- und Sachkosten beinhalten – im Gegensatz zu den in den vorigen Abschnitten betrachteten Kennzahlen – auch die entsprechenden Kosten für wissenschaftliche Forschung und Lehre, Ambulanzen und nicht-stationäre Leistungen.

<sup>213</sup> Für die Personal- und Sachkosten ist die Erstellung vollständiger längerer Zeitreihen aufgrund des Wechsels in der Kostenerfassung zwischen Netto- und Bruttoprinzip nicht möglich, sodass im Weiteren nur die Entwicklungen der Jahre 2002 bis 2010 betrachtet werden (vgl. Abschnitt 3.2.4.1).

<sup>214</sup> Die Personal- und Sachkosten entsprechen im Jahr 2010 zusammen 98,6% der Brutto-Gesamtkosten der Krankenhäuser (ohne Aufwendungen für den Ausbildungsfonds). Die Brutto-Gesamtkosten beinhalten daneben auch die Kosten der Ausbildungsstätten, Zinsen und Steuern.

Tabelle 100: Veränderung der Personal- und Sachkosten (2002-2010)

Kennzahl	Kosten					Veränderungen p. a.				
						vor G-DRG		seit G-DRG-Einführung		
	2002	2003	2006	2008	2010	02-03	03-10	03-06	06-08	08-10
Personalkosten (in Mrd. €)	37,1	37,8	38,8	40,9	44,7	2,1%	2,4%	0,9%	2,6%	4,6%
Personalkosten je Fall (in €)	2.188	2.253	2.377	2.405	2.558	3,0%	1,8%	1,8%	0,6%	3,1%
Sachkosten (in Mrd. €)	19,7	20,0	23,2	26,5	29,4	1,4%	5,6%	5,1%	6,8%	5,4%
Sachkosten je Fall (in €)	1.165	1.191	1.420	1.557	1.681	2,2%	5,0%	6,0%	4,7%	3,9%

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Abbildung 104 stellt die Entwicklungen der Personal- und Sachkosten je Fall dar. Dabei zeigt sich, dass die Sachkosten zu einem höheren Anteil zur Steigerung der Gesamtkosten je vollstationären Fall beitragen als die Personalkosten. Von 2004 bis 2009 sind die Sachkosten je Fall jährlich stets über 4% im Vergleich zum Vorjahr gestiegen, von 2009 auf 2010 erhöhten sich die Sachkosten je Fall mit 2,6% jedoch deutlich geringer. Bei der Entwicklung der Personalkosten je Fall lässt sich zwischen 2002 und 2010 kein kontinuierlicher Trend feststellen; während sie zwischen 2004 und 2007 annähernd stabil blieben, sind sie am Ende der Konvergenzphase (2008 bis 2010) mit 3,1% p. a. deutlich angestiegen.

Abbildung 104: Entwicklung der Personal- und Sachkosten je Fall (2002-2010; 2002=100)

Jahr	Sachkosten je Fall	Personalkosten je Fall
2002	100	100
2004	110	108
2006	122	109
2008	135	110
2010	144	117

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Vgl. Abschnitt 3.2.4.1 zur eingeschränkten Vergleichbarkeit der Fallzahl im Jahr 2005.

#### 4.6.1.2.1 Personalkostenentwicklung nach Dienstarten

Mit Ausnahme der Dienstarten Wirtschafts- und Versorgungsdienst und Klinisches Hauspersonal sind zwischen 2003 und 2010 die Personalkosten in allen Dienstarten angestiegen. Ein besonders deutlicher Anstieg der Personalkosten zeigt sich in diesem Zeitraum im Ärztlichen Dienst (+5,6% p. a.). Während die Personalkosten im Pflegedienst zwischen 2003 und 2006 leicht rückläufig waren, kam es bereits in der Kernphase der Konvergenz (2006 bis 2008) zu einer Trendwende (+1,2% p. a.) und zwischen 2008 und 2010 zu einem stärkeren Anstieg der Personalkosten (+3,1% p. a.). Insbesondere in den patientennahen Dienstarten (Pflegedienst, Ärztlicher Dienst, Medizinisch-technischer Dienst und Funktionsdienst) hat sich der Anstieg der Personalkosten in den einzelnen Betrachtungszeiträumen zunehmend verstärkt (vgl. Tabelle 101).

Der Anteil der Personalkosten im Ärztlichen Dienst an den gesamten Personalkosten hat sich kontinuierlich von 24% im Jahr 2002 auf 30% im Jahr 2010 deutlich erhöht und der Anteil der Personalkosten im Pflegedienst hat sich zeitgleich von 35% auf 31% reduziert.

Tabelle 101: Veränderung der Personalkosten nach Dienstart (2002-2010)

Dienstart	Kosten (in Mrd. €)					Veränderungen p. a.				
						vor G-DRG		seit G-DRG-Einführung		
	2002	2003	2006	2008	2010	02-03	03-10	03-06	06-08	08-10
Pflegedienst	13,1	13,2	12,7	13,1	13,9	0,9%	0,7%	-1,2%	1,2%	3,1%
Ärztlicher Dienst	8,8	9,1	10,3	11,7	13,4	4,0%	5,6%	4,1%	6,5%	7,1%
Med.-tech. Dienst	4,9	5,0	5,2	5,5	6,0	2,7%	2,7%	1,4%	2,6%	4,5%
Funktionsdienst	3,6	3,7	3,9	4,1	4,5	3,2%	2,7%	1,2%	3,1%	4,7%
Verwaltungsdienst	2,4	2,4	2,6	2,7	2,9	2,6%	2,5%	1,9%	2,0%	3,9%
Versorgungsdienst	2,0	1,9	1,7	1,5	1,5	-2,2%	-3,7%	-4,6%	-4,1%	-1,7%
Technischer Dienst	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7%	0,1%	-0,4%	-1,0%	2,1%
Nicht zurechenbar	0,4	0,5	0,7	0,6	0,8	19,9%	6,0%	11,8%	-7,6%	12,4%
Sonstiges Personal	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	-4,4%	3,3%	0,3%	5,9%	5,2%
Klinisches Hauspersonal	0,6	0,5	0,4	0,3	0,3	-4,3%	-6,9%	-9,4%	-6,9%	-2,8%
Sonderdienste	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	-2,7%	1,8%	0,6%	1,6%	3,7%
<b>gesamt</b>	<b>37,1</b>	<b>37,8</b>	<b>38,8</b>	<b>40,9</b>	<b>44,7</b>	<b>2,1%</b>	<b>2,4%</b>	<b>0,9%</b>	<b>2,6%</b>	<b>4,6%</b>

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

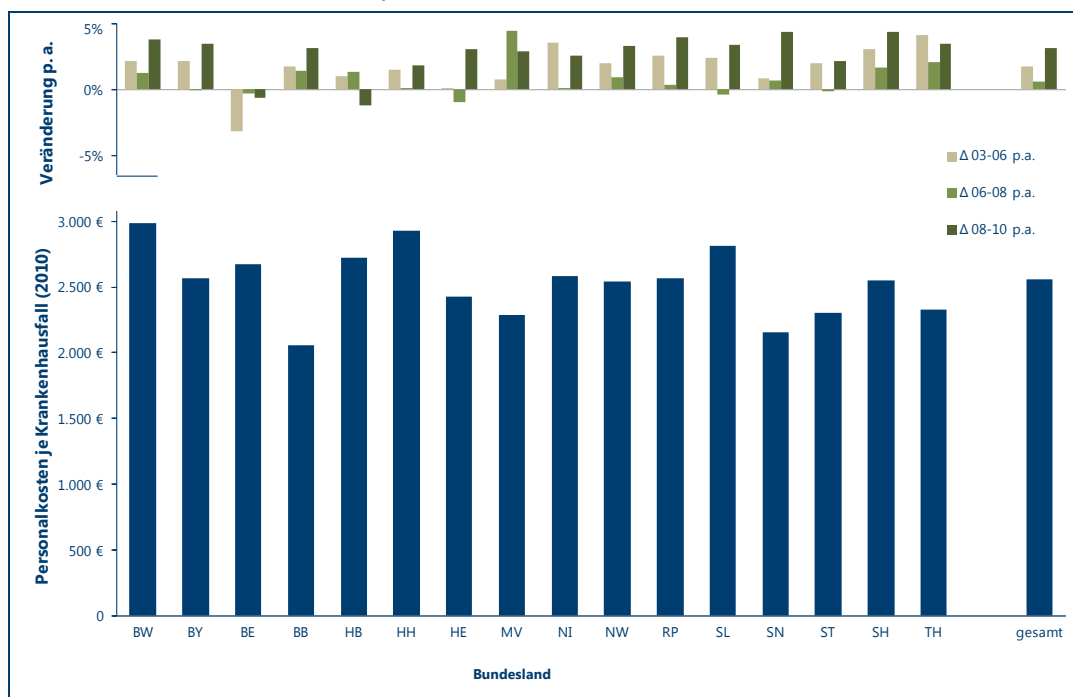
#### 4.6.1.2.2 Personalkostenentwicklung je Krankenhausfall

Die durchschnittlichen Personalkosten je Fall lagen im Jahr 2010 zwischen 2.057 € (Brandenburg) und 2.989 € (Baden-Württemberg) (vgl. Abbildung 105). Berlin ist das einzige Bundesland, in dem die Personalkosten je Fall im Zeitraum 2003 bis 2010 zurückgegangen sind (-1,6% p. a.). Der höchste Anstieg der Personalkosten je Fall zeigte sich in diesem Zeitraum in Thüringen

(+3,4% p. a.). Am Ende der Konvergenzphase (2008 bis 2010) sind die Personalkosten je Fall mit Ausnahme der Krankenhäuser in Berlin und Bremen in allen Bundesländern angestiegen und mehrheitlich fiel diese Zunahme stärker aus als in der Kernphase der Konvergenz (2006 bis 2008), in der sie nur in zehn Bundesländern angestiegen waren.

Insgesamt haben sich die unterschiedlichen Niveaus der Personalkosten je Fall in den Bundesländern seit dem Jahr 2003 kontinuierlich und deutlich einander angenähert. Die Spannweite hat sich hierbei von 1.214 € im Jahr 2003 auf 931 € im Jahr 2010 verringert und der Variationskoeffizient ist von 14,9% auf 10,4% im Jahr 2010 gesunken.

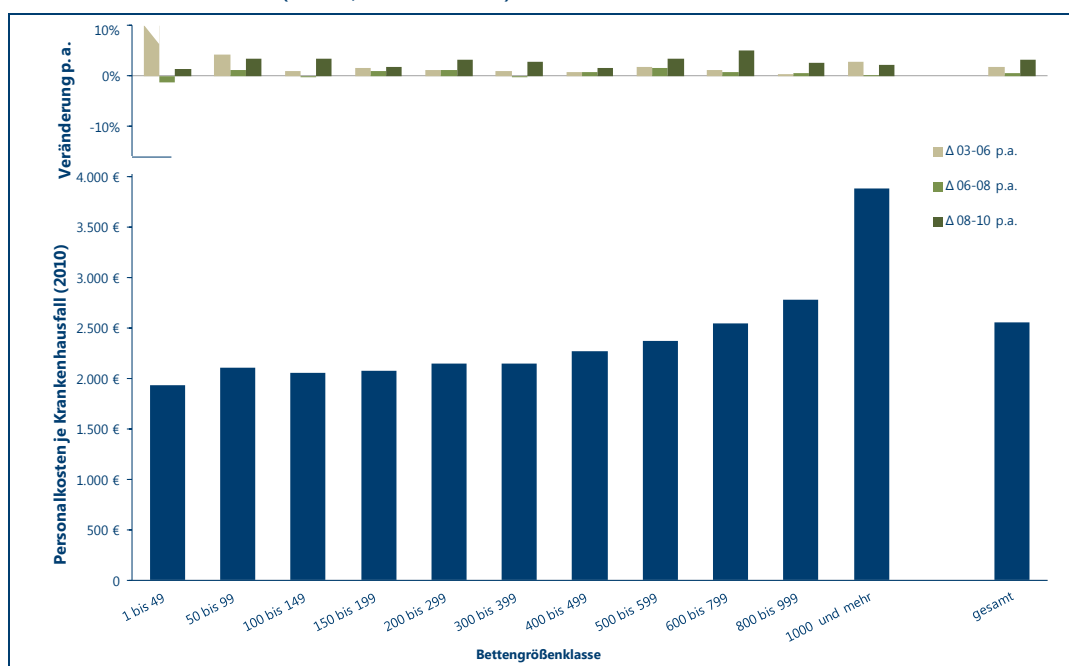
Abbildung 105: Durchschnittliche Personalkosten je Fall nach Bundesland (2010; 2003-2010)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Die Personalkosten je Fall nehmen bei steigender Bettenzahl eines Krankenhauses tendenziell zu. So sind die Personalkosten je Fall in Krankenhäusern mit 1000 und mehr Betten mit 3.883 € etwa doppelt so hoch wie in Krankenhäusern mit weniger als 50 Betten (vgl. Abbildung 106). Während sich im Kern der Konvergenzphase (2006 bis 2008) in allen Bettengrößenklassen nur leichte Zunahmen von maximal 1,5% p. a. oder Rückgänge der Personalkosten je Fall zeigen, sind die Personalkosten je Fall am Ende der Konvergenzphase (2008 bis 2010) in allen Bettengrößenklassen zwischen 1,5% und 5,0% p. a. angestiegen.

Abbildung 106: Durchschnittliche Personalkosten je Fall nach Bettengrößenklasse (2010; 2003-2010)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Die durchschnittlichen Personalkosten je Fall lagen in öffentlichen Krankenhäusern im Jahr 2010 durchschnittlich mit 2.879 € auf dem höchsten und in Krankenhäusern in privater Trägerschaft mit durchschnittlich 2.229 € je Fall auf dem niedrigsten Niveau. Im Zeitraum 2003 bis 2010 sind die Personalkosten je Fall in privat getragenen Krankenhäusern mit jahresdurchschnittlich 2,8% leicht stärker gestiegen als in freigemeinnützigen oder öffentlichen Krankenhäusern (jeweils +2% p. a.) (vgl. Abbildung 107).<sup>215</sup> Der insgesamt festzustellende, im Vergleich zur Einführungsphase des G-DRG-Systems (2003 bis 2006) geringere Anstieg der Personalkosten je Fall im Zeitraum des Kerns der Konvergenzphase (2006 bis 2008) zeigt sich ebenso wie die erneut stärkere Zunahme am Ende der Konvergenzphase (2008 bis 2010) bei allen Trägerschaftsformen.

<sup>215</sup> Aufgrund des hohen Aggregationsniveaus der Datengrundlage können Unterschiede, die z. B. durch die unterschiedliche Leistungsstruktur der Krankenhäuser bedingt sind und damit einhergehende Unterschiede der Kostenstruktur nicht untersucht werden.

Abbildung 107: Entwicklung der durchschnittlichen Personalkosten je Fall nach Krankenhaussträgerschaft (2002-2010; 2002=100)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Vgl. Abschnitt 3.2.4.1 zur eingeschränkten Vergleichbarkeit der Fallzahl im Jahr 2005.

#### 4.6.1.2.3 Sachkostenentwicklung nach Einzelpositionen

Auch am Ende der Konvergenzphase (2008 bis 2010) zeigt sich eine im Vergleich zur Personalkostenentwicklung (+4,6% p. a.) stärkere Zunahme der Sachkosten (+5,4% p. a.). Im Zeitraum 2003 bis 2010 sind die Sachkosten mit Ausnahme der Kostenposition „Wiederbeschaffte Gebrauchsgüter“ in allen Einzelpositionen gestiegen (vgl. Tabelle 102). Beim Medizinischen Bedarf, der rund 50% des gesamten Kostenvolumens der Sachkosten ausmacht, sind die Kosten zwischen 2003 und 2010 um jahresdurchschnittlich 5,8% gestiegen.

In den 5 bedeutendsten Kostenpositionen (Medizinischer Bedarf, Pflegesatzfähige Instandhaltung, Wirtschafts- und Verwaltungsbedarf sowie Wasser, Energie, Brennstoffe) sind die Kosten am Ende der Konvergenzphase (2008 bis 2010) schwächer gestiegen als noch zwischen 2006 und 2008 und im Fall der pflegesatzfähigen Instandhaltung sogar leicht gesunken. Mit einem jahresdurchschnittlichen Anstieg von 6,4% lag der Anstieg beim Medizinischen Bedarf zwischen 2008 und 2010 dennoch über dem Durchschnitt der Sachkosten insgesamt. Mit 1,7 Mrd. € entfielen annähernd 60% des gesamten Anstiegs der Sachkosten (2,9 Mrd. €) allein auf den Medizinischen Bedarf. Deutliche Zunahmen ergaben sich am Ende der Konvergenzphase auch beim Zentralen Verwaltungsdienst (+12,9% p. a.), bei Lebensmitteln und bezogenen Leistungen (+11,7% p. a.) und bei den Sonstigen Sachkosten (+7,3% p. a.).



Tabelle 102: Veränderung der Sachkosten nach Einzelposten (2002-2010)

Einzelposten	Kosten in Mrd. €					Veränderungen p. a.				
						vor G-DRG	seit G-DRG-Einführung			
	2002	2003	2006	2008	2010	02-03	03-10	03-06	06-08	08-10
<b>Medizinischer Bedarf</b>	9,8	9,8	11,3	12,9	14,6	0,4%	5,8%	4,6%	6,9%	6,4%
<b>Pflegesatzfähige Instandhaltung</b>	2,4	2,5	2,8	3,0	3,0	1,7%	2,6%	3,7%	4,3%	-0,7%
<b>Wirtschaftsbedarf</b>	2,0	2,0	2,2	2,5	2,6	2,6%	3,7%	2,9%	5,3%	3,4%
<b>Verwaltungsbedarf</b>	1,3	1,3	1,5	1,7	1,9	0,8%	6,2%	5,1%	7,1%	6,9%
<b>Wasser, Energie, Brennstoffe</b>	1,2	1,3	1,6	1,8	1,9	5,6%	6,0%	7,6%	7,7%	2,1%
<b>Sonstige Sachkosten</b>	0,9	0,9	1,3	1,6	1,9	3,1%	10,8%	11,7%	13,1%	7,3%
<b>Lebensmittel und bezogene Leistungen</b>	1,2	1,1	1,3	1,4	1,8	-1,1%	6,8%	3,5%	7,2%	11,7%
<b>Zentraler Verwaltungsdienst</b>	0,3	0,4	0,5	0,5	0,6	7,7%	8,8%	10,3%	2,8%	12,9%
<b>Versicherungen</b>	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	16,7%	3,6%	6,5%	0,8%	2,2%
<b>Zentraler Gemeinschaftsdienst</b>	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3	-3,8%	15,2%	17,8%	22,9%	4,3%
<b>Sonstige Abgaben</b>	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	-0,7%	3,8%	6,9%	1,1%	2,2%
<b>Wiederbeschaffte Gebrauchsgüter</b>	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	-16,8%	-6,0%	-4,0%	4,8%	-18,3%
<b>gesamt</b>	<b>19,7</b>	<b>20,0</b>	<b>23,2</b>	<b>26,5</b>	<b>29,4</b>	<b>1,4%</b>	<b>5,6%</b>	<b>5,1%</b>	<b>6,8%</b>	<b>5,4%</b>

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Unter Berücksichtigung der Fallzahlen fallen die festzustellenden Kostensteigerungen im Zeitraum 2008 bis 2010 bei allen Sachkosteneinzelpositionen geringer bzw. die Rückgänge stärker aus als bei der Betrachtung der absoluten Kostenentwicklung (vgl. Tabelle 175, Anhang E).

Bei Betrachtung des Medizinischen Sachbedarfs, der die größte Sachkostenposition darstellt, zeigen sich, differenziert nach einzelnen Kostenarten, die Kostensteigerungen bei allen ausgewiesenen Einzelposten. Die deutlichsten Steigerungen im Zeitraum 2003 bis 2010 ergeben sich bei den Kosten für Implantate, die sich in diesem Zeitraum von 81 € auf 137 € je Fall erhöht haben. Dies entspricht einem Anstieg um 8% p. a. (vgl. Tabelle 176, Anhang E).

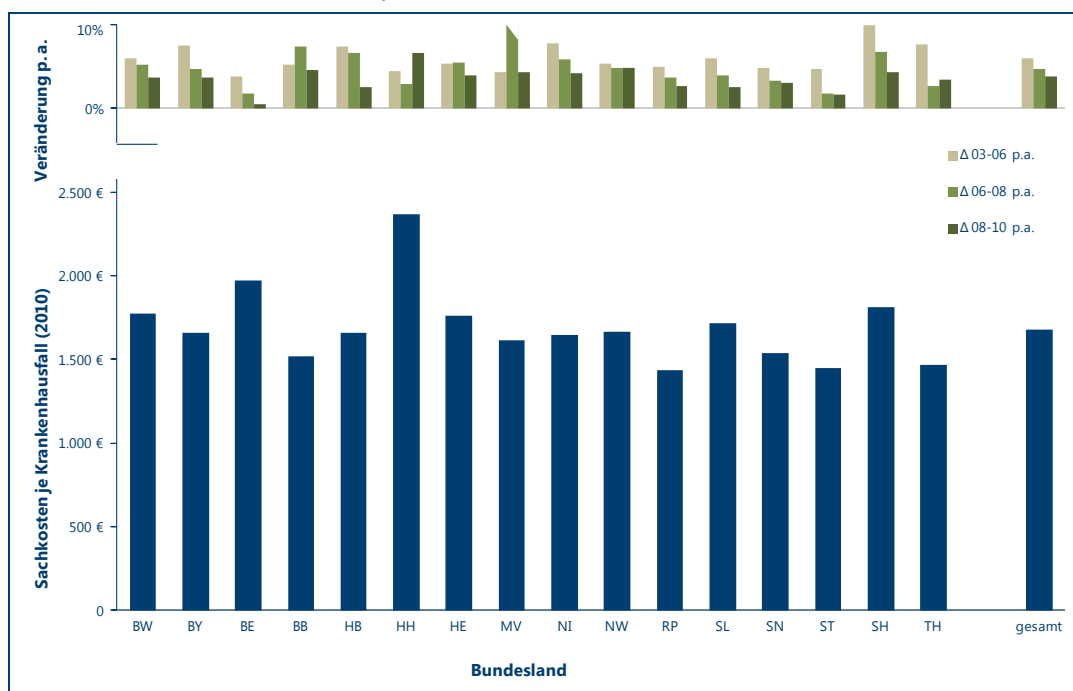
#### 4.6.1.2.4 Sachkostenentwicklung je Krankenhausfall

Die durchschnittlichen Sachkosten je Fall sind im Zeitraum 2003 bis 2010 in allen Bundesländern gestiegen. Der höchste Anstieg der Sachkosten je Fall zeigt sich zwischen 2003 und 2010 in Schleswig-Holstein (+7,4% p. a.), der geringste Anstieg mit jahresdurchschnittlich 2,3% in Berlin. In den meisten Bundesländern ergeben sich im Zeitverlauf abnehmende Zuwachsraten. Die

durchschnittlichen Sachkosten je Fall lagen im Jahr 2010 zwischen 1.435 € (Rheinland-Pfalz) und 2.365 € (Hamburg) (vgl. Abbildung 108).

Im Unterschied zu den Personalkosten haben sich die unterschiedlichen Niveaus der Sachkosten je Fall in den Bundesländern seit dem Jahr 2003 bei Betrachtung des Variationskoeffizienten (2003: 16,9%; 2010: 13,6%) einander zwar leicht angenähert, die Spannweite ist hingegen, bedingt durch den deutlich überdurchschnittlichen Wert in Hamburg, von 682 € im Jahr 2003 auf 930 € angestiegen.

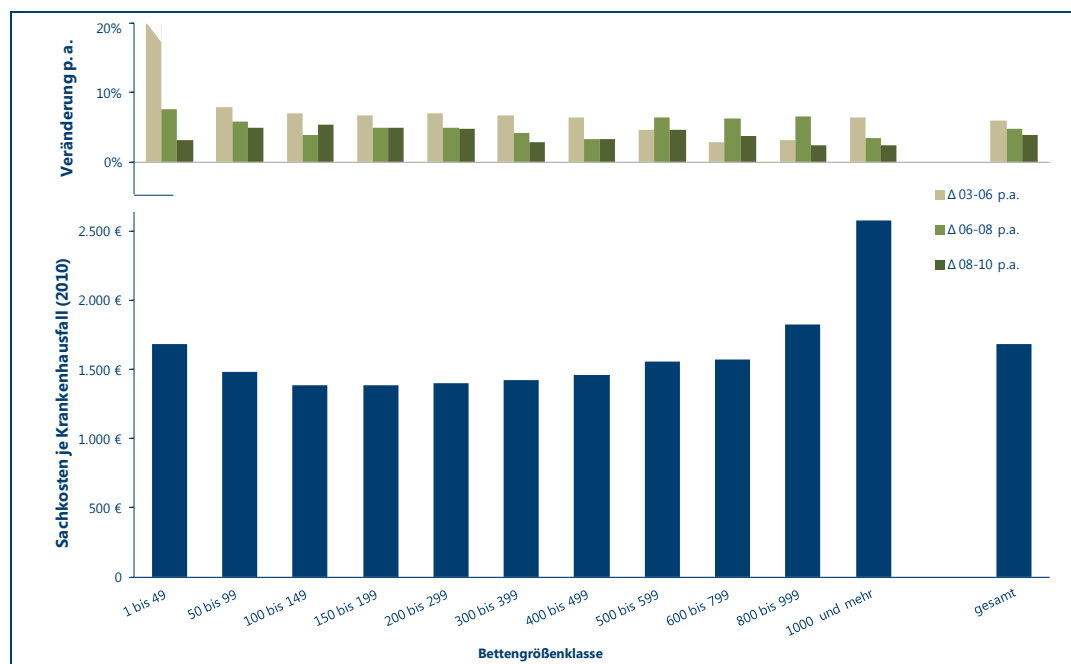
Abbildung 108: Durchschnittliche Sachkosten je Fall nach Bundesland (2010; 2003-2010)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Die Sachkosten je Fall sind in allen Bettengrößenklassen zwischen 2003 und 2010 deutlich gestiegen. Mit Ausnahme der Krankenhäuser mit 100 bis 149 Betten lag die Zunahme der Sachkosten je Fall zwischen 2008 und 2010 teilweise deutlich niedriger als zwischen 2006 und 2008 bzw. zumindest auf demselben Niveau wie im Kern der Konvergenzphase (vgl. Abbildung 109).

Abbildung 109: Durchschnittliche Sachkosten je Fall nach Bettengrößenklasse (2010; 2003-2010)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Die durchschnittlichen Sachkosten je Fall unterscheiden sich hinsichtlich der Trägerschaft der Krankenhäuser deutlich und waren in freigemeinnützigen Krankenhäusern im Jahr 2010 mit durchschnittlich 1.468 € je Fall auf dem niedrigsten und in öffentlichen Krankenhäusern mit 1.832 € auf dem höchsten Niveau. Über alle Trägerschaftsformen hinweg haben sich die Sachkosten je Fall im Zeitraum 2003 bis 2010 jedoch nahezu identisch entwickelt (+5% p. a.) (vgl. Abbildung 151, Anhang E).

#### 4.6.1.3 Anteil der Personal- und Sachkosten an den Brutto-Gesamtkosten

Zwischen 2003 und 2010 führte der im Vergleich zum Personalbereich höhere Zuwachs der Kosten im Sachbereich zu weiteren Verschiebungen der Zusammensetzung der Gesamtkosten der Krankenhäuser. So hat sich der Anteil der Sachkosten an den Brutto-Gesamtkosten (ohne Aufwendungen für den Ausbildungsfonds) zwischen 2003 und 2010 von 34,2% auf 39,1% deutlich erhöht (+0,7 Prozentpunkte p. a.) und der Anteil der Personalkosten entsprechend von 64,7% auf 59,5% ebenso deutlich verringert (-0,7 Prozentpunkte p. a.) Während vor Einführung des G-DRG-Systems nur geringfügige Verschiebungen zwischen den Anteilen festzustellen sind, ergeben sich in den Zeiträumen 2003 bis 2006 und 2006 bis 2008 deutliche Anteilszuwächse für die Sachkosten. Am Ende der Konvergenzphase setzt sich die Entwicklung der Verschiebung hin zu einem höheren Sachkostenanteil zwar fort, jedoch

mit 0,2 Prozentpunkten p. a. in deutlich abgeschwächtem Ausmaß (vgl. Tabelle 103).

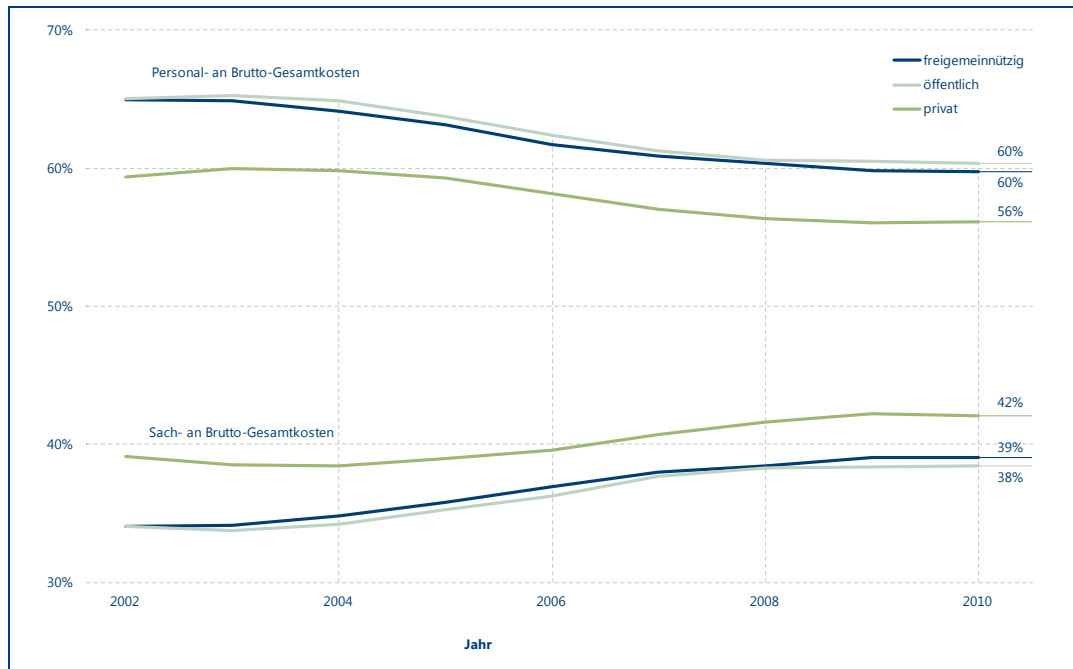
Tabelle 103: Entwicklung der Anteile der Personal- und Sachkosten an den Brutto-Gesamtkosten (2002-2010)

Kennzahl	Anteil					Veränderungen p. a. (Prozentpunkte)				
						vor G-DRG	seit G-DRG-Einführung			
	2002	2003	2006	2008	2010	02-03	03-10	03-06	06-08	08-10
Anteil Personal- an Brutto-Gesamtkosten	64,5%	64,7%	61,7%	59,9%	59,5%	0,1	-0,7	-1,0	-0,9	-0,2
Anteil Sach- an Brutto-Gesamtkosten	34,4%	34,2%	36,8%	38,8%	39,1%	-0,2	0,7	0,9	1,0	0,2

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Eine nach der Trägerschaft der Krankenhäuser differenzierte Betrachtung der Anteile von Personal- und Sachkosten an den Brutto-Gesamtkosten ergibt für Krankenhäuser in privater Trägerschaft einen niedrigeren Anteil der Personalkosten an den Brutto-Gesamtkosten und einen entsprechend leicht höheren Anteil der Sachkosten als für Krankenhäuser in öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft. Die Verschiebungen der Anteile hin zu einem höheren Sachkostenanteil fanden bei Krankenhäusern aller Trägerschaften schwerpunktmäßig zwischen 2003 und 2008 statt und haben sich im Zeitraum 2008 bis 2010 nur noch geringfügig fortgesetzt (vgl. Abbildung 110).

Abbildung 110: Entwicklung der Anteile der Personal- und Sachkosten an den Brutto-Gesamtkosten nach Krankenhaussträgerschaft (2002-2010)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

## 4.6.2 Investitionsverhalten der Krankenhäuser

Für die Untersuchung möglicher Auswirkungen des G-DRG-Systems auf das Investitionsverhalten der Krankenhäuser werden die Angaben der Krankenhäuser aus der Krankenhausbefragung herangezogen (vgl. Abschnitt 3.2.2.1).

Dabei werden die Entwicklungen der Investitionsquoten der Krankenhäuser ebenso wie die getätigten Investitionen in Personalressourcen, Informationstechnologie, Gebäude und (Medizin-)Technik betrachtet.

### 4.6.2.1 Veränderung der Investitionsquote

Im Rahmen der Krankenhausbefragung wurden zwei Investitionsquoten erhoben. Einerseits die Investitionsquote, die den Zugang zum Sachanlagevermögen auf den Anfangsbestand des Sachanlagevermögens zu Jahresbeginn bezieht („Investitionsquote Sach“) und andererseits die Investitionsquote, die

den Zugang zum Sachanlagevermögen bezogen auf die Umsatzerlöse eines Jahres beschreibt („Investitionsquote Umsatz“).<sup>216</sup>

Die Berechnung der Investitionsquoten erfolgte durch die Krankenhäuser einheitlich anhand der folgenden Berechnungsformeln:<sup>217</sup>

$$\text{Investitionsquote Sach [in\%]} = \frac{\text{Zugang zum Sachanlagevermögen im Jahr}}{\text{Anfangsbestand des Sachanlagevermögens am 01.01.}}$$

$$\text{Investitionsquote Umsatz [in\%]} = \frac{\text{Zugang zum Sachanlagevermögen im Jahr}}{\text{Umsatzerlöse des Jahres (Summe über die Kontengruppen 40-43 nach KHBV)}}$$

Der Median der von den Krankenhäusern angegebenen Investitionsquote bezogen auf das Sachanlagevermögen liegt demnach im Jahr 2008 bei 5,0% (Mittelwert: 12,1%) und im Jahr 2010 bei 5,3% (Mittelwert: 10,7%) (vgl. Tabelle 104). Auch bei der Investitionsquote bezogen auf die Umsatzerlöse liegt der Median im Jahr 2010 mit 5,0% (Mittelwert: 7,8%) leicht über der Investitionsquote des Jahres 2008 von 4,6% (Mittelwert: 7,4%).<sup>218</sup>

---

<sup>216</sup> „Beim Anlagevermögen sind [...] nur die Gegenstände auszuweisen, die bestimmt sind, dauernd dem Geschäftsbetrieb zu dienen“ (Hentze und Kehres 2007, S. 58). Das Sachanlagevermögen ist im Anlagennachweis entsprechend der Anlage 3 zur KHBV differenziert nach: 1. Grundstücke und grundstücksgleiche Rechte mit Betriebsbauten einschließlich der Betriebsbauten auf fremden Grundstücken, 2. Grundstücke und grundstücksgleiche Rechte mit Wohnbauten einschließlich der Wohnbauten auf fremden Grundstücken, 3. Grundstücke und grundstücksgleiche Rechte ohne Bauten, 4. Technische Anlagen, 5. Einrichtungen und Ausstattungen, 6. Geleistete Anzahlungen und Anlagen im Bau ausgewiesen. Hierin finden sich auch die Angaben zum Anfangsbestand der Sachanlagen zu Jahresbeginn und zum Zugang während des Jahres.

<sup>217</sup> Die für die Quotenermittlung angesetzten Absolutbeträge wurden ebenso wie die Finanzierungsquellen der Investitionen bei der Befragung nicht erhoben.

<sup>218</sup> Auch bei Betrachtung des Medians im Zeitraums 2004 bis 2010 zeigen sowohl die „Investitionsquote Sach“ als auch die „Investitionsquote Umsatz“ insgesamt weitgehend stabil (n=111 Krankenhäuser).

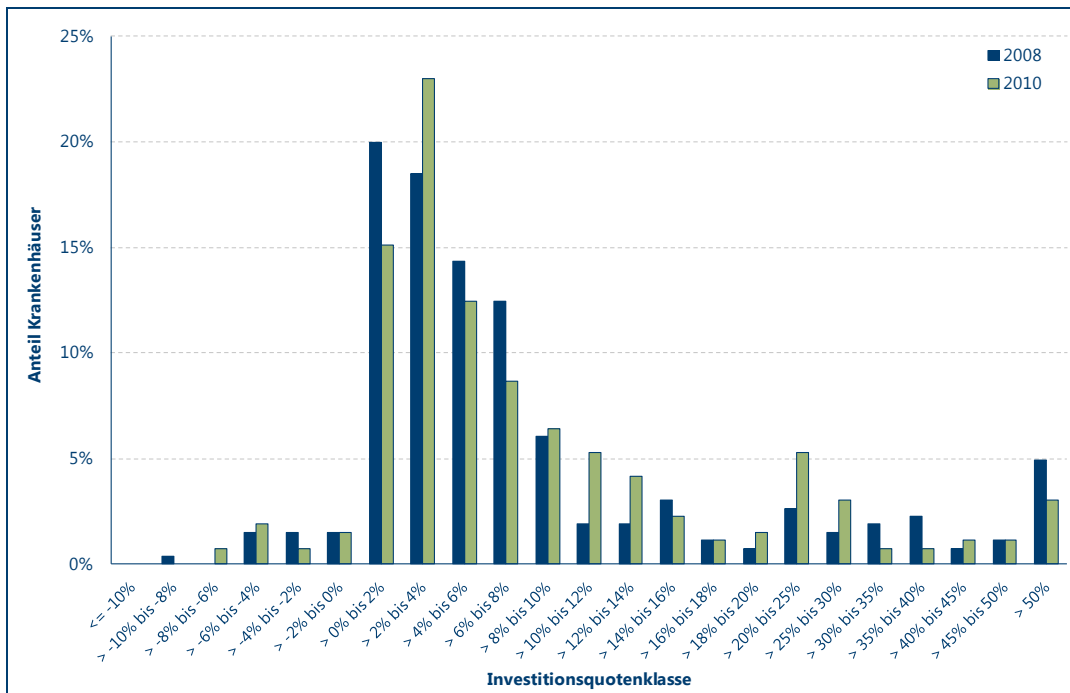
Tabelle 104: Investitionsquoten (2008, 2010)

Investitionsquoten (Median)	Investitionsquote		Veränderung p. a.
	2008	2010	08-10 (Prozentpunkte)
„Investitionsquote Sach“	5,0%	5,3%	0,15
„Investitionsquote Umsatz“	4,6%	5,0%	0,20

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=265 Krankenhäuser)

47% der Krankenhäuser geben an, dass die „Investitionsquote Sach“ im Jahr 2010 über der des Jahres 2008 liegt und 12% berichten von weitgehend identischen Quoten in den Jahren 2008 und 2010 (+/- 0,5 Prozentpunkte). Abbildung 111 zeigt die Verteilung der individuellen Investitionsquoten bezogen auf das Sachanlagevermögen der Krankenhäuser in den Jahren 2008 und 2010.

Abbildung 111: Verteilung der Krankenhäuser nach Investitionsquotenklassen („Investitionsquote Sach“) (2008, 2010)

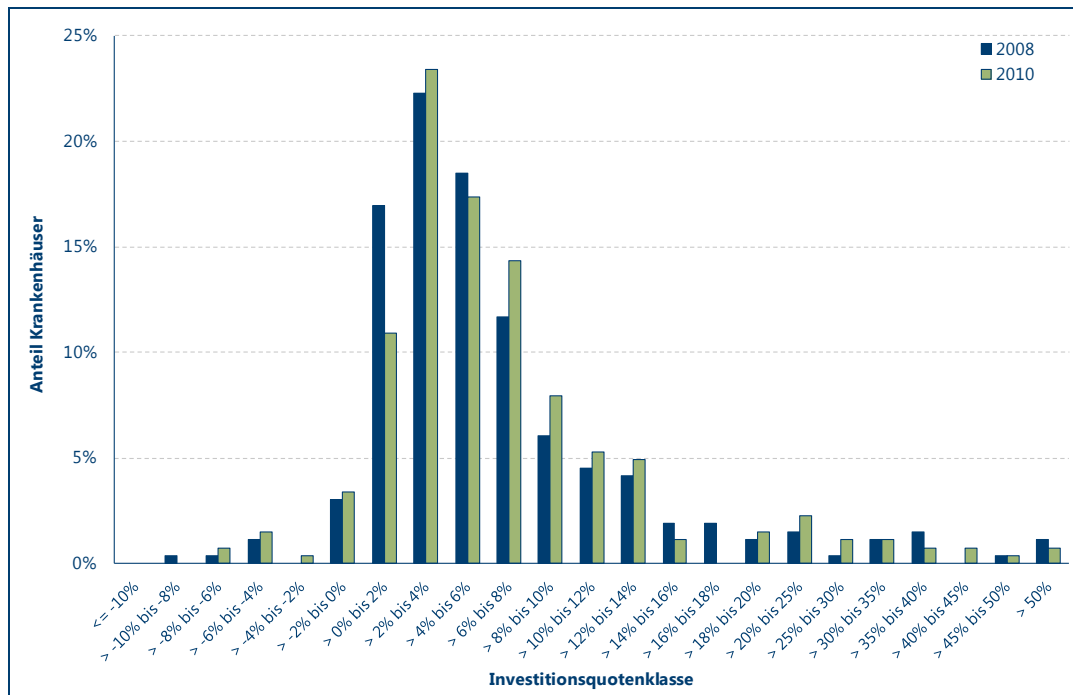


Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=265 Krankenhäuser)

Von einer im Jahr 2010 höheren „Investitionsquote Umsatz“ als im Jahr 2008 berichten insgesamt 45% der teilnehmenden Krankenhäuser, bei 12% der Krankenhäuser liegt die Quote im Jahr 2010 auf dem selben Niveau wie im Jahr 2008 (+/- 0,5 Prozentpunkte). In Abbildung 112 ist die Verteilung der

„Investitionsquoten Umsatz“ der Krankenhäuser in den Jahren 2008 und 2010 dargestellt.<sup>219</sup>

Abbildung 112: Verteilung der Krankenhäuser nach Investitionsquotenklassen („Investitionsquote Umsatz“) (2008, 2010)



Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=265 Krankenhäuser)

Differenziert nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser zeigen sich leichte Unterschiede bei den Investitionsquoten. So ergeben sich im Jahr 2010 insbesondere in Krankenhäusern mit mehr als 500 Betten leicht überdurchschnittliche Mediane der Investitionsquoten bezogen auf das Sachanlagevermögen (vgl. Tabelle 105). Mit Ausnahme der Krankenhäuser mit 150 bis 299 Betten zeigt sich gegenüber dem Jahr 2008 eine gestiegene „Investitionsquote Sach“ im Jahr 2010, wobei der deutlichste Anstieg der Quote mit 1,1 Prozentpunkten p. a. in Krankenhäusern mit 500 bis 799 Betten zu verzeichnen ist.

Der Median der „Investitionsquote Umsatz“ steigt im Jahr 2010 mit der Bettengrößenklasse der Krankenhäuser an und liegt mit Ausnahme der Krankenhäuser mit 300 bis 499 Betten, für die sich eine stabile Investitionsquote ergibt,

<sup>219</sup> Die Betrachtung der „Investitionsquoten Sach“ und der „Investitionsquoten Umsatz“ in den Jahren 2004 bis 2010 zeigt eine im Zeitverlauf ähnliche Verteilung der Krankenhäuser auf die Investitionsklassen (vgl. Abbildung 152 und Abbildung 153, Anhang E).



in allen Bettengrößenklassen über der Quote des Jahres 2008. Auch der jahresdurchschnittliche Anstieg der Quote fällt mit zunehmender Bettengrößenklasse höher aus.

Eine nach der Trägerschaft der Krankenhäuser differenzierte Betrachtung zeigt für alle Trägerschaften sowohl bei der „Investitionsquote Sach“ als auch bei der „Investitionsquote Umsatz“ eine im Jahr 2010 gegenüber dem Jahr 2008 leicht gestiegene Investitionsquote.

Tabelle 105: Investitionsquoten nach Bettengrößenklasse (2008, 2010)

Bettengrößenklasse	„Investitionsquote Sach“ (Median)			„Investitionsquote Umsatz“ (Median)		
	2008	2010	$\Delta$ p. a. 08-10 (Prozentpunkte)	2008	2010	$\Delta$ p. a. 08-10 (Prozentpunkte)
bis 149 Betten	4,8%	5,6%	0,40	2,9%	3,0%	0,05
150 bis 299 Betten	5,1%	4,6%	-0,25	4,3%	4,6%	0,15
300 bis 499 Betten	4,4%	4,5%	0,05	5,8%	5,8%	0,00
500 bis 799 Betten	4,1%	6,3%	1,10	5,6%	6,3%	0,35
800 und mehr Betten	6,4%	7,3%	0,45	6,2%	7,4%	0,60
<b>gesamt</b>	<b>5,0%</b>	<b>5,3%</b>	<b>0,15</b>	<b>4,6%</b>	<b>5,0%</b>	<b>0,20</b>

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=265 Krankenhäuser)

Anhand der zur Verfügung stehenden Angaben der Krankenhäuser wurden die Höhe der Umsatzerlöse und nachfolgend die Höhe des Sachanlagevermögens und der Investitionen der Krankenhäuser geschätzt und hierauf aufbauend die gewichteten Mittelwerte der Investitionsquoten geschätzt.<sup>220</sup>

Dabei ergibt sich eine mittlere „Investitionsquote Sach“ von 5,7% für das Jahr 2008 und von 6,2% für das Jahr 2010 (vgl. Tabelle 106). Auch bei der geschätzten „Investitionsquote Umsatz“ zeigt sich ein leichter Anstieg von 7,8% im Jahr 2008 auf 8,0% im Jahr 2010.

Die deutlichsten Steigerungen der geschätzten gewichteten Mittelwerte im Zeitraum 2008 bis 2010 zeigen sich für beide Investitionsquoten mit 2 Prozentpunkten p. a. bei Krankenhäusern mit bis zu 149 Betten (vgl. Tabelle 106). Während sich für das Jahr 2010 bei der „Investitionsquote Sach“ deutlich unterschiedliche mittlere Investitionsquoten für die einzelnen Bettengrößenklas-

<sup>220</sup> Basierend auf der von den Krankenhäusern angegebenen Fallzahlgrößenklasse, Case-Mix-Index-Klasse, dem Anteil der über G-DRG abgerechneten Fälle und dem Landesbasisfallwert wurden die Umsatzerlöse geschätzt und für die Berechnung der Mittelwerte beider Investitionsquoten herangezogen. Bei der Untersuchung dieser Investitionsquoten muss beachtet werden, dass es sich um eine Schätzung handelt und die Berechnungsergebnisse daher unter Berücksichtigung einer ggf. eingeschränkten Gültigkeit betrachtet werden müssen.

sen zeigen (zwischen 4,3% und 9,1%), liegen die geschätzten mittleren „Investitionsquoten Umsatz“ mit 7,2% bis 9,6% auf einem ähnlicheren Niveau.

Tabelle 106: Schätzung der gewichteten mittleren Investitionsquoten nach Bettengrößenklasse (2008, 2010)

Bettengrößenklasse	„Investitionsquote Sach“			„Investitionsquote Umsatz“		
	2008	2010	Δ p. a. 08-10 (Prozentpunkte)	2008	2010	Δ p. a. 08-10 (Prozentpunkte)
bis 149 Betten	5,1%	9,1%	2,00	5,4%	9,6%	2,10
150 bis 299 Betten	6,6%	6,1%	-0,25	7,9%	7,2%	-0,35
300 bis 499 Betten	5,3%	4,3%	-0,50	9,5%	7,9%	-0,80
500 bis 799 Betten	4,5%	6,5%	1,00	6,4%	8,4%	1,00
800 und mehr Betten	6,6%	8,0%	0,70	7,7%	8,1%	0,20
<b>gesamt</b>	<b>5,7%</b>	<b>6,2%</b>	<b>0,25</b>	<b>7,8%</b>	<b>8,0%</b>	<b>0,10</b>

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=265 Krankenhäuser)

#### 4.6.2.2 Gezielte Investitionen

Die Krankenhäuser wurden auch zu gezielt aufgrund des G-DRG-Systems getätigten Investitionen in den Bereichen Personalressourcen, Informationstechnologie, Gebäude und (Medizin-)Technik befragt und sollten dabei angeben, ob für diese Investitionen die Investitionsbudgets im jeweiligen Bereich erhöht wurden und ob diese Ausweitung des Investitionsbudgets durch eine Mittelverlagerung aus anderen Bereichen oder durch eine Erhöhung des Gesamtinvestitionsvolumens des Krankenhauses realisiert wurde.

Für den Bereich Personalressourcen (und hier insbesondere für Qualifizierungsmaßnahmen) berichten 66% der teilnehmenden Krankenhäuser (n=269 Krankenhäuser) von gezielt aufgrund des G-DRG-Systems getätigten Investitionen im Zeitraum 2008 bis 2010 (vgl. Abbildung 113). Für diese Investitionen haben 50% der Krankenhäuser zusätzliche Investitionsmittel bereitgestellt, wobei in 33% der Krankenhäuser das Gesamtinvestitionsvolumen erhöht wurde und in 17% der Krankenhäuser Investitionsmittel aus anderen Bereichen eingesetzt wurden.

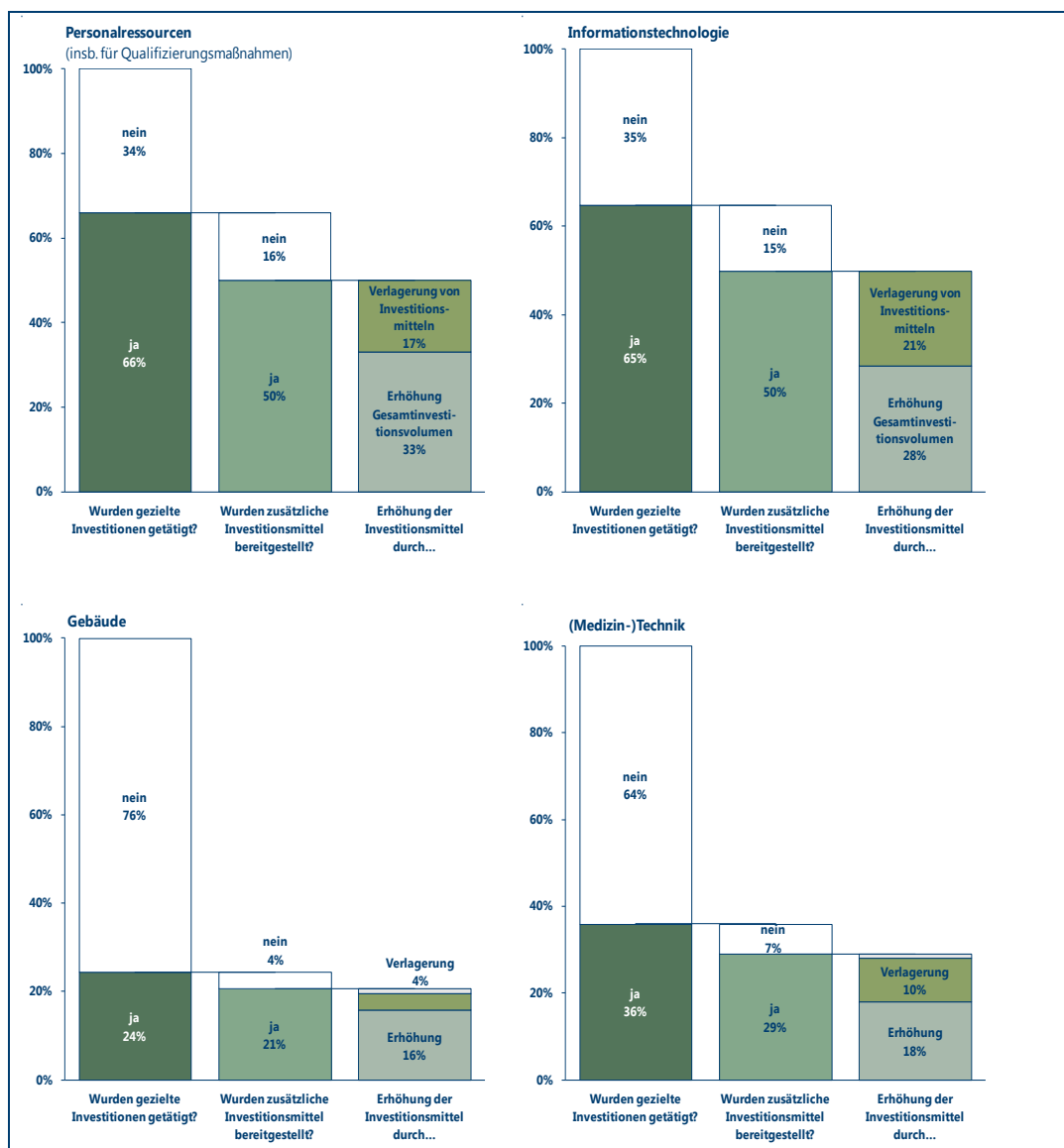
Sehr ähnliche Entwicklungen zeigen sich für den Bereich der Informationstechnologien, für den 65% der Krankenhäuser von gezielten Investitionen aufgrund des G-DRG-Systems im Zeitraum 2008 bis 2010 berichten, die in 50% der Krankenhäuser über zusätzliche Investitionsmittel realisiert wurden (n=275 Krankenhäuser). In 28% der Krankenhäuser erfolgten die Investitionen über eine Erhöhung des Gesamtinvestitionsvolumens und in 21% der Krankenhäuser wurden die investiven Mittel aus anderen Bereichen verlagert.

Gezielte Investitionen in Gebäude wurden aufgrund des G-DRG-Systems im Zeitraum 2008 bis 2010 lediglich von 24% der teilnehmenden Krankenhäuser durchgeführt (n=266 Krankenhäuser). In 21% der Krankenhäuser wurden hierfür zusätzliche Investitionsmittel aufgewendet, die in 4% der Krankenhäuser

ser aus anderen Bereichen verlagert wurden und von 16% der Krankenhäuser durch eine Erhöhung des Gesamtinvestitionsvolumens bereitgestellt wurden.

Im (medizin-)technischen Bereich erfolgten im Betrachtungszeitraum in 36% der teilnehmenden Krankenhäuser gezielte Investitionen aufgrund des G-DRG-Systems. 29% der Krankenhäuser haben hierfür zusätzliche Investitionsmittel bereitgestellt, die überwiegend durch die Erhöhung des Gesamtinvestitionsvolumens aufgewendet wurden.

Abbildung 113: Gezielte Investitionen aufgrund des G-DRG-Systems in ausgewählten Bereichen (2008-2010)

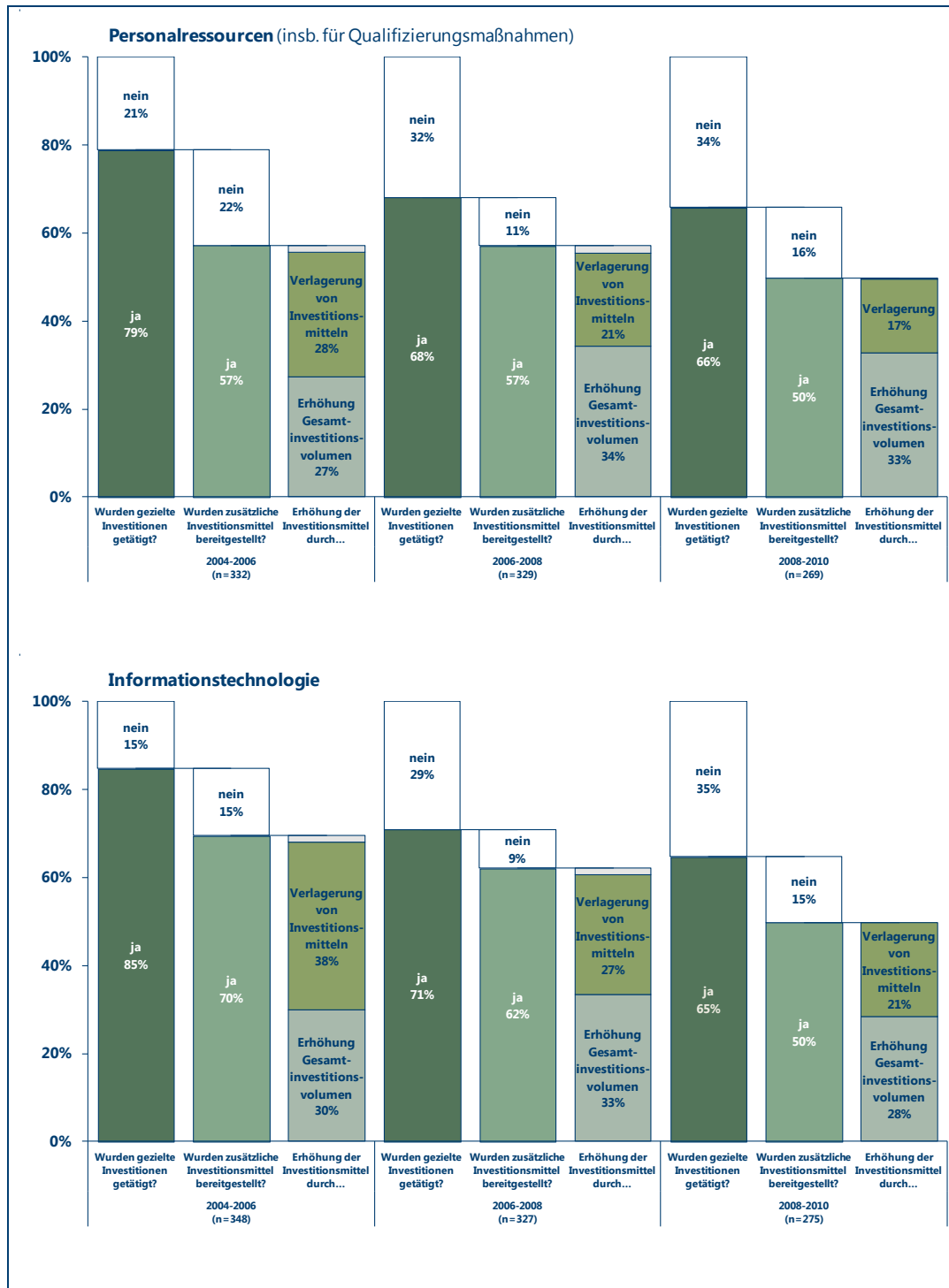


Quelle: IGES; Krankenhausbefragung

Anteile der Krankenhäuser, die für die Aufwendung von zusätzlichen Investitionsmitteln sowohl das Gesamtinvestitionsvolumen erhöht haben als auch Investitionsmittel aus anderen Bereichen verlagert haben, werden in den obigen Abbildungen ohne Beschriftung ausgewiesen.

Im Vergleich mit den Angaben der Krankenhäuser zu gezielten Investitionen in den Zeiträumen 2004 bis 2006 und 2006 bis 2008 aus den ersten beiden Forschungszyklen zeigt sich ein im Zeitverlauf sinkender Anteil von Krankenhäusern, die im Bereich Personalressourcen und Informationstechnologie von gezielt aufgrund des G-DRG-Systems getätigten Investitionen berichten (vgl. Abbildung 114). So geben 79% bzw. 85% der Krankenhäuser an, im Zeitraum 2004 bis 2006 in diesen Bereichen gezielte Investitionen getätigt zu haben, für den Zeitraum 2008 bis 2010 berichten hingegen lediglich 66% bzw. 65% der Krankenhäuser von getätigten Investitionen. Der Anteil der Krankenhäuser, die für diese getätigten Investitionen zusätzliche Investitionsmittel durch eine Erhöhung des Gesamtinvestitionsvolumens bereitgestellt haben, ist dagegen im Zeitverlauf sowohl im Bereich Personalressourcen als auch im Bereich der Informationstechnologie zunächst angestiegen, liegt im Zeitraum 2008 bis 2010 jedoch leicht unterhalb des Anteils im Zeitraum 2006 bis 2008.

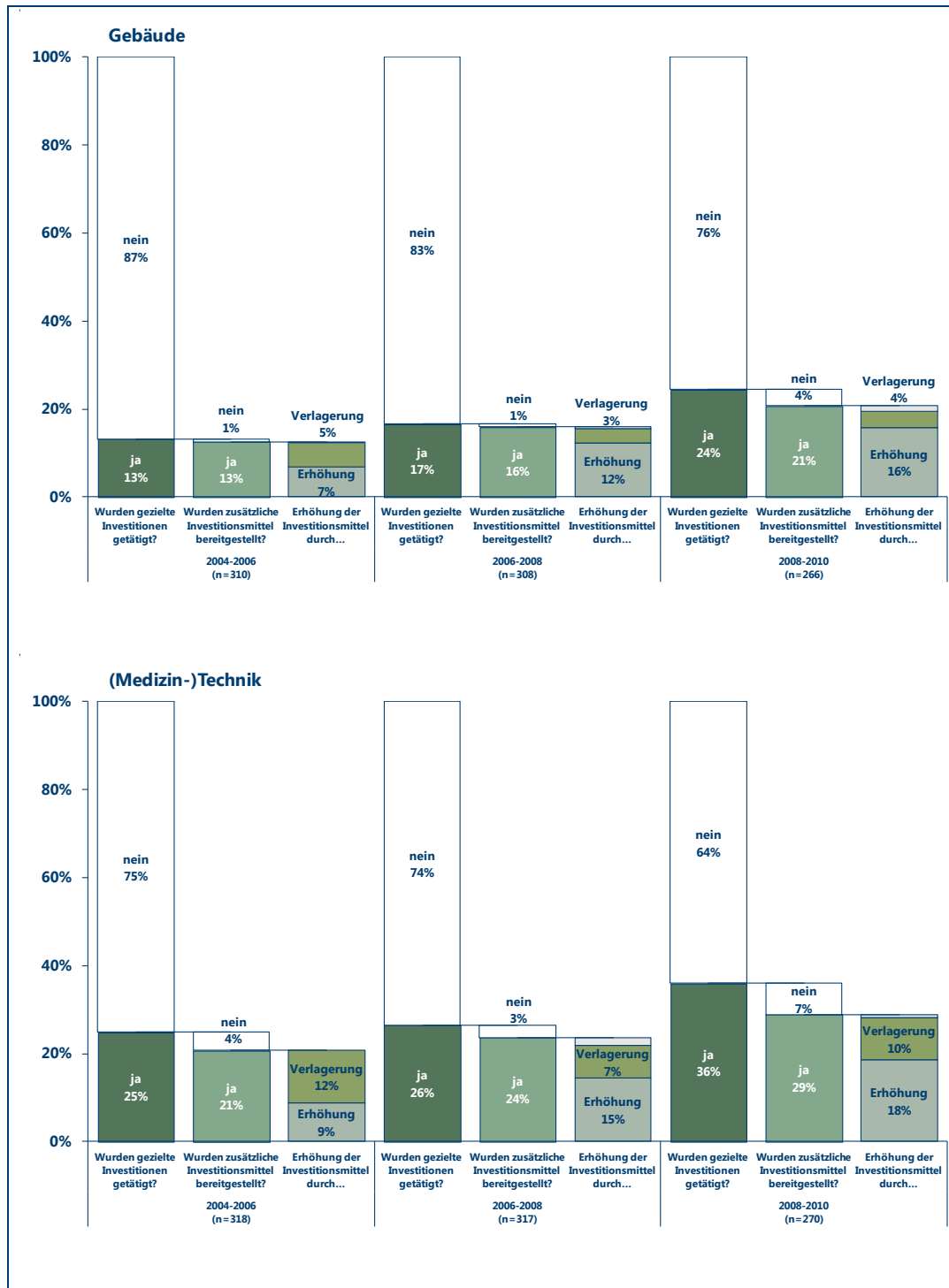
Abbildung 114: Gezielte Investitionen aufgrund des G-DRG-Systems in ausgewählten Bereichen (Personalressourcen, Informationstechnologie; 2004-2006, 2006-2008, 2008-2010)



Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (1. & 2. & 3. Forschungszyklus)  
 Anteile der Krankenhäuser, die für die Aufwendung von zusätzlichen Investitionsmitteln sowohl das Gesamtinvestitionsvolumen erhöht haben als auch Investitionsmittel aus anderen Bereichen verlagert haben, werden in den obigen Abbildungen ohne Beschriftung ausgewiesen.

Während für den Zeitraum 2004 bis 2006 13% der Krankenhäuser von gezielten Investitionen für Gebäude berichten, liegt dieser Anteil für den Zeitraum 2006 bis 2008 bei 17% und steigt für den Zeitraum 2008 bis 2010 auf 24% der Krankenhäuser an (vgl. Abbildung 115). Auch im (medizin-)technischen Bereich liegt der Anteil von Krankenhäusern mit gezielt aufgrund des G-DRG-Systems getätigten Investitionen mit 36% im Zeitraum 2008 bis 2010 höher als im Zeitraum 2004 bis 2006.

Abbildung 115: Gezielte Investitionen aufgrund des G-DRG-Systems in ausgewählten Bereichen (Gebäude, (Medizin-)Technik; 2004-2006, 2006-2008, 2008-2010)



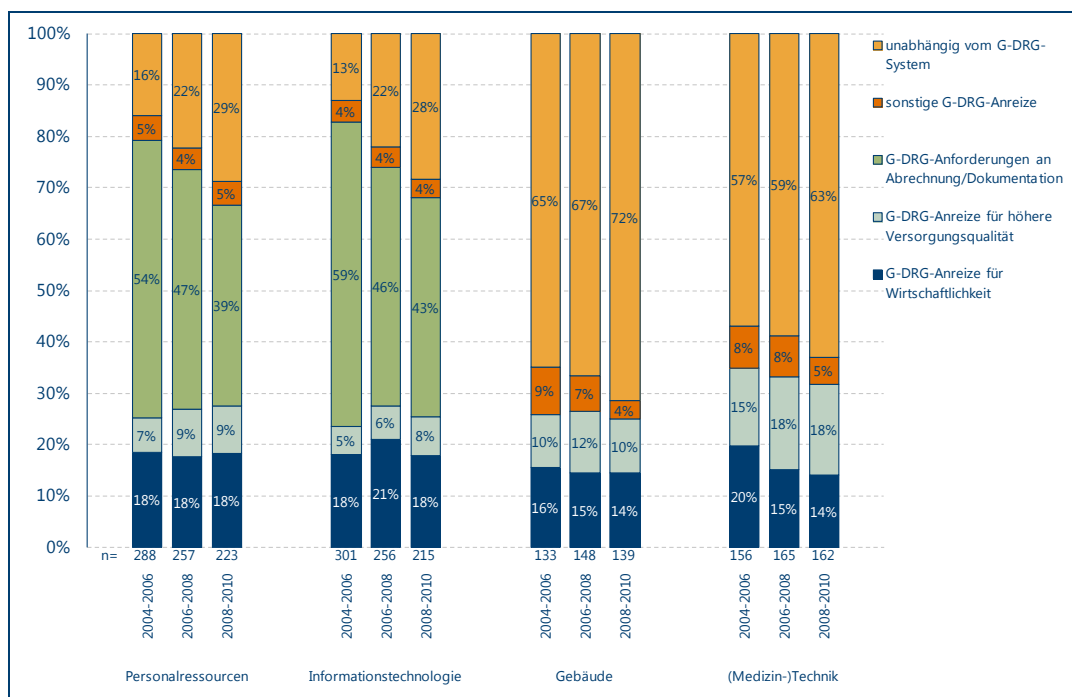
Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (1. & 2. & 3. Forschungszyklus)

Anteile der Krankenhäuser, die für die Aufwendung von zusätzlichen Investitionsmitteln sowohl das Gesamtinvestitionsvolumen erhöht haben als auch Investitionsmittel aus anderen Bereichen verlagert haben, werden in den obigen Abbildungen ohne Beschriftung ausgewiesen.

Auch bei den Gründen für die vorgenommenen Investitionen zeigen sich im Zeitverlauf entsprechende Veränderungen. So sehen die Krankenhäuser die Ursachen für getätigte Investitionen sowohl in Personalressourcen als auch in Informationstechnologie zunehmend stärker in vom G-DRG-System unabhängigen Gründen (vgl. Abbildung 116). Demgegenüber verringert sich nach Angaben der Krankenhäuser im Zeitverlauf die Bedeutung der aus dem G-DRG-System resultierenden Anforderungen an Abrechnungs- und Dokumentationsvorgänge für getätigte Investitionen in diesen Bereichen.

Auch für Investitionen in Gebäude und (Medizin-)Technik sehen die Krankenhäuser verstärkt vom G-DRG-System weitgehend unabhängige Gründe als ausschlaggebend an.

Abbildung 116: Ausschlaggebende Gründe für getätigte Investitionen in ausgewählten Bereichen (2004-2006, 2006-2008, 2008-2010)



Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (1. & 2. & 3. Forschungszyklus)

Im Zusammenhang mit den von den Krankenhäusern getätigten Investitionen im medizintechnischen Bereich wurden die Krankenhäuser auch um Angaben zur Neuanschaffung Medizinisch-technischer Großgeräte sowie zu deren kooperativer Nutzung mit anderen Krankenhäusern oder niedergelassenen Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren gebeten.

Demzufolge haben 31% der Krankenhäuser im Zeitraum 2008 bis 2010 Computertomographen angeschafft und ein Drittel dieser Krankenhäuser nutzt sie in Kooperation mit anderen Leistungserbringern, am häufigsten mit niedergelassenen Vertragsärzten (vgl. Tabelle 107). Von einer häufig gemeinschaftli-



chen Nutzung berichten die Krankenhäuser auch bei Kernspintomographen, die von 19% der Krankenhäuser angeschafft wurden und von 43% in Kooperation mit anderen Leistungserbringern – auch hier überwiegend mit niedergelassenen Vertragsärzten – genutzt werden.

Auch Linksherzkathetermessplätze, die von 18% der Krankenhäuser im Zeitraum 2008 bis 2010 angeschafft wurden, werden von einem Drittel der Krankenhäuser kooperativ mit niedergelassenen Vertragsärzten (65%) oder anderen Krankenhäusern (35%) genutzt.

Tabelle 107: Krankenhäuser mit Neuanschaffung Medizinisch-technischer Großgeräte und Umfang der kooperativen Nutzung (2008-2010)

Gerät	Neuan-schaffung (08-10)	davon Nutzung in Kooperation	Nutzung in Kooperation mit		
			Kranken-häusern	Vertrags-ärzten	beiden
Computertomograph	31%	33%	17%	80%	3%
Dialysegerät	16%	9%	25%	75%	0%
Digitale Subtraktions-Angiographiegerät	10%	10%	33%	67%	0%
Gammakamera	9%	19%	20%	80%	0%
Herz-Lungen-Maschine	5%	0%	-	-	-
Kernspintomograph	19%	43%	30%	61%	9%
Linksherzkathetermessplatz	18%	33%	35%	65%	0%
Linearbeschleuniger (Kreisbeschleuniger)	6%	47%	13%	88%	0%
Positronen-Emissions-CT (PET)	5%	33%	40%	60%	0%
Stoßwellenlithotripter	4%	33%	25%	75%	0%

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung

Die Anzahl gültiger Angaben lag bei den einzelnen Gerätearten zwischen 278 und 295. Mehrfachnennungen möglich

Die Betrachtung der Ergebnisse für die unterschiedlichen Betrachtungszeiträume der drei Forschungszyklen der G-DRG-Begleitforschung (2004-2006, 2006-2008, 2008-2010) zeigt den Angaben der Krankenhäuser zufolge nur für einzelne Geräte leichte Veränderungen bei der Neuanschaffung und der kooperativen Nutzung von Medizinisch-technischen Großgeräten.

So zeigt sich etwa beim Anteil der Krankenhäuser, die Kernspintomographen oder Linksherzkathetermessplätze angeschafft haben, eine leichte Zunahme zwischen den Betrachtungszeiträumen. Im Zeitraum 2008 bis 2010 angeschaffte Kernspintomographen und Linksherzkathetermessplätze wurden jedoch zu einem etwas geringeren Anteil in Kooperation mit anderen Leistungserbringern genutzt als im Zeitraum 2004 bis 2006. Insgesamt lassen sich jedoch weitgehend unveränderte Ergebnisse zur Neuanschaffung und zur kooperativen Nutzung der Medizinisch-technischen Großgeräte erkennen.

### 4.6.3 Erlösstruktur der Krankenhäuser

Für die Untersuchung, ob es durch das G-DRG-System zu Veränderungen der Erlösstruktur der Krankenhäuser gekommen ist, werden die Entwicklung der Anteile einzelner Erlöspositionen gemäß der Verordnung über die Rechnungs- und Buchführungspflichten von Krankenhäusern (KHBV) am Gesamterlös der Krankenhäuser sowie der Erlöse aus ambulanten Operationen nach § 115b SGB V betrachtet. Hierfür werden die Angaben aus der schriftlichen Befragung der Krankenhäuser herangezogen (vgl. Abschnitt 3.2.2.1).

#### 4.6.3.1 Veränderung der Erlösstruktur

Untersucht wird die Entwicklung der Anteile folgender Erlös- bzw. Umsatzpositionen gemäß KHBV:

- Erlöse aus Krankenhausleistungen (Kontengruppe 40),
- Erlöse aus Wahlleistungen (Kontengruppe 41),
- Erlöse aus ambulanten Leistungen des Krankenhauses (Kontengruppe 42) und
- Nutzungsentgelt der Ärzte (Kontengruppe 43)

an der Summe aller Positionen aus den Kontengruppen 40 bis 43.

Im Zeitraum 2004 bis 2010 zeigen sich bei den Anteilen dieser Erlöspositionen insgesamt nur leichte Veränderungen (vgl. Tabelle 108). Während die Anteile von Erlösen aus Krankenhausleistungen, Wahlleistungen und Nutzungsentgelten der Ärzte in diesem Zeitraum leicht sinken, steigt der Anteil der Erlöse aus ambulanten Leistungen um jahresdurchschnittlich 0,10 Prozentpunkte.<sup>221</sup> Allerdings ergeben sich mit Ausnahme des Anteils der Erlöse aus ambulanten Leistungen keine kontinuierlichen Entwicklungen in diesem Zeitraum.

Differenziert nach der Trägerschaft der Krankenhäuser zeigen sich insgesamt nur sehr geringe Unterschiede bei der Anteilsverteilung der einzelnen Erlöspositionen und deren Entwicklung im Zeitraum 2004 bis 2010 im Vergleich zur Grundgesamtheit.

---

<sup>221</sup> Die Verteilung der einzelnen Erlöspositionen bei den Krankenhäusern, für die nur Angaben zum Zeitraum 2008 bis 2010 aus dem dritten Forschungszyklus vorliegen, weist nahezu identische Anteile der einzelnen Erlöspositionen auf und zeigt in diesem Zeitraum nur einen sehr geringen Anstieg des Anteils der Erlöse aus Krankenhausleistungen (jahresdurchschnittlich 0,05 Prozentpunkte) und einen entsprechenden Rückgang des Anteils der Kontengruppe 43 (Nutzungsentgelt der Ärzte).

Tabelle 108: Erlösanteile der Kontengruppen 40 bis 43 nach KHBV (2004-2010)

Kontengruppen		Erlösanteil				Veränderung p. a. (Prozentpunkte)
		2004	2006	2008	2010	2004-2010
<b>Erlöse aus Krankenhausleistungen</b> (Kontengruppe 40)	Mittelwert	91,9%	92,0%	91,3%	91,5%	-0,07
	Median	92,3%	92,0%	91,7%	92,0%	-0,05
<b>Erlöse aus Walleleistungen</b> (Kontengruppe 41)	Mittelwert	2,2%	1,9%	2,1%	2,1%	-0,02
	Median	2,0%	1,8%	1,7%	1,7%	-0,05
<b>Erlöse aus ambulanten Leistungen</b> (Kontengruppe 42)	Mittelwert	2,7%	2,9%	3,3%	3,3%	0,10
	Median	2,0%	2,0%	2,5%	2,5%	0,08
<b>Nutzungsentgelte der Ärzte</b> (Kontengruppe 43)	Mittelwert	3,2%	3,3%	3,3%	3,1%	-0,02
	Median	3,0%	3,0%	2,9%	2,6%	-0,07

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=130 Krankenhäuser)

Die Betrachtung der Erlösanteile differenziert nach der Bettengrößenklasse der Krankenhäuser zeigt, dass der Anteil der Erlöse aus Krankenhausleistungen mit zunehmender Bettenzahl der Krankenhäuser sinkt (vgl. Tabelle 109).

Der Anteil der Erlöse aus ambulanten Leistungen steigt hingegen mit zunehmender Bettengrößenklasse des Krankenhauses; während der Anteil dieser Erlösposition bei Krankenhäusern mit bis zu 149 Betten 2,6% der Erlöse ausmacht (Jahr 2010), entfallen bei Krankenhäusern mit mehr als 800 Betten 5,7% der Summe aller Positionen aus den Kontengruppen 40 bis 43 darauf.

Insgesamt zeigen sich für die Differenzierung nach Bettengrößenklasse nur sehr geringe Verschiebungen zwischen den Anteilen der Erlöspositionen im Zeitraum 2008 bis 2010.

Auch bei Betrachtung der Krankenhäuser, für die Angaben für den gesamten Zeitraum 2004 bis 2010 vorliegen, ergeben sich auf Ebene der Bettengrößenklasse insgesamt nur leichte Veränderungen der Erlösanteile, wobei sich der im Zeitverlauf abnehmende Anteil der Erlöse aus Krankenhausleistungen bei gleichzeitigem Anstieg des Anteils aus ambulanten Leistungen überwiegend auch für die einzelnen Bettengrößenklassen zeigt.

Tabelle 109: Erlösanteile der Kontengruppen 40 bis 43 nach KHBV und Bettengrößenklasse (2008-2010)

Kontengruppen	Bettengrößenklasse	Erlösanteil		Δ 08-10 (Prozentpunkte)
		2008	2010	
<b>Erlöse aus Krankenhausleistungen</b> (Kontengruppe 40)	bis 149 Betten	92,7%	93,0%	0,15
	150 bis 299 Betten	92,7%	92,9%	0,08
	300 bis 499 Betten	91,0%	91,3%	0,15
	500 bis 799 Betten	89,9%	90,1%	0,09
	800 und mehr Betten	88,7%	88,2%	-0,29
	<b>gesamt</b>	<b>91,7%</b>	<b>91,8%</b>	<b>0,05</b>
<b>Erlöse aus Wahlleistungen</b> (Kontengruppe 41)	bis 149 Betten	2,5%	2,3%	-0,08
	150 bis 299 Betten	2,0%	2,1%	0,01
	300 bis 499 Betten	1,6%	1,6%	0,02
	500 bis 799 Betten	1,9%	1,8%	-0,04
	800 und mehr Betten	2,2%	2,6%	0,20
	<b>gesamt</b>	<b>2,1%</b>	<b>2,1%</b>	<b>0,00</b>
<b>Erlöse aus ambulanten Leistungen</b> (Kontengruppe 42)	bis 149 Betten	2,7%	2,6%	-0,02
	150 bis 299 Betten	2,7%	2,7%	-0,02
	300 bis 499 Betten	3,9%	3,8%	-0,05
	500 bis 799 Betten	4,1%	4,1%	0,04
	800 und mehr Betten	4,9%	5,7%	0,38
	<b>gesamt</b>	<b>3,3%</b>	<b>3,3%</b>	<b>0,00</b>
<b>Nutzungsentgelte der Ärzte</b> (Kontengruppe 43)	bis 149 Betten	2,2%	2,1%	-0,05
	150 bis 299 Betten	2,6%	2,4%	-0,07
	300 bis 499 Betten	3,5%	3,3%	-0,12
	500 bis 799 Betten	4,1%	3,9%	-0,09
	800 und mehr Betten	4,1%	3,5%	-0,29
	<b>gesamt</b>	<b>2,9%</b>	<b>2,8%</b>	<b>-0,05</b>

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung; (n=283 Krankenhäuser)

#### 4.6.3.2 Entwicklung der Erlöse aus ambulanten Operationen nach § 115b SGB V

Zusätzlich zu der unter Abschnitt 4.6.3.1 betrachteten Entwicklung der Erlösstruktur wurden die Krankenhäuser auch zu den Erlösen aus ambulanten Operationen nach § 115b SGB V und deren Entwicklung befragt.

Diesen Angaben zufolge sind die Erlöse der Krankenhäuser in diesem Leistungsbereich im Zeitraum 2004 bis 2010 mit jahresdurchschnittlich 8,2% von durchschnittlich 324 Tsd. € im Jahr 2004 auf 521 Tsd. € im Jahr 2010 (vgl. Tabelle 110) deutlich gestiegen. Dabei ergibt sich für den Zeitraum 2004 bis 2006 mit 11,8% p. a. der stärkste Anstieg der Erlöse, der im Zeitraum 2006 bis

2008 bei 10,5% p. a. und im Zeitraum 2008 bis 2010 jahresdurchschnittlich bei 2,6% liegt.<sup>222</sup> Der Median liegt in allen betrachteten Jahren deutlich unter dem Mittelwert der Erlöse und weist im Zeitraum 2004 bis 2010 mit einer jahresdurchschnittlichen Veränderungsrate von 10,3% eine höhere Steigerung auf als der Mittelwert. Die individuelle Veränderungsrate der Krankenhäuser bei den Erlösen aus ambulanten Operationen nach § 115b SGB V liegt durchschnittlich bei 11,1% im Zeitraum 2004 bis 2010 und hat sich im Zeitverlauf von durchschnittlich 17,9% im Zeitraum 2004 bis 2006 auf 3,9% im Zeitraum 2008 bis 2010 deutlich verringert.

Tabelle 110: Erlöse aus ambulanten Operationen nach § 115b SGB V je Krankenhaus (2004-2010)

		Erlöse in 1.000 €				Veränderung p. a.			
		2004	2006	2008	2010	04-06	06-08	08-10	04-10
<b>Erlöse nach § 115b SGB V</b>	Mittelwert	324,0	405,0	494,5	520,9	11,8%	10,5%	2,6%	8,2%
	Median	208,0	260,0	322,0	374,0	11,8%	11,3%	7,8%	10,3%
<b>individuelle Veränderungsrate</b>	Mittelwert	-	-	-	-	17,9%	16,8%	3,9%	11,1%
	Median	-	-	-	-	11,4%	11,3%	2,8%	10,0%

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung; (n=94 Krankenhäuser)

Differenziert nach der Bettengrößenklasse der Krankenhäuser zeigt sich in allen Bettengrößenklassen ein ähnlicher Anstieg der durchschnittlichen Erlöse aus ambulanten Operationen im Zeitraum 2004 bis 2010 mit leichten Unterschieden beim zeitlichen Schwerpunkt der Entwicklung (vgl. Tabelle 111). Auch die, verglichen mit den Vorperioden, deutlich niedrigeren Veränderungsrate im Zeitraum 2008 bis 2010 zeigen sich mit Ausnahme der Krankenhäuser mit 500 bis 799 Betten in allen Bettengrößenklassen.

<sup>222</sup> Die Krankenhäuser mit Angaben für den Zeitraum 2008 bis 2010 berichten von einem jahresdurchschnittlichen Anstieg der Erlöse aus ambulanten Operationen um 3,5% (n=243 Krankenhäuser). Diese liegen demzufolge im Jahr 2008 bei durchschnittlich 542 Tsd. € und steigen auf durchschnittlich 580 Tsd. € im Jahr 2010.

Tabelle 111: Erlöse aus ambulanten Operationen nach § 115b SGB V je Krankenhaus nach Bettengrößenklasse (2004-2010)

Bettengrößenklasse	Erlöse in 1.000 € (Mittelwert)				Veränderung p. a.			
	2004	2006	2008	2010	04-06	06-08	08-10	04-10
bis 149 Betten	115,7	152,1	206,6	203,1	14,7%	16,6%	-0,9%	9,8%
150 bis 299 Betten	208,4	264,4	323,3	332,9	12,6%	10,6%	1,5%	8,1%
300 bis 499 Betten	423,7	512,7	625,3	661,4	10,0%	10,4%	2,9%	7,7%
500 bis 799 Betten	493,2	528,6	595,0	744,2	3,5%	6,1%	11,8%	7,1%
800 und mehr Betten	851,2	1300,2	1639,6	1551,8	23,6%	12,3%	-2,7%	10,5%
<b>gesamt</b>	<b>324,0</b>	<b>405,0</b>	<b>494,5</b>	<b>520,9</b>	<b>11,8%</b>	<b>10,5%</b>	<b>2,6%</b>	<b>8,2%</b>

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung; (n=94 Krankenhäuser)

Die durchschnittlichen Erlöse aus ambulanten Operationen nach § 115b SGB V je Fall sind den Angaben der Krankenhäuser zufolge im Zeitraum 2006 bis 2008 von 326 € auf 345 € je Fall leicht angestiegen und im Zeitraum 2008 bis 2010 konstant geblieben (vgl. Tabelle 112). Auch bei Betrachtung der Krankenhäuser mit Angaben zum Zeitraum 2008 bis 2010 ergibt sich in diesem Zeitraum ein konstanter durchschnittlicher Erlös je Fall von 348 € bis 350 € (vgl. Tabelle 113).<sup>223</sup>

Tabelle 112: Durchschnittliche Erlöse aus ambulanten Operationen nach § 115b SGB V je Fall (2006-2010)

Kennzahl	2006	2008	2010	Δ 06-10 (p. a.)
Fallzahl	180 Tsd.	219 Tsd.	232 Tsd.	-
Erlöse	58,8 Mio. €	75,8 Mio. €	80,2 Mio. €	-
durchschnittlicher Erlös je Fall	326 €	345 €	345 €	1,4%

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung; (n=134 Krankenhäuser)

Kein Ausweis der Veränderungsrate für Fallzahl und Erlöse aufgrund einer Veränderung der Anzahl leistungserbringender Krankenhäuser im Zeitverlauf.

Auf Ebene der Bettengrößenklasse der Krankenhäuser zeigen sich bei den durchschnittlichen Erlösen aus ambulanten Operationen je Fall im Zeitraum 2008 bis 2010 nahezu keine Veränderungen. Unterschiede lassen sich jedoch zwischen den einzelnen Bettengrößenklassen feststellen. So betragen die durchschnittlichen Erlöse je Fall in Krankenhäusern mit 150 bis 299 Betten im Jahr 2010 316 €, in Krankenhäusern mit 300 bis 499 Betten hingegen liegen sie

<sup>223</sup> Angaben zu den durchschnittlichen Erlösen aus ambulanten Operationen je Fall liegen nur für den Zeitraum 2006 bis 2010 vor, da für den Zeitraum 2004 bis 2006 die Fallzahlen in diesem Leistungsbereich im Rahmen der Krankenhausbefragung nicht erhoben wurden.

bei 367 € je Fall und somit leicht über dem Durchschnitt von 348 €. Die maximale Spannweite der durchschnittlichen Erlöse zwischen den einzelnen Bettengrößenklassen liegt in den betrachteten Jahren zwischen 45 € und 64 €. <sup>224</sup>

Tabelle 113: Durchschnittliche Erlöse aus ambulanten Operationen nach § 115b SGB V je Fall nach Bettengrößenklasse (2008-2010)

Bettengrößenklasse	2008	2009	2010	Δ 08-10
bis 149 Betten	333 €	341 €	331 €	-0,3%
150 bis 299 Betten	310 €	323 €	316 €	0,8%
300 bis 499 Betten	374 €	368 €	367 €	-1,0%
500 bis 799 Betten	344 €	355 €	343 €	-0,3%
800 und mehr Betten	360 €	351 €	359 €	-0,1%
<b>gesamt</b>	<b>349 €</b>	<b>350 €</b>	<b>348 €</b>	<b>-0,2%</b>

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung; (n=220 Krankenhäuser)

#### 4.7 Andere Versorgungsbereiche

Durch die Einführung eines weitgehend fallpauschalierenden Entgeltsystems erhöht sich für Krankenhäuser der Anreiz, die vollstationäre Verweildauer der Patienten zu verkürzen. Dies kann u. a. zu Leistungsverlagerungen auf Leistungserbringer, die der vollstationären Behandlung vor- oder nachgelagert sind (z. B. vertragsärztlicher Sektor, Rehabilitationssektor), führen. <sup>225</sup>

Die G-DRG-Begleitforschung soll entsprechend untersuchen, ob aufgrund der Einführung des G-DRG-Systems:

- Leistungen aus der stationären Krankenhausversorgung in den ambulanten Leistungsbereich der Krankenhäuser verlagert worden sind,

<sup>224</sup> Bei Betrachtung der Angaben zum Zeitraum 2006 bis 2010 zeigen sich innerhalb der nach Bettengrößenklasse differenzierten Ergebnisse überwiegend nur geringfügige Veränderungen der Höhe der durchschnittlichen Erlöse je Fall aus ambulanten Operationen. Lediglich Krankenhäuser mit 300 bis 499 Betten berichten mit 4,3% p. a. von einem deutlicheren Anstieg in diesem Zeitraum. Insgesamt zeigen sich auf Ebene der Bettengrößenklassen jedoch jährliche Schwankungen von bis zu 15% im Vergleich zum Vorjahreswert.

<sup>225</sup> Im Betrachtungszeitraum kann es auch zu Leistungsverlagerungen aus anderen Sektoren in den stationären Versorgungssektor gekommen sein (z. B. aufgrund von Veränderungen der Vergütungssystematiken, der Versorgungssituation oder aufgrund veränderter Diagnostik- oder Therapieverfahren). Derartige Verlagerungen können im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung mangels Datengrundlage nicht betrachtet werden.

- Leistungen aus der stationären Krankenhausversorgung in den Sektor der Häuslichen Krankenpflege verlagert worden sind,
- Leistungen aus der stationären Krankenhausversorgung in den Rehabilitationssektor verlagert worden sind,
- originär-akutstationäre Leistungen aus der stationären Krankenhausversorgung auf den Rehabilitationssektor verlagert worden sind,
- strukturelle Veränderungen im Rehabilitationssektor erfolgt sind.

Für diese Analysen standen für die G-DRG-Begleitforschung Auswertungen des Statistischen Bundesamtes zu den Grunddaten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und zu den von den Krankenhäusern nach § 115b SGB V durchgeführten ambulanten Operationen aus der Krankenhausstatistik (Teil 1 – Grunddaten) zur Verfügung. Diese Daten liegen zumindest für den Zeitraum 2002 bis 2010 vor.<sup>226</sup> Sofern möglich, wurden jedoch für Kennzahlen aus dem Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bis zum Jahr 1991 zurückreichende Zeitreihen einbezogen. Für den Bereich der Häuslichen Krankenpflege standen die Ausgabenstatistiken der GKV im Leistungsbereich nach § 37 SGB V ebenfalls für den Zeitraum 1991 bis 2010 zur Verfügung, die vom Statistischen Bundesamt bereitgestellt wurden.

#### 4.7.1 Struktur und Leistungen des Rehabilitationssektors

Zur Untersuchung möglicher Auswirkungen der Einführung des G-DRG-Systems auf den Rehabilitationssektor werden im Folgenden dessen Strukturen und Leistungen betrachtet.<sup>227</sup> Soweit möglich, werden dabei nur Bereiche untersucht, die durch den Wirkungsbereich des G-DRG-Systems beeinflusst werden können. Psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Abteilungen im Rehabilitationssektor sowie die entsprechenden Fälle werden daher nach Möglichkeit nicht berücksichtigt.<sup>228,229</sup>

---

<sup>226</sup> Ausgewiesen wird i. d. R. der Zeitraum 2003 bis 2010.

<sup>227</sup> Entsprechend ihrer Versorgungsaufgaben werden von Rehabilitationseinrichtungen nur sehr wenige Medizinisch-technische Großgeräte vorgehalten. Bei der Anzahl der in den Rehabilitationseinrichtungen aufgestellten, diagnostischen und therapeutischen Großgeräte zeigen sich zwischen 2003 und 2010 insgesamt keine wesentlichen Veränderungen.

<sup>228</sup> Für Kennzahlen, bei denen diese Abgrenzung mit der vorliegenden Datenbasis nicht möglich ist (z. B. bei der Anzahl der Vollkräfte im Rehabilitationssektor), erfolgt ein entsprechender Hinweis.



### 4.7.1.1 Einrichtungen, Betten und Fachabteilungen

Die Anzahl der Rehabilitationseinrichtungen<sup>230</sup> hat sich zwischen 2003 und 2010 um 79 auf 1.237 Einrichtungen verringert (-0,9% p. a.). Bis zum Jahr 2008 setzte sich die Reduzierung der Einrichtungsanzahl, die im Jahr 2000 begonnen hatte, fort. Seit dem Jahr 2008 ist die Anzahl der Einrichtungen nahezu stabil (vgl. Tabelle 114).

Die Anzahl der in Rehabilitationseinrichtungen aufgestellten Betten ist zwischen 2003 und 2010 um etwa 12 Tsd. Betten auf 142 Tsd. Betten gesunken (-1,1% p. a.). Der Trend zur Reduzierung der Bettenzahl setzte bereits im Jahr 1999 ein und hat sich bis zum Jahr 2010 zunehmend abgeschwächt (2003-2006: -1,5% p. a.; 2006-2008: -1,4% p. a.; 2008-2010: -0,3% p. a.). Bei Betrachtung der Bettenzahl im Verhältnis zur Entwicklung der Bevölkerung ist zu beobachten, dass der Rückgang der Bettenzahl je 100 Tsd. Einwohner in Rehabilitationseinrichtungen durchgängig leicht niedriger ausfiel als der Rückgang der absoluten Bettenzahl.

Tabelle 114: Anzahl Rehabilitationseinrichtungen, aufgestellter Betten und Anzahl Betten je 100.000 Einwohner (1991-2010)

Kennzahl	Anzahl					Veränderungen p. a.				
						vor G-DRG	seit G-DRG-Einführung			
	1991	2003	2006	2008	2010	91-03	03-10	03-06	06-08	08-10
Einrichtungen	1.181	1.316	1.255	1.239	1.237	0,9%	-0,9%	-1,6%	-0,6%	-0,1%
Betten (in Tsd.)	129	154	147	143	142	1,5%	-1,1%	-1,5%	-1,4%	-0,3%
Betten/ 100.000 EW	161	186	178	174	174	1,2%	-1,0%	-1,4%	-1,2%	-0,1%

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

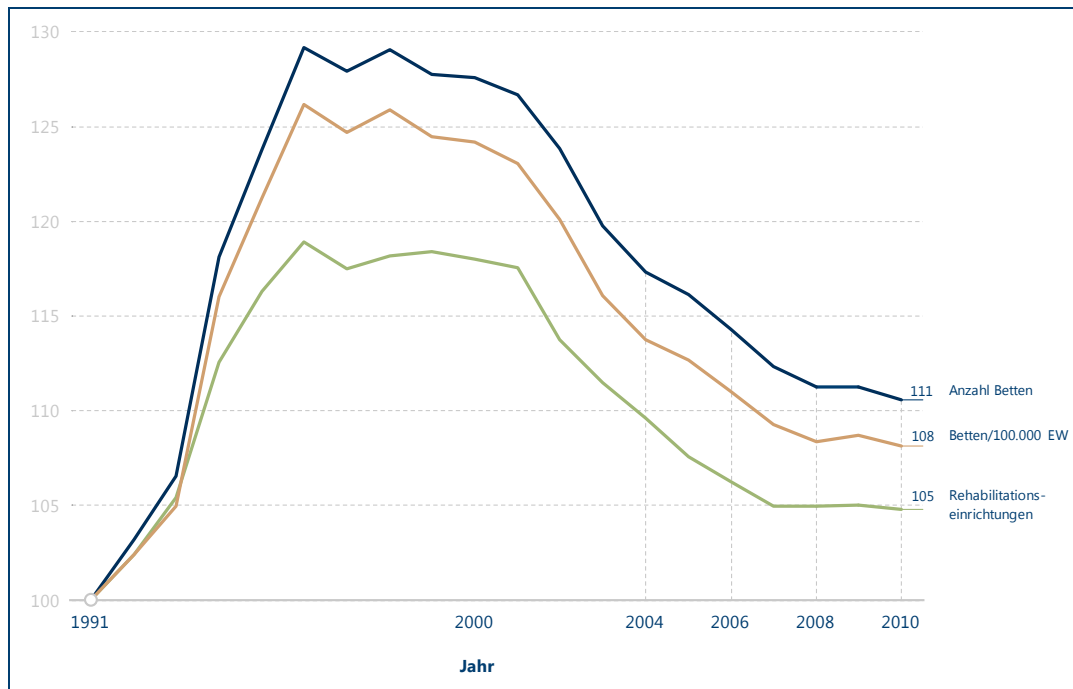
Abbildung 117 zeigt die Entwicklung der Anzahl der Rehabilitationseinrichtungen, der aufgestellten Betten in Rehabilitationseinrichtungen und der Bet-

<sup>229</sup> Dadurch können sich bei den hier berichteten Daten Abweichungen von der Berichterstattung des ersten und zweiten Forschungsberichtes der G-DRG-Begleitforschung ergeben, bei denen diese Fälle in den betrachteten Kennzahlen enthalten waren.

<sup>230</sup> Die vorliegende Datenbasis erlaubt keine exakte Abgrenzung rein psychiatrischer/psychotherapeutischer Rehabilitationseinrichtungen. Nach dem „Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland“ des Statistischen Bundesamtes hatten im Jahr 2003 etwa 247 Rehabilitationseinrichtungen (ca. 19% der Rehabilitationseinrichtungen) einen Bettenanteil psychiatrischer/psychotherapeutischer Fachabteilungen von mindestens 50%. Im Jahr 2010 belief sich dieser Wert auf 264 Rehabilitationseinrichtungen (ca. 22% der Rehabilitationseinrichtungen).

ten je 100 Tsd. Einwohner. Diese Kennzahlen sind zwischen 1991 und 1996 zunächst deutlich angestiegen und haben sich in den Folgejahren, insbesondere seit 2000, kontinuierlich reduziert. In den letzten Jahren zeigt sich ein Trend zu einer stabilen Anzahl der insgesamt aufgestellten Betten bzw. der Betten je 100 Tsd. Einwohner und der Anzahl Rehabilitationseinrichtungen.

Abbildung 117: Anzahl Rehabilitationseinrichtungen, aufgestellter Betten und Anzahl Betten je 100.000 Einwohner (1991-2010; 1991=100)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Die Anzahl der Fachabteilungen im Rehabilitationssektor ist zwischen 2008 und 2010 um 0,8% p. a. von 1.460 auf 1.438 zurückgegangen.<sup>231</sup> Insbesondere in den Fachbereichen Orthopädie (+0,6% p. a.) und Geriatrie (+9,9% p. a.), die einen großen Anteil an der Gesamtzahl der Rehabilitationsfachabteilungen

231 In der Krankenhausstatistik der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Teil 1 – Grunddaten) des Statistischen Bundesamtes waren den Fachgebieten „Innere Medizin“, „Neurologie“ und „Psychiatrie/Psychotherapie“ bis zum Jahr 2006 jeweils auch gebiets-spezifische Rehabilitationsfachabteilungen für „Klinische Geriatrie“ zugeordnet. Seit dem Jahr 2007 wird die „Geriatrie“ als eigenständiges Fachgebiet ausgewiesen. Für die Fachgebiete Innere Medizin und Neurologie können daher keine Vergleiche für den Zeitraum 1991 bis 2010 durchgeführt werden. Die „(Klinische) Geriatrie“ kann hingegen durch separaten Ausweis in der Statistik in den Jahren 2002 bis 2006 für den Zeitraum 2002 bis 2010 als eigenständiges Fachgebiet betrachtet werden.

ausmachen, kam es jedoch in diesem Zeitraum zu Zunahmen der Abteilungszahl. In der Geriatrie fiel der Ausbau mit 15,8% in der Einführungsphase des G-DRG-Systems (2003 bis 2006) am stärksten aus und schwächte sich danach deutlich ab. Bei Betrachtung der Abteilungen, deren Entwicklung bereits ab dem Jahr 1991 untersucht werden kann, zeigt sich, dass die Fachabteilungszahl in der Orthopädie zwischen 1991 und 2003 mit 4,9% p. a. noch deutlich stärker gestiegen war als im Zeitraum 2003 bis 2010 (vgl. Tabelle 115).<sup>232</sup>

Tabelle 115: Anzahl Rehabilitationsfachabteilungen (1991-2010)

Fachabteilung	Anzahl Fachabteilungen					Veränderungen p. a.				
						vor G-DRG	seit G-DRG-Einführung			
	1991	2003	2006	2008	2010	91-03	03-10	03-06	06-08	08-10
<b>Vergleichbare Fachabteilungen (1991-2010)</b>										
Haut- & Geschlechtskrankh.	26	41	36	27	27	3,9%	-5,8%	-4,2%	-13,4%	0,0%
Kinderheilkunde	71	63	58	57	55	-1,0%	-1,9%	-2,7%	-0,9%	-1,8%
Orthopädie	201	355	357	367	369	4,9%	0,6%	0,2%	1,4%	0,3%
<b>Vergleichbare Fachabteilungen (2003-2010)</b>										
Allgemeinmedizin	-	41	47	43	44	-	1,0%	4,7%	-4,3%	1,2%
Frauenheilk. und Geburtshilfe	-	15	15	16	16	-	0,9%	0,0%	3,3%	0,0%
(Klinische) Geriatrie	-	76	118	140	147	-	9,9%	15,8%	8,9%	2,5%
Physikal. & Rehabilit. Medizin	-	37	36	30	27	-	-4,4%	-0,9%	-8,7%	-5,1%
Sonstige Fachbereiche	-	352	288	253	235	-	-5,6%	-6,5%	-6,3%	-3,6%
<b>Vergleichbare Fachabteilungen (2008-2010)</b>										
Innere Medizin	-	-	-	372	360	-	-	-	-	-1,6%
Neurologie	-	-	-	155	158	-	-	-	-	1,0%

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Der durchschnittliche Rückgang der Anzahl der insgesamt in den Fachabteilungen aufgestellten Betten fällt mit 0,3% zwischen 2008 und 2010 weniger stark aus als der durchschnittliche Rückgang der Anzahl der Fachabteilungen in diesem Zeitraum (vgl. Tabelle 116).

Im Vergleich der Fachgebiete fiel die Entwicklung der Bettenkapazitäten unterschiedlich aus. So ist die Bettenzahl in der Klinischen Geriatrie im Zeitraum 2003 bis 2010 um jahresdurchschnittlich 8,1% deutlich gestiegen. In der Fach-

<sup>232</sup> Die Fachabteilungen „Allgemeinmedizin“, „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ sowie „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ werden erst seit 2002 in der Krankenhausstatistik der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Teil 1 – Grunddaten) des Statistischen Bundesamtes als eigenständige Fachabteilungen geführt. Zuvor waren diese unter „Sonst. Fachbereiche/Allgemeinbetten“ zusammengefasst. Ein Zeitvergleich ist für diese Fachabteilungen daher erst ab 2002 möglich.

abteilung Orthopädie – mit dem größten Bettenanteil aller Fachabteilungen – ist die Anzahl der aufgestellten Betten in diesem Zeitraum insgesamt stabil geblieben, nachdem sie zwischen 1991 und 2003 noch jahresdurchschnittlich um 5,6% gestiegen war.

In der Inneren Medizin, auf die im Jahr 2010 26% aller in Rehabilitationseinrichtungen aufgestellten Betten entfielen, zeigt sich mit jahresdurchschnittlich 3,0% im Zeitraum 2003 bis 2010 ein deutlicher Rückgang der Bettenkapazitäten.

Tabelle 116: Anzahl der im Rehabilitationssektor aufgestellten Betten nach Fachabteilung (1991-2010)

Fachabteilung	Anzahl Betten (in Tsd.)					Veränderungen p. a.				
						vor G-DRG	seit G-DRG-Einführung			
	1991	2003	2006	2008	2010	91-03	03-10	03-06	06-08	08-10
<b>Vergleichbare Fachabteilungen (1991-2010)</b>										
Haut- & Geschlechtskrankh.	1,8	2,1	1,6	1,3	1,2	1,2%	-7,6%	-8,9%	-10,2%	-3,0%
Kinderheilkunde	6,1	6,5	5,8	6,0	6,2	0,5%	-0,6%	-3,6%	1,9%	1,4%
Orthopädie	24,1	46,5	46,4	45,5	46,4	5,6%	0,0%	-0,1%	-0,9%	1,0%
<b>Vergleichbare Fachabteilungen (2003-2010)</b>										
Allgemeinmedizin	-	3,2	3,9	3,2	3,3	-	0,2%	6,1%	-9,2%	1,4%
Frauenheilk. & Geburtshilfe	-	0,6	0,8	1,1	1,1	-	8,7%	10,4%	14,6%	0,6%
Innere Medizin	-	45,7	40,1	38,0	37,0	-	-3,0%	-4,2%	-2,7%	-1,3%
(Klinische) Geriatrie	-	4,3	6,0	6,9	7,3	-	8,1%	11,9%	7,8%	2,9%
Neurologie	-	15,1	16,4	16,7	16,8	-	1,5%	2,8%	0,9%	0,2%
Physik. & Rehabilit. Medizin	-	1,8	2,3	1,5	1,7	-	-1,1%	8,8%	-18,4%	3,9%
Sonstige Fachbereiche	-	28,1	23,6	22,6	21,0	-	-4,1%	-5,6%	-2,2%	-3,6%
<b>gesamt</b>	-	<b>153,9</b>	<b>146,9</b>	<b>143,0</b>	<b>142,1</b>	-	<b>-1,1%</b>	<b>-1,5%</b>	<b>-1,4%</b>	<b>-0,3%</b>

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

#### 4.7.1.2 Fallzahl und Pflegetagevolumen

Bei der Anzahl der in Rehabilitationseinrichtungen behandelten Fälle kam es, nach einem Rückgang seit dem Jahr 2001, ab dem Jahr 2006 zu steigenden Fallzahlen. Am Ende der DRG-Konvergenzphase (2008 bis 2010) zeigt sich mit 1,2% p. a. ein erneuter leichter Rückgang der Fallzahlen. Insgesamt erhöhte sich die Fallzahl zwischen 2003 und 2010 um ca. 33 Tsd. auf 1,77 Mio. Fälle (+0,3% p. a.). Vor Einführung des G-DRG-Systems war die Fallzahl zwischen

1991 und 2003 – mit deutlichen Brüchen innerhalb dieses Zeitraums – um jahresdurchschnittlich 1,9% deutlich stärker gestiegen (vgl. Tabelle 117).<sup>233</sup>

Die Entwicklung des Pfl egetagevolumens verlief zwischen 2003 und 2010 insgesamt ähnlich uneinheitlich wie die Entwicklung der Fallzahl. Während in der Einführungsphase des G-DRG-Systems (2003 bis 2006) die Anzahl der Pfl egetage zunächst um 1,6% p. a. sank, zeigt sich für den Kern der DRG-Konvergenzphase (2006 bis 2008) ein deutlicher Anstieg des Pfl egetagevolumens um 3,1% p. a. und für den Zeitraum 2008 bis 2010 ein erneuter leichter Rückgang um 1,3% p. a. Insgesamt ist die Anzahl der Pfl egetage im Zeitraum 2003 bis 2010 somit leicht um jahresdurchschnittlich 0,2% auf rund 40,7 Mio. Pfl egetage gesunken. Damit lag die Gesamtzahl der Pfl egetage etwa auf dem Niveau des Jahres 1991.

Tabelle 117: Fallzahl und Pfl egetagevolumen in Rehabilitationseinrichtungen (1991-2010)

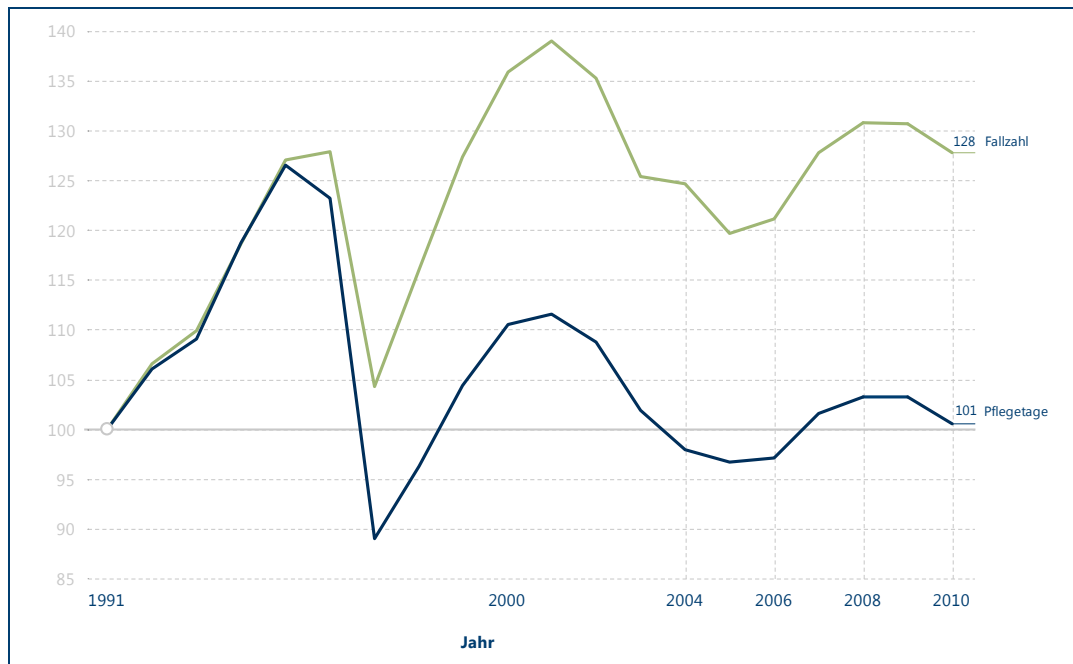
Kennzahl	Anzahl					Veränderungen p. a.				
						vor G-DRG	seit G-DRG-Einführung			
	1991	2003	2006	2008	2010	91-03	03-10	03-06	06-08	08-10
Fälle (in Mio.)	1,39	1,74	1,68	1,82	1,77	1,9%	0,3%	-1,1%	3,9%	-1,2%
Pfl egetage (in Mio.)	40,45	41,21	39,26	41,75	40,68	0,2%	-0,2%	-1,6%	3,1%	-1,3%

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Abbildung 118 zeigt, dass trotz ähnlicher Entwicklungstendenzen die Fallzahl in Rehabilitationseinrichtungen zwischen 1991 und 2010 deutlich stärker gestiegen ist als die Anzahl der Pfl egetage. Das Pfl egetagevolumen lag im gesamten Beobachtungszeitraum sogar mehrfach unter dem Wert des Jahres 1991. Hier zeigt sich indirekt ein deutlicher Rückgang der mittleren Verweildauer in Rehabilitationseinrichtungen zwischen 1991 und 2010 (vgl. Abschnitt 4.7.1.3).

<sup>233</sup> Die Regelungen des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes und des Beitragsentlastungsgesetzes führten im Jahr 1997 zu einem deutlichen Rückgang der Fallzahl und der Anzahl der Pfl egetage in Rehabilitationseinrichtungen.

Abbildung 118: Fallzahl und Pfl egetage in Rehabilitationseinrichtungen (1991-2010; 1991=100)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Differenziert nach den einzelnen medizinischen Fachgebieten ist eine uneinheitliche Entwicklung der Fallzahlen zu beobachten (vgl. Tabelle 118). Zu einer starken Fallzahlsteigerung um jahresdurchschnittlich 9,7% kam es zwischen 2003 und 2010 in den Fachabteilungen für Klinische Geriatrie. In der Neurologie war zwischen 2003 und 2010 eine Erhöhung der Fallzahl um jahresdurchschnittlich 3,1% zu beobachten. In beiden Fachabteilungen fiel der Anstieg der Fallzahl am Ende der DRG-Konvergenzphase (2008 bis 2010) jedoch deutlich niedriger aus.

In der Orthopädie stieg die Fallzahl mit jahresdurchschnittlich 1,5% im Zeitraum 2003 bis 2010 leicht überdurchschnittlich. Zwischen 1991 und 2003 war die Fallzahl mit jahresdurchschnittlich 6,6% noch deutlich stärker angestiegen. Der zwischen 2003 und 2010 beobachtete Anstieg resultiert hauptsächlich aus der Entwicklung in der Kernphase der DRG-Konvergenz (2006 bis 2008: +4,5% p. a.). In der Einführungsphase des G-DRG-Systems (2003 bis 2006) war es zu einer geringen Fallzahlsteigerung um jahresdurchschnittlich 0,4% gekommen und auch zwischen 2008 und 2010 stieg die Fallzahl lediglich um jahresdurchschnittlich 0,2%.

In der Inneren Medizin war die Fallzahlentwicklung zwischen 2003 und 2010 mit jahresdurchschnittlich -1,1% insgesamt rückläufig. Die Entwicklung verlief jedoch uneinheitlich mit einem Fallzahlrückgang in der Einführungsphase des G-DRG-Systems (2003 bis 2006: -3,0% p. a.) und am Ende der DRG-

Konvergenzphase (2008 bis 2010: -1,2% p. a.) und einer Fallzahlsteigerung um jahresdurchschnittlich 2,1% in der Kernphase der DRG-Konvergenz.

Tabelle 118: Fallzahl in Rehabilitationseinrichtungen nach Fachabteilung (1991-2010)

Fachabteilung	Fallzahl (in Tsd.)					Veränderungen p. a.				
						vor G-DRG	seit G-DRG-Einführung			
	1991	2003	2006	2008	2010	91-03	03-10	03-06	06-08	08-10
<b>Vergleichbare Fachabteilungen (1991-2010)</b>										
Haut- & Geschlechtskrankh.	16	16	13	12	11	0,3%	-5,4%	-7,9%	-3,2%	-3,6%
Kinderheilkunde	40	61	51	52	51	3,6%	-2,6%	-6,1%	1,2%	-0,7%
Orthopädie	277	596	602	658	660	6,6%	1,5%	0,4%	4,5%	0,2%
<b>Vergleichbare Fachabteilungen (2003-2010)</b>										
Allgemeinmedizin	-	34	42	39	38	-	1,6%	7,2%	-3,8%	-0,9%
Frauenheilk. & Geburtshilfe	-	7	11	14	14	-	10,5%	15,3%	12,5%	1,7%
Innere Medizin	-	516	471	491	479	-	-1,1%	-3,0%	2,1%	-1,2%
(Klinische) Geriatrie	-	54	76	97	103	-	9,7%	11,9%	13,2%	3,1%
Neurologie	-	139	157	169	173	-	3,1%	4,2%	3,6%	1,2%
Physik. & Rehabilit. Medizin	-	16	18	15	14	-	-2,1%	3,8%	-8,3%	-4,2%
Sonstige Fachbereiche	-	302	241	269	230	-	-3,8%	-7,2%	5,6%	-7,6%
<b>gesamt</b>	-	<b>1.741</b>	<b>1.682</b>	<b>1.816</b>	<b>1.774</b>	-	<b>0,3%</b>	<b>-1,1%</b>	<b>3,9%</b>	<b>-1,2%</b>

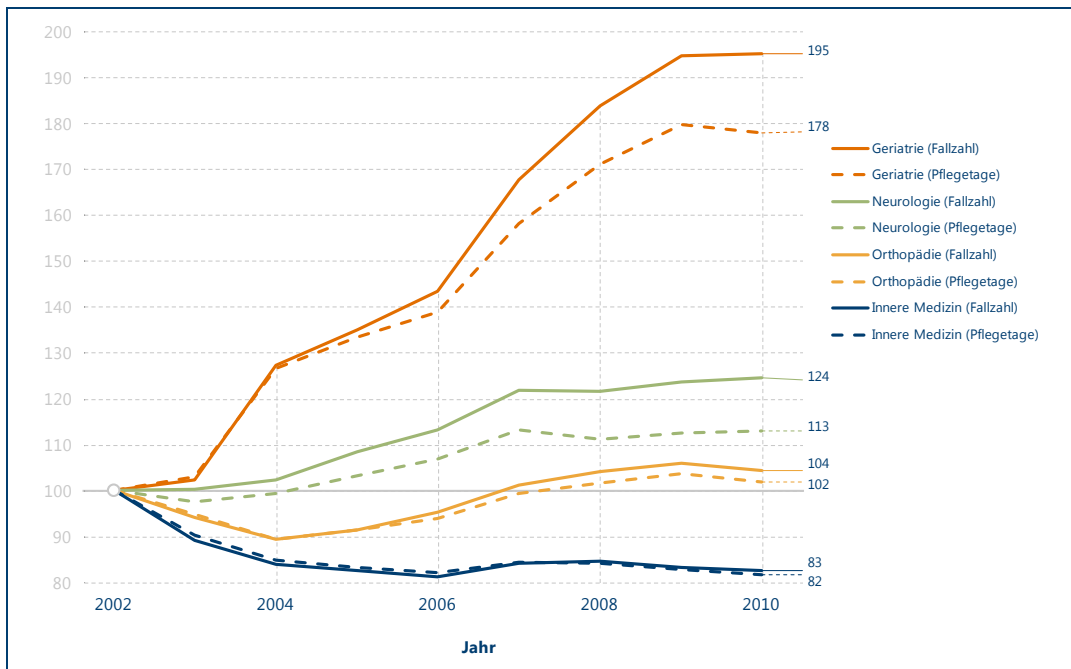
Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Das Pflegetagevolumen in den Fachabteilungen der Rehabilitationseinrichtungen entwickelte sich ähnlich wie die Fallzahlen. So kam es etwa in der Klinischen Geriatrie und in der Neurologie zwischen 2003 und 2010 auch zu einer Zunahme der Anzahl der Pflegetage, während sich die Anzahl der Pflegetage in der Inneren Medizin in diesem Zeitraum – in ähnlichem Umfang wie die Anzahl der dort behandelten Fälle – verringerte.

Abbildung 119 zeigt die Entwicklung der Fallzahl und des Pflegetagevolumens für die fallzahlstärksten Fachabteilungen Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Klinische Geriatrie. Während die Fallzahl in der Orthopädie bis 2004 rückläufig war, stieg sie bis zum Jahr 2009 kontinuierlich an und nahm im Jahr 2010 gegenüber dem Vorjahr wiederum ab. In der Inneren Medizin war die Fallzahl bis 2006 rückläufig, nahm dann leicht zu und sank in den Jahren 2009 und 2010 erneut. In der Neurologie ist die Fallzahl bis zum Jahr 2007 deutlich angestiegen und seitdem nahezu stabil. In der Klinischen Geriatrie hingegen zeigt sich bis 2009 ein sehr starker Anstieg der Fallzahl, der sich im Jahr 2010 abgeschwächt hat.

Die Entwicklung des Pflegetagevolumens verlief bei den betrachteten Fachabteilungen nahezu identisch zur Fallzahlentwicklung, insbesondere in der Inneren Medizin und in der Orthopädie. In der Neurologie und der Klinischen Geriatrie fiel der Anstieg des Pflegetagevolumens leicht schwächer aus als der Anstieg der Fallzahl.

Abbildung 119: Fallzahl und Pflegetage ausgewählter Fachabteilungen in Rehabilitationseinrichtungen (2002-2010; 2002=100)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

### 4.7.1.3 Verweildauer

Die durchschnittliche Verweildauer<sup>234</sup> der in Rehabilitationseinrichtungen behandelten Fälle ist zwischen 2003 und 2010 leicht um 0,8 Tage zurückgegangen (-0,5% p. a.). Im Jahr 2003 betrug sie durchschnittlich 23,7 Tage je Fall und reduzierte sich auf durchschnittlich 22,9 Tage je Fall im Jahr 2010 (vgl. Tabelle 119).

Für die einzelnen Fachabteilungen der Rehabilitationseinrichtungen stellt sich die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer jedoch unterschiedlich dar. So ist die Verweildauer im Zeitraum 2003 bis 2010 etwa in den Fachabteilungen für Haut- und Geschlechtskrankheiten (+0,1% p. a.), Kinderheilkunde (+0,1% p. a.) sowie insbesondere in Abteilungen für Physikalische und Rehabilitative Medizin (+1,7% p. a., 2008 bis 2010 sogar +7,4% p. a.) gestiegen.

<sup>234</sup> Die Verweildauer in stationären Rehabilitationseinrichtungen wird durch gesetzliche Vorgaben beeinflusst. Leistungen der stationären medizinischen Rehabilitation sollen im Regelfall längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, medizinische Gründe machen eine Verlängerung erforderlich (§ 40 Abs. 3 SGB V).



In den weiteren Fachabteilungen, darunter die Fachgebiete mit hohem Fallzahlanteil (Innere Medizin und Orthopädie), kam es zu einem Verweildauer-rückgang zwischen 2003 und 2010. In der Inneren Medizin reduzierte sich die Verweildauer zwischen 2003 und 2010 um jahresdurchschnittlich 0,4% auf 22,1 Tage. In der Orthopädie lag die Verweildauer 2010 mit 21,8 Tagen geringfügig niedriger (2003 bis 2010: -0,5% p. a.). Die deutlichsten Verweildauer-rückgänge zeigen sich mehrheitlich in der Kernphase der DRG-Konvergenz (2006 bis 2008).

Tabelle 119: Durchschnittliche Verweildauer in Rehabilitationseinrichtungen nach Fachabteilung (1991-2010)

Fachabteilung	Verweildauer					Veränderungen p. a.				
						vor G-DRG		seit G-DRG-Einführung		
	1991	2003	2006	2008	2010	91-03	03-10	03-06	06-08	08-10
<b>Vergleichbare Fachabteilungen (1991-2010)</b>										
Haut- & Geschlechtskrankh.	31,3	25,1	25,9	24,9	25,2	-1,8%	0,1%	1,1%	-1,9%	0,6%
Kinderheilkunde	36,8	28,5	28,3	28,1	28,7	-2,1%	0,1%	-0,2%	-0,4%	1,1%
Orthopädie	30,0	22,6	22,1	21,9	21,8	-2,3%	-0,5%	-0,7%	-0,5%	-0,2%
<b>Vergleichbare Fachabteilungen (2003-2010)</b>										
Allgemeinmedizin	-	21,2	20,5	20,0	20,2	-	-0,7%	-1,1%	-1,2%	0,5%
Frauenheilk. & Geburtshilfe	-	23,8	23,3	22,5	22,1	-	-1,1%	-0,7%	-1,7%	-0,9%
Innere Medizin	-	22,7	22,6	22,2	22,1	-	-0,4%	-0,1%	-1,0%	-0,2%
(Klinische) Geriatrie	-	24,3	23,4	22,5	22,0	-	-1,4%	-1,3%	-2,0%	-1,1%
Neurologie	-	33,0	32,0	31,1	30,8	-	-1,0%	-1,0%	-1,4%	-0,5%
Physik. & Rehabilit. Medizin	-	23,3	24,0	22,8	26,3	-	1,7%	1,0%	-2,5%	7,4%
Sonstige Fachbereiche	-	22,4	21,4	21,6	21,2	-	-0,8%	-1,5%	0,5%	-0,9%
<b>gesamt</b>	-	<b>23,7</b>	<b>23,3</b>	<b>23,0</b>	<b>22,9</b>	-	<b>-0,5%</b>	<b>-0,5%</b>	<b>-0,8%</b>	<b>-0,1%</b>

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

#### 4.7.1.4 Vollkräfte und Anzahl Fälle bzw. Pflegetage je Vollkraft

Die Anzahl der Vollkräfte in Rehabilitationseinrichtungen hat sich zwischen 2003 und 2010 von 96,5 Tsd. Vollkräften auf 92,4 Tsd. Vollkräfte verringert (-0,6% p. a.) (vgl. Tabelle 120).<sup>235</sup> Im Jahr 2004 fand mit einem Personalabbau von 3,6 Tsd. Vollkräften der im Betrachtungszeitraum umfangreichste Rückgang statt, während die Anzahl der Vollkräfte seit 2007 wieder leicht stieg. Im

<sup>235</sup> Die vorliegende Datenbasis erlaubt keine Abgrenzung der Vollkräfte, die in rein psychiatrischen/psychotherapeutischen Rehabilitationseinrichtungen oder Fachabteilungen tätig sind. Die Kennzahlen Fallzahl bzw. Pflegetage je Vollkraft insgesamt enthalten entsprechend auch die Fälle in psychiatrisch/psychotherapeutischen Fachabteilungen.

Jahr 2010 hat sich die Anzahl Vollkräfte hingegen gegenüber dem Vorjahr nahezu nicht verändert.

Im Rehabilitationssektor zeigt sich die stärkste Personalreduzierung zwischen 2003 und 2010 in den Dienstarten Klinisches Hauspersonal (-2,6% p. a.) und Wirtschafts- und Versorgungsdienst (-2,2% p. a.).

In den meisten Dienstarten ergab sich ab dem Jahr 2007 ein Bruch des seit etwa 2002 laufenden Trends eines Vollkräfteabbaus. Zwischen 2006 und 2010 nahm die Anzahl der Vollkräfte (insbesondere in den patientennahen Dienstarten Ärztlicher Dienst, Funktionsdienst, Medizinisch-technischer Dienst, Pflegedienst) leicht zu.

Die Anzahl der Vollkräfte im Ärztlichen Dienst erhöhte sich bereits seit dem Jahr 2005 wieder und erreichte im Jahr 2008 das Niveau des Jahres 2003. Im Medizinisch-technischen Dienst blieb die Anzahl der Vollkräfte zwischen 2003 und 2010 nach einem anfänglichen leichten Rückgang der Vollkräfteanzahl insgesamt stabil. Im Pflegedienst (2010: 21,1 Tsd. Vollkräfte) kam es zwischen 2003 und 2010 zu einem leichten Rückgang der Vollkräfteanzahl um jahresdurchschnittlich 0,2%.

Tabelle 120: Anzahl Vollkräfte in Rehabilitationseinrichtungen nach Dienstart (1991-2010)

Dienstart	Vollkräfte					Veränderungen p. a.				
						vor G-DRG	seit G-DRG-Einführung			
	1991	2003	2006	2008	2010	91-03	03-10	03-06	06-08	08-10
Ärztlicher Dienst	5.926	8.229	8.118	8.242	8.214	2,8%	0,0%	-0,5%	0,8%	-0,2%
Funktionsdienst	2.617	4.720	4.473	4.627	4.754	5,0%	0,1%	-1,8%	1,7%	1,4%
Klinisches Hauspersonal	5.881	5.217	4.722	4.464	4.353	-1,0%	-2,6%	-3,3%	-2,8%	-1,3%
Medizinisch-techn. Dienst	15.971	24.465	23.133	24.133	24.421	3,6%	0,0%	-1,8%	2,1%	0,6%
Pflegedienst	13.103	21.448	20.724	21.175	21.140	4,2%	-0,2%	-1,1%	1,1%	-0,1%
Sonderdienste	1.810	1.075	985	973	940	-4,2%	-1,9%	-2,9%	-0,6%	-1,7%
Sonstiges Personal	4.075	4.575	3.926	4.069	3.955	1,0%	-2,1%	-5,0%	1,8%	-1,4%
Technischer Dienst	3.546	3.601	3.343	3.300	3.334	0,1%	-1,1%	-2,4%	-0,6%	0,5%
Verwaltungsdienst	7.612	9.064	8.722	8.906	9.149	1,5%	0,1%	-1,3%	1,0%	1,4%
Versorgungsdienst	17.535	14.127	12.344	11.964	12.096	-1,8%	-2,2%	-4,4%	-1,6%	0,6%
<b>gesamt</b>	<b>78.076</b>	<b>96.521</b>	<b>90.490</b>	<b>91.853</b>	<b>92.356</b>	<b>1,8%</b>	<b>-0,6%</b>	<b>-2,1%</b>	<b>0,8%</b>	<b>0,3%</b>

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Die Personalbesetzung in den Rehabilitationseinrichtungen entwickelte sich, betrachtet man die Zeitreihe von 1991 bis 2010, diskontinuierlich. Insgesamt ist die Anzahl der Vollkräfte gegenüber dem Jahr 1991 um 18% gestiegen, besonders deutlich war der Anstieg in den patientennahen Dienstarten, darunter auch der Pflegedienst mit einem Anstieg der Vollkräftezahl um 61% (vgl. Abbildung 120). Der höchste Anstieg der Vollkräftezahl fand jedoch im Funktionsdienst (etwa 5% der im Jahr 2010 in Rehabilitationseinrichtungen beschäftigten Vollkräfte) statt (+82% zwischen 1991 und 2010).

Abbildung 120: Anzahl Vollkräfte ausgewählter Dienstarten in Rehabilitationseinrichtungen (1991-2010; 1991=100)

Jahr	Pflegedienst	Medizinisch-technischer Dienst	Ärztlicher Dienst	Personal gesamt
1991	100	100	100	100
2000	155	150	140	125
2004	160	145	135	120
2006	158	145	138	118
2008	162	150	139	118
2010	161	153	139	118

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Allein anhand der isolierten Betrachtung der Entwicklung der Vollkräftezahl in den einzelnen Dienstarten lässt sich die Inanspruchnahme des Personals in Rehabilitationseinrichtungen nicht beschreiben. Hierfür werden regelmäßig sog. Personalbelastungskennzahlen/Inanspruchnahmekennzahlen herangezogen, bei deren Ermittlung die Fallzahl bzw. das Pfegetagevolumen in Relation zur Anzahl der Vollkräfte der einzelnen Dienstarten gesetzt werden. Diese Kennzahlen drücken aus, wie viele Fälle eine Vollkraft jährlich im Durchschnitt versorgt bzw. wie viele Pfegetage jährlich im Durchschnitt auf eine Vollkraft entfallen. Bei der Interpretation dieser Personalbelastungskennzahlen ist zu beachten, dass ambulante und teilstationäre Leistungen und deren Entwicklung im Zeitverlauf ebenso wenig berücksichtigt werden können wie Arbeitsleistungen, die das Personal über die tarifliche Arbeitszeit hinaus erbringt (Statistisches Bundesamt 2012b). Zudem liegen zu den ggf. vorliegenden Veränderungen in der Betreuungsintensität der Patienten keine Informationen vor.<sup>236</sup> Die durchschnittliche Anzahl der Fälle je Vollkraft hat sich in Rehabili-

<sup>236</sup> Allerdings hat sich im Zeitraum 2003 bis 2010 so z. B. die Altersstruktur der Fälle in Rehabilitationseinrichtungen deutlich verändert. Das Durchschnittsalter ist hierbei von 54,4 auf 56,7 Jahre gestiegen und der Anteil über 75-jähriger an allen Fällen hat sich von 12,5% im Jahr 2003 auf 15,6% im Jahr 2010 um 3,1 Prozentpunkte deutlich erhöht (vgl.

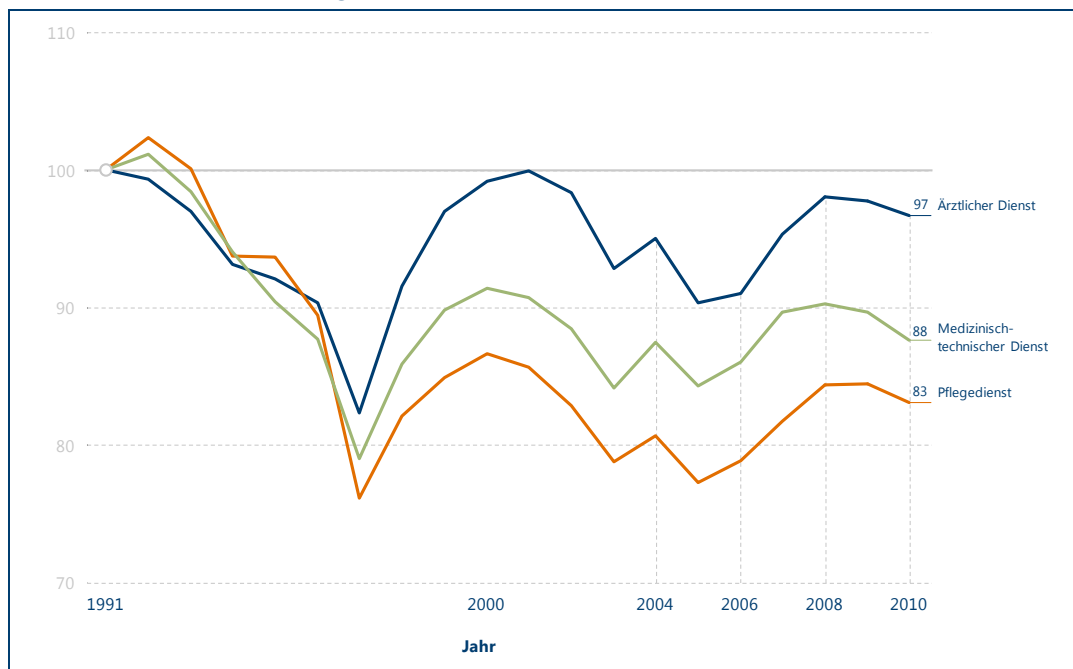
tationseinrichtungen im Zeitraum 2003 bis 2010 in allen Dienstarten erhöht (vgl. Tabelle 178, Anhang E). In den patientennahen Dienstarten Medizinisch-technischer Dienst (-1,5% p. a.), Pflegedienst (-0,8% p. a.) und Ärztlicher Dienst (-0,7% p. a.) kam es zwischen 2008 und 2010 jedoch zu einem Rückgang der Fallzahl je Vollkraft. Auch zwischen 1991 und 2003 ist die Fallzahl je Vollkraft in den patientennahen Dienstarten jeweils rückläufig gewesen, darunter mit jahresdurchschnittlich 2,0% besonders stark im Pflegedienst. Im Jahr 2010 lag die Personalbelastung, gemessen an der Zahl der Fälle je Vollkraft, in den patientennahen Dienstarten niedriger als im Jahr 1991.

In Abbildung 121 ist die Entwicklung der Fallzahl je Vollkraft seit 1991 für die Dienstarten Ärztlicher Dienst, Medizinisch-technischer Dienst und Pflegedienst dargestellt. Bis zum Jahr 1997 ist die Fallzahl je Vollkraft für alle diese Dienstarten stark rückläufig gewesen und nach einem erneuten Anstieg in den Folgejahren schwanken die Fallzahlen je Vollkraft seit dem Jahr 2004 ohne eindeutigen Trend.

---

Tabelle 177, Anhang E). Insbesondere in Diagnosegruppen mit einem überdurchschnittlichen Anteil über 75-jähriger (z. B. M15 (Arthrose) oder I20 (Ischämische Herzkrankheiten)) hat sich dieser Anteil weiter erhöht. Hiermit und mit z. T. deutlichen Veränderungen des Diagnosespektrums (so hat sich die Anzahl der Patienten aus der Diagnosegruppe Ischämische Herzkrankheiten von 101 Tsd. im Jahr 2003 auf 90 Tsd. im Jahr 2010 reduziert und die Anzahl der Patienten aus der Diagnosegruppe zerebrovaskuläre Krankheiten von 73 Tsd. auf 90 Tsd. erhöht) gehen ggf. auch nicht quantifizierbare Veränderungen der Betreuungsintensität einher.

Abbildung 121: Fälle je Vollkraft ausgewählter Dienstarten in Rehabilitationseinrichtungen (1991-2010; 1991=100)

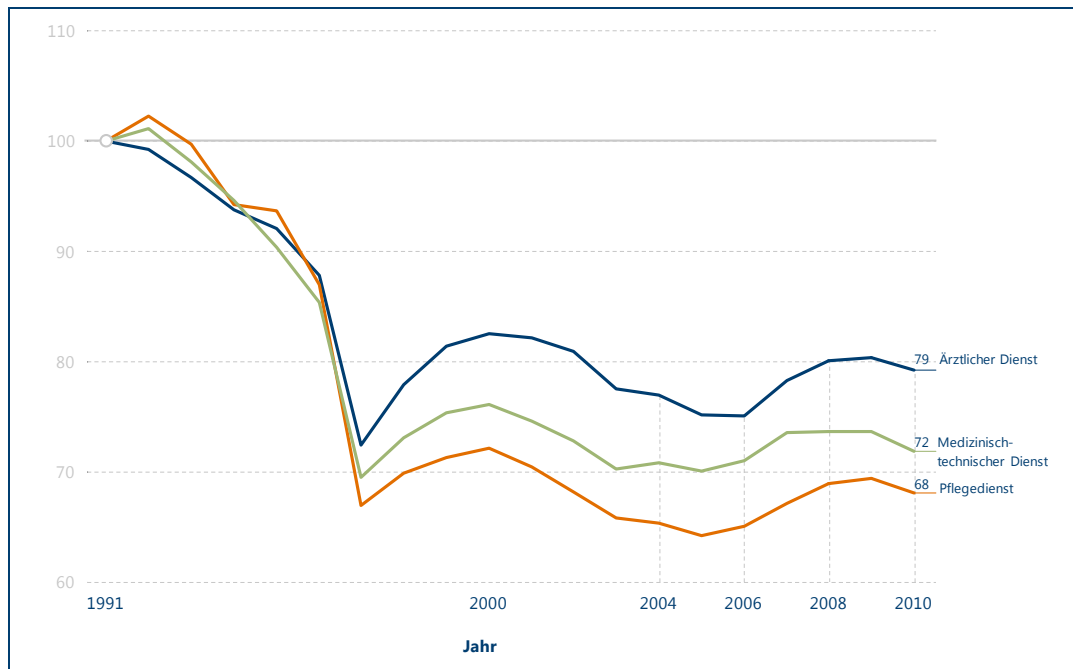


Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Die Personalbelastung kann auch als die durchschnittliche Anzahl der auf jede Vollkraft entfallenden Pflgetage ausgedrückt werden. Die Kennzahl Pflgetage je Vollkraft hat sich ebenso wie die Fallzahl je Vollkraft in den Rehabilitationseinrichtungen zwischen 2003 und 2010 in allen Dienstarten erhöht (vgl. Tabelle 179, Anhang E). Der Anstieg der Personalbelastung fiel im Zeitraum seit Einführung des G-DRG-Systems in nahezu allen Dienstarten zwischen 2006 und 2008 am höchsten aus. Zwischen 2008 und 2010 kam es hingegen in den meisten Dienstarten zu einem Rückgang der Pflgetage je Vollkraft.

In Abbildung 122 ist die Entwicklung der Anzahl der Pflgetage je Vollkraft seit 1991 für die patientennahen Dienstarten Ärztlicher Dienst, Medizintechnischer Dienst und Pflegedienst dargestellt. Die Personalbelastung entwickelt sich insgesamt diskontinuierlich, im Vergleich der Dienstarten jedoch ähnlich. Nach dem deutlichen Rückgang der Personalbelastung bis zum Jahr 1997 fielen die Schwankungen bei der Belastung des Personals in Rehabilitationseinrichtungen bis zum Jahr 2010 weniger stark aus als, dies bei der als Anzahl Fälle je Vollkraft gemessenen Personalbelastung zu beobachten war. In allen betrachteten Dienstarten lag die Anzahl der Pflgetage je Vollkraft im Jahr 2010 nahe bei den in den Jahren 1998 bzw. 1999 festgestellten Personalbelastungsniveaus und deutlich niedriger als im Ausgangsjahr der Betrachtung (1991).

Abbildung 122: Pflage tage je Vollkraft ausgewählter Dienststarten in Rehabilitationseinrichtungen (1991-2010; 1991=100)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

#### 4.7.1.5 Verlegungen aus Krankenhäusern

Die Anzahl der aus Krankenhäusern in Rehabilitationseinrichtungen verlegten Patienten ist zwischen 2003 und 2010 um jahresdurchschnittlich 3,5% auf 729 Tsd. Patientenzugänge gestiegen. Zwischen 2008 und 2010 stieg die Anzahl der Patientenzugänge deutlich weniger stark (+0,7% p. a.) als noch zwischen 2006 und 2008 (+3,2% p. a.) oder zwischen 2003 und 2006 (+5,7% p. a.).

Der Anteil der aus Krankenhäusern verlegten Patienten an allen in Rehabilitationseinrichtungen stationär behandelten Patienten ist im Zeitraum 2008 bis 2010 von 39,5% auf 41,1% angestiegen (+0,8 Prozentpunkte p. a.), nachdem dieser Anteil zwischen 2006 und 2008 noch leicht zurückgegangen war (-0,3 Prozentpunkte p. a.) (vgl. Tabelle 121). Etwa 97% der Patientenzugänge aus dem Krankenhaus erfolgten im Jahr 2010 in den vier Rehabilitationsfachabteilungen für Innere Medizin, Neurologie, Klinische Geriatrie und Orthopädie. Der Anteil der aus dem Krankenhaus verlegten Fälle erhöhte sich im Zeitraum 2003 bis 2010 in der Inneren Medizin von 30% auf 40%, in der Neurologie von 52% auf 61% und in der Orthopädie von 43% auf 49% und war lediglich in der Klinischen Geriatrie leicht rückläufig (2003: 84%; 2010: 81%). Der Anteil der Patientenzugänge aus Krankenhäusern an allen Patientenzugängen erhöhte sich zwischen 2008 und 2010 in der Inneren Medizin (+0,7 Prozentpunkte p. a.) und in der Orthopädie (+0,6 Prozentpunkte p. a.) etwas deutli-

cher als in der Neurologie und Klinischen Geriatrie (jeweils +0,2 Prozentpunkte p. a.).

Tabelle 121: Anteil Patientenzugänge aus Krankenhäusern an allen Patientenzugängen in Rehabilitationseinrichtungen nach Fachabteilung (1991-2010)

Fachabteilung	Anteil (in %)					Veränderungen p. a. (Prozentpunkte)				
						vor G-DRG		seit G-DRG-Einführung		
	1991	2003	2006	2008	2010	91-03	03-10	03-06	06-08	08-10
<b>Vergleichbare Fachabteilungen (1991-2010)</b>										
Haut-& Geschlechtskrankh.	0,0%	0,2%	1,7%	1,6%	1,5%	0,0	0,2	0,5	0,0	-0,1
Kinderheilkunde	0,6%	1,2%	1,2%	1,1%	0,5%	0,0	-0,1	0,0	0,0	-0,3
Orthopädie	16,2%	42,6%	49,3%	47,9%	49,1%	2,2	0,9	2,2	-0,7	0,6
<b>Vergleichbare Fachabteilungen (2003-2010)</b>										
Allgemeinmedizin	-	2,6%	0,8%	0,0%	0,1%	-	-0,4	-0,6	-0,4	0,0
Frauenheilk. & Geburtshilfe	-	38,9%	28,3%	24,8%	23,5%	-	-2,2	-3,5	-1,7	-0,7
Innere Medizin	-	30,4%	37,6%	38,3%	39,7%	-	1,3	2,4	0,4	0,7
(Klinische) Geriatrie	-	83,5%	85,8%	80,9%	81,4%	-	-0,3	0,8	-2,5	0,2
Neurologie	-	51,7%	60,9%	61,1%	61,4%	-	1,4	3,1	0,1	0,2
Physik.& Rehabilit. Medizin	-	7,2%	1,5%	1,3%	1,6%	-	-0,8	-1,9	-0,1	0,2
Sonstige Fachbereiche	-	12,1%	13,9%	10,4%	8,9%	-	-0,5	0,6	-1,7	-0,8
<b>gesamt</b>	-	<b>32,7%</b>	<b>40,0%</b>	<b>39,5%</b>	<b>41,1%</b>	-	1,2	2,4	-0,3	0,8

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

#### 4.7.1.6 Verlegungen in Krankenhäuser

Bei der Betrachtung der Anteile der Patientenabgänge in Krankenhäuser an allen aus Rehabilitationseinrichtungen entlassenen Patienten (vgl. Tabelle 122) zeigen sich für den Zeitraum 2003 bis 2010 insgesamt keine wesentlichen Veränderungen.

Mit einem Anteil von 11,1% war die (Klinische) Geriatrie im Jahr 2010 das Rehabilitationsfachgebiet mit dem höchsten Anteil von Verlegungen in Krankenhäuser an allen Patientenabgängen. In der Orthopädie lag dieser Verlegungsanteil im Jahr 2010 mit 1,3% auf dem niedrigsten Niveau der vier fallzahlstärksten Fachgebiete in Rehabilitationseinrichtungen. In der Inneren Medizin betrug der Anteil der Verlegungen ins Krankenhaus an allen Entlassungen aus der Rehabilitation 2010 1,9% und in der Neurologie 5,2%.

Tabelle 122: Anteil Patientenabgänge in Krankenhäuser an allen Patientenabgängen in Rehabilitationseinrichtungen nach Fachabteilung (1991-2010)

Fachabteilung	Anteil (in %)					Veränderungen p. a. (Prozentpunkte)				
						vor G-DRG		seit G-DRG-Einführung		
	1991	2003	2006	2008	2010	91-03	03-10	03-06	06-08	08-10
<b>Vergleichbare Fachabteilungen (1991-2010)</b>										
Haut- & Geschlechtskrankh.	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kinderheilkunde	1,0%	0,3%	0,3%	0,2%	0,1%	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Orthopädie	1,0%	1,2%	1,3%	1,6%	1,3%	0,0	0,0	0,0	0,2	-0,2
<b>Vergleichbare Fachabteilungen (2003-2010)</b>										
Allgemeinmedizin	-	0,3%	0,2%	0,1%	0,0%	-	0,0	-0,1	0,0	0,0
Frauenheilk. & Geburtshilfe	-	1,7%	0,9%	0,8%	0,6%	-	-0,2	-0,3	0,0	-0,1
Innere Medizin	-	1,6%	1,9%	2,5%	1,9%	-	0,0	0,1	0,3	-0,3
(Klinische) Geriatrie	-	11,4%	10,5%	10,2%	11,1%	-	0,0	-0,3	-0,1	0,4
Neurologie	-	5,6%	5,2%	5,5%	5,2%	-	-0,1	-0,1	0,2	-0,2
Physik. & Rehabilit. Medizin	-	0,5%	0,6%	0,6%	0,7%	-	0,0	0,0	0,0	0,1
Sonstige Fachbereiche	-	1,2%	1,2%	0,6%	0,6%	-	-0,1	0,0	-0,3	0,0
<b>gesamt</b>	-	<b>1,9%</b>	<b>2,2%</b>	<b>2,4%</b>	<b>2,2%</b>	-	<b>0,0</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>-0,1</b>

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

#### 4.7.1.7 Notfallbetten und Pflegetage der Notfallüberwachung

Der Anteil der in Rehabilitationseinrichtungen vorgehaltenen Notfallbetten<sup>237</sup> an allen aufgestellten Betten hat sich von 0,27% (412 Betten) im Jahr 2003 auf 0,26% (370 Betten) im Jahr 2010 minimal verringert. In keinem Fachgebiet hat sich der Anteil der Notfallbetten an allen Betten zwischen 2008 und 2010 um mehr als 0,05 Prozentpunkte pro Jahr verändert.

Die Pflegetage der Notfallüberwachung in der Rehabilitation sind als Tage in der Notfallüberwachung abgegrenzt, die in solchen Notfallbetten verbracht werden. Die Anzahl der Pflegetage in der Notfallüberwachung hat sich zwischen 2003 und 2010 leicht erhöht und betrug im Jahr 2010 29 Tsd. Tage (2003: 28 Tsd.). Im Jahr 2002 hatte die Anzahl der Pflegetage der Notfallüberwachung noch 42 Tsd. Tage betragen. Bis 2009 hatte sich die Anzahl der Pflegetage in der Notfallüberwachung noch wesentlich deutlicher bis auf

<sup>237</sup> Notfallbetten in Rehabilitationseinrichtungen „sind Betten mit besonderen Zusatzeinrichtungen zur vorübergehenden Behandlung akut auftretender Erkrankungszustände bei Rehabilitationspatienten und -patientinnen. [...] In der Regel werden Patienten und Patientinnen mit akut auftretenden Erkrankungen zur Weiterbehandlung in ein Krankenhaus verlegt“ (Statistisches Bundesamt 2011b).



19 Tsd. Tage reduziert. Da sich der Anteil der Pflage tage in der Notfallüberwachung an allen Pflage tagen in der Rehabilitation bei Werten von unter 0,1 Prozent bewegt, wird die Entwicklung zwischen 2003 und 2010 nicht differenzierter betrachtet.

## 4.7.2 Ambulante Leistungen im Krankenhaus

Wie bereits im zweiten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung wurden die Krankenhäuser auch im dritten Forschungszyklus im Rahmen der schriftlichen Befragung (vgl. Abschnitt 3.2.2.1) um Angaben zu ihren ambulanten Leistungen gebeten. Auf dieser Grundlage soll untersucht werden, ob es aufgrund des G-DRG-Systems zu Veränderungen in diesem Leistungsbereich der Krankenhäuser gekommen ist. Die Befragung bezog sich hierbei neben der Notfallaufnahme auch auf die unterschiedlichen ambulanten Leistungsbereiche für Krankenhäuser.

### 4.7.2.1 Ambulante Leistungsbereiche mit Ausnahme der Notfallaufnahme

Ambulante Leistungen können durch Krankenhäuser auf der Grundlage einer Vielzahl von unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen (s. u.) erbracht werden. Die Befragung der Krankenhäuser bezog sich auf die folgenden ambulanten Behandlungsbereiche: <sup>238,239</sup>

- Vorstationäre Behandlung ohne anschließenden stationären Aufenthalt, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären (§ 115a SGB V (aF))

---

<sup>238</sup> Zusätzlich wurden die Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung im Rahmen einer Ermächtigung zur ambulanten (vertragsärztlichen) Behandlung bei festgestellter Unterversorgung in Planungsbereichen (§ 116a SGB V (aF)) befragt. Die Angaben werden jedoch nicht als plausibel erachtet und daher im Folgenden nicht ausgewiesen. Möglicherweise wurden von einigen Krankenhäusern in dieser Kategorie irrtümlich auch Fälle aus persönlichen Ermächtigungen von Krankenhausärzten (§ 116 SGB V) oder Institutsermächtigungen (§ 95 SGB V) angegeben. Insgesamt ist jedoch davon auszugehen, dass die Fallzahlen, die im Rahmen einer Ermächtigung bei Unterversorgung erbracht werden, vergleichsweise gering sind.

<sup>239</sup> Nicht befragt wurden die Krankenhäuser z. B. nach Fällen in psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs), da hier kein Zusammenhang zum G-DRG-System herzustellen ist. Auch Leistungen im Rahmen von persönlichen Ermächtigungen oder Leistungen von MVZ in Krankenhausträgerschaft wurden nicht in die Analyse einbezogen.

- Ambulantes Operieren auf der Grundlage des Kataloges ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe (§ 115b SGB V (aF))
- Ambulante Behandlung der im Katalog genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, zu der zugelassene Krankenhäuser berechtigt sind, wenn und soweit sie im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden sind (§ 116b Abs. 2 ff. SGB V (aF))
- Hochschulambulanz (Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken) zur ambulanten ärztlichen Behandlung (§ 117 SGB V)
- Sozialpädiatrisches Zentrum zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können (§ 119 SGB V)<sup>240</sup>
- Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser, die an der Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137g SGB V teilnehmen (DMP) (§ 116b Abs. 1 (aF) i. V. m. § 137g SGB V)
- Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung (§ 140b SGB V (aF)).

84% der befragten Krankenhäuser geben an, im Zeitraum 2008 bis 2010 Patienten ambulant im Rahmen einer vorstationären Behandlung ohne anschließenden stationären Aufenthalt gem. § 115a SGB V behandelt zu haben (vgl. Tabelle 123). Die Fallzahlen in diesem Leistungsbereich sind im Untersuchungszeitraum 2008 bis 2010 um jahresdurchschnittlich 6% angestiegen. Ein Anstieg der Fallzahlen um ebenfalls 6% p. a. ist auch im Bereich der ambulanten Operationen nach § 115b SGB V festzustellen, die von 83% der befragten Krankenhäuser durchgeführt werden.

In 14% der befragten Krankenhäuser wurde die ambulante Behandlung hochspezialisierter Leistungen, seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit be-

---

<sup>240</sup> Um die Anonymität der Befragung der Krankenhäuser zu gewährleisten, wurden die Fallzahlen bzw. die Vorhaltung von Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V) und Sozialpädiatrischen Zentren (§ 119 SGB V) zusammengefasst abgefragt.

sonderen Krankheitsverläufen gem. § 116b Abs. 2 ff. SGB V (aF) durchgeführt, wobei die Krankenhäuser in diesem Leistungsbereich zwischen 2008 und 2010 eine Fallzahlsteigerung von jahresdurchschnittlich 19% verzeichnen.

Die übrigen ambulanten Leistungsbereiche werden jeweils von weniger als 10% der befragten Krankenhäuser vorgehalten. Die höchsten Fallzahlen zeigen sich in den Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V und den Sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V, die jedoch im Zeitraum 2008 bis 2010 um jahresdurchschnittlich 0,7% leicht gesunken sind.

Tabelle 123: Ambulante Behandlung in Krankenhäusern (2008-2010)

Ambulante Behandlungsart	ambulante Behandlungsart vorgehalten		Fallzahlentwicklung
	Anteil KH	n	Δ 08-10 p. a.
§ 115a SGB V (vorstationär)	83,5%	279	6,1%
§ 115b SGB V (Ambulantes Operieren)	83,1%	295	6,1%
§ 116b SGB V (aF) (hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen etc.)	13,8%	247	19,0%
§ 117 SGB V (Hochschulambulanz) oder § 119 SGB V (Sozialpädiatrisches Zentrum)	8,1%	258	-0,7%
§ 116b Abs. 1 (aF) i. V. m. § 137g SGB V (aF) (Behandlung im Rahmen von DMP)	3,6%	247	- *
§ 140b SGB V (Ambulanz im Rahmen eines IV-Vertrages)	8,4%	251	-1,0%

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung

\* Aufgrund einer geringen Anzahl von Krankenhäusern, die Fallzahlangaben zu dieser Behandlungsart gemacht haben, kann ein Ausweis der Fallzahlentwicklung hier nicht valide erfolgen.

Bei Betrachtung der Krankenhäuser, für die Angaben zu den Jahren 2006 bis 2010 aus beiden Forschungszyklen vorliegen,<sup>241</sup> zeigt sich für vorstationäre Behandlung ohne anschließenden stationären Aufenthalt nach § 115a SGB V und im Bereich des Ambulanten Operierens, wie auch bei den Krankenhäusern mit Angaben zum 3. Forschungszyklus, eine Fallzahlsteigerung. Diese liegt für den Zeitraum 2006 bis 2010 im Bereich der vorstationären Behandlung ohne anschließenden stationären Aufenthalt bei 10,3% p. a. und bei ambulanten Operationen jahresdurchschnittlich bei 7,6% (vgl. Tabelle 124). Ein sehr deutlicher Fallzahlzuwachs mit 81% p. a. zeigt sich im Bereich der ambulanten Behandlung nach § 116b Abs. 2 ff. SGB V (aF). Dieser starke Anstieg beruht nicht nur auf dem mehrheitlich angegebenen Zuwachs der Fallzahl bei den jeweiligen Krankenhäusern, sondern vielmehr auf einer steigenden Anzahl

<sup>241</sup> Fragen zu ambulanten Leistungen der Krankenhäuser und den Leistungen der Notfallversorgung wurden erst im zweiten Forschungszyklus in die Befragung der Krankenhäuser integriert, sodass Angaben lediglich für den Zeitraum 2006 bis 2010 vorliegen.

von Krankenhäusern, die Behandlungen in diesem Leistungsbereich durchführen.<sup>242</sup>

Tabelle 124: Ambulante Behandlung in Krankenhäusern (2006-2010)

Ambulante Behandlungsart	ambulante Behandlungsart vorgehalten		Fallzahlentwicklung
	Anteil KH	n	Δ 06-10 p. a.
§ 115a SGB V (vorstationär)	90,8%	163	10,3%
§ 115b SGB V (Ambulantes Operieren)	86,9%	183	7,6%
§ 116b SGB V (aF) (hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen etc.)	14,5%	145	80,5% *
§ 117 SGB V (Hochschulambulanz) oder § 119 SGB V (Sozialpädiatrisches Zentrum)	8,2%	146	- **
§ 116b Abs. 1 (aF) i. V. m. § 137g SGB V (aF) (Behandlung im Rahmen von DMP)	5,1%	137	- **
§ 140b SGB V (Ambulanz im Rahmen eines IV-Vertrages)	10,8%	139	- **

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung

Bei der Auswertung wurden alle Krankenhäuser berücksichtigt, die die jeweilige Behandlungsart in mindestens einem der betrachteten Jahre vorgehalten haben.

\* bei der Fallzahlentwicklung in diesem Leistungsbereich müssen auch die im Zeitraum 2006 bis 2010 geänderten rechtlichen Rahmenbedingungen berücksichtigt werden (s. oben).

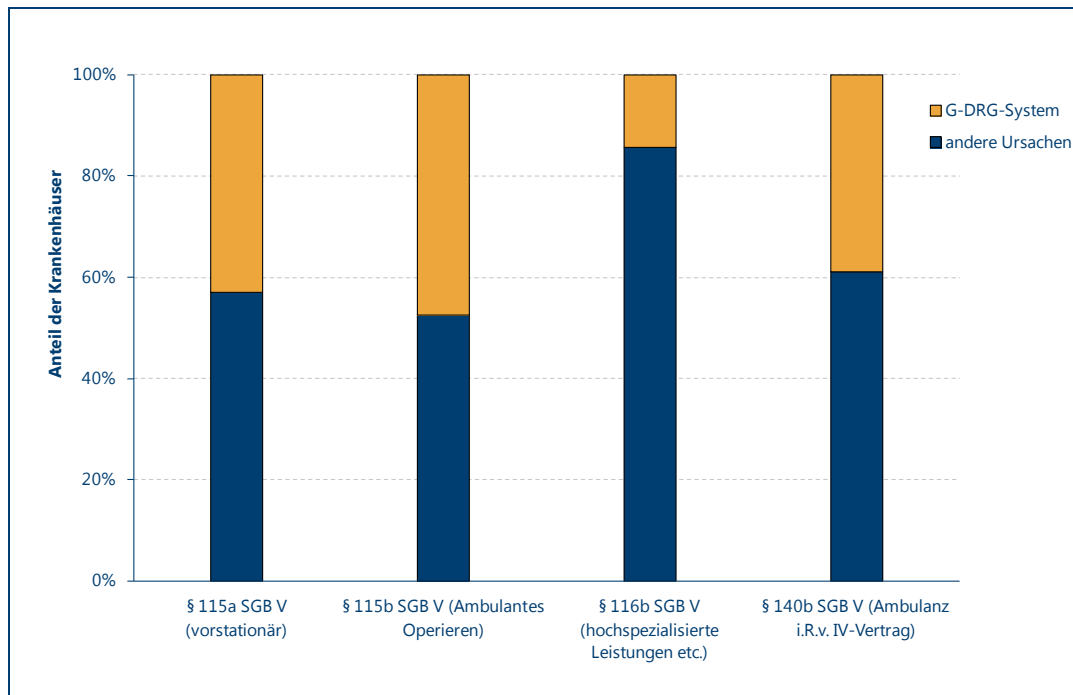
\*\* Aufgrund einer geringen Anzahl von Krankenhäusern, die Fallzahlangaben zu dieser Behandlungsart gemacht haben, kann eine Darstellung der Fallzahlentwicklung hier nicht valide erfolgen.

Die Fallzahlentwicklung im Bereich der ambulanten Operationen gem. § 115b SGB V und bei vorstationärer Behandlung ohne anschließenden stationären Aufenthalt nach § 115a SGB V sehen 48% bzw. 43% der befragten Krankenhäuser das G-DRG-System als maßgebliche Ursache für die Fallzahlentwicklung (vgl. Abbildung 123). Für die Fallzahlentwicklung bei ambulanter Behandlung im Rahmen eines IV-Vertrages gem. § 140b SGB V betrachten 39% der befragten Krankenhäuser das G-DRG-System als maßgebliche Ursache, bei der ambulanten Behandlung hochspezialisierter Leistungen, seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen gem. § 116b Abs. 2 ff. SGB V (aF) liegt dieser Anteil lediglich bei 14,3%. Wie im zweiten Forschungszyklus, bei dem die maßgeblichen Ursachen für die Fallzahlentwicklung ambulanter Leistungen im Zeitraum 2006 bis 2008 betrachtet

<sup>242</sup> Die Möglichkeit für Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung gem. § 116b SGB V bestand bereits seit dem Jahr 2004. Da „im Rahmen des vorherigen wettbewerblichen Ansatzes bei diesen Leistungen die Möglichkeit zur Ergänzung der vertragsärztlichen Versorgung von den Krankenkassen kaum genutzt wurde“ (Orlowski et al. 2008), wurde mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26. März 2007 ein Zulassungsverfahren durch die Länder für diese Behandlungsart eingeführt (vgl. dazu auch Abschnitt 5.5.2.2).

wurden, werden auch für den Zeitraum 2008 bis 2010 überwiegend andere Ursachen für die Fallzahlentwicklung gesehen.<sup>243</sup>

Abbildung 123: Maßgebliche Ursache für die Fallzahlentwicklung ambulanter Leistungen im Krankenhaus (im Zeitraum 2008-2010)



Quelle: IGES; Krankenhausbefragung

Aufgrund einer zu geringen Anzahl von Krankenhäusern, die Angaben zu Ursachen für die Fallzahlentwicklung der weiteren Behandlungsarten gemacht haben, kann für solche keine Darstellung erfolgen.

#### 4.7.2.2 Notfallaufnahme

Die Krankenhäuser nehmen mehrheitlich mit einer eigenen Notfallaufnahme und nicht nur durch eine generelle Notfallbereitschaft an der Notfallversorgung teil. Bei den Krankenhäusern, für die Angaben aus dem zweiten und dritten Forschungszyklus zu den Jahren 2006 bis 2010 vorliegen, zeigt sich ein

<sup>243</sup> Auch im zweiten Forschungszyklus begründeten die befragten Krankenhäuser die Fallzahlentwicklung bei Ambulantes Operieren nach § 115b SGB V und vorstationärer Behandlung ohne anschließenden stationären Aufenthalt gem. § 115a SGB V zu 48% bzw. zu 43% mit dem G-DRG-System. Für die Fallzahlentwicklung bei ambulanter Behandlung im Rahmen eines IV-Vertrages gem. § 140b SGB V sahen mit 33% jedoch weniger Krankenhäuser das G-DRG-System als Ursache an.

stabiler Anteil der Krankenhäuser mit eigener Notaufnahme von 83% bis 84% (Tabelle 125). Die Anzahl der in den Notfallaufnahmen behandelten Fälle ist in diesem Zeitraum hingegen um jahresdurchschnittlich 4,1% gestiegen. 50% der Krankenhäuser, die im gesamten Untersuchungszeitraum 2006 bis 2010 eine eigene Notfallaufnahme vorgehalten haben, berichten von einer kontinuierlichen Steigerung der Fallzahlen (n=136 Krankenhäuser).<sup>244,245</sup>

Tabelle 125: Notfallversorgung durch Krankenhäuser (2006-2010)

Krankenhäuser mit eigener Notfallaufnahme	2006	2008	2010	Veränderung p. a. 06-10
Anteil Krankenhäuser	84,3%	82,5%	83,1%	-
Fallzahl (in Tsd.)	1.246	1.354	1.463	4,1%

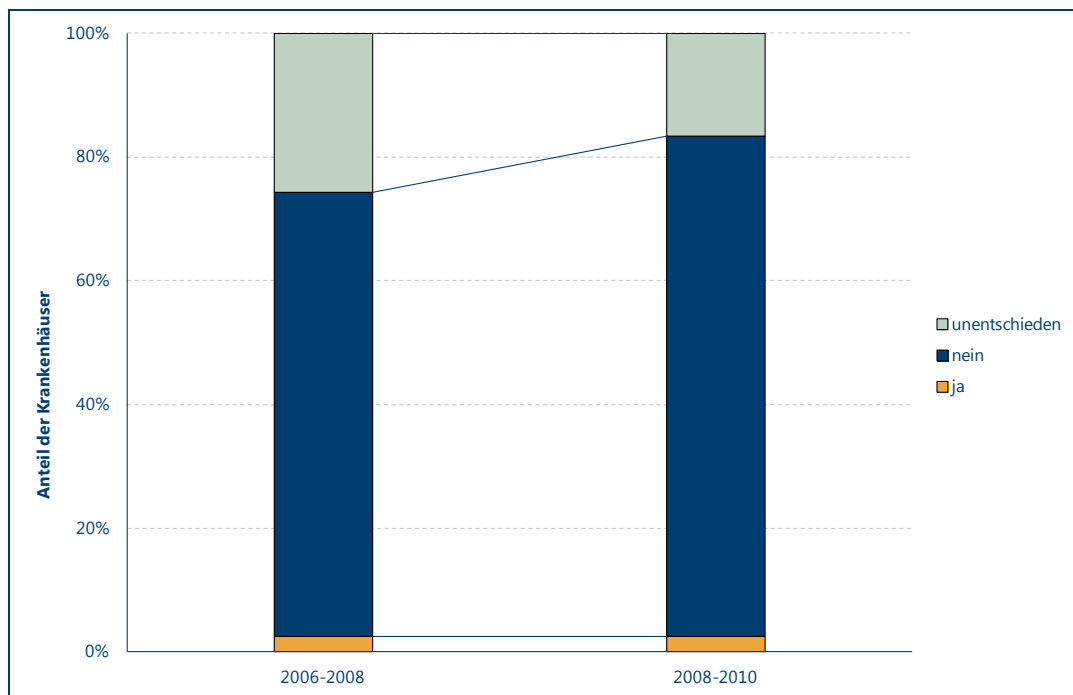
Quelle: IGES; Krankenhausbefragung; (n=136 Krankenhäuser)

Das G-DRG-System sehen im Zeitverlauf stabil nur 3% der Krankenhäuser als ausschlaggebend für die Fallzahlentwicklung ihrer Notfallaufnahme an (vgl. Abbildung 124). Der überwiegende Anteil der Krankenhäuser (72% im Zeitraum 2006 bis 2008 bzw. 81% im Zeitraum 2008 bis 2010) hingegen gibt an, dass es nicht ausschlaggebend für die Entwicklungen in den Notfallaufnahmen war.

<sup>244</sup> Bei Betrachtung der Krankenhäuser mit Angaben ausschließlich aus dem dritten Forschungszyklus liegt der Anteil der Krankenhäuser mit einer eigenen Notfallaufnahme stabil bei 79% (n=274). Die im Vergleich leichte Abweichung beim Anteil der Krankenhäuser mit einer eigenen Notaufnahme zum Zeitraum 2006 bis 2010 ist durch die geringfügigen Strukturunterschiede zwischen den jeweils betrachteten Krankenhäusern zu erklären. Der im Zeitverlauf stabile Anteil zeigt sich jedoch auch bei alleiniger Betrachtung der Angaben für den Zeitraum 2008 bis 2010.

<sup>245</sup> Die Anzahl der Fälle in den Notfallaufnahmen ist im Zeitraum 2008 bis 2010 um 3,6% p. a. angestiegen, wobei 69% der Krankenhäuser von einem Anstieg der Fallzahlen in ihren Notfallaufnahmen berichten.

Abbildung 124: G-DRG-System als Ursache für die Fallzahlentwicklung in der Notfallaufnahme (2006-2008;2008-2010)



Quelle: IGES; Krankenhausbefragung; (n=78 Krankenhäuser)

Als Gründe für die Fallzahlsteigerung in ihren Notfallaufnahmen nennen die Krankenhäuser vielfach Maßnahmen zur Neustrukturierung ihrer Notfallaufnahmen. Diese beziehen sich sowohl auf ablauforganisatorische Restrukturierungen als auch auf räumliche Anpassungen wie etwa den Umbau oder die Erweiterungen der Kapazitäten in den Notfallaufnahmen (vgl. Tabelle 126). Daneben werden auch die Ausgestaltung der Kassenärztlichen Notfallversorgung sowie regionale Neustrukturierungen der ambulanten Notfallversorgung oder die längeren Wartezeiten bzw. die patientenunfreundlicheren Öffnungszeiten im KV-Bereich häufig als Gründe für die Zunahme der in den Notfallaufnahmen der Krankenhäuser behandelten Fälle angeführt.

Die im dritten Forschungszyklus benannten Gründe unterscheiden sich nur geringfügig von den Gründen für die Fallzahlsteigerung in der Notfallaufnahme im Zeitraum 2006 bis 2008, die die Krankenhäuser im 2. Forschungszyklus angegeben haben.

Tabelle 126: Gründe für Fallzahlsteigerung in der Notfallaufnahme (2008-2010)

Grund für Fallzahlsteigerung in der Notfallaufnahme	Anteil (Nennungen)	Beispiele
Neustrukturierung der Notfallaufnahme des Krankenhauses	35,1%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufbau einer gemeinschaftlich betriebenen Notfallaufnahme mit einem anderen Krankenhaus</li> <li>• Umbau/Erweiterung der Notfallaufnahme</li> <li>• Reorganisationsmaßnahmen</li> </ul>
Kassenärztliche Notfallversorgung	21,3%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veränderungen der Strukturen und Kapazitäten im KV-Bereich</li> <li>• fehlende Ressourcen im haus- und fachärztlichen Bereich</li> <li>• Verlagerung aufwändiger Diagnostik aus dem niedergelassenen Bereich</li> </ul>
regionale Neustrukturierung der Notfallversorgung	18,1%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umstrukturierung in der Notfallversorgung der Region</li> <li>• Veränderungen der umgebenden Krankenhauslandschaft</li> </ul>
Wartezeiten/Öffnungszeiten im KV-Bereich	8,5%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lange Terminwartezeiten im niedergelassenen Bereich</li> <li>• Reduzierung der Sprechzeiten im ambulanten Bereich</li> </ul>
Profil des Krankenhauses	5,3%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reputation von Ärzten und Klinik</li> <li>• hohe Versorgungsqualität</li> <li>• Facharztverfügbarkeit</li> </ul>

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=67 Krankenhäuser, bis zu 3 Nennungen möglich, 94 Nennungen)

Auch für Reduzierungen der Fallzahlen in den Notfallaufnahmen führen die Krankenhäuser als zentralen Grund häufig die regionale Neustrukturierung der Notfallversorgung an, die beispielsweise durch die Einrichtung eines MVZ am Krankenhaus oder den Aufbau von KV-Notfallpraxen in der Region (n=15 Krankenhäuser) umgesetzt wird.

#### 4.7.2.3 Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Der erste zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbarte Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V - Ambulantes Operieren im Krankenhaus - wurde bereits zum 01.04.1993 geschlossen und sollte dazu dienen, einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen, einschließlich der notwendigen Anästhesien, im niedergelassenen Be-



reich und im Krankenhaus zu schaffen und die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern zu fördern.<sup>246</sup>

Aus dem Vertrag und dem diesem Vertrag beigefügten Katalog ambulant durchführbarer Operationen war explizit nicht die Verpflichtung herzuleiten, dass die darin aufgeführten Eingriffe ausschließlich ambulant zu erbringen waren (Spitzenverbände der Krankenkassen (GKV) et al. 1993). Der Katalog und regelungsbedürftige Tatbestände unterlagen mehrfachen Anpassungen, bevor es ab 2004 zur Vereinbarung eines neuen Vertrags nach § 115b Abs. 1 SGB V kam. Zusammen mit dem in den Anlagen zum Vertrag vereinbarten Katalog ambulanter Operationen und stationärsersetzender Eingriffe wurde u. a. erstmalig ausgewiesen, welche Eingriffe in der Regel ambulant zu erbringen sind. In einer Anlage wurde auch geregelt, welche allgemeinen Tatbestände eine stationäre Durchführung von in der Regel ambulant durchzuführenden Leistungen erforderlich machen können.

Im Zeitraum 2003 bis 2010 hat sich die Anzahl der ambulanten Operationen im Krankenhaus nach § 115b SGB V<sup>247</sup> von 721 Tsd. auf 1.853 Tsd. deutlich erhöht (vgl. Abbildung 125). Dies entspricht einem jahresdurchschnittlichen Anstieg um 14,4%. Nach dem sprunghaften Anstieg der Anzahl ambulanter Operationen im Krankenhaus um 420 Tsd. Fälle im Jahr 2004 schwächte sich die Zunahme der Fallzahl von Jahr zu Jahr leicht ab. Nachdem die Steigerungsrate im Kern der Konvergenzphase (2006 bis 2008) bei 7,9% p. a. (+248 Tsd. Fälle) lag, zeigt sich am Ende der Konvergenzphase (2008 bis 2010) eine deutlich geringere Zunahme der Fallzahl um 2,8% p. a. (+98 Tsd. Fälle).

Auch die Relation der ambulanten Operationen im Krankenhaus nach § 115b SGB V zur Anzahl der vollstationär behandelten Fälle ist seit 2002 kontinuierlich von 0,034 auf 0,106 im Jahr 2010 angestiegen, der Anstieg hat sich jedoch insbesondere am Ende der Konvergenzphase deutlich abgeschwächt.

Die Anzahl der Krankenhäuser, die sich am Ambulanten Operieren nach § 115b SGB V beteiligen, d. h. mindestens eine ambulante Operation pro Jahr durchgeführt haben, ist hingegen am Ende der Konvergenzphase leicht rückläufig, nachdem sie bis zum Jahr 2006 deutlich angestiegen war und in der

---

<sup>246</sup> Die Vergütung der von den Krankenhäusern im Bereich des Ambulanten Operierens erbrachten Leistungen erfolgt außerhalb der stationären Budgets und außerhalb der vertragsärztlichen Gesamtvergütung.

<sup>247</sup> In der hier verwendeten Statistik sind ambulante Operationen, die von Belegärzten, Vertragsärzten oder ermächtigten Ärzten im Krankenhaus durchgeführt wurden, nicht berücksichtigt.

Kernphase der Konvergenz nahezu stabil blieb. Entsprechend hat sich der Anteil der Krankenhäuser, in denen ambulante Operationen nach § 115b SGB V durchgeführt werden, an allen Krankenhäusern in diesem Zeitraum leicht von 72,9% auf 71,7% verringert.

Abbildung 125: Anzahl ambulanter Operationen im Krankenhaus nach § 115b SGB V, Anzahl Krankenhäuser mit ambulanten Operationen, Relation ambulante Operationen zur stationären Fallzahl (2002-2010)

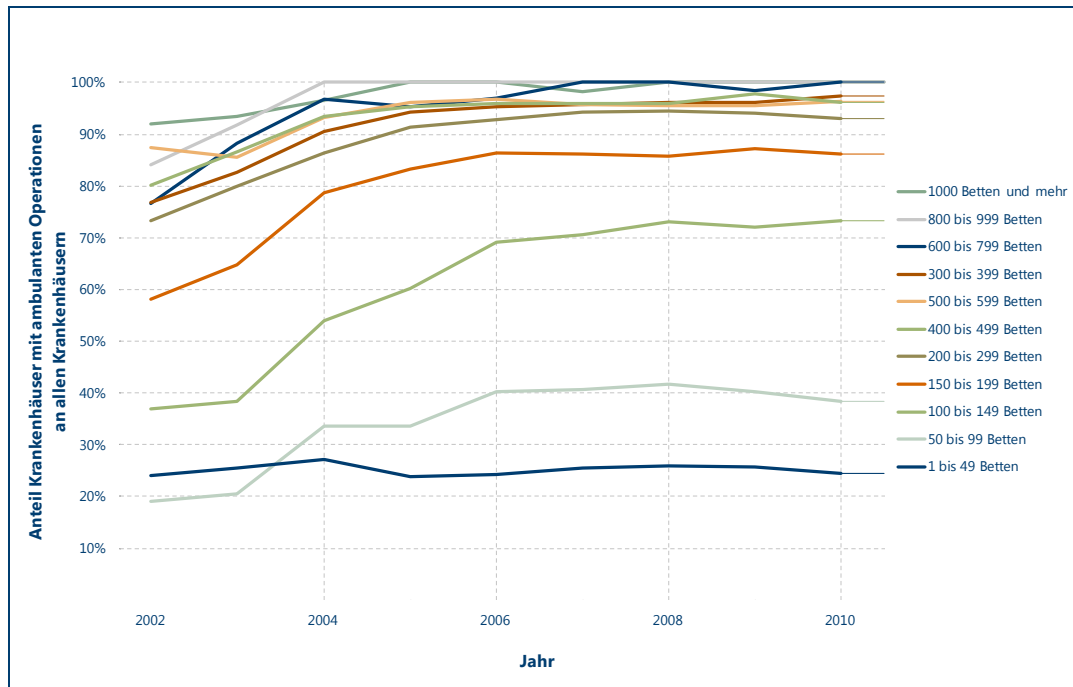


Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Vgl. Abschnitt 3.2.4.1 zur eingeschränkten Vergleichbarkeit der Fallzahl im Jahr 2005.

Differenziert nach der Bettengrößenklasse der Krankenhäuser zeigt sich, dass der Anteil der Krankenhäuser, die sich am Ambulanten Operieren nach § 115b SGB V beteiligen, am Ende der Konvergenzphase in allen Bettengrößenklassen weitgehend unverändert bleibt (vgl. Abbildung 126). Lediglich bei Krankenhäusern mit 50 bis 99 Betten zeigt sich mit 3,3 Prozentpunkten ein relevanter Rückgang. Der Anteil der Krankenhäuser, in denen ambulante Operationen nach § 115b SGB V durchgeführt werden, nimmt mit steigender Bettengrößenklasse zu und liegt im Jahr 2010 bei Krankenhäusern mit mehr als 600 Betten bei 100%.

Abbildung 126: Anteil der Krankenhäuser mit ambulanten Operationen nach § 115b SGB V an allen Krankenhäusern nach Bettengrößenklasse (2002-2010)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Die Anzahl der im Krankenhaus durchgeführten Operationen nach § 115b SGB V hat sich am Ende der Konvergenzphase, differenziert nach Bettengrößenklasse der Krankenhäuser, unterschiedlich entwickelt (vgl. Tabelle 127). Während in der Kernphase der Konvergenz in allen Bettengrößenklassen eine zunehmende Anzahl ambulanter Operationen nach § 115b SGB V zu verzeichnen war, zeigt sich für den Zeitraum 2008 bis 2010 insbesondere für Krankenhäuser mit weniger als 300 Betten ein Rückgang der Anzahl ambulanter Operationen nach § 115b SGB V (eine Ausnahme hiervon stellt der sehr deutliche Anstieg in Höhe von 14,6% p. a. bei Krankenhäusern mit weniger als 50 Betten dar).

Betrachtet man den gesamten Zeitraum seit Einführung des G-DRG-Systems, zeigt sich eine starke Zunahme in allen Bettengrößenklassen, deren Schwerpunkt in der Einführungsphase des G-DRG-Systems lag (2003 bis 2006).

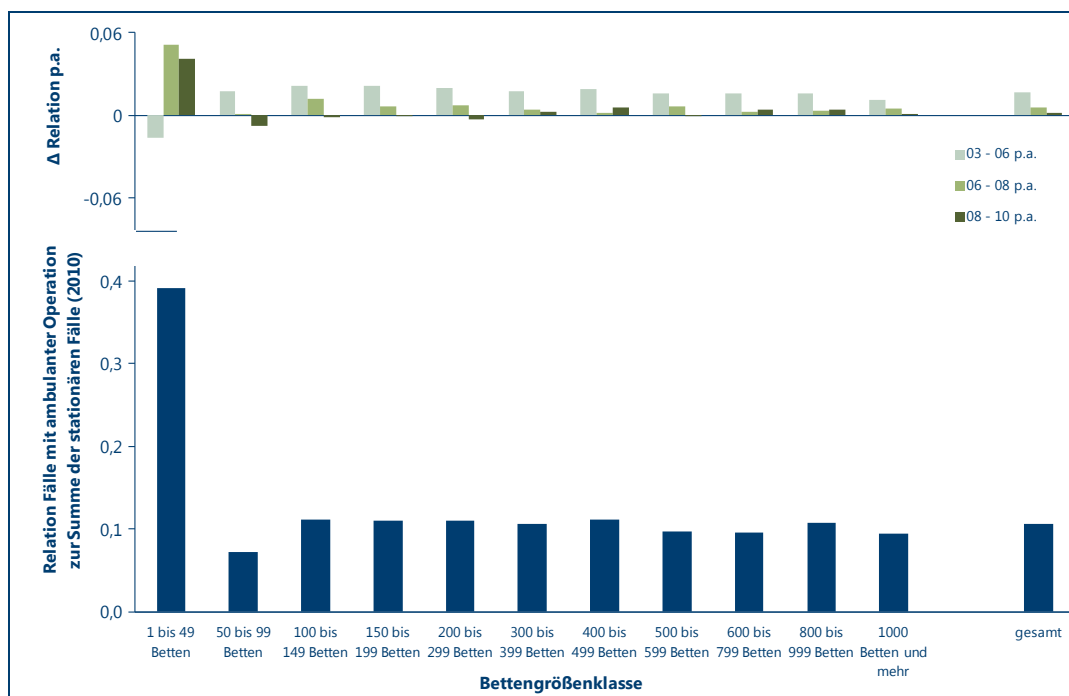
Tabelle 127: Anzahl ambulanter Operationen im Krankenhaus nach § 115b SGB V nach Bettengrößenklasse (2002-2010)

Bettengrößenklasse	Ambulante Operationen in 1.000					Veränderung p. a.				
						vor G-DRG	seit G-DRG-Einführung			
	2002	2003	2006	2008	2010	02-03	03-10	03-06	06-08	08-10
1 bis 49 Betten	45	53	38	60	79	17,9%	6,0%	-10,5%	26,5%	14,6%
50 bis 99 Betten	14	17	42	45	39	20,3%	12,8%	36,3%	3,2%	-7,3%
100 bis 149 Betten	17	22	92	121	109	33,9%	25,3%	60,1%	14,9%	-5,2%
150 bis 199 Betten	31	47	116	122	130	51,4%	15,7%	35,0%	2,7%	3,2%
200 bis 299 Betten	75	107	246	293	268	42,7%	14,0%	31,9%	9,1%	-4,4%
300 bis 399 Betten	75	101	200	229	251	34,6%	13,9%	25,6%	6,9%	4,7%
400 bis 499 Betten	57	68	173	195	243	19,1%	20,0%	36,7%	6,1%	11,5%
500 bis 599 Betten	51	70	153	178	167	37,5%	13,2%	29,7%	7,8%	-3,1%
600 bis 799 Betten	43	55	127	143	162	27,4%	16,8%	32,2%	6,3%	6,5%
800 bis 999 Betten	25	31	90	100	111	25,6%	19,9%	42,4%	5,2%	5,6%
1000 Betten und mehr	143	150	230	269	294	4,7%	10,1%	15,4%	8,1%	4,6%
<b>gesamt</b>	<b>575</b>	<b>721</b>	<b>1.507</b>	<b>1.755</b>	<b>1.853</b>	<b>25,3%</b>	<b>14,4%</b>	<b>27,9%</b>	<b>7,9%</b>	<b>2,8%</b>

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Relation der Fälle mit ambulanten Operationen nach § 115b SGB V zur Summe der stationären Fälle (vgl. Abbildung 127). Dort zeigt sich ein leichter Rückgang am Ende der Konvergenzphase insbesondere bei Krankenhäusern mit 50 bis 299 Betten. Bei Krankenhäusern bis zu 49 Betten hat sich die Relation in diesem Zeitraum hingegen von 0,31 auf 0,39 deutlich, jedoch leicht geringer als in der Kernphase der Konvergenz erhöht. Die Relation der Fälle mit ambulanten Operationen nach § 115b SGB V zur Summe der stationären Fälle liegt zudem in diesen Krankenhäusern sehr deutlich über dem Durchschnitt aller Krankenhäuser in Höhe von 0,106.

Abbildung 127: Relation Fälle mit ambulanter Operation nach § 115b SGB V zur Summe der stationären Fälle nach Bettengrößenklasse (2003-2010)

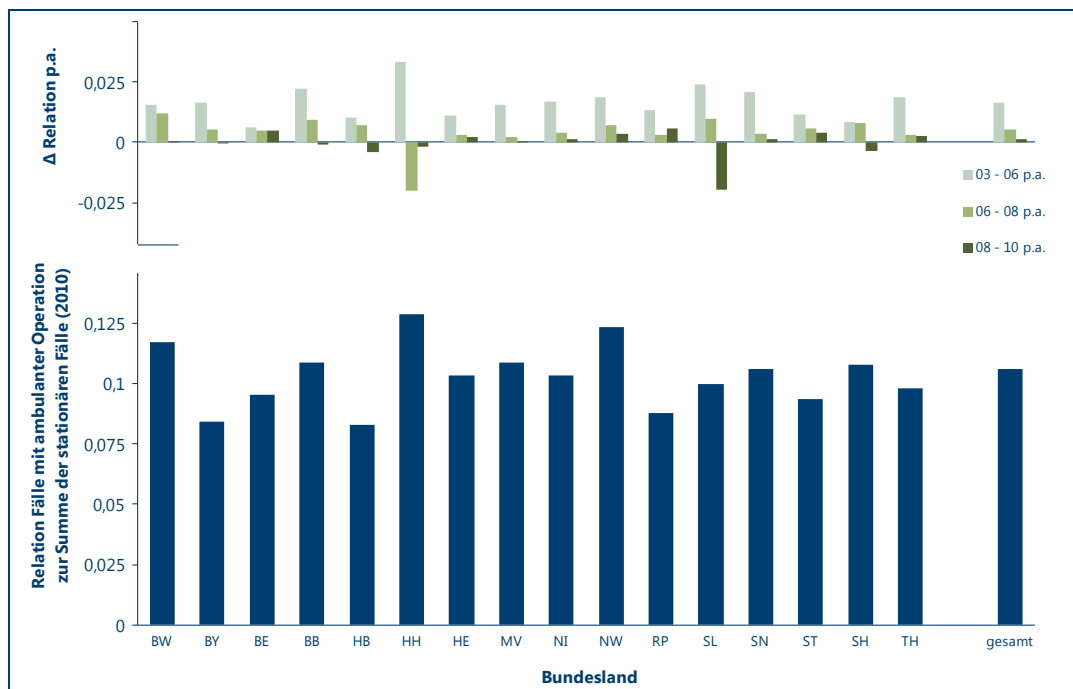


Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Bei Betrachtung der Relation der Fälle mit ambulanten Operationen nach § 115b SGB V zur Summe der stationären Fälle nach Bundesländern zeigt sich am Ende der Konvergenzphase eine im Vergleich zum Kern der Konvergenzphase abweichende Entwicklung (Abbildung 128). Während sich im Zeitraum 2006 bis 2008 die Relation in allen Bundesländern bis auf Hamburg erhöhte, zeigt sich im Zeitraum 2008 bis 2010 in 6 Bundesländern eine sinkende Relation. In den übrigen Bundesländern hat sich die Relation erhöht, am deutlichsten in Rheinland-Pfalz.

Insgesamt haben sich die recht unterschiedlichen Niveaus der Relation der Fälle mit ambulanten Operationen nach § 115b SGB V zur Summe der stationären Fälle in den Bundesländern seit dem Jahr 2002 kontinuierlich einander angenähert. Der Variationskoeffizient ist hierbei von 37% im Jahr 2002 auf 13% im Jahr 2010 gesunken.

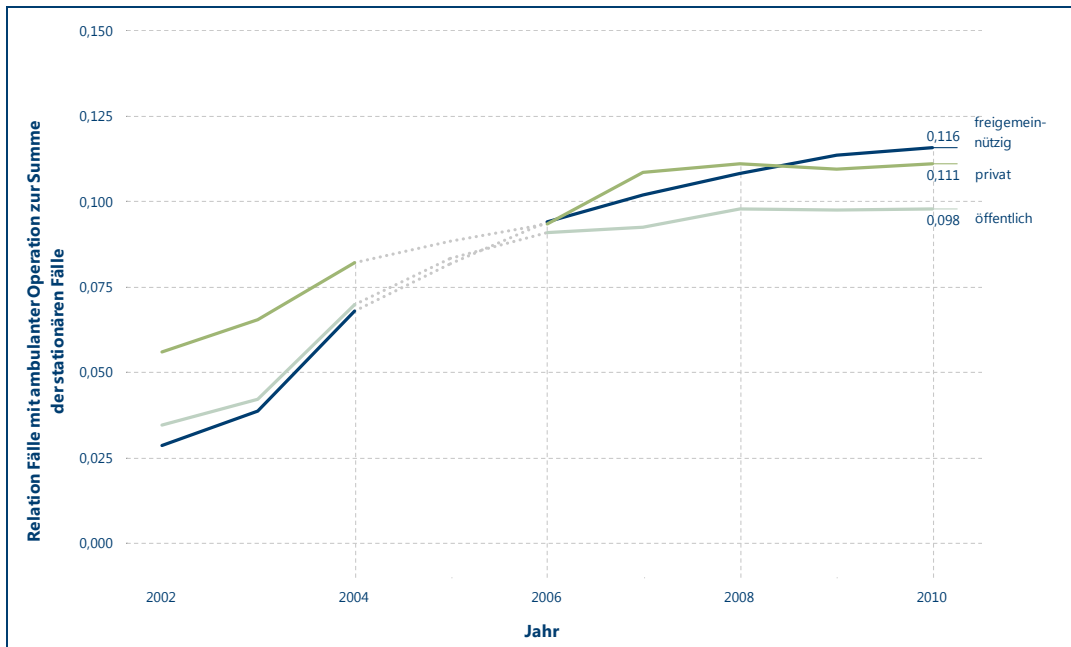
Abbildung 128: Relation Fälle mit ambulanter Operation nach § 115b SGB V zur Summe der stationären Fälle nach Bundesland (2003-2010)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Differenziert nach der Trägerschaft der Krankenhäuser ergibt sich für Krankenhäuser in öffentlicher und privater Trägerschaft eine im Zeitraum 2008 bis 2010 stabile Relation der Fälle mit ambulanten Operationen nach § 115b SGB V zur Summe der stationären Fälle (vgl. Abbildung 129). Bei Krankenhäusern in freigemeinnütziger Trägerschaft zeigt sich in diesem Zeitraum hingegen weiterhin eine leicht steigende Relation. Während die Relation Fälle mit ambulanten Operationen nach § 115b SGB V zur Summe der stationären Fälle in diesen Krankenhäusern im Vergleich zu Krankenhäusern anderer Trägerschaftsformen bis zum Jahr 2005 auf dem niedrigsten Niveau lag, hat sie sich bis zum Jahr 2010 insgesamt am stärksten erhöht und liegt seit dem Jahr 2009 auf dem höchsten Niveau (0,12 im Jahr 2010).

Abbildung 129: Relation Fälle mit ambulanter Operation nach § 115b SGB V zur Summe der stationären Fälle nach Krankenträgerschaft (2002-2010)

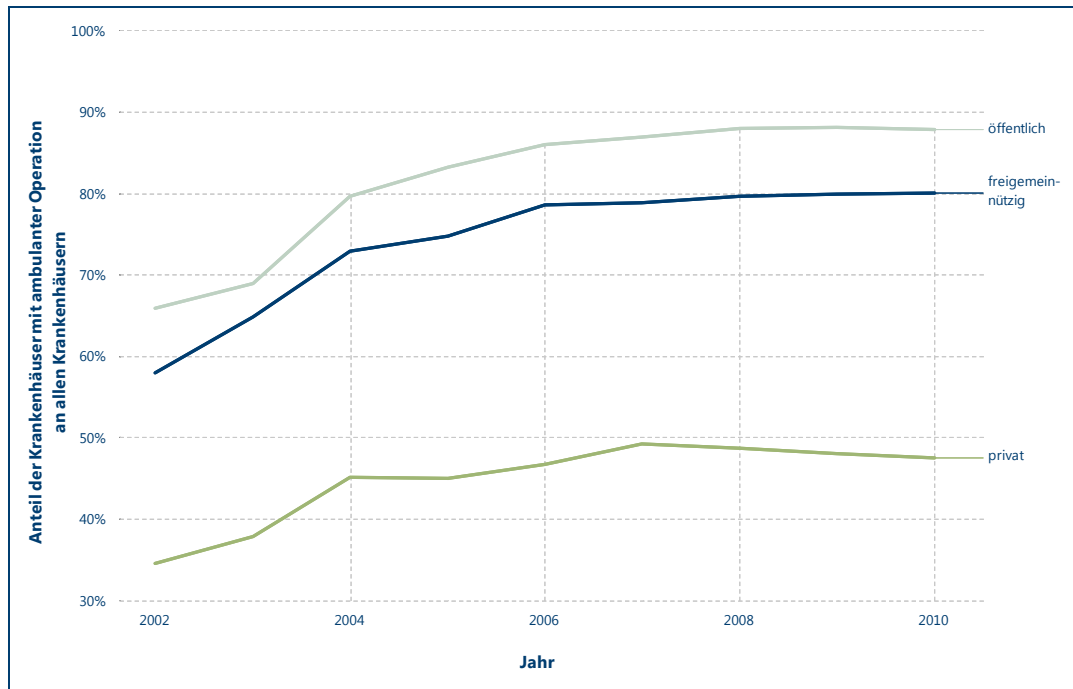


Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Vgl. Abschnitt 3.2.4.1 zur eingeschränkten Vergleichbarkeit der Fallzahl im Jahr 2005.

Der Anteil der Krankenhäuser in privater Trägerschaft, die sich am Ambulanten Operieren beteiligen, liegt mit 47% im Jahr 2010 deutlich unter dem entsprechenden Anteil der anderen Trägerschaftsformen und ist im Zeitraum 2008 bis 2010 sogar leicht gesunken (vgl. Abbildung 130). Dieser Anteil ist bei Krankenhäusern in öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft im Zeitraum 2008 bis 2010 nahezu konstant geblieben. Verglichen mit dem Jahr 2002 hat sich der Anteil der Krankenhäuser, die ambulante Operationen nach § 115b SGB V durchführen, bei allen Trägerschaften deutlich erhöht und liegt auch im Jahr 2010 bei Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft auf dem höchsten Niveau.

Abbildung 130: Anteil der Krankenhäuser mit ambulanten Operationen nach § 115b SGB V an allen Krankenhäusern nach Krankenhausträgerschaft (2002-2010)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

### 4.7.3 Häusliche Krankenpflege

Zur Untersuchung, ob die Einführung des G-DRG-Systems Leistungsverlagerungen aus der stationären Krankenhausversorgung in den Bereich der Häuslichen Krankenpflege verursacht hat, wird die Entwicklung der Ausgaben der GKV im Leistungsbereich der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V betrachtet.<sup>248</sup> Die Leistungsausgaben werden im Folgenden unterschieden nach Ausgaben im Rahmen der Regelleistung und der Ermessensleistungen.

Regelleistung erhalten Versicherte nach § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V für einen Zeitraum von bis zu 4 Wochen, wenn eine Krankenhausbehandlung geboten,

<sup>248</sup> Ambulante Leistungen aus dem Leistungsbereich der Sozialen Pflegeversicherung werden ebenso wie Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V, die zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung, d. h. zur „Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung der Krankheit“ (Orlowski et al. 2008) erforderlich sind (Behandlungssicherungspflege), nicht in die Betrachtung miteinbezogen.



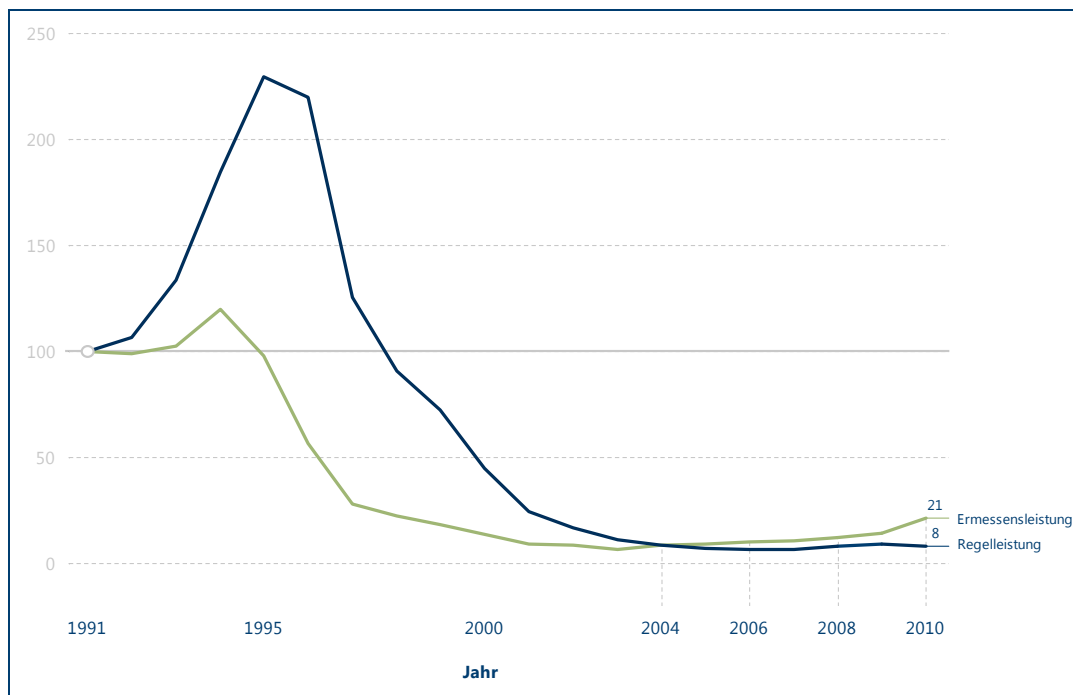
aber nicht ausführbar ist. Eine Krankenhausbehandlung kann als nicht ausführbar gelten, wenn etwa der Versicherte nicht transportfähig ist, eine stationäre Behandlung für ihn unzumutbar wäre oder aber aufgrund fehlender stationärer Kapazitäten (z. B. Bettenmangel, Fehlen einer geeigneten Einrichtung) (vgl. Orłowski et al. 2008). Darüber hinaus wird Häusliche Krankenpflege als Regelleistung gewährt, wenn die sonst erforderliche stationäre Behandlung durch die Ergänzung der ambulanten ärztlichen Behandlung mit Maßnahmen der Häuslichen Krankenpflege ersetzt und die Krankenhausbehandlung somit vermieden oder verkürzt werden kann (vgl. Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, G-BA 2010). Im Rahmen dieser Krankenhausvermeidungspflege können – entsprechend den Erfordernissen im Einzelfall – Leistungen der Grundpflege (Grundverrichtungen des täglichen Lebens z. B. Körperpflege oder Hilfeleistung bei der Nahrungsaufnahme), der Behandlungspflege (medizinische Versorgung z. B. Verbandswechsel, Blutdruck- und Blutzuckerkontrolle) ebenso wie hauswirtschaftliche Versorgung (Haushaltsführung z. B. Einkaufen, Mahlzeitenzubereitung, Reinigung der Wohnung) erbracht werden.

Nach § 37 Abs. 1 S. 5 SGB V können Versicherte Häusliche Krankenpflege als Ermessensleistung erhalten, sofern der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) festgestellt hat, dass eine Verlängerung der Häuslichen Krankenpflege über die Zeit von 4 Wochen hinaus erforderlich ist und die Krankenkasse Leistungen für einen längeren Zeitraum bewilligt.

Bei der Betrachtung der Leistungsausgaben für Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V kann nicht nach der Leistungsvoraussetzung für die Häusliche Krankenpflege (Nichtausführbarkeit der Krankenhausbehandlung oder Verkürzung bzw. Vermeidung der Krankenhausbehandlung) differenziert werden. Eine Leistungsverlagerung vom stationären Sektor in den Bereich der Häuslichen Krankenpflege sollte sich jedoch überwiegend in steigenden Ausgaben für Häusliche Krankenpflege, die zur Verkürzung eines Krankenhausaufenthaltes erbracht wird, niederschlagen.

Abbildung 131 stellt den Verlauf der Leistungsausgaben über den Zeitraum 1991 bis 2010 dar. Dabei zeigt sich, dass die Leistungsausgaben für Häusliche Krankenpflege bis zur Einführung der Sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1995 kontinuierlich angestiegen und seitdem insgesamt stark gesunken sind. Seit dem Jahr 2006 ist jedoch wieder ein leichter Anstieg der Leistungsausgaben zu verzeichnen.

Abbildung 131: GKV-Ausgaben im Leistungsbereich Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V (1991-2010; 1991=100)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Bei alleiniger Betrachtung der Ausgaben für Regelleistungen zeigt sich, dass diese zwischen 1995 und 2006 kontinuierlich gesunken sind. Zwischen 2006 und 2008 lässt sich jedoch eine jahresdurchschnittliche Steigerung der Ausgaben von 12% feststellen. Im Jahr 2010 lagen die Ausgaben mit 9,1 Mio. € auf dem Niveau des Jahres 2008. Zwischen 2004 und 2010 lagen die Ausgaben für Regelleistungen somit zwischen 7 und 10 Mio. € und zeigen für den Zeitraum 2003-2010 eine jahresdurchschnittliche Verringerung von 5% p. a. (vgl. Tabelle 128). Die Leistungsausgaben gem. § 37 Abs. 1 SGB V sind insgesamt im Zeitraum 2003 bis 2010 um jahresdurchschnittlich 7% gestiegen. Dieser Anstieg ist ausschließlich auf die Steigerung bei den Ausgaben für Ermessensleistungen zurückzuführen, die sich zwischen 2003 und 2010 um jahresdurchschnittlich 18% erhöht haben, nachdem sie bis 2003 kontinuierlich gesunken waren. Besonders deutlich sind die Ausgaben für Ermessensleistungen zwischen 2008 und 2010 mit jahresdurchschnittlich 33% angestiegen und lagen im Jahr 2010 bei 21 Mio. €.

Tabelle 128 GKV-Ausgaben für Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V (1991-2010)

Häusliche Krankenpflege gem. § 37 Abs. 1 SGB V	Ausgaben der GKV (in Mio. €)					Veränderung p. a.				
						vor G-DRG	seit G-DRG-Einführung			
	1991	2003	2006	2008	2010	91-03	03-10	03-06	06-08	08-10
Regelleistung	113,9	12,7	7,3	9,1	9,1	-17%	-5%	-17%	12%	0%
Ermessensleistung	99,3	6,7	9,9	11,8	21,1	-20%	18%	14%	9%	33%
<b>gesamt</b>	<b>213,2</b>	<b>19,4</b>	<b>17,2</b>	<b>20,9</b>	<b>30,2</b>	<b>-18%</b>	<b>7%</b>	<b>-4%</b>	<b>10%</b>	<b>20%</b>

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

## 4.8 Qualität des stationären Leistungsgeschehens

Die Einführung eines fallpauschalierenden Vergütungssystems birgt grundsätzlich aufgrund veränderter Anreize für die Krankenhäuser die Gefahr der Verschlechterung der Qualität der Patientenversorgung. Im Folgenden werden daher Themenbereiche betrachtet, die direkt (externe vergleichende Qualitätssicherung der Krankenhäuser nach § 137 SGB V, Revisionsoperation) oder indirekt (Facharztquote, Etablierung Klinischer Pfade in Krankenhäusern, Institutionalisierung des Qualitätsmanagements) Hinweise auf Veränderungen der medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität der Krankenhäuser nach Einführung des G-DRG-Systems geben können. Zusätzlich wird anhand von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. Abschnitt 3.2.3) die poststationäre Mortalität untersucht.

### 4.8.1 Strukturqualität

Für die Betrachtung der Strukturqualität werden nachfolgend die Veränderung der Facharztquote und die Veränderung der Institutionalisierung Klinischer Pfade untersucht. Weitere wesentliche Aspekte der Veränderung der Strukturqualität, wie die Anzahl der Krankenhäuser, der aufgestellten Betten und der Anzahl der Fachabteilungen, die Personalvorhaltung und -inanspruchnahme oder die Ausstattung mit Medizinisch-technischen Großgeräten nach Art und Anzahl, wurden bereits in den Abschnitten 4.1 bis 4.3 betrachtet.

### 4.8.1.1 Facharztquote

Mögliche Auswirkungen des G-DRG-Systems auf die Entwicklung der Facharztquote werden anhand der folgenden, vom Statistischen Bundesamt ausgewiesenen Kennzahlen untersucht:<sup>249,250</sup>

- Anzahl der hauptamtlichen Ärzte
- Anzahl der hauptamtlichen Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
- Anzahl der hauptamtlichen Ärzte ohne bzw. in einer ersten Weiterbildung.

Neben dem möglichen Einfluss des G-DRG-Systems können insbesondere auch die nachfolgenden Einflussfaktoren Veränderungen des Indikators bewirkt haben:

- Die Beschäftigten erbringen auch Leistungen, die nicht in den Geltungsbereich des KHEntgG fallen (insbesondere BPfIV, ambulante Leistungen)
- Veränderungen in der Personalvorhaltung durch Umsetzung von Arbeitszeitrichtlinien
- Mit der Abschaffung des Arzt im Praktikum zum 1. Oktober 2004 (vgl. Art. 10 des Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung und anderer Gesetze vom 21. Juli 2004, BGBl. Teil I Nr. 38, S. 1776-1790) erfolgte eine Änderung des Ausweises in den Statistiken des Statistischen Bundesamtes ab dem Jahr 2004. Ärzte im Praktikum sind ab dem Jahr 2004 nicht mehr nachrichtlich aufgeführt, sondern entsprechend ihrem Weiterbildungsstatus (i. d. R. Ärzte ohne bzw. in einer ersten Weiterbildung) zugeordnet.

---

<sup>249</sup> Die Anzahl der hauptamtlichen Ärzte wird hierbei als Beschäftigtenzahl (Kopfzahl) und nicht in Vollkräften ausgewiesen. Daher ist bei der Interpretation dieser Kennzahlen zu beachten, dass Veränderungen der Facharztquote auch durch unterschiedliche Entwicklungen in der Art der Beschäftigungsverhältnisse zwischen hauptamtlichen Ärzten mit abgeschlossener Weiterbildung und hauptamtlichen Ärzten ohne bzw. in einer ersten Weiterbildung (Umwandlung von Vollzeitstellen in Teilzeitstellen und umgekehrt) begründet sein können.

<sup>250</sup> Im dritten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung werden bei den Auswertungen der Daten des Statistischen Bundesamtes ausschließlich die „Allgemeinen Krankenhäuser“ betrachtet. Die im ersten und zweiten Forschungszyklus betrachteten Kennzahlen enthielten hingegen i. d. R. auch die Angaben der „Sonstigen Krankenhäuser“ (vgl. dazu Abschnitt 3.2.4).

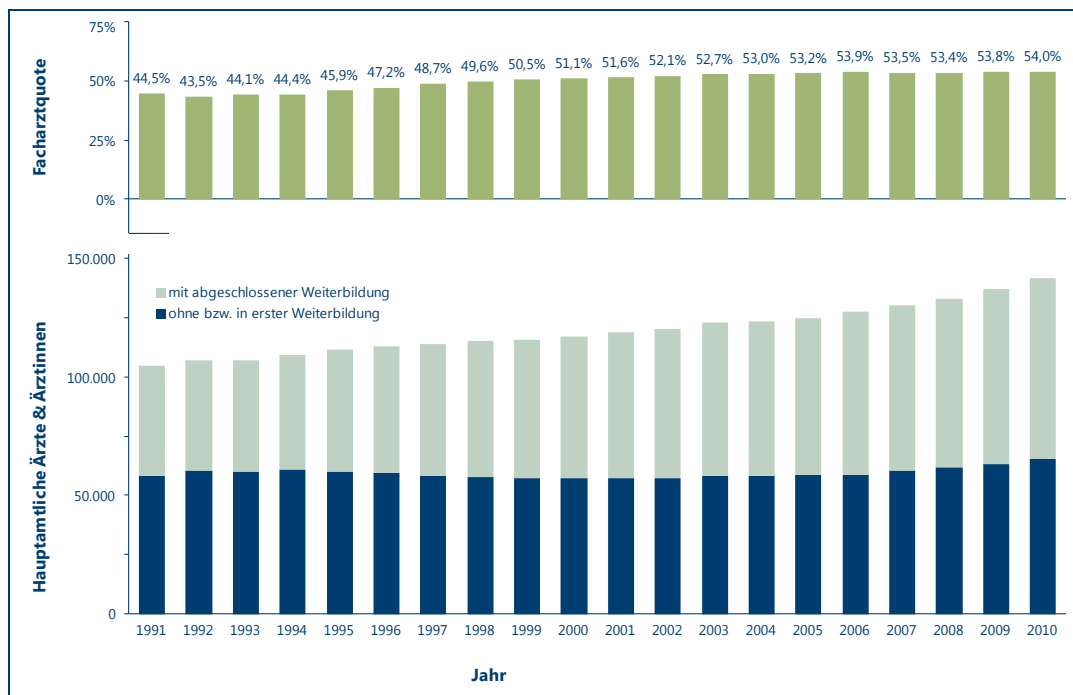
Die Facharztquote stellt den Anteil der hauptamtlichen Ärzte mit einer abgeschlossenen Weiterbildung an allen hauptamtlichen Ärzten dar. Aufgrund der Modifizierung des Ausweises der Ärzte im Praktikum (s. o.) wurden in den folgenden Analysen sämtliche Ärzte im Praktikum für die Jahre 1991 bis 2003 den hauptamtlichen Ärzten ohne bzw. in einer Weiterbildung zugeordnet.

Im Zeitraum 1991 bis 2010 hat sich die Facharztquote von 44,5% auf 54,0% deutlich erhöht (vgl. Abbildung 132). Die deutlichste Steigerung ergibt sich mit jahresdurchschnittlich 0,7 Prozentpunkten für den Zeitraum 1991 bis 2003. Während im Zeitraum 1991 bis 2003 die Anzahl der hauptamtlichen Ärzte von 105 Tsd. auf 123 Tsd. kontinuierlich gestiegen ist (+1,3% p. a.), liegt die Anzahl der Ärzte ohne bzw. in einer ersten Weiterbildung im Jahr 2010 nach einem leichten Anstieg bis zum Jahr 1994 und einem darauffolgenden Rückgang im Jahr 2003 wieder auf dem Ausgangsniveau des Jahres 1991 von 58 Tsd. Ärzten.

Im Zeitraum 2003 bis 2006 schwächte sich der Anstieg der Facharztquote auf 0,4 Prozentpunkte p. a. ab und für den Zeitraum 2006 bis 2008 zeigt sich ein leichter Rückgang um jahresdurchschnittlich 0,2 Prozentpunkte. Dieser Rückgang der Facharztquote wurde durch einen leicht überproportionalen Anstieg der Anzahl der Ärzte ohne bzw. in einer ersten Weiterbildung im Zeitraum 2006 bis 2008 verursacht.

Im Zeitraum 2008 bis 2010 stieg die Facharztquote hingegen von 53,4% auf 54,0% erneut leicht an.

Abbildung 132: Hauptamtlich beschäftigte Ärzte und Facharztquote in Krankenhäusern (1991-2010)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Eine weiter differenzierte Betrachtung der Facharztquote nach Geschlecht zeigt eine im Zeitraum 2004 bis 2010 nahezu stabile Facharztquote bei Frauen um 40% und eine von 61% auf 64% kontinuierlich gestiegene Facharztquote bei Männern. Der Anteil der Ärztinnen an Ärztinnen und Ärzten hat sich in diesem Zeitraum von 37% auf 43% deutlich erhöht, was sich sowohl in einer überproportional gestiegenen Anzahl von Ärztinnen ohne bzw. in erster Weiterbildung als auch in einem überdurchschnittlich starken Anstieg der Ärztinnen mit abgeschlossener Weiterbildung zeigt.

#### 4.8.1.2 Institutionalisierte Formen des Qualitätsmanagements

Für die Untersuchung möglicher Auswirkungen des G-DRG-Systems auf die Institutionalisierung von Qualitätsmanagement in den Krankenhäusern werden die Angaben aus der schriftlichen Krankenhausbefragung herangezogen.

Diese beziehen sich auf folgende Aspekte:

- im Qualitätsmanagement tätiges Personal
- angewendete Zertifizierungsverfahren
- angewendete Strukturen und Instrumente des Qualitätsmanagements
- ausschlaggebende Gründe, sofern im Untersuchungszeitraum ein Ausbau des hausinternen Qualitätsmanagements stattgefunden hat.

Die Anzahl der im Qualitätsmanagement Beschäftigten (in Vollzeitäquivalenten) hat sich im Zeitraum 2008 bis 2010 erhöht (vgl. Tabelle 129). Den Angaben der Krankenhäuser zufolge waren im Jahr 2008 durchschnittlich 1,11 Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten zum überwiegenden Anteil ihrer Arbeitszeit mit Aufgaben des Qualitätsmanagements betraut, im Jahr 2010 waren es durchschnittlich 1,23 Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten. Auch beim insgesamt mit Aufgaben des Qualitätsmanagements befassten Personal berichten die Krankenhäuser von einem Anstieg um jahresdurchschnittlich 4,3% von durchschnittlich 2,05 Vollzeitäquivalenten im Jahr 2008 auf durchschnittlich 2,23 Vollzeitäquivalente im Jahr 2010. Auch der Anteil des insgesamt mit Aufgaben des Qualitätsmanagements betrauten Personals an allen Beschäftigten des Krankenhauses ist zwischen 2008 und 2010 von durchschnittlich 0,62% auf 0,68% gestiegen.<sup>251</sup>

Dieser Anstieg zeigt sich auch bei den Krankenhäusern, für die Angaben aus allen drei Forschungszyklen vorliegen. Diese geben an, dass sowohl die Anzahl des überwiegend als auch des insgesamt mit Aufgaben des Qualitätsmanagements betrauten Personals in Vollzeitäquivalenten im Zeitraum 2004 bis 2010 nahezu kontinuierlich angestiegen ist (vgl. Tabelle 180, Anhang E)

Tabelle 129: Im Qualitätsmanagement tätiges Personal in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) je Krankenhaus (2008-2010)

	2008	2009	2010	$\Delta$ p. a. 08-10
<b>überwiegend</b> mit Aufgaben des Qualitätsmanagements betrautes Personal (VZÄ) (n=247 KH)	1,11	1,14	1,23	5,6%
<b>insgesamt</b> mit Aufgaben des Qualitätsmanagements betrautes Personal (VZÄ) (n=231 KH)	2,05	2,11	2,23	4,3%
<b>Anteil</b> des insgesamt mit Aufgaben des Qualitätsmanagements betrauten Personals (VZÄ) an allen Beschäftigten der Krankenhäuser (n=220 KH)	0,62%	0,64%	0,68%	0,03*

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung

\* Angabe in Prozentpunkten

Der Anteil der Krankenhäuser mit einer Zertifizierung ist im Zeitraum 2004 bis 2010 von 28% auf 63% der befragten Krankenhäuser deutlich gestiegen

<sup>251</sup> Der Median liegt beim überwiegend mit Aufgaben des Qualitätsmanagements betrauten Personal in den Jahren 2008 bis 2010 konstant bei 1,0 Vollzeitäquivalenten. Beim insgesamt mit Aufgaben des Qualitätsmanagement befassten Personal ist er von 1,1 im Jahr 2008 auf 1,3 Vollzeitäquivalente im Jahr 2010 gestiegen und auch beim Anteil des insgesamt mit Aufgaben des Qualitätsmanagement betrauten Personals an allen Beschäftigten des Krankenhauses stieg der Median von 0,3% im Jahr 2008 auf 0,4% im Jahr 2010.

(vgl. Tabelle 130). Bei den einzelnen Zertifizierungsverfahren zeigt sich insgesamt eine starke Verbreitung der Zertifizierung nach KTQ/proCum Cert und nach DIN EN ISO 9000ff.. Etwa ein Viertel der Krankenhäuser gibt zudem an, neben einer Zertifizierung für das Gesamthaus auch über Zertifizierungen für einzelne Fachabteilungen zu verfügen. Der Anteil der Krankenhäuser mit einer ausschließlich auf Ebene einzelner Fachabteilungen bestehenden Zertifizierung lag im Zeitraum 2004 bis 2010 zwischen 13% (2005 und 2009) und 19% (2007). Der Anteil der Krankenhäuser ohne eine Zertifizierung für das gesamte Krankenhaus oder für einzelne Fachabteilungen ist im Zeitraum 2004 bis 2010 von 58% deutlich auf 23% gesunken.

Auch bei alleiniger Betrachtung der Befragungsergebnisse aus dem dritten Forschungszyklus zeigen sich diese Entwicklungen für die Jahre 2008 bis 2010. So stieg der Anteil der Krankenhäuser mit einer Zertifizierung für das gesamte Krankenhaus in diesem Zeitraum von 58% auf 62% weiter leicht an (n=285). Zudem sank der Anteil der Krankenhäuser ohne eine Zertifizierung für das gesamte Krankenhaus oder für einzelne Fachabteilungen von 28% im Jahr 2008 auf 25% im Jahr 2010.

Das G-DRG-System wird von 60% der teilnehmenden Krankenhäuser mit einer Zertifizierung für das gesamte Krankenhaus als nicht maßgeblich für die vorgenommene Zertifizierung erachtet, 38% der Krankenhäuser betrachten es zumindest als teilweise ausschlaggebend und nur 2% beurteilen das G-DRG-System als maßgeblich ursächlich für ein durchgeführtes Zertifizierungsverfahren (n=184). Ähnlich wird von 66% der Krankenhäuser mit einer Zertifizierung für einzelne Fachabteilungen das G-DRG-System als nicht ausschlaggebend für die vorgenommene Zertifizierung angesehen, 34% hingegen bewerten es als teilweise ursächlich (n=86). Als maßgeblich ausschlaggebend wird das G-DRG-System von keinem Krankenhaus mit einer Zertifizierung auf Fachabteilungsebene betrachtet.

Tabelle 130: Zertifizierungen nach Zertifizierungsverfahren (2004-2010)

	2004	2006	2008	2010	Δ p. a. 04-10 (Prozentpunkte)
<b>Zertifizierung für das gesamte Krankenhaus</b>	28%	48%	60%	63%	5,8
darunter zertifiziert nach:*					
KTQ/proCum Cert	45%	62%	56%	55%	1,7
DIN EN ISO 9000ff.	52%	34%	35%	38%	-2,3
Joint Commission International Accreditation	0%	0%	0%	0%	0,0
Anderes Zertifizierungsverfahren	17%	12%	21%	23%	1,0
Zusätzlich Zertifizierung für einzelne Fachabteilungen	28%	24%	26%	28%	0,0
<b>nur Zertifizierung für einzelne Fachabteilungen</b>	14%	18%	15%	14%	0,0
<b>Krankenhäuser ohne eine Zertifizierung</b>	58%	34%	25%	23%	-5,8

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=104 Krankenhäuser)

\* Mehrfachnennungen möglich



Im Zeitraum 2004 bis 2010 kam es zu einer deutlichen Zunahme bei der Anwendung von Strukturen und Instrumenten des Qualitätsmanagements (vgl. Tabelle 131). 97% der teilnehmenden Krankenhäuser geben für das Jahr 2010 an, einen Qualitätsmanagementbeauftragten bzw. einen Qualitätsmanagementkoordinator einzusetzen. Der stärkste Zuwachs bei der Verbreitung zwischen 2004 und 2010 zeigt sich bei den schriftlich fixierten Dokumenten des Qualitätsmanagements wie z. B. QM-Handbücher oder Verfahrensanweisungen. Diese waren im Jahr 2004 bei 59% der teilnehmenden Krankenhäuser etabliert, im Jahr 2010 lag dieser Anteil bei 94%. Auch Qualitätsmanagementkommissionen und Qualitätszirkel werden in den Krankenhäusern vermehrt als Instrumente des Qualitätsmanagements eingesetzt. So stieg der Anteil von Krankenhäusern, in denen diese angewendet werden, von 55% bzw. 50% im Jahr 2004 um jahresdurchschnittlich 2,7 bzw. 4,5 Prozentpunkte auf 71% bzw. 77%.<sup>252</sup>

Die betrachteten Strukturen und Instrumente wurden insbesondere zwischen 2004 und 2006 verstärkt etabliert. Im Zeitraum 2008 bis 2010 zeigen sich i. d. R. nur noch geringe Zuwachsraten in deren Verbreitung, allerdings auf einem im Vergleich zum Jahr 2004 deutlich höheren Niveau. Neben den bereits betrachteten Instrumenten konnten die Krankenhäuser auch weitere Strukturen und Instrumente des Qualitätsmanagements angeben, die in ihrem Krankenhaus eingesetzt werden.<sup>253</sup> 24% der Krankenhäuser, die weitere Instrumente benannt haben, geben an, interne oder externe Qualitätsaudits durchzuführen und 23% der Krankenhäuser berichten, Projekt- bzw. Arbeitsgruppen für die Umsetzung des Qualitätsmanagements einzusetzen (n=70; Mehrfachnennungen möglich). Als weitere Maßnahmen werden zudem Risikomanagement (19%), Qualitätsmanagementkonferenzen, -teams oder -gremien (14%) oder der Einsatz von Managementmethoden (10%), z. B. Lean Management oder Prozessmanagement, genannt. Auch Patienten-, Mitarbeiter- und Einweiserbefragungen (9%) oder die Einrichtung eines Beschwerdemanagements (3%) werden von den Krankenhäusern im Kontext von Strukturen und Instrumenten des Qualitätsmanagements benannt.

---

<sup>252</sup> Auch bei alleiniger Berücksichtigung der Ergebnisse aus dem dritten Forschungszyklus zeigt sich für die betrachteten Instrumente im Zeitraum 2008 bis 2010 mit jahresdurchschnittlich 1,0% bis 2,5% eine weiter zunehmende Verbreitung (n=308). Einzige Ausnahme ist der Anteil der Krankenhäuser, in denen ein Qualitätszirkel eingesetzt wird, der in diesem Zeitraum stabil geblieben ist (vgl. Tabelle 181, Anhang E).

<sup>253</sup> Die von den Krankenhäusern als „weitere“ benannten Instrumente wurden im Rahmen der Befragungsauswertung kategorisiert.

Tabelle 131: Entwicklung von Strukturen und Instrumenten des Qualitätsmanagements (2004-2010)

Strukturen und Instrumente des Qualitätsmanagements	2004	2006	2008	2010	Δ p. a. (Prozentpunkte)			
					04-06	06-08	08-10	04-10
QM-Beauftragter/Koordinator(in)	80%	93%	95%	97%	6,5	1,0	1,0	2,8
Schriftlich fixierte Dokumente des QM	59%	83%	93%	94%	12,0	5,0	0,5	5,8
Qualitätsmanagementkommission	55%	65%	72%	71%	5,0	3,5	-0,5	2,7
Qualitätszirkel	50%	68%	75%	77%	9,0	3,5	1,0	4,5
Weitere	15%	17%	17%	21%	1,0	0,0	2,0	1,0

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (1. - 3. Forschungszyklus; n=133 Krankenhäuser)  
Mehrfachnennungen möglich

Von den 307 Krankenhäusern, die im 3. Forschungszyklus Angaben zu der Frage nach dem hausinternen Ausbau ihres Qualitätsmanagements gemacht haben, geben 70% an, ihr hausinternes Qualitätsmanagement im Zeitraum 2008 bis 2010 (weiter) ausgebaut zu haben.

Bei den Krankenhäusern, die in allen drei Forschungszyklen an der Befragung teilgenommen haben, berichten 81% der Krankenhäuser von einem hausinternen Ausbau ihres Qualitätsmanagements im Zeitraum 2004 bis 2006 (n=118). Im Folgezeitraum 2006 bis 2008 geben 66% dieser Krankenhäuser an, ihr Qualitätsmanagement ausgebaut zu haben und im Zeitraum 2008 bis 2010 berichten dies noch 69%. Von einem kontinuierlichen Ausbau in allen drei Forschungszyklen berichten insgesamt 44% der Krankenhäuser.

Die ausschlaggebenden Gründe für den Ausbau des Qualitätsmanagements im Zeitraum 2008 bis 2010 werden von den Krankenhäusern zu durchschnittlich 37% in der allgemeinen Qualitätspolitik des Krankenhauses, zu durchschnittlich 23% in den gesetzlichen Vorgaben des SGB V und zu durchschnittlich 21% in der Erhöhung der Attraktivität des Krankenhauses (Marketing) gesehen (n=214) (vgl. Tabelle 132). Zu durchschnittlich 8% bzw. 7% werden aus dem G-DRG-System resultierende Wirtschaftlichkeits- bzw. Qualitätsimpulse als ausschlaggebend erachtet. Weitere Gründe für den Ausbau des Qualitätsmanagements werden zu durchschnittlich 3% als ausschlaggebend angesehen, so z. B. der Einsatz von Risikomanagement, die Gewährleistung der Patientensicherheit oder nicht aus dem G-DRG-System resultierende Wirtschaftlichkeitsimpulse.

Bei Betrachtung der Krankenhäuser, für die Angaben aus allen drei Forschungszyklen vorliegen, zeigt sich, dass im Verlauf des Untersuchungszeitraums verstärkt die allgemeine Qualitätspolitik des Krankenhauses als Grund für den Ausbau des Qualitätsmanagements angesehen wird und die gesetzlichen Vorgaben des SGB V hingegen als zunehmend weniger ausschlaggebend betrachtet werden (vgl. Tabelle 182, Anhang E).

Tabelle 132: Gründe für hausinternen Ausbau des Qualitätsmanagements (2008-2010)

Gründe für den Ausbau des Qualitätsmanagements	Durchschnittlicher Anteil der Gründe für Veränderungen im Zeitraum 2008-2010
Gesetzliche Vorgaben des SGB V (z. B. § 137)	23%
Erhöhung der Attraktivität des Krankenhauses (Marketing)	21%
Aus dem G-DRG-System resultierende Qualitätsimpulse	7%
Allgemeine Qualitätspolitik des Krankenhauses	37%
Aus dem G-DRG-System resultierende Wirtschaftlichkeitsimpulse	8%
Weitere	3%

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=214 Krankenhäuser)

#### 4.8.2 Klinische Pfade

Für die Untersuchung, ob das G-DRG-System zu einer verstärkten Anwendung von Klinischen Pfaden geführt hat, wurden die Angaben aus der schriftlichen Befragung der Krankenhäuser herangezogen. Diese beziehen sich auf die Anzahl der in den Krankenhäusern implementierten Klinischen Pfade und die Anzahl der über Klinische Pfade behandelten vollstationären Fälle.

Um eine einheitliche Definition Klinischer Pfade zu erreichen, wurde der Begriff (in Anlehnung an Küttner 2004) im Befragungsbogen durch die folgenden Kriterien bestimmt:

- eindeutig definierte Fall- bzw. Patientengruppe
- multidisziplinäre Ausrichtung
- Fixierung der Versorgungsziele und Hauptbestandteile der Versorgung basierend auf EbM (evidence-based medicine)
- Dokumentation von Abweichungen
- regelmäßige Evaluation.

32% der Krankenhäuser, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben, berichten, dass in ihrem Krankenhaus in mindestens einem der Jahre zwischen 2008 bis 2010 Klinische Pfade implementiert waren (n=287 Krankenhäuser).<sup>254</sup> Bei diesen Krankenhäusern waren die Klinischen Pfade überwiegend bereits im

<sup>254</sup> Im ersten Forschungszyklus gaben 25% der Krankenhäuser mit einer Angabe zu dieser Frage an, Klinische Pfade implementiert zu haben (n=358); im zweiten Forschungszyklus lag dieser Anteil bei 30% der Krankenhäuser (n=333).

Jahr 2008 implementiert; lediglich 7% der Krankenhäuser berichten, dass die Klinischen Pfade in den Jahren 2009 oder 2010 eingeführt wurden (n=92).<sup>255</sup>

Die Anzahl der in den Krankenhäusern implementierten Klinischen Pfade stieg im Zeitraum 2008 bis 2010 um jahresdurchschnittlich 8,8% an (vgl. Tabelle 133).

**Tabelle 133: Implementierte Klinische Pfade (2008-2010)**

	2008	2009	2010	$\Delta$ p. a. 08-10
Anzahl der implementierten Klinischen Pfade	1.697	1.846	2.008	8,8%
Krankenhäuser mit implementierten Klinischen Pfaden	30,0%	30,0%	30,7%	-

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung; (n=287 Krankenhäuser)

Auch bei Betrachtung der Krankenhäuser, für die Angaben aus allen drei Forschungszyklen vorliegen, zeigt sich eine kontinuierlich zunehmende Anzahl von Klinischen Pfaden im Zeitraum 2004 bis 2010 mit einem jahresdurchschnittlichen Zuwachs von 29,7%. Der Schwerpunkt der Einführung von Klinischen Pfaden lag insbesondere im Zeitraum 2006 bis 2008, doch auch im Zeitraum 2008 bis 2010 ist noch eine jahresdurchschnittliche Steigerung von 10% zu verzeichnen (vgl. Tabelle 134). Auch der Anteil der Krankenhäuser mit implementierten Klinischen Pfaden hat sich in diesem Zeitraum deutlich erhöht. Geben für das Jahr 2004 18,7% der Krankenhäuser an, mindestens einen Klinischen Pfad implementiert zu haben, steigt dieser Anteil im Jahr 2010 auf 37,4%.

**Tabelle 134: Implementierte Klinische Pfade (2004-2010)**

	2004	2006	2008	2010	$\Delta$ p. a. 04-06	$\Delta$ p. a. 06-08	$\Delta$ p. a. 08-10	$\Delta$ p. a. 04-10
Anzahl der implementierten Klinischen Pfade	182	343	716	867	37,3%	44,5%	10,0%	29,7%
Krankenhäuser mit implementierten Klinischen Pfaden	18,7%	23,4%	32,7%	37,4%	-	-	-	-

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=107 Krankenhäuser)

Darüber hinaus wurden die Krankenhäuser auch nach der Anzahl von Klinischen Pfaden gefragt, die im Rahmen von Zertifizierungsverfahren implementiert worden sind. Die teilnehmenden Krankenhäuser berichten dazu von ei-

<sup>255</sup> 4% der Krankenhäuser geben an, dass in ihrem Krankenhaus im Jahr 2008 Klinische Pfade implementiert waren, in den Jahren 2009 oder 2010 jedoch nicht mehr.

nem jahresdurchschnittlichen Anstieg um 13,3% im Zeitraum 2008 bis 2010 (vgl. Tabelle 135).<sup>256,257</sup> Bei etwa der Hälfte der Krankenhäuser, die mindestens einen Klinischen Pfad im Rahmen von Zertifizierungsverfahren implementiert haben (2008: 50%, 2009: 55%, 2010: 52%), wurden alle implementierten Klinischen Pfade im Rahmen von Zertifizierungsverfahren eingeführt (n=44).

**Tabelle 135:** Implementierte Klinische Pfade im Rahmen von Zertifizierungsverfahren (2008-2010)

	2008	2009	2010	$\Delta$ p. a. 08-10
Anzahl implementierter Klinischer Pfade	1.226	1.297	1.389	6,4%
darunter: Anzahl Klinischer Pfade, die im Rahmen von Zertifizierungsverfahren implementiert wurden	486	558	624	13,3%

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung; (n=68 Krankenhäuser)

Einige Krankenhäuser haben zudem auch Angaben zur Anzahl der vollstationären Fälle gemacht, die über Klinische Pfade behandelt wurden (vgl. Tabelle 136). Insgesamt hat sich die Anzahl der Fälle zwischen 2008 und 2010 mit jahresdurchschnittlich 2% zwar leicht erhöht, der durchschnittliche Anteil der vollstationären Fälle, die über Klinische Pfade behandelt wurden, ist jedoch mit 14% im Jahr 2008 und 14,3% im Jahr 2010 nahezu konstant geblieben.

<sup>256</sup> Bei Krankenhäusern, die Angaben zur Anzahl der im Rahmen von Zertifizierungsverfahren implementierten Klinischen Pfade gemacht haben, ist der Anteil der im Rahmen von Zertifizierungsverfahren implementierten Klinischen Pfade an allen Klinischen Pfaden zwischen 2008 und 2010 um 2,1 Prozentpunkte p. a. gestiegen, da die Anzahl der insgesamt in diesen Krankenhäusern implementierten Klinischen Pfade in diesem Zeitraum jahresdurchschnittlich nur um 6,4% gestiegen ist.

<sup>257</sup> Bei den Krankenhäusern, die in allen drei Forschungszyklen Angaben zu im Rahmen von Zertifizierungsverfahren implementierten Klinischen Pfaden gemacht haben, ist die Anzahl dieser Klinischen Pfade im Zeitraum 2004 bis 2010 um jahresdurchschnittlich 20,4% gestiegen (n=32 Krankenhäuser). Für den Zeitraum 2008 bis 2010 berichten diese Krankenhäuser mit 20,3% p. a. von einem leicht stärkeren Zuwachs als die Krankenhäuser mit Angaben ausschließlich für den dritten Forschungszyklus.

Tabelle 136: Fallzahl mit Behandlung über Klinische Pfade (2008-2010)

	2008	2009	2010	$\Delta$ p. a. 08-10
Anzahl der Fälle, die über Klinische Pfade behandelt wurden (n=23 Krankenhäuser)	39.375	40.177	40.589	2%
Durchschnittlicher Anteil dieser Fälle an allen Fällen des Krankenhauses	14,0%	14,3%	14,3%	0,13*

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung

\* Angabe in Prozentpunkten

### 4.8.3 Ausgewählte Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität

#### 4.8.3.1 Datengrundlagen

Im Folgenden wird die Entwicklung der Ergebnisse von Indikatoren bzw. Kennzahlen der externen Qualitätssicherung der Krankenhäuser nach § 137 SGB V untersucht. Betrachtet werden jene Leistungsbereiche, die im Gesamtzeitraum 2004 bis 2010 oder in den Zeiträumen 2006 bis 2010 bzw. 2008 bis 2010 dokumentationspflichtig waren und deren Kennzahlen methodisch vergleichbar berechnet werden konnten (vgl. hierzu 3.2.5). Im Unterschied zum ersten und zweiten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung, für die die Datenberechnung und –bereitstellung durch die BQS erfolgte, wurde das Verfahren für den dritten Forschungszyklus von der seit 2010 für die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V zuständigen Stelle (AQUA-Institut GmbH) durchgeführt.

Datennachlieferungen an die AQUA-Institut GmbH, Spezifikationsänderungen oder Rundungsdifferenzen können bei Indikatoren bzw. Kennzahlen in einzelnen Fällen zu i. d. R. geringfügigen Abweichungen zu den im ersten oder zweiten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung veröffentlichten Ergebniswerten führen.

Untersucht werden durch die G-DRG-Begleitforschung die von der AQUA-Institut GmbH rückgemeldeten Gesamtergebnisse, nicht jedoch, ob die Referenzbereiche für die Gesamtheit aller Krankenhäuser erreicht wurden. Es kann nicht untersucht werden, bei wie vielen Krankenhäusern Auffälligkeiten oder Qualitätsprobleme festgestellt wurden, da für die G-DRG-Begleitforschung

ausschließlich hochaggregierte Daten zu den Gesamtergebnissen der einzelnen Indikatoren bzw. Kennzahlen<sup>258</sup> zur Verfügung gestellt wurden.

Für den Leistungsbereich Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17n7-KNIE-WECH) konnten in den vorherigen Zyklen der G-DRG-Begleitforschung die Ergebnisentwicklungen einzelner Indikatoren betrachtet werden. Dies ist für die Zeiträume 2004 bis 2010, 2006 bis 2010 oder 2008 bis 2010 nicht mehr möglich.

### **4.8.3.2 Allgemein- und Gefäßchirurgie**

#### **4.8.3.2.1 Leistungsbereich Karotis-Rekonstruktion (10n2-KAROT)**

Im Leistungsbereich Karotis-Rekonstruktion konnten zu allen der im Rahmen der vergleichenden externen Qualitätssicherung erfassten Ergebnisqualitätsindikatoren für den dritten Zyklus der G-DRG-Begleitforschung im Zeitraum 2004 bis 2010 vergleichbare Ergebniswerte bereit gestellt werden.

Für diesen Zeitraum zeigt sich bei nahezu allen Indikatoren eine Verbesserung. Lediglich beim Indikator „Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose II: Patienten mit Verschluss oder Stenose  $\geq 75\%$  (NASCET) auf der gegenüberliegenden Seite“, dessen Ergebnisentwicklung bis zum Jahr 2008 positiv gewesen ist, ergibt sich für das Jahr 2010 ein nicht signifikanter Anstieg des Ergebniswertes auf das Niveau des Jahres 2004 (vgl. Tabelle 137).

---

<sup>258</sup> In vielen Leistungsbereichen wird ein Qualitätsindikator durch mehrere Kennzahlen operationalisiert. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Weiteren einheitlich der Begriff (Qualitäts-)Indikator für Indikatoren und Kennzahlen verwendet. Die jeweiligen Qualitätsziele, Rechenregeln etc. sind in den von AQUA veröffentlichten Unterlagen dokumentiert (vgl. [www.sqg.de](http://www.sqg.de)).

Tabelle 137: Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Karotis-Rekonstruktion (2004-2010)

Bezeichnung	Typ	Gesamtergebnis				Veränderung (Prozentpunkte)		
		2004	2006	2008	2010	04-10	06-10	08-10
Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose I: Patienten ohne Verschluss oder Stenose $\geq$ 75% (NASCET) auf der gegenüberliegenden Seite	EQ	1,74% (1,49%-2,03%)	1,35% (1,14%-1,59%)	1,19% (1,00%-1,41%)	1,24% (1,05%-1,45%)	<b>-0,51</b>	-0,11	0,04
Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose II: Patienten mit Verschluss oder Stenose $\geq$ 75% (NASCET) auf der gegenüberliegenden Seite	EQ	2,51% (1,82%-3,38%)	2,23% (1,55%-3,11%)	1,86% (1,25%-2,66%)	2,53% (1,81%-3,43%)	0,02	0,30	0,67
Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose I: Patienten mit Stenose $\geq$ 70% (NASCET)	EQ	3,85% (3,37%-4,37%)	3,23% (2,81%-3,68%)	3,02% (2,62%-3,46%)	2,32% (1,98%-2,70%)	<b>-1,53</b>	<b>-0,90</b>	-0,70
Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose II: Patienten mit Stenose von 50 - 69% (NASCET)	EQ	2,98% (2,26%-3,84%)	3,10% (2,40%-3,92%)	2,89% (2,27%-3,64%)	2,20% (1,65%-2,87%)	-0,78	-0,90	-0,69
Perioperative Schlaganfälle oder Tod, risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score I ...								
Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate	EQ	-	-	0,97	0,80	-	-	-0,17 <sup>+</sup>
Risikoadjustierte Rate an perioperativen Schlaganfällen oder Tod	EQ	-	-	2,70%	1,90%	-	-	-0,80
Schwere Schlaganfälle oder Tod ...								
Beobachtete Rate unter allen Patienten	EQ	1,49% (1,34%-1,65%)	1,54% (1,39%-1,70%)	1,49% (1,35%-1,64%)	1,20% (1,08%-1,34%)	-0,29	<b>-0,34</b>	<b>-0,28</b>
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate	EQ	-	-	0,93	0,90	-	-	-0,03 <sup>+</sup>
Risikoadjustierte Rate an schweren Schlaganfällen oder Tod	EQ	-	-	1,40%	1,70%	-	-	0,30

Quelle: IGES; AQUA-Institut

Fettdruck kennzeichnet eine signifikante Veränderung mit einem Signifikanzniveau von 5%; 95% Konfidenzintervall in Klammern.

<sup>+</sup> Absolutdifferenz der Rate



### 4.8.3.3 Gynäkologie und Geburtshilfe

#### 4.8.3.3.1 Leistungsbereich Gynäkologische Operationen (15n1-GYN-OP)

Für den Leistungsbereich Gynäkologische Operationen konnten alle Ergebnis- und Prozessqualitätsindikatoren der vergleichenden externen Qualitätssicherung für den Zeitraum 2004 bis 2010 vergleichbar berechnet werden.

Bei allen fünf im Leistungsbereich betrachteten Prozessqualitätsindikatoren kann für den Zeitraum 2004 bis 2010 eine kontinuierliche positive signifikante Ergebnisentwicklung konstatiert werden. So hat sich beispielsweise der Anteil der Patientinnen mit einer Hysterektomie, die zur Infektionsvorbeugung mit Antibiotika behandelt wurden, von 82,0% (2004), auf 90,0% im Jahr 2006, 94,4% im Jahr 2008 und weiter auf 96,4% im Jahr 2010 erhöht (vgl. Tabelle 138).

Die vier Ergebnisqualitätsindikatoren im Leistungsbereich Gynäkologische Operationen treffen Aussagen zu den Anteilen der Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen und bei Hysterektomien. Bei drei dieser vier Indikatoren zeigen sich für den längsten Betrachtungszeitraum 2004 bis 2010 ebenso wie für die kürzeren Betrachtungszeiträume (davon bei zwei Indikatoren signifikante) Ergebnisverbesserungen. Bei dem Indikator Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung bei Hysterektomie an allen Patientinnen mit einer Hysterektomie war die Ergebnisentwicklung zwischen 2004 und 2010 stabil (2004: 1,42%, 2010: 1,44%) (vgl. Tabelle 138).

Tabelle 138: Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Gynäkologische Operationen (2004-2010)

Bezeichnung	Typ	Gesamtergebnis				Veränderung (Prozentpunkte)		
		2004	2006	2008	2010	04-10	06-10	08-10
Organerhaltung bei Ovareingriffen	PQ	86,07% (85,70%-86,43%)	87,28% (86,92%-87,63%)	88,11% (87,75%-88,46%)	88,96% (88,60%-89,30%)	<b>2,89</b>	<b>1,67</b>	<b>0,84</b>
Konisation ...								
Patientinnen mit führender Histologie „Ektopie“ oder mit histologischem Normalbefund nach Konisation	PQ	5,46%* (5,12%-5,82%)	5,11% (4,74%-5,51%)	4,25% (3,87%-4,65%)	4,13% (3,73%-4,56%)	<b>-1,33</b>	<b>-0,98</b>	-0,11
Patientinnen ohne postoperative Histologie nach Konisation	PQ	3,48% (3,20%-3,77%)	1,87% (1,64%-2,12%)	1,03% (0,84%-1,23%)	0,78% (0,61%-0,98%)	<b>-2,70</b>	<b>-1,09</b>	-0,25
Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie	PQ	82,02% (81,83%-82,21%)	89,98% (89,83%-90,13%)	94,41% (94,29%-94,52%)	96,44% (96,35%-96,54%)	<b>14,42</b>	<b>6,46</b>	<b>2,04</b>
Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie	PQ	98,01% (97,93%-98,08%)	98,81% (98,75%-98,87%)	99,25% (99,20%-99,30%)	99,48% (99,44%-99,52%)	<b>1,47</b>	<b>0,67</b>	<b>0,23</b>
Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen ...								
Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung	EQ	0,43% (0,37%-0,48%)	0,40% (0,35%-0,46%)	0,33% (0,28%-0,38%)	0,24% (0,20%-0,28%)	<b>-0,19</b>	<b>-0,16</b>	<b>-0,10</b>
Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation mit mindestens einer Organverletzung	EQ	0,32% (0,27%-0,39%)	0,35% (0,29%-0,41%)	0,29% (0,23%-0,35%)	0,16% (0,11%-0,21%)	<b>-0,17</b>	<b>-0,19</b>	<b>-0,13</b>
Organverletzungen bei Hysterektomie ...								
Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung	EQ	1,42% (1,36%-1,48%)	1,40% (1,34%-1,46%)	1,46% (1,40%-1,52%)	1,44% (1,38%-1,50%)	0,02	0,04	-0,02
Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation mit mindestens einer Organverletzung	EQ	0,98% (0,92%-1,04%)	0,96% (0,9%-1,03%)	0,93% (0,87%-1,00%)	0,91% (0,85%-0,99%)	-0,06	-0,05	-0,02

Quelle: IGES; AQUA-Institut

Fettdruck kennzeichnet eine signifikante Veränderung mit einem Signifikanzniveau von 5%; 95% Konfidenzintervall in Klammern.

\* Der Wert für das Jahr 2004 ist aufgrund leicht unterschiedlicher Berechnungen und/oder Spezifikationen vergleichbar, wurde aber nicht methodisch identisch erhoben.

#### 4.8.3.3.2 Leistungsbereich Geburtshilfe (16n1-GEBH)

Im Leistungsbereich Geburtshilfe konnten die Ergebnisse aller im Rahmen der vergleichenden externen Qualitätssicherung der Krankenhäuser dokumentierten Indikatoren auch für den Zeitraum 2004 bis 2010 oder zumindest 2006 bis 2010 vergleichbar berechnet werden. Nicht aufgenommen sind die Indikatoren Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung und Perioperative

Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung, da diese für das Erfassungsjahr 2010 im Leistungsbereich erstmalig berechnet wurden.

Bei allen sechs Prozessqualitätsindikatoren ist im Betrachtungszeitraum 2004 bis 2010 bzw. 2006 bis 2010 eine signifikant positive Entwicklung der Gesamtergebnisse zu beobachten. Für den Indikator Entschluss-Entwicklungszeit (E-E-Zeit) von weniger als 20 Minuten bei einem Notfallkaiserschnitt zeigte sich auch im letzten Betrachtungszeitraum 2008 bis 2010 noch eine deutliche Verbesserung des Ergebnisses von 2,28% auf 1,42%. Bei den fünf Ergebnisqualitätsindikatoren zeigen sich für den Zeitraum 2004 bis 2010 bzw. 2006 bis 2010 (Kritisches Outcome bei Reifgeborenen) eine positive oder stabile Entwicklung der Gesamtergebnisse. So konnten beispielsweise die mütterlichen Todesfälle von 45 bei 663 Tausend Geburten im Jahr 2004 auf 22 mütterliche Todesfälle bei 650 Tausend Geburten im Jahr 2010 gesenkt werden (vgl. Tabelle 139).

Tabelle 139: Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Geburtshilfe (2004-2010)

Bezeichnung	Typ	Gesamtergebnis				Veränderung (Prozentpunkte)		
		2004	2006	2008	2010	04-10	06-10	08-10
Antenatale Kortikosteroidtherapie zur Lungenreife bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen (ohne Totgeburten) ...								
Alle entsprechenden Geburten	PQ	52,05% (51,20%-52,90%)	66,37% (65,55%-67,19%)	80,82% (80,13%-81,50%)	83,77% (83,13%-84,4%)	<b>31,72</b>	<b>17,40</b>	<b>2,95</b>
Entsprechende Geburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens einem Kalendertag	PQ	59,37% (58,23%-60,51%)	75,86% (74,94%-76,75%)	90,39% (89,76%-91,00%)	92,59% (92,04%-93,13%)	<b>33,22</b>	<b>16,74</b>	<b>2,20</b>
Entsprechende Geburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	PQ	62,08% (60,77%-63,37%)	79,09% (78,10%-80,06%)	92,93% (92,30%-93,53%)	95,01% (94,47%-95,50%)	<b>32,93</b>	<b>15,91</b>	<b>2,07</b>
E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt > 20 Minuten	PQ	-	3,88% (3,44%-4,35%)	2,28% (1,95%-2,65%)	1,42% (1,16%-1,71%)	-	<b>-2,46</b>	<b>-0,86</b>
Bestimmung Nabelarterien-pH-Wert	PQ	97,81% (97,78%-97,85%)	98,68% (98,66%-98,71%)	98,90% (98,87%-98,92%)	99,06% (99,03%-99,08%)	<b>1,24</b>	<b>0,37</b>	<b>0,16</b>
Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen	PQ	73,78% (73,21%-74,34%)	88,26% (87,84%-88,68%)	93,97% (93,66%-94,27%)	94,49% <sup>+</sup> (94,20%-94,78%)	<b>20,72</b>	<b>6,23</b>	0,52
Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	EQ	0,19% (0,17%-0,20%)	0,18% (0,17%-0,19%)	0,17% (0,16%-0,18%)	0,16% (0,15%-0,18%)	-0,02	-0,02	-0,01
Kritisches Outcome bei Reifgeborenen	EQ	-	0,02% (0,02%-0,03%)	0,03% (0,02%-0,03%)	0,03% (0,02%-0,03%)	-	0,00	0,00
Dammriss Grad III / IV (bei Einlingen) bei ...								
Spontangeburt	EQ	1,69% (1,65%-1,73%)	1,54% (1,51%-1,58%)	1,40% (1,37%-1,44%)	1,38% (1,34%-1,41%)	<b>-0,31</b>	<b>-0,17</b>	-0,03
Spontangeburt ohne Episiotomie	EQ	1,01% (0,97%-1,04%)	0,95% (0,91%-0,98%)	0,96% (0,92%-0,99%)	1,00% (0,96%-1,03%)	-0,01	0,05	0,04
Spontangeburt mit Episiotomie	EQ	3,19% (3,10%-3,28%)	3,02% (2,92%-3,11%)	2,71% (2,61%-2,81%)	2,62% (2,52%-2,73%)	<b>-0,56</b>	<b>-0,39</b>	-0,09
Mütterliche Todesfälle (je 100.000 Geburten) in %	EQ	0,007% (0,005%-0,009%)	0,004% (0,003%-0,006%)	0,004% (0,003%-0,006%)	0,003% (0,002%-0,005%)	-0,003	-0,001	-0,001

Quelle: IGES; AQUA-Institut

Fettdruck kennzeichnet eine signifikante Veränderung mit einem Signifikanzniveau von 5%; 95% Konfidenzintervall in Klammern.

<sup>+</sup> Der Wert für das Jahr 2010 ist aufgrund leicht unterschiedlicher Berechnungen und/oder Spezifikationen vergleichbar, wurde aber nicht methodisch identisch erhoben.

#### 4.8.3.3.3 Leistungsbereich Mammachirurgie (18n1-MAMMA)

Der Leistungsbereich Mammachirurgie umfasst sieben Indikatoren der Prozessqualität, die ausschließlich für den Zeitraum 2008 bis 2010 vergleichbar

berechnet werden konnten. Längere Zeitreihen konnten nicht gebildet werden, da in den Vorjahren Anpassungen der Dokumentationsanforderungen erfolgt sind. Für den einzigen im zweiten Forschungszyklus für die Jahre bis 2008 noch vergleichbaren Indikator „Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum“ im Leistungsbereich ist ein Vergleich bis zum Jahr 2010 nicht mehr möglich, da in diesem Jahr die Rechenregel des Indikators geändert wurde.

Für alle sieben in Tabelle 140 ausgewiesenen Prozessindikatoren des Leistungsbereiches Mammachirurgie zeigen sich zwischen 2008 und 2010 Verbesserungen der vergleichbar berechneten Gesamtergebnisse, hiervon waren die Verbesserungen von sechs Indikatoren signifikant.

Tabelle 140: Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Mammachirurgie (2008-2010)

Bezeichnung	Typ	Gesamtergebnis		Veränderung (Prozentpunkte)
		2008	2010	08-10
Intraoperatives Präparatröntgen	PQ	93,75% (93,40%-94,08%)	96,32% (96,06%-96,57%)	<b>2,58</b>
Hormonrezeptoranalyse und HER-2/neu-Analyse ...	PQ			
HER-2/neu-Analyse	PQ	97,97% (97,86%-98,08%)	98,85% (98,76%-98,93%)	<b>0,87</b>
Hormonrezeptoranalyse	PQ	98,95% (98,87%-99,02%)	99,38% (99,32%-99,44%)	<b>0,43</b>
Angabe Sicherheitsabstand bei Patientinnen ...	PQ			
Mit brusterhaltender Therapie	PQ	96,14% (95,97%-96,31%)	97,67% (97,53%-97,80%)	<b>1,52</b>
Mit Mastektomie	PQ	93,24% (92,91%-93,56%)	96,25% (96,00%-96,50%)	<b>3,01</b>
Anzahl Lymphknoten	PQ	92,25% (91,84%-92,66%)	92,43% (92,02%-92,83%)	0,18
Meldung an Krebsregister	PQ	90,92% (90,71%-91,13%)	93,89% (93,72%-94,06%)	<b>2,97</b>

Quelle: IGES; AQUA-Institut

Fettdruck kennzeichnet eine signifikante Veränderung mit einem Signifikanzniveau von 5%; 95% Konfidenzintervall in Klammern.

#### 4.8.3.4 Orthopädie und Unfallchirurgie

##### 4.8.3.4.1 Leistungsbereich Hüftgelenknahe Femurfraktur (17n1-HÜFT-FRAK)

Mit Ausnahme der Indikatoren „Gehfähigkeit bei Entlassung (Patient mit OP-bedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung)“ und „Reoperation wegen Komplikation“ konnten alle im Leistungsbereich Hüftgelenknahe

Femurfraktur im Rahmen der externen Qualitätssicherung betrachteten Indikatoren für den gesamten Zeitraum 2004 bis 2010 vergleichbar berechnet werden.

Die Rate der Patienten, die bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur nach Krankenhausaufnahme nicht innerhalb von 48 Stunden operativ versorgt wurden, hat sich kontinuierlich von 13,6% im Jahr 2004 auf 9,9% im Jahr 2010 signifikant verringert. Die Ergebnisse des Indikators „Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Patienten ab 20 Jahren mit endoprothetischer oder osteosynthetischer Versorgung“ haben sich zwischen 2004 und 2010 und allen ausgewiesenen Zwischenzeiträumen ebenfalls deutlich signifikant verbessert.

Die Ergebnisse aller Indikatoren der Ergebnisqualität haben sich im Betrachtungszeitraum 2004 bis 2010 verbessert, wobei die Verbesserung bei acht der zehn Indikatoren signifikant war. Diese Entwicklung hat sich weitgehend kontinuierlich über den Gesamtzeitraum vollzogen. Beim Indikator Letalität im Krankenhaus bei endoprothetischer Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur, bei dem das Ergebnis im Jahr 2008 noch über dem des Jahres 2004 gelegen hatte, kann im Jahr 2010 eine Verbesserung beobachtet werden, sodass die Ergebnisentwicklung zwischen 2004 und 2010 insgesamt positiv ausfällt (vgl. Tabelle 141).

Tabelle 141: Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Hüftgelenknahe Femurfraktur (2004-2010)

Bezeichnung	Typ	Gesamtergebnis				Veränderung (Prozentpunkte)		
		2004	2006	2008	2010	04-10	06-10	08-10
Präoperative Verweildauer	PQ	13,58% (13,35%-13,80%)	12,37% (12,16%-12,58%)	11,59% (11,39%-11,79%)	9,89% (9,71%-10,08%)	<b>-3,68</b>	<b>-2,47</b>	<b>-1,70</b>
Perioperative Antibiotikaprophylaxe <sup>+</sup>	PQ	91,22% (91,03%-91,41%)	95,56% (95,43%-95,69%)	97,60% (97,50%-97,69%)	97,89% (97,80%-97,98%)	<b>6,67</b>	<b>2,33</b>	<b>0,29</b>
Gefäßläsion oder Nervenschaden	EQ	0,19% (0,16%-0,22%)	0,17% (0,14%-0,19%)	0,14% (0,12%-0,17%)	0,10% (0,08%-0,12%)	<b>-0,09</b>	<b>-0,07</b>	<b>-0,04</b>
Implantatfehl- lage, Implantat- dislokation oder Fraktur	EQ	1,29% (1,22%-1,37%)	1,35% (1,28%-1,43%)	1,18% (1,12%-1,25%)	1,08% (1,01%-1,14%)	<b>-0,21</b>	<b>-0,28</b>	-0,11
Endoprothesenluxation	EQ	1,23% (1,12%-1,34%)	1,10% (1,01%-1,21%)	0,93% (0,85%-1,03%)	0,87% (0,78%-0,96%)	<b>-0,36</b>	<b>-0,24</b>	-0,07
Postoperative Wundinfektion	EQ	2,77% (2,62%-2,91%)	1,94% (1,85%-2,03%)	1,56% (1,49%-1,64%)	1,21% (1,15%-1,28%)	<b>-1,55</b>	<b>-0,73</b>	<b>-0,35</b>
Wundhämatome / Nachblutungen	EQ	3,96% (3,83%-4,09%)	2,72% (2,62%-2,83%)	2,10% (2,01%-2,19%)	1,81% (1,73%-1,89%)	<b>-2,15</b>	<b>-0,91</b>	<b>-0,29</b>
Allgemeine postoperative Komplikationen <sup>++</sup>	EQ	3,69% <sup>++</sup>	3,17% <sup>++</sup>	3,16% (3,05%-3,27%)	2,81% (2,71%-2,92%)	-0,88	-0,36	<b>-0,35</b>
Letalität bei ...								
ASA 1 -2	EQ	1,21% (1,08%-1,35%)	1,06% (0,94%-1,18%)	1,07% (0,95%-1,20%)	0,92% (0,81%-1,03%)	<b>-0,30</b>	-0,14	-0,16
ASA 3	EQ	5,24% (5,58%-5,98%)	4,98% (4,81%-5,16%)	4,95% (4,78%-5,12%)	4,78% (4,62%-4,94%)	<b>-0,46</b>	-0,20	-0,17
Osteosynthetischer Versorgung	EQ	4,76% (4,56%-4,96%)	4,68% (4,5%-4,87%)	4,65% (4,48%-4,84%)	4,38% (4,21%-4,55%)	<b>-0,38</b>	-0,30	-0,27
Endoprothetischer Versorgung	EQ	5,80% (5,57%-6,03%)	5,74% (5,52%-5,96%)	5,88% (5,66%-6,10%)	5,79% (5,58%-6,01%)	-0,01	0,05	-0,09

Quelle: IGES; AQUA-Institut

Fettdruck kennzeichnet eine signifikante Veränderung mit einem Signifikanzniveau von 5%; 95% Konfidenzintervall in Klammern.

<sup>+</sup> bei Patienten ab 20 Jahre mit endoprothetischer oder osteosynthetischer Versorgung.

<sup>++</sup> Die Konfidenzintervalle für 2004 und 2006 wurden durch AQUA nicht übermittelt.

#### 4.8.3.4.2 Leistungsbereich Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (17n2-HÜFT-TEP)

Alle im Leistungsbereich Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation für die externe vergleichende Qualitätssicherung der Krankenhäuser betrachteten Ergebnis- und Prozessqualitätsindikatoren sind für den Zeitraum 2004 bis 2010 oder zumindest kürzere Zeiträume vergleichbar.

Die Ergebnisse der beiden Prozessqualitätsindikatoren im Leistungsbereich haben sich in den betrachteten Zeiträumen signifikant positiv entwickelt. Das Ergebnis für den Indikator „Perioperative Antibiotikaprophylaxe“ hat sich von 97,9% im Jahr 2004 auf 99,5% im Jahr 2010 erhöht. Die „Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode“ erfolgt im Jahr 2010 bei 95,8% aller Patienten im Leistungsbereich (2006: 78,6%).

Sechs der zehn Ergebnisqualitätsindikatoren des Leistungsbereichs lassen sich für den Gesamtzeitraum 2004 bis 2010 vergleichen. Die Entwicklung war hier seit dem Jahr 2004 kontinuierlich signifikant positiv. So hat sich z. B. der Anteil der Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung von 2,6% im Jahr 2004 auf 1,1% im Jahr 2010 kontinuierlich verringert. Auch für die übrigen Ergebnisqualitätsindikatoren, für die nur kürzere Zeiträume verglichen werden können, zeigt sich eine Verbesserung der Gesamtergebnisse (vgl. Tabelle 142).

Tabelle 142: Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (2004-2010)

Bezeichnung	Typ	Gesamtergebnis				Veränderung (Prozentpunkte)		
		2004	2006	2008	2010	04-10	06-10	08-10
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	PQ	97,88% (97,80%-97,95%)	98,84% (98,78%-98,89%)	99,25% (99,21%-99,29%)	99,55% (99,51%-99,58%)	<b>1,67</b>	<b>0,71</b>	<b>0,30</b>
Postoperative Beweglichkeit ...								
Nach Neutral-Null-Methode gemessen	PQ	-	78,62% (78,41%-78,83%)	88,78% (88,62%-88,94%)	95,84% (95,74%-95,94%)	-	<b>17,22</b>	<b>7,06</b>
Von mindestens 0/0/70	EQ	-	95,00% (94,87%-95,13%)	97,36% (97,28%-97,44%)	98,29% (98,23%-98,36%)	-	<b>3,29</b>	<b>0,93</b>
Gehfähigkeit bei Entlassung (Patient mit OP-bedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung)	EQ	-	-	0,34% (0,32%-0,37%)	0,26% (0,24%-0,29%)	-	-	<b>-0,08</b>
Gefäßläsion oder Nervenschaden	EQ	0,59% (0,55%-0,64%)	0,45% (0,41%-0,48%)	0,36% (0,33%-0,40%)	0,31% (0,29%-0,34%)	<b>-0,28</b>	<b>-0,13</b>	-0,05
Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur	EQ	1,26% (1,20%-1,32%)	1,16% (1,11%-1,22%)	0,98% (0,93%-1,03%)	0,91% (0,87%-0,96%)	<b>-0,35</b>	<b>-0,25</b>	-0,07
Endoprothesenluxation	EQ	0,78% (0,73%-0,82%)	0,62% (0,58%-0,67%)	0,44% (0,41%-0,47%)	0,34% (0,32%-0,37%)	<b>-0,43</b>	<b>-0,28</b>	<b>-0,09</b>
Postoperative Wundinfektion	EQ	1,14% (1,08%-1,20%)	0,82% (0,77%-0,87%)	0,65% (0,61%-0,69%)	0,53% (0,50%-0,57%)	<b>-0,61</b>	<b>-0,29</b>	<b>-0,12</b>
Wundhämatome / Nachblutungen	EQ	2,57% (2,49%-2,66%)	1,78% (1,71%-1,84%)	1,29% (1,24%-1,35%)	1,06% (1,01%-1,12%)	<b>-1,51</b>	<b>-0,71</b>	<b>-0,23</b>
Allgemeine postoperative Komplikationen	EQ	-	1,45% (1,39%-1,51%)	1,24% (1,18%-1,30%)	1,05% (1,00%-1,10%)	-	<b>-0,40</b>	<b>-0,19</b>
Reoperationen wegen Komplikation	EQ	-	-	1,87% (1,80%-1,93%)	1,64% (1,58%-1,70%)	-	-	<b>-0,23</b>
Letalität	EQ	0,26% (0,23%-0,28%)	0,22% (0,19%-0,24%)	0,20% (0,18%-0,22%)	0,17% (0,15%-0,20%)	<b>-0,08</b>	-0,04	-0,02

Quelle: IGES; AQUA-Institut

Fettdruck kennzeichnet eine signifikante Veränderung mit einem Signifikanzniveau von 5%; 95% Konfidenzintervall in Klammern.



#### **4.8.3.4.3 Leistungsbereich Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17n3-HÜFT-WECH)**

Im Leistungsbereich Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel ist die Mehrzahl der Indikatoren für den Zeitraum 2004 bis 2010 vergleichbar.

Für den einzigen im Leistungsbereich erhobenen Prozessqualitätsindikator „Perioperative Antibiotikaphylaxe“ hat sich der Ergebniswert zwischen 2008 und 2010 weiter auf 99,6% verbessert, sodass sich auch für den Gesamtzeitraum 2004 bis 2010 eine signifikant positive Ergebnisentwicklung zeigt.

Bei der überwiegenden Anzahl von Ergebnisqualitätsindikatoren des Leistungsbereichs ist eine positive Entwicklung der Gesamtergebnisse im Zeitraum 2004 bis 2010 oder während kürzerer Vergleichszeiträume zu beobachten. Der Anteil der Patienten mit postoperativen Wundinfektionen, der zwischen 2004 und 2008 von 3,1% auf 2,8% gesunken war, hat sich bis zum Jahr 2010 leicht auf 2,9% erhöht.

Die Letalitätsrate, für die bereits im Zeitraum 2006 bis 2008 ein Anstieg um 0,22 Prozentpunkte zu beobachten war, hat sich auch zwischen 2008 und 2010 um 0,18 Prozentpunkte weiter erhöht. Damit ist sie von 1,1% im Jahr 2004 auf 1,5% im Jahr 2010 signifikant angestiegen. Eine Bewertung der Ergebnisentwicklung dieses Sentinel-Event-Indikators wurde im Qualitätsreport 2010 nicht vorgenommen (vgl. Tabelle 143).

Tabelle 143: Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (2004-2010)

Bezeichnung	Typ	Gesamtergebnis				Veränderung (Prozentpunkte)		
		2004	2006	2008	2010	04-10	06-10	08-10
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	PQ	98,35% (98,15%-98,53%)	99,11% (98,97%-99,24%)	99,43% (99,33%-99,53%)	99,57% (99,48%-99,65%)	<b>1,22</b>	<b>0,46</b>	0,14
Gehfähigkeit bei Entlassung (Patient mit OP-bedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung)	EQ	-	-	1,97% (1,79%-2,17%)	1,40% (1,26%-1,56%)	-	-	<b>-0,57</b>
Gefäßläsion oder Nervenschaden	EQ	1,30% <sup>+</sup> (1,14%-1,48%)	1,09% (0,95%-1,25%)	0,78% (0,67%-0,90%)	0,61% (0,52%-0,71%)	<b>-0,69</b>	<b>-0,48</b>	-0,17
Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur	EQ	3,00% (2,75%-3,26%)	2,82% (2,59%-3,06%)	2,21% (2,02%-2,41%)	1,95% (1,78%-2,13%)	<b>-1,05</b>	<b>-0,87</b>	-0,26
Endoprothesenluxation	EQ	2,72% (2,48%-2,97%)	2,67% (2,45%-2,91%)	2,02% (1,84%-2,21%)	1,68% (1,52%-1,85%)	<b>-1,04</b>	<b>-0,99</b>	-0,34
Postoperative Wundinfektion	EQ	3,08% (2,83%-3,34%)	3,01% (2,78%-3,26%)	2,78% (2,57%-3,00%)	2,89% (2,68%-3,10%)	-0,19	-0,13	0,11
Wundhämatome / Nachblutungen	EQ	4,72% (4,41%-5,04%)	3,91% (3,64%-4,19%)	3,09% (2,87%-3,32%)	2,66% (2,46%-2,86%)	<b>-2,06</b>	<b>-1,25</b>	<b>-0,43</b>
Allgemeine postoperative Komplikationen	EQ	-	2,98% (2,74%-3,22%)	2,97% (2,76%-3,20%)	2,95% (2,74%-3,17%)	-	-0,03	-0,02
Reoperationen wegen Komplikation	EQ	-	-	5,62% (5,32%-5,93%)	5,60% (5,31%-5,89%)	-	-	-0,03
Letalität	EQ	1,14% (0,98%-1,30%)	1,08% (0,94%-1,23%)	1,29% (1,15%-1,45%)	1,47% (1,33%-1,63%)	<b>0,34</b>	<b>0,39</b>	0,18

Quelle: IGES; AQUA-Institut

Fettdruck kennzeichnet eine signifikante Veränderung mit einem Signifikanzniveau von 5%; 95% Konfidenzintervall in Klammern.

<sup>+</sup> Der Wert für das Jahr 2004 ist aufgrund leicht unterschiedlicher Berechnungen und/oder Spezifikationen vergleichbar, wurde aber nicht methodisch identisch erhoben.

#### 4.8.3.5 Innere Medizin/Kardiologie

##### 4.8.3.5.1 Leistungsbereich Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

Die ambulant, d. h. außerhalb des Krankenhauses, erworbene Pneumonie ist seit dem Jahr 2005 ein dokumentationspflichtiger Leistungsbereich der externen Qualitätssicherung der Krankenhäuser und wird in diesem Forschungszyklus erstmalig berücksichtigt. Für den Zeitraum 2008 bis 2010 konnten Ergebniswerte zu den vier Indikatoren der Krankenhausletalität bei ambulant erworbener Pneumonie vergleichbar berechnet werden.

Von den in Krankenhäusern behandelten Patienten mit einer uneingeschränkten kurativen Therapie und vorliegender ambulant erworbener Pneumonie sind im Jahr 2010 11,41% im Krankenhaus verstorben. Der Anteil im Kran-

kenhaus verstorbener Patienten ist damit gegenüber dem Jahr 2008 um 1,5 Prozentpunkte signifikant gesunken. Die weiteren drei Indikatoren entsprechen einer Differenzierung des Gesamtkollektivs mittels des CRB-65-SCORES, der bei der Aufnahme erfasst wird und eine Aussage über die Schwere der Pneumonie und den prognostischen Genesungsverlauf ermöglicht (AQUA-Institut 2011a). Die Letalitätsraten haben sich zwischen 2008 und 2010 bei allen drei nach Risikoklassen differenzierenden Ergebnisqualitätskriterien signifikant verringert (vgl. Tabelle 144).

**Tabelle 144:** Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Ambulant erworbene Pneumonie (2008-2010)

Bezeichnung	Typ	Gesamtergebnis		Veränderung (Prozentpunkte)
		2008	2010	08-10
Letalität im Krankenhaus ...				
Alle verstorbenen Patienten	EQ	12,86% (12,71%-13,01%)	11,41% (11,28%-11,54%)	<b>-1,45</b>
Verstorbene Patienten der Risiko- klasse 1 (0 Punkte nach CRB-65- SCORE)	EQ	2,82% (2,64%-3,01%)	2,29% (2,14%-2,45%)	<b>-0,53</b>
Verstorbene Patienten der Risiko- klasse 2 (1-2 Punkte nach CRB-65- SCORE)	EQ	12,83% (12,66%-13,00%)	11,68% (11,52%-11,84%)	<b>-1,15</b>
Verstorbene Patienten der Risiko- klasse 3 (3-4 Punkte nach CRB-65- SCORE)	EQ	34,05% (33,29%-34,81%)	31,60% (30,85%-32,36%)	<b>-2,45</b>

Quelle: IGES; AQUA-Institut

Fettdruck kennzeichnet eine signifikante Veränderung mit einem Signifikanzniveau von 5%; 95% Konfidenzintervall in Klammern.

#### 4.8.3.5.2 Leistungsbereich Herzschrittmacher-Implantation (09n1-HSM-IMPL)

Im Leistungsbereich Herzschrittmacher-Implantation konnten mit Ausnahme des Indikators „Ventrikelsondendislokation bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde“ sämtliche Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren für den Zeitraum 2004 bis 2010 oder 2006 bis 2010 vergleichbar berechnet werden.

Bei den Prozessqualitätsindikatoren zur Eingriffsdauer und zur Durchleuchtungszeit zeigen sich zwischen 2004 und 2010 kontinuierliche signifikante Verbesserungen der Gesamtergebnisse. Bei den Ergebnisqualitätsindikatoren für bestimmte perioperative Komplikationen und Intrakardiale Signalamplituden zeigt sich für die im Zeitraum 2006 bis 2010 vergleichbaren Indikatoren durchweg eine signifikant positive Entwicklung der Gesamtergebnisse. Die Letalität bei Herzschrittmacher-Implantationen ist im Jahr 2010 auf dem seit dem Jahr 2006 im Vergleich zum Jahr 2004 erhöhten Niveau stabil geblieben.

Hierbei handelt es sich um einen Sentinel-Event-Indikator, d. h., dass allen Einzelfällen im Rahmen des Strukturierten Dialogs nachgegangen wird (vgl. Tabelle 145).

Tabelle 145: Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Herzschrittmacher-Implantation (2004-2010)

Bezeichnung	Typ	Gesamtergebnis				Veränderung (Prozentpunkte)		
		2004	2006	2008	2010	04-10	06-10	08-10
Eingriffsdauer bis ...								
60 Minuten bei implantiertem VVI	PQ	84,46% (83,98%-84,93%)	85,41% (84,92%-85,89%)	87,01% (86,52%-87,49%)	87,92% (87,44%-88,40%)	<b>3,47</b>	<b>2,52</b>	0,91
90 Minuten bei implantiertem DDD	PQ	86,85% (86,51%-87,20%)	88,89% (88,58%-89,19%)	90,29% (90,02%-90,56%)	91,37% (91,13%-91,61%)	<b>4,52</b>	<b>2,48</b>	<b>1,08</b>
Durchleuchtungszeit bis ...								
9 Minuten bei implantiertem VVI	PQ	90,84% (90,46%-91,22%)	91,99% (91,60%-92,37%)	93,27% (92,89%-93,63%)	93,56% (93,18%-93,91%)	<b>2,71</b>	<b>1,57</b>	0,29
18 Minuten bei implantiertem DDD	PQ	94,96% (94,74%-95,18%)	95,97% (95,78%-96,16%)	97,08% (96,92%-97,23%)	97,52% (97,38%-97,65%)	<b>2,56</b>	<b>1,55</b>	<b>0,44</b>
Perioperative Komplikationen ...								
Patienten mit chirurgischen Komplikationen	EQ	-	1,22% (1,13%-1,30%)	0,97% (0,89%-1,04%)	0,95% (0,89%-1,03%)	-	<b>-0,26</b>	-0,01
Vorhofsendislokation bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde	EQ	-	1,55% (1,44%-1,67%)	1,50% (1,39%-1,61%)	1,07% <sup>+</sup> (0,99%-1,16%)	-	<b>-0,48<sup>+</sup></b>	<b>-0,43<sup>+</sup></b>
Intrakardiale Signalamplituden ...								
Vorhofsonden mit Amplitude >= 1,5 mV	EQ	-	91,07% (90,79%-91,34%)	92,12% (91,88%-92,37%)	92,24% <sup>+</sup> (92,01%-92,47%)	-	<b>1,17<sup>+</sup></b>	0,12 <sup>+</sup>
Ventrikelsonden mit Amplitude >= 4 mV	EQ	-	98,39% (98,28%-98,48%)	98,46% (98,36%-98,55%)	98,76% <sup>+</sup> (98,67%-98,84%)	-	<b>0,37<sup>+</sup></b>	<b>0,30<sup>+</sup></b>
Letalität	EQ	1,15% (1,07%-1,23%)	1,29% (1,20%-1,38%)	1,30% (1,22%-1,39%)	1,29% (1,21%-1,37%)	0,14	0,00	-0,02

Quelle: IGES; AQUA-Institut

Fettdruck kennzeichnet eine signifikante Veränderung mit einem Signifikanzniveau von 5%; 95% Konfidenzintervall in Klammern.

<sup>+</sup> Der Wert für das Jahr 2010 ist aufgrund leicht unterschiedlicher Berechnungen und/oder Spezifikationen vergleichbar, wurde aber nicht methodisch identisch erhoben.

### 4.8.3.5.3 Leistungsbereich Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW)

Außer den Indikatoren zu den Laufzeiten des Herzschrittmacher-Aggregats können zu allen Indikatoren im Leistungsbereich Herzschrittmacher-Aggregatwechsel vergleichbare Ergebnisse betrachtet werden.

Bei den Prozessqualitätsindikatoren zeigt sich bei der Eingriffsdauer bis 60 Minuten zwischen 2004 und 2010 eine kontinuierlich signifikant positive Entwicklung des Ergebniswertes (2004: 94,6%, 2010: 97,6%). Bei den Gesamtergebnissen der Indikatoren zur Reizschwellen- und Amplitudenbestimmung bei Vorhof- und Ventrikelsonden, die für den Zeitraum 2006 und 2010 vergleichbar berechnet werden konnten, zeigt sich durchweg eine signifikante Verbesserung. Auch bei dem einzigen Ergebnisqualitätsindikator „Perioperative Komplikationen“, für den im Zeitraum 2008 bis 2010 vergleichbare Ergebniswerte vorliegen, war die Ergebnisentwicklung signifikant positiv (vgl. Tabelle 146).

Tabelle 146: Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (2004-2010)

Bezeichnung	Typ	Gesamtergebnis				Veränderung (Prozentpunkte)		
		2004	2006	2008	2010	04-10	06-10	08-10
Eingriffsdauer bis 60 Minuten	PQ	94,58% (94,20%-94,94%)	96,49% (96,21%-96,76%)	97,03% (96,75%-97,28%)	97,61% (97,36%-97,84%)	<b>3,03</b>	<b>1,11</b>	<b>0,58</b>
Reizschwellenbestimmung ...								
Vorhofsonden mit gemessener Reizschwelle	PQ	-	84,13% <sup>+</sup>	89,10% (88,45%-89,73%)	91,13% <sup>++</sup> (90,55%-91,69%)	-	7,00 <sup>+</sup>	<b>2,03<sup>+</sup></b>
Ventrikelsonden mit gemessener Reizschwelle	PQ	-	89,45% (88,99%-89,90%)	93,52% (93,13%-93,90%)	94,72% (94,37%-95,06%)	-	<b>5,27</b>	<b>1,20</b>
Amplitudenbestimmung ...	PQ							
Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude	PQ	-	85,94% (85,27%-86,59%)	90,03% (89,44%-90,60%)	91,17% <sup>+</sup> (90,62%-91,70%)	-	<b>5,23<sup>+</sup></b>	<b>1,14<sup>+</sup></b>
Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude	PQ	-	90,07% (89,59%-90,54%)	93,56% (93,13%-93,97%)	94,14% (93,74%-94,53%)	-	<b>4,07</b>	0,58
Perioperative Komplikationen: chirurgische Komplikationen	EQ	-	-	0,44% (0,34%-0,55%)	0,24% (0,17%-0,33%)	-	-	<b>-0,19</b>

Quelle: IGES; AQUA-Institut

Fettdruck kennzeichnet eine signifikante Veränderung mit einem Signifikanzniveau von 5%; 95% Konfidenzintervall in Klammern.

<sup>+</sup> Das Konfidenzintervall für 2006 wurde durch AQUA nicht übermittelt

<sup>++</sup> Der Wert für das Jahr 2010 ist aufgrund leicht unterschiedlicher Berechnungen und/oder Spezifikationen vergleichbar, wurde aber nicht methodisch identisch erhoben.

#### **4.8.3.5.4 Leistungsbereich Herzschrittmacher-Revision/Systemwechsel/-Explantation (09n3-HSM-REV)**

Im Leistungsbereich Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation konnten nahezu alle Indikatoren (Ausnahme: „Patienten mit Sondendislokation bei revidierter Ventrikelsonde wegen Sondenproblemen“) für den Zeitraum 2006 bis 2010 vergleichbar berechnet werden.

Bei allen sechs Prozessqualitätsindikatoren zeigt sich zwischen 2006 und 2010 eine signifikant positive Entwicklung der Gesamtergebnisse. Bei der Reizschwellenbestimmung und der Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden (Ventrikelsonden) haben sich die Ergebnisse im aktuellsten Betrachtungszeitraum 2008 bis 2010 allerdings leicht verschlechtert.

Die Ergebnisse der beiden im Zeitraum 2006 bis 2010 vergleichbaren Ergebnisqualitätsindikatoren zu den perioperativen Komplikationen haben sich im Gesamtzeitraum positiv entwickelt. Der Anteil der Patienten mit Sondendislokation bei revidierter Vorhofsonde wegen Sondenproblemen hat sich zwischen 2008 und 2010 allerdings wieder leicht erhöht (vgl. Tabelle 147).

Tabelle 147: Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (2006-2010)

Bezeichnung	Typ	Gesamtergebnis			Veränderung (Prozentpunkte)	
		2006	2008	2010	06-10	08-10
Reizschwellenbestimmung bei revidierten Sonden ...						
Vorhofsonden	PQ	95,30% (94,33%-96,14%)	97,47% (96,75%-98,07%)	97,84% <sup>+</sup> (97,19%-98,37%)	<b>2,54<sup>+</sup></b>	0,37 <sup>+</sup>
Ventrikelsonden	PQ	97,55% (97,04%-98,00%)	99,13% (98,82%-99,38%)	98,91% (98,59%-99,18%)	<b>1,36</b>	-0,22
Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden ...						
Vorhofsonden	PQ	95,59% (94,67%-96,40%)	97,23% (96,50%-97,85%)	97,71% <sup>+</sup> (97,07%-98,25%)	<b>2,12<sup>+</sup></b>	0,48 <sup>+</sup>
Ventrikelsonden	PQ	97,05% (96,48%-97,56%)	98,83% (98,46%-99,12%)	98,60% (98,23%-98,91%)	<b>1,54</b>	-0,23
Intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden ...						
Vorhofsonden mit Amplitude >= 1,5 mV	EQ	90,18% (88,86%-91,39%)	90,88% (89,66%-92,01%)	92,04% <sup>+</sup> (90,94%-93,05%)	1,86 <sup>+</sup>	1,16 <sup>+</sup>
Ventrikelsonden mit Amplitude >= 4 mV	EQ	97,05% (96,48%-97,56%)	98,31% (97,88%-98,67%)	98,63% (98,27%-98,94%)	<b>1,58</b>	0,32
Perioperative Komplikationen ...						
Patienten mit chirurgischen Komplikationen	EQ	1,38% (1,17%-1,61%)	1,09% (0,91%-1,30%)	0,91% (0,75%-1,09%)	<b>-0,47</b>	-0,18
Patienten mit Sondendislokation bei revidierter Vorhofsonde wegen Sondenproblemen	EQ	2,19% (1,64%-2,85%)	1,07% (0,70%-1,55%)	1,40% <sup>+</sup> (1,00%-1,91%)	-0,78 <sup>+</sup>	0,34 <sup>+</sup>

Quelle: IGES; AQUA-Institut

Fettdruck kennzeichnet eine signifikante Veränderung mit einem Signifikanzniveau von 5%; 95% Konfidenzintervall in Klammern.

<sup>+</sup> Der Wert für das Jahr 2010 ist aufgrund leicht unterschiedlicher Berechnungen und/oder Spezifikationen vergleichbar, wurde aber nicht methodisch identisch erhoben.

#### 4.8.3.5.5 Leistungsbereich Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) (21n3-KORO-PCI)

Im Leistungsbereich Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) waren die meisten der Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren für unterschiedliche Zeiträume vergleichbar berechenbar.

Bei den Indikatoren, die das Erreichen des wesentlichen Interventionszieles ausdrücken, ist für den Zeitraum 2006 bis 2010 eine signifikant positive Ergebnisentwicklung zu beobachten.

Bei sämtlichen Indikatoren, die die Entwicklung der Letalität im Leistungsbereich beschreiben, zeigen sich allerdings zwischen 2006 und 2010 (sofern vergleichbar) und/oder 2008 bis 2010 signifikante Zunahmen, d. h., eine negative Ergebnisentwicklung. Im Qualitätsreport 2010 wird, bezogen auf die Letalität

bei PCI, die Verbesserung der Methodik zur Risikoadjustierung diskutiert: „Neben der Klärung von Auffälligkeiten im Rahmen des Strukturierten Dialogs erscheint eine Überprüfung der bereits eingeführten Risikoadjustierung bei PCI sowie die Einführung einer Risikoadjustierung bei Koronarangiographien angezeigt“ (AQUA-Institut 2011b).

Während sich die Kontrastmittelmenge bei allen drei für den Zeitraum 2004 bis 2010 vergleichbaren Indikatoren verringert hat oder stabil geblieben ist, hat sich zwischen 2008 und 2010 das Flächendosisprodukt als ein Maß für die Strahlenbelastung sowohl bei allen Einzeitig-PCI<sup>259</sup> als auch den Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) und PCI (ohne Einzeitig-PCI) deutlich erhöht, d. h., das Ergebnis verschlechtert.<sup>260</sup> Diese Entwicklung wird im Qualitätsreport 2010 aufgegriffen: „Die Kontrolle und Minimierung der Strahlenbelastung des Patienten, vor allem bei PCI, hat weiterhin hohe Priorität. Bei Einzeitig-PCI wird besonderer Handlungsbedarf gesehen. ... Zurzeit fehlt überdies für Einzeitig-PCI ein diagnostischer Referenzbereich, der den Leistungserbringern eine Zielvorgabe für eine angemessene Strahlendosis vorgeben würde“ (AQUA-Institut 2011b). Hinsichtlich der Durchleuchtungsdauer zeigt sich beim Median aller Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) zwischen 2004 und 2010 eine stabile Entwicklung und, beim Median aller PCI zwischen 2006 und 2010 eine Verschlechterung um 0,5 Minuten (vgl. Tabelle 148).

---

<sup>259</sup> Einzeitig-PCI bezeichnet die im Rahmen einer einzelnen Sitzung gemeinsam durchgeführte Koronarangiographie und perkutane Koronarangioplastie.

<sup>260</sup> Dies führt zu einer erhöhten Strahlenbelastung für Patienten und Untersucher.



Tabelle 148: Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) (2004-2010)

Bezeichnung	Typ	Gesamtergebnis				Veränderung		
		2004	2006	2008	2010	04-10	06-10	08-10
Erreichen des wesentlichen Interventionszieles bei PCI ...								
Alle PCI mit Indikation „Akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h nach Stellung der Diagnose“	EQ	-	93,18% (92,92%-93,43%)	94,02% (93,79%-94,23%)	94,31% (94,10%-94,51%)	-	<b>1,13<sup>+</sup></b>	0,29 <sup>+</sup>
Alle PCI	EQ	-	93,27% (93,17%-93,37%)	93,93% (93,84%-94,02%)	94,06% (93,97%-94,14%)	-	<b>0,78<sup>+</sup></b>	0,12 <sup>+</sup>
In-Hospital-Letalität bei ...								
Patienten mit Koronarangiographie (ohne PCI)	EQ	-	0,83% (0,80%-0,86%)	0,87% (0,84%-0,90%)	1,01% (0,98%-1,04%)	-	<b>0,18<sup>+</sup></b>	<b>0,14<sup>+</sup></b>
Patienten mit PCI	EQ	-	1,96% (1,90%-2,01%)	2,16% (2,11%-2,22%)	2,45% (2,40%-2,51%)	-	<b>0,50<sup>+</sup></b>	<b>0,29<sup>+</sup></b>
Patienten mit PCI – Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate	EQ	-	-	1,05	1,07	-	-	0,02 <sup>++</sup>
Risikoadjustierte Rate der In-Hospital-Letalität bei PCI	EQ	-	-	2,30%	2,63%	-	-	0,33 <sup>+</sup>
Dokumentationsqualität (d. h. unvollständige Angaben zu Diabetes mellitus oder Niereninsuffizienz) bei Patienten mit PCI und einer stationären Verweildauer > 1 Tag	EQ	-	-	6,30% (6,20%-6,41%)	2,36% (2,30%-2,43%)	-	-	<b>-3,94</b>
Durchleuchtungsdauer ...								
Median aller Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) [min]	PQ	3,0	3,0	2,8	3,0	0,0	0,0	+0,2
Median aller PCI [min]	PQ	-	8,5	8,5	9,0	-	+0,5	+0,5
Flächendosisprodukt ...								
Median aller Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) [cGY*cm <sup>2</sup> ]	PQ	-	-	2.324	2.430	-	-	106
Median aller PCI (ohne Einzeitig-PCI) [cGY*cm <sup>2</sup> ]	PQ	-	-	3.572	4.100	-	-	528
Median aller Einzeitig-PCI [cGY*cm <sup>2</sup> ]	PQ	-	-	4.785	5.205	-	-	420
Kontrastmittelmenge ...								
Median aller Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) [ml]	PQ	105	100	90	90	-15	-10	0
Median aller PCI (ohne Einzeitig-PCI) [ml]	PQ	130	130	130	130	0	0	0
Median aller Einzeitig-PCI [ml]	PQ	180	180	170	170	-10	-10	0

Quelle: IGES; AQUA-Institut

Fettdruck kennzeichnet eine signifikante Veränderung mit einem Signifikanzniveau von 5%; 95% Konfidenzintervall in Klammern.

<sup>+</sup> Angaben in Prozentpunkten

<sup>++</sup> Absolutdifferenz der Rate

### 4.8.3.6 Herzchirurgie

#### 4.8.3.6.1 Leistungsbereich Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch) (HCH-AORT-CHIR)

Im Leistungsbereich Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch) sind fünf der neun Ergebnisqualitätsindikatoren für den Zeitraum 2004 bis 2010 und zwei Indikatoren für den Zeitraum 2008 bis 2010 vergleichbar berechenbar.

Der Anteil der Patienten mit Postoperativer Mediastinitis bei elektiver oder dringlicher Operationsindikation ohne Mediastinitis und ohne Wundinfektion des Thorax vor Operation sowie der Anteil der Patienten mit postoperativer Mediastinitis an allen Patienten der Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS), die in ihrer ersten Operation isoliert konventionell chirurgisch an der Aortenklappe operiert wurden, haben sich zwischen 2008 und 2010 leicht erhöht. Im selben Betrachtungszeitraum war der Anteil der Patienten mit neurologischen Komplikationen bei Patienten mit elektiver oder dringlicher Operationsindikation wie bereits in den Vorbetrachtungsperioden bis 2004 rückläufig.

Die Gesamtergebnisse der beiden Indikatoren zur In-Hospital-Letalität sanken zwischen 2008 bis 2010 erstmalig, jedoch nicht signifikant, im Gesamtbetrachtungszeitraum 2004 bis 2010 unter die Raten des Jahres 2004. Die Follow-up-Rate (30. Tag postoperativ) hat sich zwischen 2004 und 2010 von 71,2% auf 78,6% im Jahr 2010 erhöht. Die 30-Tage-Letalität in jenen Krankenhäusern, die eine Follow-up-Rate von 97% oder mehr erreicht haben, war zwischen 2004 und 2010 von 3,7% auf 3,0% nicht signifikant rückläufig (vgl. Tabelle 149).

Tabelle 149: Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch) (2004-2010)

Bezeichnung	Typ	Gesamtergebnis				Veränderung (Prozentpunkte)		
		2004	2006	2008	2010	04-10	06-10	08-10
Postoperative Mediastinitis ...								
Patienten mit elektiver oder dringlicher Operationsindikation ohne Mediastinitis und ohne Wundinfektion des Thorax vor Operation	EQ	-	-	0,30%	0,33%	-	-	0,03
				(0,21%-0,42%)	(0,23%-0,47%)			
Patienten der Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	EQ	-	-	0,22%	0,31%	-	-	0,09
				(0,13%-0,33%)	(0,20%-0,46%)			
Neurologische Komplikationen bei Patienten mit elektiver oder dringlicher Operationsindikation	EQ	1,85%	1,88%	1,21%	1,11%	<b>-0,73</b>	<b>-0,77</b>	-0,10
		(1,58%-2,14%)	(1,63%-2,17%)	(1,01%-1,45%)	(0,91%-1,35%)			
Letalität bei ...								
In-Hospital-Letalität bei allen Patienten, die in ihrer ersten Operation isoliert konventionell chirurgisch an der Aortenklappe operiert wurden	EQ	3,37%	3,84%	3,46%	2,97%	-0,41	<b>-0,87</b>	-0,49
		(3,04%-3,74%)	(3,49%-4,21%)	(3,13%-3,81%)	(2,65%-3,31%)			
In-Hospital-Letalität bei Patienten mit elektiver/dringlicher Operationsindikation	EQ	2,90%	3,19%	2,90%	2,40%	-0,50	<b>-0,79</b>	-0,50
		(2,58%-3,25%)	(2,87%-3,55%)	(2,59%-3,23%)	(2,11%-2,72%)			
Patienten mit bekanntem Status am 30. Tag postoperativ (Follow-up-Rate)	EQ	71,20%	75,69%	74,39%	78,64%	<b>7,44</b>	<b>2,95</b>	<b>4,25</b>
		(70,32%-72,07%)	(74,87%-76,49%)	(73,57%-75,20%)	(77,83%-79,43%)			
30-Tage-Letalität in Krankenhäusern mit einer Follow-up-Rate >= 97%	EQ	3,75%	3,94%	3,32%	3,01%	-0,74	-0,93	-0,31
		(3,21%-4,35%)	(3,45%-4,47%)	(2,87%-3,81%)	(2,59%-3,48%)			

Quelle: IGES; AQUA-Institut

Fettdruck kennzeichnet eine signifikante Veränderung mit einem Signifikanzniveau von 5%; 95% Konfidenzintervall in Klammern.

#### 4.8.3.6.2 Leistungsbereich Koronarchirurgie, isoliert (HCH-KCH)

Im Leistungsbereich Koronarchirurgie, isoliert konnte lediglich der betrachtete Indikator zur Prozessqualität für den Zeitraum 2004 bis 2010 vergleichbar berechnet werden. Alle übrigen Indikatoren des Leistungsbereichs stellen Aspekte der Ergebnisqualität dar und können ausschließlich für den Zeitraum 2008 bis 2010 miteinander verglichen werden.

Der Anteil der Patienten mit elektiver/dringlicher Operationsindikation im Leistungsbereich mit Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna hat sich zwischen 2004 und 2010 kontinuierlich von 87,9% auf 92,9% signifikant erhöht.

Der Anteil der Patienten mit postoperativer Mediastinitis nach elektiver oder dringlicher OP ohne Mediastinitis und ohne Wundinfektion des Thorax vor OP sowie der Anteil der Patienten mit postoperativer Mediastinitis an allen Patienten der Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS), die in ihrer ersten Operation isoliert koronarchirurgisch operiert wurden, hat sich zwischen 2008 und 2010 ebenso leicht erhöht wie der Anteil der Patienten mit neurologischen Komplikationen bei Patienten mit elektiver/dringlicher Operationsindikation. Bei den übrigen Ergebnisqualitätsindikatoren, die die In-Hospital-Letalität und die Letalität innerhalb des Zeitraums bis zum 30. postoperativen Tag betrachten, zeigt sich ein uneinheitliches Bild. So hat sich die nach dem logistischen KCH-Score risikoadjustierte In-Hospital-Letalitätsrate zwischen 2008 und 2010 von 3,0% auf 3,1% erhöht, während die übrigen Indikatoren zur In-Hospital-Letalität in diesem Betrachtungszeitraum stabil geblieben sind oder leicht rückläufig waren.

Die Follow-up-Rate (30. Tag postoperativ) hat sich zwischen 2008 und 2010 von 73,7% auf 78,5% im Jahr 2010 erhöht. Die 30-Tage-Letalität in jenen Krankenhäusern die eine Follow-up-Rate von 97% oder mehr erreicht haben, hat sich im selben Zeitraum von 3,0% auf 3,1% nicht signifikant erhöht (vgl. Tabelle 150).

Tabelle 150: Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Koronarchirurgie, isoliert (2004-2010)

Bezeichnung	Typ	Gesamtergebnis				Veränderung (Prozentpunkte)		
		2004	2006	2008	2010	04-10	06-10	08-10
Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna bei Patienten mit elektiver/dringlicher Operationsindikation	PQ	87,86% (87,57%-88,15%)	91,02% (90,74%-91,29%)	92,54% (92,28%-92,80%)	92,89% (92,62%-93,16%)	<b>5,03</b>	<b>1,87</b>	0,35
Postoperative Mediastinitis bei ...								
Patienten mit postoperativer Mediastinitis nach elektiver oder dringlicher OP ohne Mediastinitis und ohne Wundinfektion des Thorax vor OP	EQ	-	-	0,45% (0,38%-0,52%)	0,49% (0,42%-0,56%)	-	-	0,04
Patienten der Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	EQ	-	-	0,46% (0,39%-0,54%)	0,47% (0,40%-0,55%)	-	-	0,01
Neurologische Komplikationen bei Patienten mit elektiver/dringlicher Operationsindikation	EQ	-	-	0,88% (0,79%-0,98%)	0,91% (0,81%-1,02%)	-	-	0,03
Letalität ...								
In-Hospital-Letalität bei allen Patienten, die in der ersten Operation isoliert koronarchirurgisch behandelt wurden	EQ	-	-	3,06% (2,90%-3,22%)	3,04% (2,88%-3,21%)	-	-	-0,02
In-Hospital-Letalität bei Patienten mit elektiver/dringlicher Operationsindikation	EQ	-	-	2,09% (1,95%-2,24%)	2,04% (1,89%-2,19%)	-	-	-0,05
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten In-Hospital-Letalitäts-Rate nach logistischem KCH-Score 3.0	EQ	-	-	1,0	1,0	-	-	0,0 <sup>+</sup>
Risikoadjustierte In-Hospital-Letalität nach logistischem KCH-SCORE 3.0	EQ	-	-	3,00%	3,10%	-	-	0,10
Patienten mit bekanntem Status am 30. Tag postoperativ (Follow-up-Rate)	EQ	-	-	73,72% (73,32%-74,13%)	78,54% (78,14%-78,94%)	-	-	<b>4,82</b>
30-Tage-Letalität bei Patienten in Krankenhäusern mit Follow-up-Rate >= 97%	EQ	-	-	3,03% (2,81%-3,25%)	3,11% (2,90%-3,32%)	-	-	0,08

Quelle: IGES; AQUA-Institut

Fettdruck kennzeichnet eine signifikante Veränderung mit einem Signifikanzniveau von 5%; 95% Konfidenzintervall in Klammern.

<sup>+</sup> Absolutdifferenz der Rate;

#### **4.8.3.6.3 Leistungsbereich Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH-KOMB)**

Im Leistungsbereich Koronar- und Aortenklappenchirurgie konnten vier Indikatoren zur Letalität für den Zeitraum 2004 bis 2010 und die übrigen Indikatoren lediglich für die kürzeren Zeiträume 2006 bis 2010 oder 2008 bis 2010 vergleichbar berechnet werden.

Der Anteil der Patienten mit postoperativer Mediastinitis nach elektiver oder dringlicher Operationsindikation ohne Mediastinitis und ohne Wundinfektion des Thorax vor OP ist zwischen 2008 und 2010 ebenso wie der Anteil der Patienten mit postoperativer Mediastinitis an allen Patienten der Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS), die in ihrer ersten Operation koronarchirurgisch und an der Aortenklappe operiert wurden, leicht angestiegen. Beim Anteil der Patienten mit neurologischen Komplikationen bei Patienten mit elektiver/dringlicher Operation ist – bei stabiler Ergebnisentwicklung zwischen 2008 und 2010 – im gesamten Zeitraum 2006 bis 2010 eine deutliche Verbesserung des Gesamtergebnisses festzustellen. Bei den Qualitätsindikatoren der In-Hospital-Letalität zeigt sich im Gesamtzeitraum eine weitgehend kontinuierliche signifikante Verringerung der Gesamtergebnisse, d. h. eine positive Ergebnisentwicklung. Auch die 30-Tage-Letalität in jenen Krankenhäusern, die eine Follow-up-Rate von 97% oder mehr erreicht haben, war, trotz eines leichten Anstiegs zwischen 2008 und 2010, insgesamt zwischen 2004 und 2010 von 6,9% auf 5,9% nicht signifikant rückläufig (vgl. Tabelle 151).

Tabelle 151: Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-chirurgie (2004-2010)

Bezeichnung	Typ	Gesamtergebnis				Veränderung (Prozentpunkte)		
		2004	2006	2008	2010	04-10	06-10	08-10
Postoperative Mediastinitis bei ...								
Patienten mit elektiver oder dringlicher Operationsindikation ohne Mediastinitis und ohne Wundinfektion des Thorax vor OP	EQ	-	-	0,52%	0,59%	-	-	0,07
				(0,37%-0,71%)	(0,42%-0,8%)			
Patienten der Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	EQ	-	-	0,40%	0,55%	-	-	0,16
				(0,25%-0,59%)	(0,37%-0,79%)			
Neurologische Komplikationen bei Patienten mit elektiver/dringlicher Operation	EQ	-	2,20% <sup>+</sup>	1,67%	1,71%	-	-0,49	0,04
				(1,38%-2,00%)	(1,40%-2,06%)			
Letalität ...								
In-Hospital-Letalität bei allen Patienten, die in ihrer ersten Operation koronarchirurgisch und an der Aortenklappe operiert wurden	EQ	6,76%	7,10%	5,79%	5,62%	<b>-1,15</b>	<b>-1,48</b>	-0,17
		(6,20%-7,36%)	(6,54%-7,70%)	(5,28%-6,34%)	(5,09%-6,19%)			
In-Hospital-Letalität bei Patienten mit elektiver/dringlicher Operationsindikation	EQ	6,20%	6,01%	5,01%	4,66%	<b>-1,54</b>	<b>-1,35</b>	-0,35
		(5,65%-6,78%)	(5,48%-6,57%)	(4,52%-5,53%)	(4,16%-5,19%)			
Patienten mit bekanntem Status am 30. Tag postoperativ (Follow-up-Rate)	EQ	71,07%	75,67%	76,10%	80,76%	<b>9,69</b>	<b>5,09</b>	<b>4,65</b>
		(70,03%-72,10%)	(74,69%-76,62%)	(75,14%-77,05%)	(79,81%-81,68%)			
30-Tage-Letalität bei Patienten in Krankenhäusern mit Follow-up-Rate >= 97%	EQ	6,91%	6,57%	5,73%	5,87%	-1,05	-0,71	0,13
		(6,03%-7,88%)	(5,84%-7,36%)	(5,04%-6,49%)	(5,19%-6,60%)			

Quelle: IGES; AQUA-Institut

Fettdruck kennzeichnet eine signifikante Veränderung mit einem Signifikanzniveau von 5%; 95% Konfidenzintervall in Klammern.

<sup>+</sup> Das Konfidenzintervall für 2006 wurde durch AQUA nicht übermittelt

### 4.8.3.7 Transplantationsmedizin

#### 4.8.3.7.1 Leistungsbereich Herztransplantation (HTX)

Im Leistungsbereich Herztransplantation sind alle Indikatoren der Externen Qualitätssicherung der Krankenhäuser außer der In-Hospital-Letalität für den Zeitraum 2008 bis 2010 vergleichbar berechenbar.

Die acht Indikatoren messen jeweils die Überlebensraten der Patienten nach der Transplantation für bestimmte Zeiträume (30 Tage, ein Jahr, zwei Jahre, drei Jahre) sowie den Anteil jener Patienten, für die entsprechende Follow-up-

Auswertungen vorliegen. Die Follow-up-Raten haben sich zwischen 2008 und 2010 lediglich für das 2-Jahres-Follow-up erhöht und für die übrigen retrospektiven Betrachtungszeiträume verringert. Bei den Patienten mit bekanntem Überlebensstatus zeigt sich bei der 3-Jahres-Überlebensrate eine negative Entwicklung (2008: 74,0%, 2010: 64,2%). Für die übrigen Follow-up-Zeiträume zeigen sich zwischen 2008 und 2010 durchweg deutlich Ergebnisverbesserungen (vgl. Tabelle 152). Alle Veränderungen waren nicht signifikant.

Tabelle 152: Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Herztransplantation (2008-2010)

Bezeichnung	Typ	Gesamtergebnis		Veränderung (Prozentpunkte)
		2008	2010	08-10
30-Tages-Überleben ...				
Unbekannter Überlebensstatus 30 Tage postoperativ	EQ	3,35% (1,69%-5,92%)	3,87% (2,02%-6,66%)	0,52
30-Tages-Überleben (bei bekanntem Status)	EQ	85,17% (80,78%-88,9%)	88,26% (84,05%-91,68%)	3,08
1-Jahres-Überleben ...				
Unbekannter Überlebensstatus 1 Jahr postoperativ	EQ	6,40% (4,01%-9,62%)	6,72% (3,96%-10,54%)	0,32
1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	EQ	68,40% (62,88%-73,57%)	76,03% (70,71%-80,81%)	7,62
2-Jahres-Überleben ...				
Unbekannter Überlebensstatus 2 Jahre postoperativ	EQ	8,41% (5,70%-11,85%)	5,10% (2,74%-8,56%)	-3,31
2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	EQ	70,89% (65,54%-75,84%)	75,48% (70,3%-80,17%)	4,60
3-Jahres-Überleben ...				
Unbekannter Überlebensstatus 3 Jahre postoperativ	EQ	5,81% (3,53%-8,93%)	8,68% (5,30%-13,22%)	2,87
3-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	EQ	74,03% (68,75%-78,83%)	64,24% (58,55%-69,65%)	-9,79

Quelle: IGES; AQUA-Institut

Fettdruck kennzeichnet eine signifikante Veränderung mit einem Signifikanzniveau von 5%; 95% Konfidenzintervall in Klammern.

#### 4.8.3.7.2 Leistungsbereich Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)

Im Leistungsbereich Herz-Lungentransplantation ist lediglich die In-Hospital-Letalität für den Zeitraum 2008 bis 2010 vergleichbar berechenbar. Diese Letalitätsrate konnte von 18,9% im Jahr 2008 auf 15,2% im Jahr 2010 nicht signifikant verringert werden (vgl. Tabelle 153).



Tabelle 153: Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Lungen- und Herz-Lungentransplantation (2008-2010)

Bezeichnung	Typ	Gesamtergebnis		Veränderung (Prozentpunkte)
		2008	2010	08-10
In-Hospital-Letalität	EQ	18,88% (14,07%-24,51%)	15,22% (11,29%-19,89%)	-3,66

Quelle: IGES; AQUA-Institut

Fettdruck kennzeichnet eine signifikante Veränderung mit einem Signifikanzniveau von 5%; 95% Konfidenzintervall in Klammern.

#### 4.8.3.7.3 Leistungsbereich Lebertransplantation (LTX)

Im Leistungsbereich Lebertransplantation sind drei der sechs im Jahr 2010 vorliegenden Indikatoren der Externen Qualitätssicherung der Krankenhäuser für den Zeitraum 2008 bis 2010 vergleichbar berechenbar.

Sowohl für die In-Hospital-Letalität als auch für die Indikatoren Tod durch operative Komplikationen und Intraoperative oder postoperative Komplikationen ist die Entwicklung der Gesamtergebnisse zwischen 2008 und 2010 nicht signifikant negativ. Des Weiteren erhöhte sich die Rate intraoperativer oder postoperativer Komplikationen signifikant. Im Qualitätsreport 2010 wird darauf hingewiesen, dass der eklatante Organmangel und lange Wartelisten dazu führen, dass zunehmend immer älteren und kränkeren Patienten Organe transplantiert werden. Eine Risikoadjustierung z. B. der In-Hospital-Letalität erfolgt bislang nicht, sodass unterschiedlich ausgeprägte patientenbezogene Risikofaktoren in den Berechnungen nicht berücksichtigt sind (AQUA-Institut 2011b) (vgl. Tabelle 154).

Tabelle 154: Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Lebertransplantation (2008-2010)

Bezeichnung	Typ	Gesamtergebnis		Veränderung (Prozentpunkte)
		2008	2010	08-10
In-Hospital-Letalität	EQ	15,20% (13,00%-17,61%)	16,76% (14,61%-19,08%)	1,56
Tod durch operative Komplikationen	EQ	1,69% (0,99%-2,69%)	2,78% (1,89%-3,92%)	1,09
Intraoperative oder postoperative Komplikationen	EQ	24,00% (21,33%-26,84%)	29,84% (27,07%-32,72%)	<b>5,83</b>

Quelle: IGES; AQUA-Institut

Fettdruck kennzeichnet eine signifikante Veränderung mit einem Signifikanzniveau von 5%; 95% Konfidenzintervall in Klammern.

#### **4.8.3.7.4 Leistungsbereich Leberlebendspende (LLS)**

Im Leistungsbereich Leberlebendspende sind alle Ergebnisqualitätsindikatoren außer den auf den drei-Jahres-Zeitraum nach der Lebendspende gerichteten Indikatoren für den Zeitraum 2006 bis 2010 oder 2008 bis 2010 vergleichbar berechenbar.

Die Ergebnisse der vergleichbaren Indikatoren zeigen eine kontinuierlich stabile oder sich verbessernde Entwicklung (vgl. Tabelle 155). Alle Veränderungen waren nicht signifikant. „Die vorliegenden Ergebnisse sind nach Ansicht der Bundesfachgruppe Ausdruck einer sehr guten Versorgungslage. Die Indikatoren spiegeln die sehr gute Qualität der Versorgung von Leberlebendspendern wider: kein Lebendspender ist aufgrund der Spende verstorben, keiner musste sich nach der Spende selbst einer Transplantation unterziehen und bei keinem Spender ist die Leberfunktion beeinträchtigt“ (AQUA-Institut 2011b).

Tabelle 155: Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Leberlebendspende (2006-2010)

Bezeichnung	Typ	Gesamtergebnis			Veränderung (Prozentpunkte)	
		2006	2008	2010	06-10	08-10
In-Hospital-Letalität	EQ	0,00% (0,00%-4,45%)	(1,79%)+	0,00% (0,00%-4,06%)	0,00	-
Lebertransplantation beim Leberlebendspender erforderlich)***	EQ	(2,47%)**	(3,57%)**	0,00% (0,00%-4,06%)	-	-
Intra- oder postoperative Komplikationen ...						
Eingriffsspezifische oder allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	EQ	9,88% (4,36%-18,54%)	7,14% (1,98%-17,29%)	3,37% (0,70%-9,54%)	-6,51	-3,77
Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	EQ	8,64% (3,55%-17,00%)	5,36% (1,12%-14,87%)	3,37% (0,70%-9,54%)	-5,27	-1,99
Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	EQ	2,47% (0,30%-8,64%)	1,79% (0,05%-9,55%)	0,00% (0,00%-4,06%)	-2,47	-1,79
Tod des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	EQ	-	0,00% (0,00%-9,49%)	0,00% (0,00%-8,60%)	-	0,00
Lebertransplantation beim Spender erforderlich (innerhalb des 1. Jahres nach Lebendspende)	EQ	-	2,70% (0,07%-14,16%)	0,00% (0,00%-8,60%)	-	-2,70
Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders (1 Jahr nach Lebendspende)	EQ	-	0,00% (0,00%-9,49%)	0,00% (0,00%-8,60%)	-	0,00
Tod des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	EQ	-	0,00% (0,00%-9,74%)	0,00% (0,00%-15,44%)	-	0,00
Lebertransplantation beim Spender erforderlich (innerhalb von 2 Jahren nach Lebendspende)	EQ	-	0,00% (0,00%-9,74%)	0,00% (0,00%-15,44%)	-	0,00
Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders (2 Jahre nach Lebendspende)	EQ	-	0,00% (0,00%-9,74%)	0,00% (0,00%-15,44%)	-	0,00

Quelle: IGES; AQUA-Institut

Fettdruck kennzeichnet eine signifikante Veränderung mit einem Signifikanzniveau von 5%; 95% Konfidenzintervall in Klammern.

\* Hinweis der BQS: Tatsächlich verstarb im Erfassungsjahr 2008 kein Teilleberlebendspender während des stationären Aufenthaltes. Es handelte sich um eine Dominotransplantation.

\*\* Hinweis der BQS: Tatsächlich wurde bei keinem Leberlebendspender in den Jahren 2006 und 2008 eine Lebertransplantation nach der Spende erforderlich. Es handelt sich hier um Dokumentationsfehler oder eine Dominotransplantation, die im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Transplantationszentren geklärt wurden

\*\*\* Hinweis des AQUA-Institut: (stationärer Aufenthalt zwei Kalenderjahre zuvor)

#### 4.8.3.7.5 Leistungsbereich Nierentransplantation (NTX)

Im Leistungsbereich Nierentransplantation waren alle Ergebnisqualitätsindikatoren für den Zeitraum 2008 bis 2010 vergleichbar berechenbar, die nicht aus Follow-up-Daten berechnet werden.

Bei den vergleichbaren Indikatoren ist die Ergebnisentwicklung im Betrachtungszeitraum nahezu durchweg positiv. Lediglich beim Indikator Gute oder mäßige Transplantatfunktion bei Entlassung von isoliert nierentransplantierten lebenden Patienten nach postmortaler Organspende war die Ergebnisentwicklung

lung im Vergleich der beiden Jahreswerte leicht negativ (vgl. Tabelle 156). Alle Veränderungen waren nicht signifikant.

Tabelle 156: Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Nierentransplantation (2008-2010)

Bezeichnung	Typ	Gesamtergebnis		Veränderung (Prozentpunkte)
		2008	2010	08-10
In-Hospital-Letalität	EQ	1,22% (0,83%-1,74%)	1,10% (0,74%-1,56%)	-0,13
Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats ...				
Isoliert nierentransplantierte lebende Patienten nach postmortalen Organspende	EQ	72,62% (70,54%-74,62%)	74,94% (73,00%-76,81%)	2,32
Isoliert nierentransplantierte lebende Patienten nach Lebendorgan-spende	EQ	93,98% (91,61%-95,85%)	95,14% (93,20%-96,65%)	1,15
Gute oder mäßige Transplantatfunktion bei Entlassung ...	EQ			
Isoliert nierentransplantierte lebende Patienten nach postmortalen Organspende	EQ	90,47%* (89,05%-91,75%)	87,96% (86,41%-89,39%)	-2,50*
Isoliert nierentransplantierte lebende Patienten nach Lebendorgan-spende	EQ	97,93%* (96,33%-98,96%)	98,13% (96,76%-99,03%)	0,20*
Operative Komplikationen	EQ	18,98% (17,44%-20,59%)	16,22% (14,86%-17,66%)	-2,76
Behandlungsbedürftige Abstoßung während des stationären Aufenthaltes	EQ	14,20% (12,84%-15,65%)	13,88% (12,60%-15,23%)	-0,33

Quelle: IGES; AQUA-Institut

Fettdruck kennzeichnet eine signifikante Veränderung mit einem Signifikanzniveau von 5%; 95% Konfidenzintervall in Klammern.

\* Der Wert für das Jahr 2008 ist aufgrund leicht unterschiedlicher Berechnungen und/oder Spezifikationen vergleichbar, wurde aber nicht methodisch identisch erhoben.

#### 4.8.3.7.6 Leistungsbereich Nierenlebendspende (NLS)

Im Leistungsbereich Nierenlebendspende konnte der Großteil der Indikatoren für den Zeitraum 2006 bis 2010 oder 2008 bis 2010 vergleichbar berechnet werden.

Zwischen 2006 und 2010 hat sich der Anteil der Nierenlebendspender mit intraoperativen oder postoperativen Komplikationen um 1,9 Prozentpunkte auf 7% erhöht. Erhöht haben sich zwischen 2008 und 2010 ebenfalls die Anteile der Nierenlebendspender mit einer Proteinurie innerhalb von einem bzw. von zwei Jahren nach der Lebendspende und/oder einer innerhalb dieser Zeiträume neu aufgetretenen arteriellen Hypertonie. Der Anteil der Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion (1 bzw. 2 Jahre nach der Lebendspende) hat sich im Zeitraum 2008 bis 2010 hingegen verringert. In den Fällen mit Tod

des Spenders innerhalb des ersten Jahres nach Lebendspende, die im Jahr 2010 ausgewiesen wurden, „...stehen die Todesursachen in keinem unmittelbaren Zusammenhang mit der Nierenlebendspende im Vorjahr“ (AQUA-Institut 2011b) (vgl. Tabelle 157). Nach Ansicht der Bundesfachgruppe sprechen die Auswertungsergebnisse für das Jahr 2010 „...wie im Vorjahr für eine sehr gute Versorgungsqualität in diesem Leistungsbereich. Die Indikatoren spiegeln die gute Qualität und die Patientensicherheit bei der Versorgung der Nierenlebendspender wider“ (AQUA-Institut 2011b). Die Veränderungen waren i. d. R. nicht signifikant.

Tabelle 157: Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Nierenlebendspende (2006-2010)

Bezeichnung	Typ	Gesamtergebnis			Veränderung (Prozentpunkte)	
		2006	2008	2010	06-10	08-10
In-Hospital-Letalität	EQ	0,00% (0,00%-0,75%)	0,00% (0,00%-0,70%)	0,00% (0,00%-0,56%)	0,00	0,00
Dialyse beim Lebendspender erforderlich	EQ	(0,82%)*	(0,19%)*	0,00% (0,00%-0,56%)	-	-
Intraoperative oder postoperative Komplikationen	EQ	6,16% (4,19%-8,68%)	5,13% (3,41%-7,38%)	7,02% (5,19%-9,26%)	0,86	1,89
Tod des Spenders (innerhalb des 1. Jahres nach Lebendspende)	EQ	-	0,00% (0,00%-0,98%)	0,47% (0,06%-1,68%)	-	0,47
Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (1 Jahr nach Lebendspende)	EQ	-	2,95% (1,48%-5,22%)	0,71% (0,15%-2,05%)	-	-2,24
Proteinurie 1 Jahr nach Nierenlebendspende	EQ	-	3,80% (0,79%-10,7%)	5,88% (3,84%-8,56%)	-	2,08
Neu aufgetretene arterielle Hypertonie innerhalb 1 Jahres nach Nierenlebendspende	EQ	-	10,13% (4,47%-18,98%)	20,24% (16,52%-24,37%)	-	10,11
Tod des Spenders (innerhalb der ersten 2 Jahre nach Lebendspende)	EQ	-	0,00% (0,00%-1,10%)	0,00% (0,00%-0,95%)	-	0,00
Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (2 Jahre nach Lebendspende)	EQ	-	1,50% (0,49%-3,46%)	0,77% (0,16%-2,24%)	-	-0,72
Proteinurie 2 Jahre nach Nierenlebendspende	EQ	-	2,40% (1,04%-4,66%)	3,61% (1,99%-5,98%)	-	1,21
Neu aufgetretene arterielle Hypertonie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	EQ	-	4,79% (2,76%-7,66%)	22,16% (18,13%-26,63%)	-	<b>17,37</b>

Quelle: IGES; AQUA-Institut

Fettdruck kennzeichnet eine signifikante Veränderung mit einem Signifikanzniveau von 5%; 95% Konfidenzintervall in Klammern.

\* Hinweis der BQS: Tatsächlich wurde kein Nierenlebendspender im Jahr 2006 oder 2008 nach der Spende dialysepflichtig. Es handelt sich hier um Dokumentationsfehler, die im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Transplantationszentren geklärt wurden.

#### 4.8.3.7.7 Leistungsbereich Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (PNTX)

Im Leistungsbereich Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation konnten alle Indikatoren für den Zeitraum 2008 bis 2010 vergleichbar berechnet werden, die nicht auf Follow-up-Daten basieren.

Während sich die In-Hospital-Letalität zwischen 2008 und 2010 von 4,51% auf 4,76% leicht erhöhte, hat sich der Anteil der Patienten, die bei Entlassung insulinfrei sind (Indikator: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung) im selben Zeitraum deutlich verbessert und auch der Anteil der Patienten mit erfolgter Entfernung des Pankreastransplantats hat sich positiv entwickelt (vgl. Tabelle 158). Alle Veränderungen waren nicht signifikant.

Tabelle 158: Ergebnisse ausgewählter methodisch vergleichbarer Indikatoren im Leistungsbereich Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (2008-2010)

Bezeichnung	Typ	Gesamtergebnis		Veränderung (Prozentpunkte)
		2008	2010	08-10
In-Hospital-Letalität	EQ	4,51% (1,67%-9,56%)	4,76% (1,94%-9,57%)	0,25
Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	EQ	74,80% (66,33%-82,08%)	81,43% (73,98%-87,50%)	6,63
Entfernung des Pankreastransplantats	EQ	15,79% (10,05%-23,12%)	14,97% (9,62%-21,78%)	-0,82

Quelle: IGES; AQUA-Institut

Fettdruck kennzeichnet eine signifikante Veränderung mit einem Signifikanzniveau von 5%; 95% Konfidenzintervall in Klammern.

#### 4.8.3.8 Revisionsoperationen

Die Einführung des G-DRG-Systems könnte einen Einfluss auf den Anteil der Behandlungsfälle mit einer Revisionsoperation an allen operierten Fällen gehabt haben.

Bei der Operationalisierung der Revisionsoperationen konnte ausschließlich auf Routinedaten gem. § 21 KHEntgG zurückgegriffen werden. Es erfolgte daher eine Aufstellung aller endstelligen OPS-Kodes, die zweifelsfrei eine Revisionsoperation darstellen. Die Aufstellung der einbezogenen OPS-Kodes ist im Anhang dokumentiert (vgl. Tabelle 168, Anhang E). Hierunter fallen z. B. nicht der Wechsel einer Endoprothese oder der allgemeine OPS-Code „Reoperation“ und ebenso nicht die spezifischen Kodes wie „Reoperation an

Herz und Perikard“. Auch wurden lediglich OPS-Kodes berücksichtigt, die im Untersuchungszeitraum (2008 bis 2010) keiner Veränderung unterlagen.<sup>261</sup> In vielen Fällen können Revisionsoperationen jedoch nicht anhand der OPS-Klassifikation eindeutig dokumentiert und somit auch nicht identifiziert werden. Bei vielen Operationen werden Revisionen „nur“ durch einen OPS-Zusatzcode dokumentiert, der nicht zwischen der Behandlung einer Komplikation, der Durchführung einer Rezidivoperation oder der Durchführung einer anderen Operation in diesem Operationsgebiet unterscheidet.

Die ermittelten Kennzahlen stellen somit nicht den Anteil aller Revisionsoperationen an allen operierten Fällen dar, sondern lediglich den Anteil der berücksichtigten Revisionsoperationen an allen operierten Fällen. Veränderungen der Altersstruktur der Patienten, die einen Einfluss auf die Revisionsraten haben können, konnten aufgrund der hohen Datenaggregation nicht berücksichtigt werden.

Die Revisionsrate ist insgesamt leicht um jahresdurchschnittlich 0,01 Prozentpunkte von 0,41% im Jahr 2006 auf 0,45% im Jahr 2010 gestiegen, insbesondere im Zeitraum 2006 bis 2008 (vgl. Tabelle 159). In einigen Bundesländern ist die Revisionsrate hingegen gesunken, darunter auch die Bundesländer Berlin und Mecklenburg-Vorpommern, die eine im Vergleich zum Bundesdurchschnitt überdurchschnittliche Revisionsrate im Ausgangsjahr aufwiesen und die deutlichsten Abnahmen der Revisionsrate bis 2010 verzeichnen.<sup>262</sup>

---

<sup>261</sup> Ein Vergleich mit den Ergebnissen des ersten Forschungszyklus ist nicht möglich, da drei OPS-Kodes, die nicht im gesamten Zeitraum 2004 bis 2010 gültig waren, bei den Berechnungen für den zweiten und dritten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung nicht berücksichtigt werden konnten (5-229.0; 5-229.1; 5-229.2).

<sup>262</sup> Eine differenziertere Fallmengenadjustierung konnte aufgrund der hohen Aggregation der zur Verfügung stehenden Daten nicht erfolgen; dies gilt auch für die Auswertung nach Bettengrößenklassen.

Tabelle 159: Anteil Fälle mit Revisionsoperation an allen operierten Fällen nach Bundesland (2006-2010)

Bundesland	Anteil Fälle mit Revisionsoperation			Δ p. a. (Prozentpunkte)		
	2006	2008	2010	06-10	06-08	08-10
Baden-Württemberg	0,35%	0,39%	0,39%	0,010	0,020	0,000
Bayern	0,39%	0,41%	0,42%	0,007	0,010	0,005
Berlin	0,58%	0,54%	0,48%	-0,025	-0,020	-0,030
Brandenburg	0,47%	0,50%	0,52%	0,013	0,015	0,010
Bremen	0,34%	0,36%	0,54%	0,050	0,010	0,090
Hamburg	0,42%	0,47%	0,46%	0,010	0,025	-0,005
Hessen	0,42%	0,46%	0,50%	0,020	0,020	0,020
Mecklenburg-Vorpommern	0,50%	0,49%	0,43%	-0,018	-0,005	-0,030
Niedersachsen	0,44%	0,47%	0,48%	0,010	0,015	0,005
Nordrhein-Westfalen	0,40%	0,46%	0,49%	0,023	0,030	0,015
Rheinland-Pfalz	0,40%	0,46%	0,43%	0,008	0,030	-0,015
Saarland	0,36%	0,38%	0,35%	-0,003	0,010	-0,015
Sachsen	0,38%	0,42%	0,41%	0,007	0,020	-0,005
Sachsen-Anhalt	0,46%	0,42%	0,38%	-0,020	-0,020	-0,020
Schleswig-Holstein	0,36%	0,43%	0,42%	0,015	0,035	-0,005
Thüringen	0,42%	0,46%	0,39%	-0,007	0,020	-0,035
<b>gesamt</b>	<b>0,41%</b>	<b>0,44%</b>	<b>0,45%</b>	<b>0,010</b>	<b>0,015</b>	<b>0,005</b>

Quelle: IGES; InEK

Differenziert nach den Bettengrößenklassen der Krankenhäuser zeigt sich in der Tendenz mit zunehmender Bettenzahl ein Anstieg der Revisionsrate (vgl. Tabelle 160). Während in Krankenhäusern unter 50 Betten die Revisionsrate bei 0,23% liegt, beträgt diese in den Krankenhäusern mit 800 bis 999 Betten 0,50% (Datenjahr 2010).<sup>263</sup> Die Veränderungen der Revisionsraten fallen im Untersuchungszeitraum für die einzelnen Bettengrößenklassen unterschiedlich und nicht systematisch aus.

<sup>263</sup> Niveauunterschiede sind maßgeblich durch das Leistungsspektrum bedingt, welches mit zunehmender Bettengrößenklasse im Durchschnitt, anhand des Case-Mix-Index gemessen, auch ressourcenaufwändiger wird (vgl. auch Abbildung 56). Zum einen werden einige der berücksichtigten Revisionsoperationen vorwiegend von spezialisierten Maximalversorgern erbracht, zum anderen stellt eine Revisionsoperation im Vergleich zu dem Ersteingriff regelmäßig eine anspruchsvollere Operation dar, die ggf. an die Krankenhäuser der nächsthöheren Versorgungsstufen verwiesen wird.



Tabelle 160: Anteil Fälle mit Revisionsoperation an allen operierten Fällen nach Bettengrößenklasse (2006-2010)

Bettengrößenklasse	Anteil Fälle mit Revisionsoperation			Δ p. a. (Prozentpunkte)		
	2006	2008	2010	06-10	06-08	08-10
1 bis 49 Betten	0,14%	0,15%	0,23%	0,023	0,005	0,040
50 bis 99 Betten	0,24%	0,33%	0,29%	0,013	0,045	-0,020
100 bis 149 Betten	0,30%	0,33%	0,30%	0,000	0,015	-0,015
150 bis 199 Betten	0,31%	0,29%	0,30%	-0,003	-0,010	0,005
200 bis 299 Betten	0,34%	0,40%	0,44%	0,025	0,030	0,020
300 bis 399 Betten	0,45%	0,47%	0,46%	0,002	0,010	-0,005
400 bis 499 Betten	0,44%	0,48%	0,53%	0,023	0,020	0,025
500 bis 599 Betten	0,47%	0,57%	0,53%	0,015	0,050	-0,020
600 bis 799 Betten	0,50%	0,48%	0,52%	0,005	-0,010	0,020
800 bis 999 Betten	0,51%	0,56%	0,50%	-0,003	0,025	-0,030
1000 Betten und mehr	0,43%	0,45%	0,45%	0,005	0,010	0,000
ohne Angabe	0,17%	0,31%	0,22%	0,013	0,070	-0,045
<b>gesamt</b>	<b>0,41%</b>	<b>0,44%</b>	<b>0,45%</b>	<b>0,010</b>	<b>0,015</b>	<b>0,005</b>

Quelle: IGES; InEK

#### 4.8.4 Poststationäre Mortalität

Auf der Grundlage der von der Gesetzlichen Krankenversicherung bereitgestellten Routinedaten wird im Folgenden untersucht, ob das G-DRG-System zu Veränderungen der poststationären Mortalität und somit der Ergebnisqualität der stationären Versorgung geführt hat.

Die Untersuchung wird anhand der Standardisierten Mortalitätsratio (SMR) (vgl. Abschnitt 3.3.1) durchgeführt, um Entwicklungen der Mortalitätsraten auszugleichen, die durch Veränderungen der Alters- und Geschlechtsstruktur der vollstationären Behandlungsfälle bedingt sind.

Hierbei werden SMR sowohl auf Ebene der Gesamtsterblichkeit als auch auf Ebene der einzelnen G-DRGs (bzw. der MDCs) betrachtet.<sup>264</sup> Die Adjustierung erfolgt jeweils auf das angegebene erste verfügbare Datenjahr (Referenzwert = 1).

Die Analysen zur poststationären Sterblichkeit berücksichtigen die stationäre Sterblichkeit sowie die Sterblichkeit innerhalb von 30, 90 und 365 Tagen nach Entlassung aus einem vollstationären Krankenhausaufenthalt. Um Verschie-

<sup>264</sup> Sofern ein Versicherter mehrere Krankenhausaufenthalte (ggf. mit unterschiedlichen G-DRGs bzw. Hauptdiagnosen) aufwies, kann er mehrmals in die Auswertung eingehen, da die Untersuchung die einzelnen Krankenhausaufenthalte betrachtet (Fallsterblichkeit).

bungen zwischen stationärer und poststationärer Sterblichkeit auszugleichen,<sup>265</sup> werden im Folgenden jeweils die Entwicklungen von stationärer und poststationärer Mortalität zusammengefasst betrachtet (vgl. Abschnitt 3.2.3). Analysiert wird somit die Sterblichkeit im Zeitraum von der Aufnahme in ein Krankenhaus bis 30 Tage (bzw. 90 und 365 Tage) nach Entlassung.

#### **4.8.4.1 Poststationäre Mortalität / Gesamtbetrachtung**

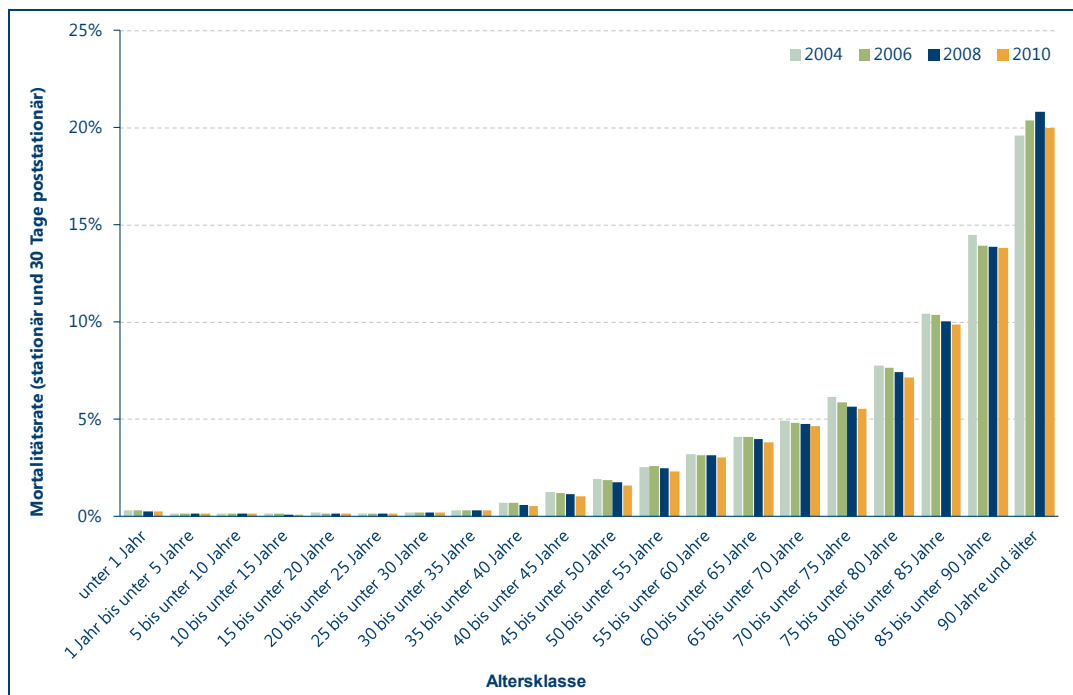
Die Gesamtbetrachtung kann für den gesamten Zeitraum 2004 bis 2010 erfolgen. Abbildung 133 zeigt die altersspezifischen rohen Mortalitätsraten (stationär und 30 Tage poststationär) der Jahre 2004, 2006, 2008 und 2010. Mit Ausnahme der Altersklassen der 5- bis unter 10-Jährigen, der 25- bis unter 30-Jährigen und der 90-Jährigen und älteren sinkt in diesem Zeitraum die Mortalitätsrate in allen Altersklassen zum Teil deutlich. In der Altersklasse der 90-Jährigen und älteren sinkt die Mortalitätsrate im Zeitraum 2008 bis 2010 deutlich, nachdem sie seit 2004 zunächst kontinuierlich angestiegen war. Insgesamt, über alle Altersklassen betrachtet, zeigt sich für den gesamten Zeitraum 2004 bis 2010 eine relativ stabile rohe Mortalitätsrate.

Im Folgenden werden ausschließlich standardisierte Mortalitätsratios berichtet, die Veränderungen der Alters- und Geschlechtsstruktur der Behandlungsfälle berücksichtigen.

---

<sup>265</sup> Z. B. durch eine verstärkte Inanspruchnahme von Hospizen.

Abbildung 133: Rohe Mortalitätsrate stationär und 30 Tage poststationär nach Altersklassen (2004, 2006, 2008, 2010)



Quelle: IGES; GKV-Routinedatenauswertung

Insgesamt sind im Jahr 2010 im Vergleich zum Jahr 2004 für die jeweiligen SMR sowohl des Zeitraums bis 30 Tage als auch bis 90 und 365 Tage nach vollstationärem Aufenthalt (einschl. des stationären Aufenthaltes (s. o.)) jeweils signifikante<sup>266</sup> Reduktionen festzustellen (vgl. Tabelle 161). Die SMR reduziert sich im gesamten Zeitraum 2004 bis 2010 bei allen berichteten Kennzahlen-kontinuierlich. Die einmalige Erhöhung der SMR bis 30 Tage poststationär im Jahr 2005 ist nicht signifikant.

<sup>266</sup> Vgl. zur Berechnung der Konfidenzintervalle Abschnitt 3.3.1.

Tabelle 161: Standardisierte poststationäre Mortalitätsratios (2004-2010)

Kennzahl	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
stationär und 30 Tage poststationär	1,000	1,002 (0,998-1,005)	<b>0,978</b> (0,975-0,982)	<b>0,967</b> (0,964-0,971)	<b>0,953</b> (0,950-0,957)	<b>0,942</b> (0,939-0,946)	<b>0,922</b> (0,919-0,925)
stationär und 90 Tage poststationär	1,000	<b>0,997</b> (0,994-1,00)	<b>0,977</b> (0,974-0,980)	<b>0,970</b> (0,967-0,973)	<b>0,963</b> (0,960-0,966)	<b>0,948</b> (0,945-0,951)	<b>0,935</b> (0,932-0,937)
stationär und 365 Tage poststationär	1,000	<b>0,986</b> (0,984-0,988)	<b>0,973</b> (0,971-0,975)	<b>0,968</b> (0,966-0,971)	<b>0,965</b> (0,963-0,967)	<b>0,946</b> (0,944-0,948)	<b>0,935</b> (0,933-0,937)

Quelle: IGES; GKV-Routinedatenauswertung

Fettdruck kennzeichnet eine signifikante Veränderung der SMR mit einem Signifikanzniveau von 5%; 95% Konfidenzintervall in Klammern.

Im Jahr 2010 ist die Mortalität während eines stationären Aufenthaltes oder bis 30 Tage danach somit im Vergleich zum Jahr 2004 um 7,8% niedriger als anhand der Alters- und Geschlechtsstruktur der stationären Behandlungsfälle zu erwarten wäre. Die Mortalität während eines stationären Aufenthaltes oder bis 90 Tage danach reduzierte sich im Zeitraum 2004 bis 2010 um 6,5% und die Mortalität während eines stationären Aufenthaltes oder bis 365 Tage danach reduzierte sich ebenso um 6,5%.

#### 4.8.4.2 Poststationäre Mortalität differenziert nach G-DRGs (2008 bis 2010)

Auch unter Berücksichtigung der Leistungsstruktur anhand der MDCs des G-DRGs-Systems zeigt sich bei den meisten MDCs im Zeitraum 2008 bis 2010 eine Reduktion der SMR. Bei 25 MDCs (ohne Berücksichtigung von Fehler-DRGs und sonstigen DRGs) ist die SMR für den stationären Aufenthalt und den poststationären Zeitraum von 30 Tagen im Jahr 2010 gefallen (davon bei 17 signifikant), während sie bei der MDC 20 (Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen) signifikant gestiegen ist (vgl. Tabelle 162).

Ein signifikanter Rückgang der SMR für den stationären Aufenthalt und den poststationären Zeitraum von 30 Tagen im Jahr 2010 verglichen mit dem Jahr 2008 ist insbesondere in den hinsichtlich der Fallzahlen bedeutendsten MDCs 05 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems), 08 (Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) und 06 (Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane) zu beobachten.

Ein signifikanter Anstieg der SMR zeigt sich für den Zeitraum bis 90 Tage nach Entlassung, wie bereits für die SMR für den stationären Aufenthalt und den poststationären Zeitraum von 30 Tagen, ausschließlich in der MDC 20 (Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen). Zu einer signifikanten Reduktion der SMR kommt es in 17 MDCs.

Für den stationären Aufenthalt und den poststationären Zeitraum von 365 Tagen zeigt sich im Jahr 2010 verglichen mit dem Jahr 2008 bei keiner MDC eine signifikante Steigerung der SMR. In den häufigsten MDCs 05 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems), 08 (Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) und 06 (Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane) sowie weiteren 15 MDCs zeigt sich ein signifikanter Rückgang der SMR für diesen Zeitraum.

Die deutlichste signifikante Reduktion der SMR unter allen MDCs war bei allen drei betrachteten Kennzahlen in der MDC 02 (Krankheiten und Störungen des Auges) und der MDC 07 (Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas) zu beobachten.

Ein signifikanter Anstieg der SMR bei allen drei Kennzahlen war in keiner MDC zu beobachten.

Tabelle 162: Standardisierte Mortalitätsratios nach MDCs (G-DRG-System Version 2010; Referenzjahr 2008; 2010)

MDC		SMR (stationär und poststationär)		
		30 Tg. post.	90 Tg. post.	365 Tg. post.
00	Prä-MDC	<b>0,950</b> (0,936-0,964)	<b>0,955</b> (0,942-0,968)	<b>0,960</b> (0,949-0,972)
01	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	<b>0,970</b> (0,959-0,980)	<b>0,963</b> (0,955-0,972)	<b>0,954</b> (0,947-0,960)
02	Krankheiten und Störungen des Auges	<b>0,832</b> (0,747-0,925)	<b>0,907</b> (0,853-0,962)	<b>0,934</b> (0,908-0,961)
03	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	<b>0,950</b> (0,916-0,986)	<b>0,946</b> (0,922-0,971)	<b>0,957</b> (0,942-0,973)
04	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	<b>0,935</b> (0,928-0,943)	<b>0,942</b> (0,936-0,949)	<b>0,958</b> (0,953-0,963)
05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	<b>0,922</b> (0,915-0,929)	<b>0,931</b> (0,924-0,937)	<b>0,947</b> (0,942-0,952)
06	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	<b>0,960</b> (0,950-0,970)	<b>0,964</b> (0,955-0,972)	<b>0,965</b> (0,959-0,971)
07	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	<b>0,910</b> (0,897-0,925)	<b>0,921</b> (0,910-0,932)	<b>0,933</b> (0,924-0,942)
08	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	<b>0,925</b> (0,911-0,940)	<b>0,936</b> (0,925-0,947)	<b>0,947</b> (0,939-0,955)
09	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	<b>0,965</b> (0,943-0,988)	0,988 (0,970-1,005)	<b>0,963</b> (0,952-0,975)
10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	<b>0,932</b> (0,914-0,950)	<b>0,938</b> (0,924-0,952)	<b>0,949</b> (0,939-0,959)
11	Krankheiten und Störungen der Harnorgane	<b>0,927</b> (0,913-0,942)	<b>0,943</b> (0,932-0,954)	<b>0,961</b> (0,953-0,969)
12	Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	0,963 (0,922-1,005)	<b>0,952</b> (0,921-0,983)	<b>0,958</b> (0,938-0,979)
13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	<b>0,931</b> (0,896-0,967)	<b>0,936</b> (0,910-0,963)	<b>0,956</b> (0,937-0,975)
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0,875	1,000	0,952
15	Neugeborene	0,944 (0,864-1,028)	0,967 (0,890-1,049)	0,961 (0,890-1,037)
16	Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	<b>0,923</b> (0,887-0,961)	<b>0,957</b> (0,931-0,984)	<b>0,970</b> (0,952-0,988)
17	Hämatologische und solide Neubildungen	<b>0,930</b> (0,909-0,951)	<b>0,932</b> (0,916-0,949)	<b>0,950</b> (0,938-0,962)
18	HIV	0,989	0,971 (0,814-1,150)	1,077 (0,948-1,218)
18	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	0,986 (0,966-1,006)	0,992 (0,975-1,010)	<b>0,984</b> (0,969-0,999)
19	Psychische Krankheiten und Störungen	<b>0,777</b> (0,677-0,888)	<b>0,821</b> (0,746-0,901)	<b>0,901</b> (0,848-0,956)
20	Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	<b>1,268</b> (1,138-1,410)	<b>1,144</b> (1,062-1,232)	1,033 (0,990-1,077)
21	Polytrauma	0,995 (0,914-1,081)	1,002 (0,924-1,084)	0,997 (0,927-1,072)
21	Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	0,986 (0,936-1,038)	0,977 (0,939-1,015)	0,986 (0,961-1,012)
22	Verbrennungen	0,938	1,143 (0,948-1,367)	1,110 (0,958-1,279)
23	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	<b>0,887</b> (0,839-0,937)	<b>0,939</b> (0,902-0,978)	0,964 (0,935-0,994)
-1	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	0,957 (0,912-1,003)	<b>0,953</b> (0,917-0,991)	0,964 (0,936-0,993)

Quelle: IGES; GKV-Routinedatenauswertung

Fettdruck kennzeichnet eine signifikante Veränderung der SMR mit einem Signifikanzniveau von 5%; 95% Konfidenzintervall in Klammern; bei <100 Sterbefällen im Jahr 2010 ohne Ausweis von Signifikanzniveaus.

Auf Ebene der G-DRGs werden im Folgenden die G-DRGs mit den bundesweit höchsten Fallzahlen im Jahr 2010 und die G-DRGs mit der höchsten absoluten Anzahl Verstorbener im Jahr 2010 dargestellt.<sup>267</sup>

Tabelle 163 zeigt die zehn G-DRGs mit den höchsten stationären Fallzahlen im Jahr 2010. Die SMR der beiden G-DRGs mit den höchsten Fallzahlen G67D (Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe oder komplizierende Diagnose ...) bzw. G67B (Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit komplizierender Diagnose ...) haben sich signifikant reduziert. Die SMR 30 Tage poststationär (einschl. stationär) ist um 4,7% bzw. um 7,8% gesunken.

Ein signifikanter Anstieg (um 10,3%) ist hingegen nur bei der SMR 30 Tage poststationär in der G-DRG B80Z (Andere Kopfverletzungen) zu beobachten. Alle übrigen signifikanten Veränderungen der Kennziffern in Tabelle 163 sind Reduzierungen.

Die größten signifikanten Rückgänge der SMR um bis zu 20% finden sich in den G-DRGs F67D (Hypertonie ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre), F62C (Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC)<sup>268</sup> und I47B (Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrolyse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff).

---

<sup>267</sup> Anhang G beinhaltet eine umfangreiche Übersicht ausgewählter Kennzahlen zur stationären und poststationären Mortalität auf Ebene der Basis-DRGs.

<sup>268</sup> Bei der entsprechenden Basis-DRG ist es im Zeitraum 2008 bis 2010 zu relativ deutlichen Strukturverschiebungen gekommen. Der Anteil an Fällen, der in die G-DRG F62A gruppiert wird, hat sich hierbei von 4% im Jahr 2008 auf 5% im Jahr 2010 erhöht und der Anteil an Fällen, der in die G-DRG F62B gruppiert wird, hat sich sehr deutlich von 24% auf 30% im Jahr 2010 erhöht. Entsprechend hat der Anteil von Fällen in der G-DRG F62C abgenommen. Verdünnungseffekte sind bei diesen deutlichen Verschiebungen nicht auszuschließen. Sofern z. B. durch eine veränderte Dokumentation kränkere Patienten zunehmend in die G-DRGs F62B und F62A gruppiert werden, innerhalb dieser G-DRGs allerdings dennoch eine unterdurchschnittliche Erkrankungsschwere aufweisen, könnte sich die SMR in allen G-DRGs reduzieren.

Tabelle 163: Standardisierte Mortalitätsratios nach G-DRGs, TOP-10 G-DRGs nach Fallzahl (G-DRG-System Version 2010; Referenzjahr 2008; 2010)

G-DRG		SMR (stationär und poststationär)		
		30 Tg. post.	90 Tg. post.	365 Tg. post.
G67D	Ösophagitis, Gastroenteritis u. versch. Erkr. d. Verd.org. ohne kompl. od. kompliz. Diagn. ...	<b>0,953</b> (0,913-0,995)	<b>0,957</b> (0,927-0,987)	<b>0,974</b> (0,955-0,994)
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis u. versch. Erkr. d. Verd.org. m. kompl. Diag. od. Alt. <1 J. ...	<b>0,922</b> (0,880-0,966)	<b>0,949</b> (0,917-0,982)	<b>0,947</b> (0,926-0,97)
B80Z	Andere Kopfverletzungen	<b>1,103</b> (1,027-1,183)	1,008 (0,958-1,059)	0,979 (0,949-1,01)
F71C	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere oder ...	0,979 (0,889-1,077)	0,950 (0,889-1,015)	<b>0,950</b> (0,914-0,987)
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC	<b>0,879</b> (0,862-0,897)	<b>0,898</b> (0,884-0,913)	<b>0,926</b> (0,915-0,937)
F67D	Hypertonie ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre	<b>0,796</b> (0,683-0,923)	<b>0,907</b> (0,831-0,988)	<b>0,953</b> (0,912-0,995)
F73Z	Synkope und Kollaps	0,990 (0,933-1,05)	0,976 (0,936-1,017)	<b>0,971</b> (0,947-0,996)
I68C	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbels.ber., mehr als ein Bel. ...	0,958 (0,888-1,033)	<b>0,919</b> (0,873-0,967)	<b>0,924</b> (0,895-0,954)
E77G	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst ...	<b>0,933</b> (0,911-0,956)	<b>0,931</b> (0,912-0,95)	<b>0,936</b> (0,921-0,952)
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne ...	<b>0,882</b> (0,807-0,963)	0,960 (0,9-1,024)	<b>0,947</b> (0,907-0,989)

Quelle: IGES; GKV-Routinedatenauswertung

Fettdruck kennzeichnet eine signifikante Veränderung der SMR mit einem Signifikanzniveau von 5%; 95% Konfidenzintervall in Klammern;  
Kein Ausweis von G-DRGs <100 Verstorbenen stationär und 30 Tage poststationär in einem Jahr.

Tabelle 164 zeigt die jeweiligen SMR der G-DRGs mit der höchsten Zahl an Verstorbenen im Jahr 2010. Die dargestellten 14 G-DRGs umfassen jeweils die zehn G-DRGs mit den meisten Verstorbenen innerhalb von 30, 90 und 365 Tagen poststationär (einschl. stationär).

Signifikante Anstiege der Sterblichkeitskennziffern lassen sich in keiner G-DRG beobachten.

Zu signifikanten Rückgängen der SMR 30 Tage kam es in 10 G-DRGs bzw. in 11 G-DRGs bei Betrachtung der SMR 90 Tage poststationär. Besonders deutliche Rückgänge der SMR sind in der G-DRG F62B (Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, ohne Dialyse, ohne Reanimation, ohne komplizierende Diagnose) zu verzeichnen. Hier nahm die Mortalitätsrate 30



Tage poststationär um 12% ab, hervorgerufen insbesondere durch einen deutlichen Rückgang der stationären Mortalitätsrate in Verbindung mit einem Rückgang auch der poststationären Mortalitätsrate.

Tabelle 164: Standardisierte Mortalitätsratios nach G-DRGs mit der höchsten Anzahl Verstorbener stationär und 30 Tage poststationär (G-DRG-System Version 2010; Referenzjahr 2008; 2010)

G-DRG		SMR (stationär und poststationär)		
		30 Tg. post.	90 Tg. post.	365 Tg. post.
<b>B70F</b>	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neuro ...	1,028 (0,999-1,058)	0,994 (0,970-1,02)	<b>0,974</b> (0,954-0,994)
<b>E71A</b>	Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder st ...	<b>0,971</b> (0,948-0,995)	<b>0,977</b> (0,958-0,996)	0,986 (0,971-1,001)
<b>E71B</b>	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne starre ...	<b>0,972</b> (0,946-0,998)	<b>0,965</b> (0,946-0,984)	<b>0,987</b> (0,975-0,999)
<b>E77D</b>	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit kompl. Diagn. od. äuß. schw. CC, ...	<b>0,949</b> (0,932-0,965)	<b>0,951</b> (0,937-0,966)	<b>0,957</b> (0,944-0,969)
<b>E77G</b>	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst ...	<b>0,933</b> (0,911-0,956)	<b>0,931</b> (0,912-0,950)	<b>0,936</b> (0,921-0,952)
<b>F60B</b>	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere CC	0,973 (0,941-1,005)	0,971 (0,941-1,000)	<b>0,959</b> (0,934-0,984)
<b>F62A</b>	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder Reanimation oder kom ...	<b>0,942</b> (0,911-0,973)	<b>0,956</b> (0,927-0,986)	<b>0,945</b> (0,919-0,972)
<b>F62B</b>	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, ohne Dialyse, ohne Reanimation, ohne ...	<b>0,875</b> (0,857-0,893)	0,890 (0,875-0,905)	<b>0,919</b> (0,907-0,931)
<b>F62C</b>	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC	<b>0,879</b> (0,862-0,897)	<b>0,898</b> (0,884-0,913)	<b>0,926</b> (0,915-0,937)
<b>G46B</b>	Verschiedenartige Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane verbunden mit ...	<b>0,934</b> (0,903-0,966)	<b>0,945</b> (0,920-0,971)	<b>0,962</b> (0,942-0,983)
<b>G60B</b>	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC	0,985 (0,946-1,026)	0,983 (0,955-1,012)	<b>0,956</b> (0,939-0,973)
<b>G67D</b>	Ösophagitis, Gastroenteritis u. versch. Erkr. d. Verd.org. ohne kompl. od. kompliz. Diagn. ...	<b>0,953</b> (0,913-0,995)	<b>0,957</b> (0,927-0,987)	<b>0,974</b> (0,955-0,994)
<b>H61B</b>	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne kom ...	0,966 (0,932-1,001)	<b>0,962</b> (0,936-0,988)	<b>0,972</b> (0,953-0,992)
<b>K62B</b>	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne komplizierende D ...	<b>0,923</b> (0,898-0,948)	<b>0,944</b> (0,924-0,964)	<b>0,952</b> (0,937-0,967)

Quelle: IGES; GKV-Routinedatenauswertung

Fettdruck kennzeichnet eine signifikante Veränderung der SMR mit einem Signifikanzniveau von 5%; 95% Konfidenzintervall in Klammern.

## 4.9 Weitere Bereiche

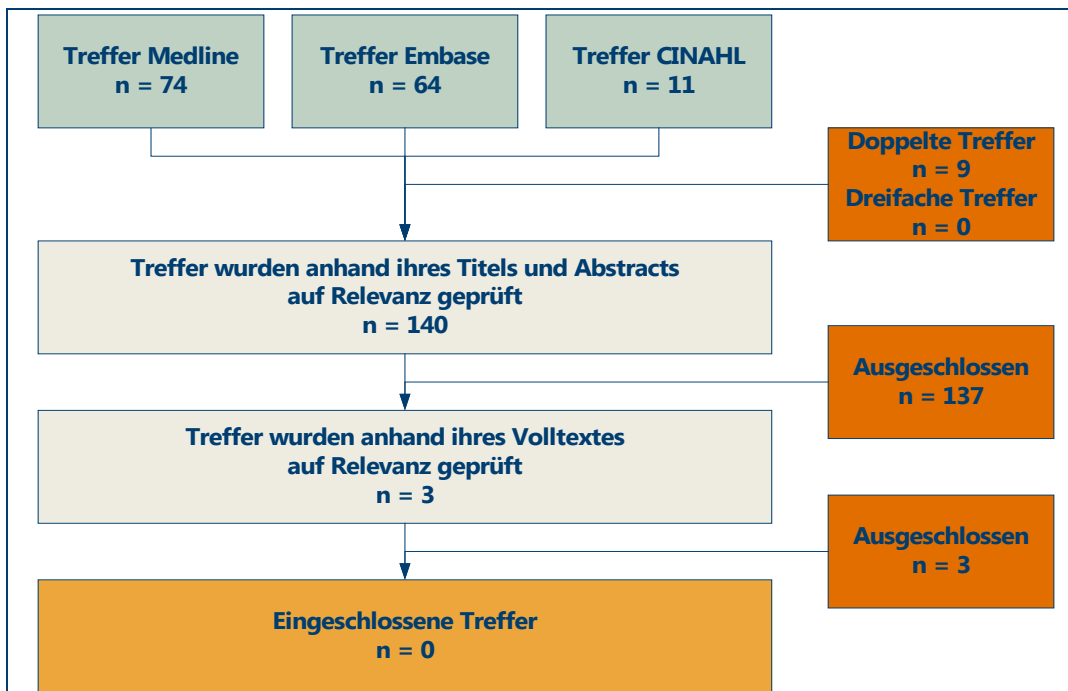
### 4.9.1 Patientenzufriedenheit

Im Folgenden soll im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche (zur Methodik s. Abschnitt 3.3.4 sowie Endbericht zum ersten Forschungszyklus) der Frage nachgegangen werden, ob bzw. inwieweit das G-DRG-System die Zufriedenheit der Patienten mit ihrem Klinikaufenthalt sowie die Versorgungsqualität im Krankenhaus aus Patientensicht verändert hat. Im Fokus des vorliegenden Forschungsberichts stehen die Jahre 2009 bis 2010. Gegenstand des Forschungsberichts zum ersten Zyklus der G-DRG-Begleitforschung war die Einführungsphase bis zum Jahr 2006 und zum zweiten Zyklus der Kern der Konvergenzphase zwischen 2006 und 2008. Im Forschungsbericht zum ersten Zyklus sind den empirischen Ergebnissen auch theoretische Überlegungen zur Patientenzufriedenheit vorangestellt (vgl. Endbericht zum ersten Forschungszyklus, S. 414).

Weder durch die systematische Literaturrecherche (Abbildung 134) noch im Rahmen einer Handsuche und Internetrecherche konnten Studien identifiziert werden, mit deren Hilfe sich Hinweise auf eine Veränderung der Patientenzufriedenheit im Beobachtungszeitraum 2009 bis 2010 ableiten ließen.

Mangels veröffentlichter Studienergebnisse werden im Abschnitt 5.8 unveröffentlichte Befragungsdaten des Picker Institutes herangezogen, um Hinweise für das Zutreffen der These – unabhängig vom Zeitraum, der in diesem Forschungszyklus beobachtet wird – zu finden.

Abbildung 134: Literatursauswahl im Rahmen der systematischen Recherche



Quelle: IGES

## 4.9.2 Mitarbeiterzufriedenheit

Im Folgenden soll mit Hilfe einer systematischen Literaturrecherche untersucht werden, ob das G-DRG-System zu Veränderungen der Zufriedenheit der Mitarbeiter stationärer Einrichtungen führt bzw. geführt hat. Der vorliegende Bericht zum dritten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung untersucht das Ende der Konvergenzphase der G-DRGs, also den Zeitraum zwischen 2008 und 2010 (zur Methodik s. Abschnitt 3.3.4 sowie Endbericht zum ersten Forschungszyklus).

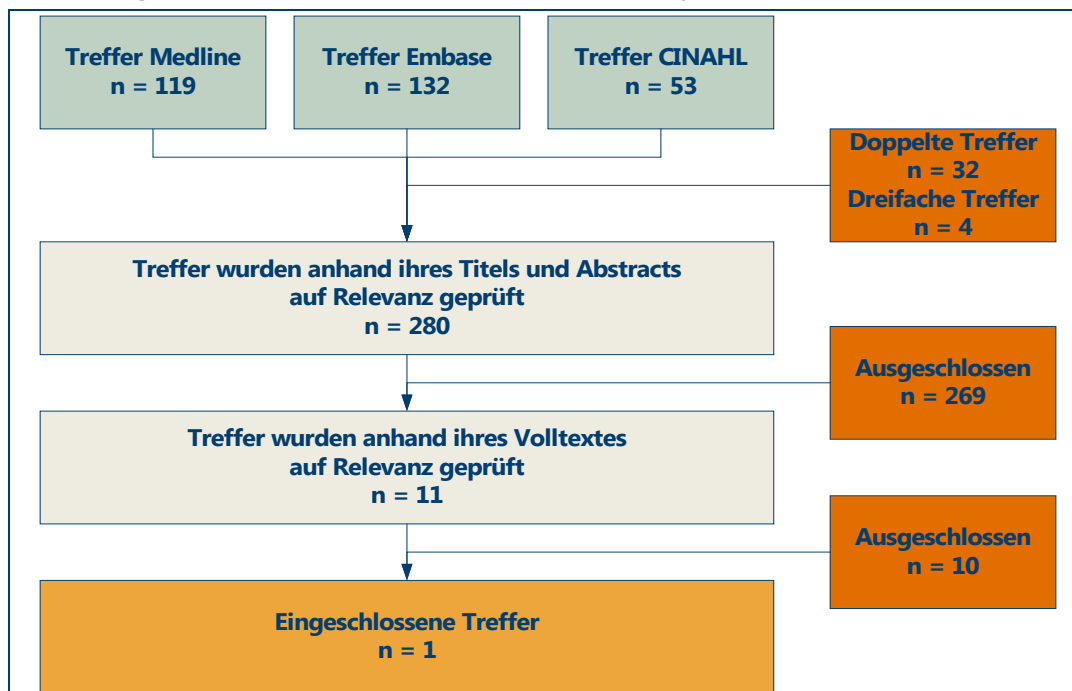
### 4.9.2.1 Eingeschlossene Studien

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche wurden 280 Treffer durchgesehen und letztlich erfüllte eine Publikation die Einschlusskriterien (Zander et al. 2011).<sup>269</sup> Das Auswahlverfahren ist in Abbildung 135 dargestellt. Auch mit Hilfe der Handsuche und Literaturrecherche konnte nur eine Publikation ge-

<sup>269</sup> Vgl. zur Methodik des Auswahlverfahrens Abschnitt 3.3.4 im Endbericht zum ersten Forschungszyklus und im Endbericht zum zweiten Forschungszyklus.

funden werden, welche die Mitarbeiterzufriedenheit im Zeitverlauf abbildet (Zander und Busse 2011). Die der identifizierten Publikationen von Zander et al. (2011) und Zander und Busse (2011) zugrunde liegende Studie (RN4Cast) schließt nur Pflegekräfte und keine Ärzte ein. Daher können zur Berufsgruppe der Ärzte für das Ende der Konvergenzphase keine Aussagen zu einer Veränderung getroffen werden.

Abbildung 135: Literatursuche im Rahmen der systematischen Recherche



Quelle: IGES

#### 4.9.2.2 Ergebnisse zu Veränderungen der Mitarbeiterzufriedenheit von Pflegekräften

Internationale Studien haben inzwischen den Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen von Pflegekräften und Pflegeergebnissen (Aiken et al. 2010 zitiert nach (z.B. Sermeus et al. 2011)) sowie zwischen pflegerischer Personalausstattung und Pflegeergebnissen (z.B. Panknin 2009; Rafferty et al. 2007) gezeigt. In einer anderen Studie ergibt sich ein deutlich kritischeres Bild hinsichtlich des Einflusses von Pflegepersonal-Modellen auf pflegerelevante Outcomes (Butler et al. 2011). In diesem Zusammenhang ist die internationale RN4Cast-Studie (Registered Nurse Forecasting) zu erwähnen, mit deren Ergebnissen erstmals deutsche Daten unter anderem zu den Auswirkungen von Arbeitsbelastung und Mitarbeiterzufriedenheit auf Patienten-Outcomes vorliegen werden (Sermeus et al. 2011). Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche und der Handsuche wurden zwei Publikationen zum deutschen Arm der Studie identifiziert, deren Inhalte hier wiedergegeben werden sollen.

Für Deutschland wurden in der RN4Cast-Studie bei einem Rücklauf von 47% 1.510 Fragebögen, ausgefüllt von examinierten Pflegekräften aus 50 Akutkrankenhäusern im Jahr 2010, ausgewertet (Zander et al. 2011). Publiziert ist bislang ein Vergleich dieser Ergebnisse mit Ergebnissen der ebenfalls internationalen Hospital-Reform-Outcomes-Studie aus dem Jahr 1999 von Aiken et al. (2001). In dieser Studie wurden 2.681 Pflegekräfte in 29 deutschen Akutkrankenhäusern (Erwachsene) befragt. So hat im Vergleich der beiden Studien der Anteil der Pflegekräfte, die mit ihrem Arbeitsplatz unzufrieden sind, von 17% auf 38% zugenommen (Zander und Busse 2011; Zander et al. 2011). Zander et al. (2011) geben an, dass vieles darauf hindeute, dass für den großen Anteil Unzufriedener die Arbeitsbedingungen (Arbeitsklima, fehlende Anerkennung, Personalausstattung, Überstunden, Ausführung nichtpflegerischer Leistungen) Hauptursache sind. Insgesamt führen die Autoren die Verschlechterung der Mitarbeiterzufriedenheit unter Pflegekräften – und auch die Zunahme des Anteils an von Burnout betroffenen Pflegekräften – auf strukturelle Veränderungen wie einen überalterten Personalbestand mit zwangsläufig steigenden Arbeitsbelastungen und die Verkürzung der Verweildauer bei steigendem Patientenaufkommen zurück. Ein direkter Bezug auf die Einführung der DRG wird nicht genommen (Zander et al. 2011). Allerdings schreiben Busse et al. (2009) bereits 2009 in Bezug auf die damals zu erwartenden Vergleichsergebnisse, dass es „vor allem vor dem Hintergrund der Veränderungen der GKV-Gesundheitsreform 2000 (neues Entgeltsystem, Verpflichtung zum Qualitätsmanagement)“ interessant sei zu prüfen, „inwieweit durch die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) im klinischen Alltag [...] direkte Auswirkungen auf die Patientenversorgung spürbar sind“. Gleichzeitig geben die Autoren an, dass die Krankenhausstichprobe aus der Hospital-Reform-Outcomes-Studie nicht repräsentativ sei, da nur solche Krankenhäuser eingeschlossen wurden, die über ein Dokumentationssystem verfügen (Busse et al. 2009).

### 4.9.3 Prüfverhalten des MDK

#### 4.9.3.1 Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist eine Gemeinschaftseinrichtung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.<sup>270</sup> Zu

---

<sup>270</sup> Die Knappschaft ist nicht Mitglied der MDK-Gemeinschaft und verfügt gem. § 283 SGB V über einen eigenständigen Sozialmedizinischen Dienst, der die Aufgaben der MDK übernimmt.

den Aufgaben des MDK gehört u. a. auch die Begutachtung von Krankenhausbehandlungen. Grundlage hierfür ist § 275 SGB V, der die Krankenkassen verpflichtet, „bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung“ den MDK mit der Begutachtung dieser Fälle zu beauftragen (Einzelfallprüfungen). Mit der Einführung des G-DRG-Systems wurde im Rahmen des Fallpauschalengesetzes zudem in § 17c KHG die Möglichkeit der Stichprobenprüfung geschaffen. Im Rahmen einer solchen Prüfung können Krankenkassen den MDK beauftragen, durch eine Stichprobe von Fällen (z. B. bestimmte Organisationseinheiten, Diagnosen, Prozeduren oder Entgelte) eines Krankenhauses zu prüfen, ob in diesem Krankenhaus Fehlbelegungen sowie vorzeitige Verlegungen oder Entlassungen aus wirtschaftlichen Gründen unterbleiben und ob die Abrechnung der Behandlungsfälle ordnungsgemäß erfolgt.

Zur Vermeidung ungezielter und übermäßiger Begutachtungsaufträge (vgl. Begründung zum Entwurf des GKV-WSG, BT-Drs. 16/3100) wurde mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) im Jahr 2007 eine Aufwandspauschale von 100 € je Fall eingeführt, die von den beauftragenden Krankenkassen an die Krankenhäuser zu entrichten ist, sofern eine Einzelfallprüfung nicht zu einer Rechnungskorrektur führt (vgl. § 275 Abs. 1c SGB V). Im Zuge des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) wurde diese Aufwandspauschale im Jahr 2009 auf 300 € je Fall erhöht, da aus Sicht des Gesetzgebers die bisherige Pauschale nicht zu einer Reduzierung der Prüfquoten in dem erhofften Umfang geführt hatte (vgl. Begründung zum Entwurf des KHRG, BT-Drs. 16/11429).

Unabhängig von dieser Einschätzung des Gesetzgebers wird auch im dritten Forschungszyklus der G-DRG Begleitforschung untersucht, ob die Einführung des G-DRG-Systems das Prüfverhalten der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung beeinflusst hat.

Die Untersuchung basiert einerseits auf den Ergebnissen einer Vollerhebung bei den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (vgl. Abschnitt 3.2.2.2) und andererseits auf einer schriftlichen Befragung aller gem. § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser (vgl. Abschnitt 3.2.2.1). Die Datenerhebung bei den MDK wurde im Vergleich zum zweiten Forschungszyklus geringfügig verändert; so wurde die Anzahl der Fälle mit erfolgter Rechnungskorrektur im 3. Forschungszyklus nicht mehr erhoben.

### 4.9.3.2 Veränderung des MDK-Prüfverhaltens

#### 4.9.3.2.1 Befragung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung

Die Datenerhebung bei den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung<sup>271</sup> zeigt einen leichten Anstieg der insgesamt durchgeführten Einzelfallprüfungen im Zeitraum 2008 bis 2010 um jahresdurchschnittlich 1,4% von 2,1 Millionen auf 2,2 Millionen Prüfungen. Während die Veränderungsrate zwischen 2008 und 2009 3,1% betrug, war sie im Zeitraum 2009 bis 2010 mit -0,3% leicht rückläufig.

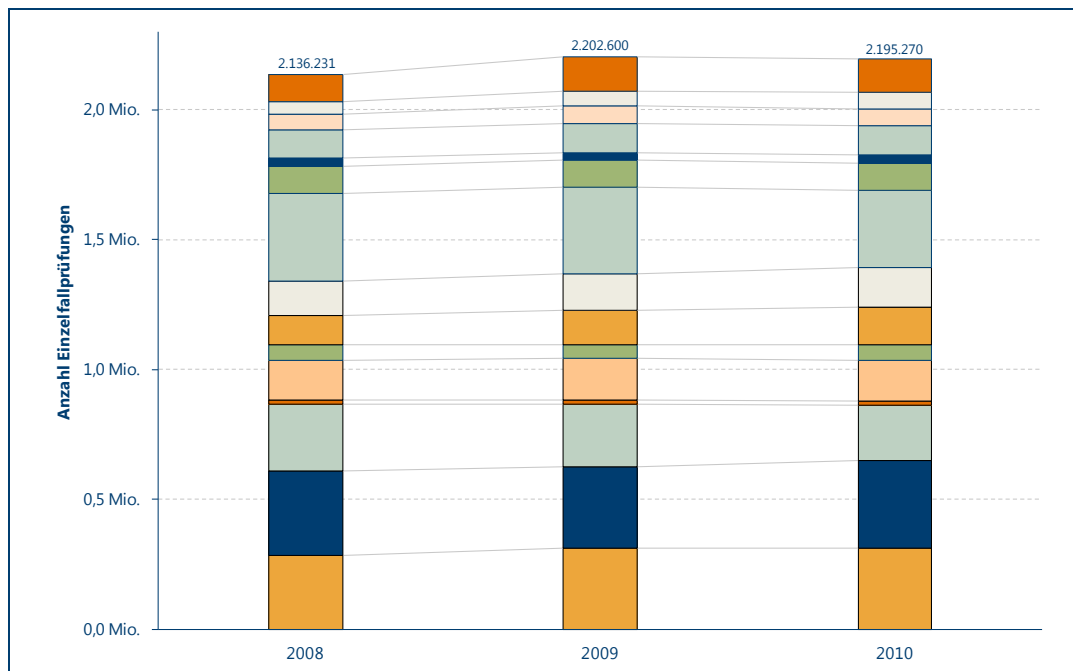
Die Veränderungsraten der einzelnen MDK weisen keinen einheitlichen Trend auf und entwickelten sich im Zeitraum 2008 bis 2010 sehr unterschiedlich (vgl. Abbildung 136). Vier MDK berichten von einem Rückgang der Anzahl durchgeführter Einzelfallprüfungen in diesem Zeitraum, wobei sich nur bei zwei MDK ein kontinuierlicher Rückgang zeigt. Die übrigen MDK berichten von einer Steigerung der Anzahl durchgeführter Einzelfallprüfungen zwischen 2008 und 2010, die jedoch in ihrer Höhe unterschiedlich ausfällt (maximale jahresdurchschnittliche Veränderungsrate +13%).

---

<sup>271</sup> Vgl. zur Repräsentativität der Datenerhebung Abschnitt 3.2.2.2.



Abbildung 136: Einzelfallprüfungen nach MDK (2008-2010)



Quelle: IGES; MDK-Befragung (n=15 MDK)

Für den Zeitraum 2006 bis 2010 ergibt sich den Angaben der MDK zufolge eine jahresdurchschnittliche Zunahme der durchgeführten Einzelfallprüfungen von 5,1% (n=13 MDK). Dabei zeigt sich mit einer Steigerung von 9,5% p. a. im Zeitraum 2006 bis 2008 eine deutliche höhere Zunahme der Einzelfallprüfungen als im Zeitraum 2008 bis 2010, für den sich eine jahresdurchschnittliche Steigerung von lediglich 1,0% ergibt.

Diese Entwicklung zeigt sich auch bei Betrachtung des Zeitraumes 2004 bis 2010, in dem die Anzahl der durchgeführten Einzelfallprüfungen insgesamt um jahresdurchschnittlich 11,7% gestiegen ist (n=6 MDK); beträgt die Zuwachsrate in der Einführungsphase des G-DRG-Systems zwischen 2004 bis 2006 noch 31,5% p. a., zeigt sich für den Zeitraum 2006 bis 2008 eine Steigerung von 5,6% p. a. und für den Zeitraum 2008 bis 2010 ergibt sich noch eine jahresdurchschnittliche Zunahme von 0,4%.

Der Anteil der Fälle mit empfohlener Rechnungskorrektur an der Summe der geprüften Fälle lag im Jahr 2008 durchschnittlich bei 45,8% und ist bis zum Jahr 2010 auf durchschnittlich 51,0% gestiegen (n=5 MDK).<sup>272,273</sup>

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung führen neben Einzelfallprüfungen auch Stichprobenprüfungen durch. Für das Jahr 2008 geben 4 MDK an, diese durchgeführt zu haben (n=12 MDK). Insgesamt wurden dabei 1.512 Fälle geprüft. Für die Jahre 2009 und 2010 wurde nur von einem MDK (n=9 MDK) bzw. von zwei MDK (n=11) angegeben, Stichprobenprüfungen durchgeführt zu haben. Für die Jahre 2006 und 2007 berichteten im zweiten Forschungszyklus 5 MDK (n=7 MDK) bzw. 2 MDK (n=6 MDK) von durchgeführten Stichprobenprüfungen.

Der Anteil der durch den MDK im Rahmen von Stichprobenprüfungen geprüften Fälle, bei denen der beauftragenden Krankenkasse gegenüber eine Rechnungskorrektur empfohlen wird, liegt dabei im Zeitraum 2008 bis 2010 zwischen 4% und 26%. Verglichen mit den vom MDK durchgeführten Einzelfallprüfungen kommt den Stichprobenprüfungen mit einem Anteil von nicht einmal 0,1% an allen durchgeführten Fallprüfungen auch im Zeitraum 2008 bis 2010 eine sehr geringe Bedeutung zu.

#### 4.9.3.2.2 Befragung der Krankenhäuser

Vor der Auswertung wurden die Ergebnisse der Krankenhausbefragung zum Prüfverhalten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung umfassend plausibilisiert und nur bei konsistenter Beantwortung der Fragebestandteile in der weiteren Auswertung berücksichtigt.<sup>274</sup>

Den Angaben der Krankenhäuser zufolge wurden im Jahr 2010 durchschnittlich 11,3% ihrer vollstationären Fälle einer Prüfung durch den MDK unterzo-

---

<sup>272</sup> Bei den einzelnen MDK schwankt der Anteil der Fälle mit empfohlener Rechnungskorrektur an der Summe der geprüften Fälle im Jahr 2010 relativ deutlich zwischen 44% und 64%.

<sup>273</sup> Aufgrund der geringen Anzahl von MDK, die Angaben zu den Begründungen der empfohlenen Rechnungskorrekturen nach Einzelfallprüfung gemacht haben (n=3), wurden die Ergebnisse zu dieser Fragestellung nicht ausgewertet.

<sup>274</sup> Zu diesen Plausibilisierungsschritten zählte die Plausibilisierung der Fälle mit einer MDK-Prüfung zur Bettengrößenklasse und Fallzahlklasse des jeweiligen Krankenhauses sowie die zeilen- und spaltenweise Summentreue der Matrixstruktur der Befragung (vgl. Anhang H). Sofern ein Plausibilitätsfehler in einem Fragebogen erkannt wurde, wurde das Krankenhaus bei den Auswertungen zu den MDK-Fallprüfungen nicht berücksichtigt.

gen (n=194 Krankenhäuser). Gegenüber den Angaben für die Jahre 2008 und 2009, in denen die Prüfquote bei 10,7% lag, ist sie demnach leicht gestiegen (vgl. Tabelle 165). Der Median der Prüfquoten zeigt einen kontinuierlichen Anstieg von 10,5% im Jahr 2008 über 10,8% im Jahr 2009 auf 11,1% im Jahr 2010.

Bei zusätzlicher Betrachtung der Angaben aus dem ersten und zweiten Zyklus steigt die durchschnittliche Prüfquote nach einem deutlichen Anstieg zwischen 2004 und 2006 und einem leichten Rückgang im Jahr 2007 im Zeitraum 2004 bis 2010 insgesamt von 7,1% auf 11,3% (vgl. Tabelle 165). Diese Entwicklung zeigt sich auch beim Median der Prüfquote.

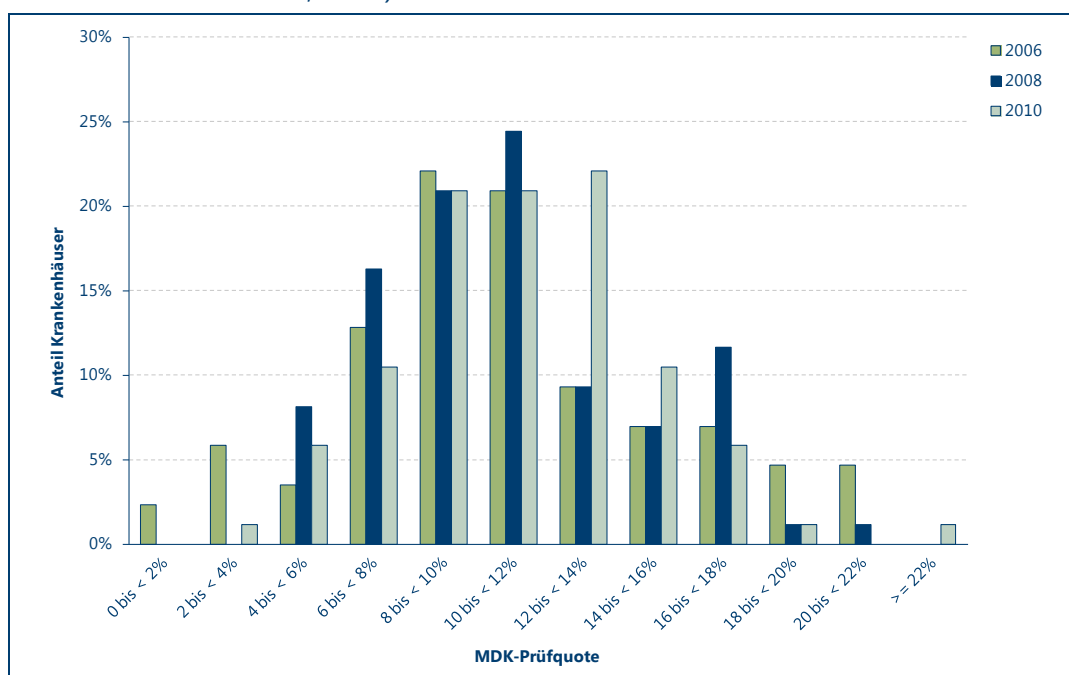
Tabelle 165: Durchschnittliche MDK-Prüfquote (Einzelfallprüfungen; 2004-2010)

durchschnittliche Prüfquote	2004	2006	2007	2008	2009	2010
Mittelwert	7,1%	10,4%	10,0%	10,7%	10,7%	11,3%
Median	6,5%	10,1%	9,6%	10,5%	10,8%	11,1%
n	55	188	188	194	194	194

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung

Der Anstieg der durchschnittlichen Prüfquote ist auch bei der Verteilung der Prüfquoten der Krankenhäuser erkennbar, für die Angaben zum Zeitraum 2006 bis 2010 vorliegen (vgl. Abbildung 137).

Abbildung 137: Verteilung der MDK-Prüfquoten (Einzelfallprüfungen; 2006, 2008, 2010)



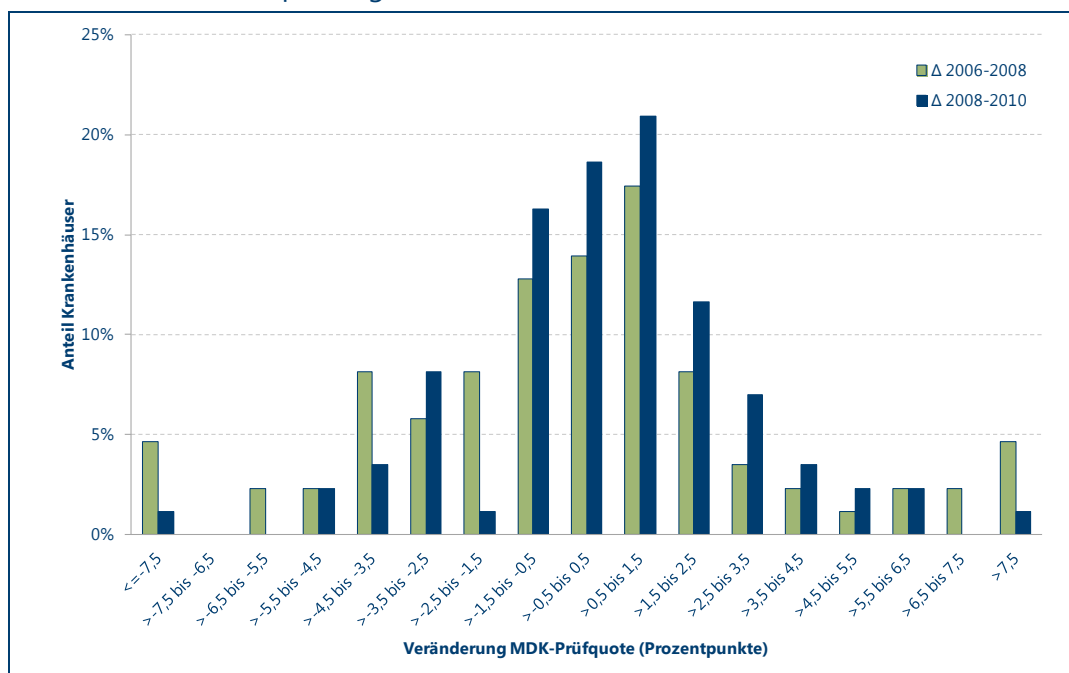
Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=86 Krankenhäuser)

Die Veränderung der Prüfquote verläuft bei den einzelnen Krankenhäusern sehr unterschiedlich. Während für den Zeitraum 2006 bis 2008 42% der Krankenhäuser von einer steigenden Prüfquote (um durchschnittlich 3,1 Prozentpunkte) berichten, liegt dieser Anteil für den Zeitraum 2008 bis 2010 bei 49% (mit einer durchschnittlichen Steigerung um 2,5 Prozentpunkte). Von einem Rückgang der Prüfquote berichten für den Zeitraum 2006 bis 2008 hingegen 44% der Krankenhäuser (um durchschnittlich 3,2 Prozentpunkte) und für den Zeitraum 2008 bis 2010 33% (um durchschnittlich 2,4 Prozentpunkte). Von einer nahezu unveränderten Prüfquote (+/- 0,5 Prozentpunkte) im Zeitraum 2006 bis 2008 wird von 14% der Krankenhäuser berichtet und für den Zeitraum 2008 bis 2010 geben 19% eine nur leicht veränderte Prüfquote an (vgl. Abbildung 138)<sup>275</sup>. 19% der Krankenhäuser berichten von einer Erhöhung der Prüfquote sowohl im Zeitraum 2006 bis 2008 als auch im Zeitraum 2008 bis 2010; von einem Rückgang in beiden Zeiträumen berichten ebenfalls 19% der Krankenhäuser.

---

<sup>275</sup> Bei alleiniger Betrachtung der Angaben aus dem dritten Forschungszyklus berichten 49% der Krankenhäuser von einer um durchschnittlich 2,5 Prozentpunkte steigenden Prüfquote im Zeitraum 2008 bis 2010, 30% von einer gesunkenen und 21% von einer annähernd gleichbleibenden (+/- 0,5 Prozentpunkte) Prüfquote (vgl. Abbildung 154, Anhang E).

Abbildung 138: Verteilung der Veränderungsrate der MDK-Prüfquote (Einzelfallprüfungen; 2006-2008, 2008-2010)

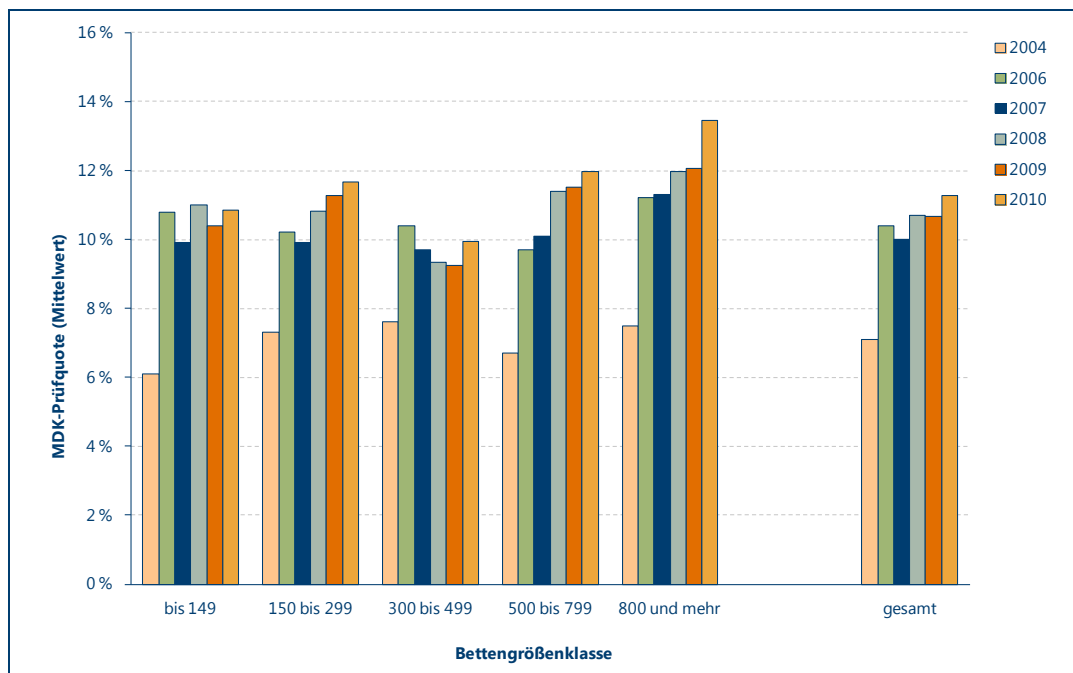


Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=86 Krankenhäuser)

Auch die nach Bettengrößenklasse der Krankenhäuser differenzierte Betrachtung der Prüfquote zeigt im Zeitraum 2004 bis 2010 keine einheitliche Entwicklung (vgl. Abbildung 139). Während die Prüfquote bei Krankenhäusern mit bis zu 499 Betten im Zeitverlauf schwankt, zeigt sich bei Krankenhäusern mit mehr als 500 Betten ein kontinuierlicher Anstieg der durchschnittlichen Prüfquote. Zudem liegen die Prüfquoten der Krankenhäuser in diesen Bettengrößenklassen durchgängig über der durchschnittlichen Prüfquote.<sup>276</sup> Bei Krankenhäusern mit bis zu 149 Betten und mit 300 bis 499 Betten zeigt sich im Jahr 2010 eine identische bzw. leicht niedrigere Prüfquote als im Jahr 2006. Ein deutlicher Anstieg der Prüfquote zwischen den Jahren 2004 und 2006 zeigt sich hingegen in allen Bettengrößenklassen.

<sup>276</sup> Bei Betrachtung der Angaben alleinig aus dem dritten Forschungszyklus zeigt sich ein ähnliches Bild. Auch hier liegt die Prüfquote bei Krankenhäusern mit mehr als 500 Betten über der durchschnittlichen Prüfquote. Anders als bei Betrachtung der Prüfquoten aus dem ersten und zweiten Zyklus ist die Prüfquote jedoch auch bei den Krankenhäusern mit 150 bis 299 Betten durchgängig höher als die durchschnittliche Prüfquote. Innerhalb der drei Bettengrößenklassen mit einer überdurchschnittlichen Prüfquote zeigt sich zudem ein kontinuierlicher Anstieg der Prüfquote im Zeitraum 2008 bis 2010 (vgl. Abbildung 155, Anhang E).

Abbildung 139: MDK-Prüfquote nach Bettengrößenklasse (Einzelfallprüfungen; 2004-2010)

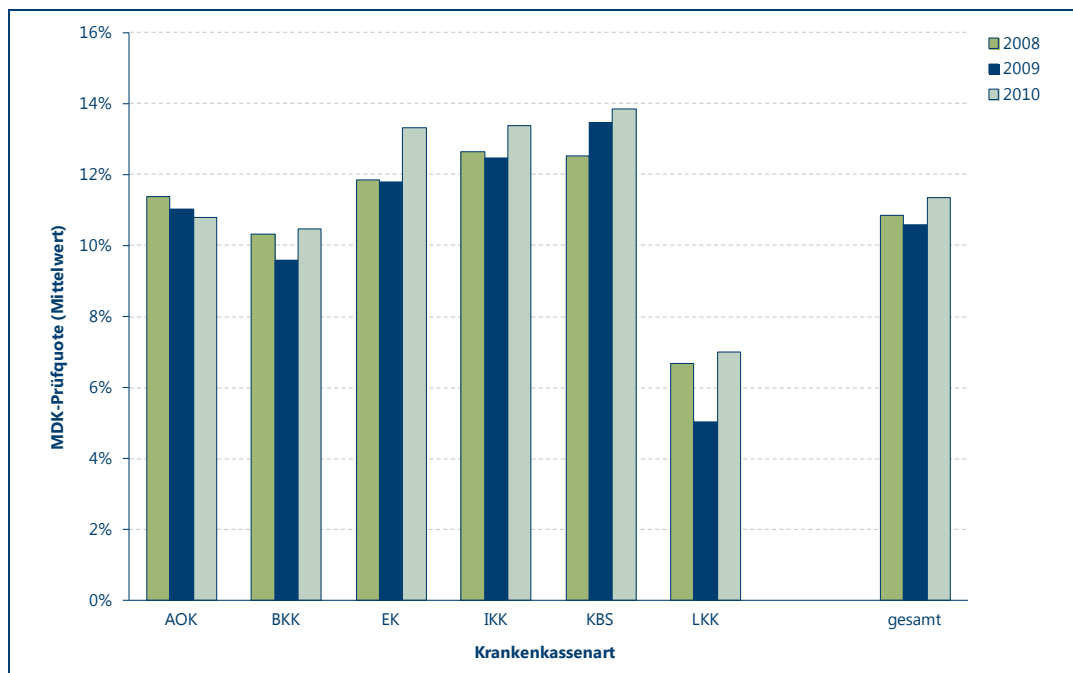


Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (2004: n=55; 2006-2007: n=188; 2008-2010: n=194)

Die Differenzierung nach den einzelnen Krankenkassenarten zeigt für das Jahr 2010 Prüfquoten zwischen 10% und 14%. Lediglich die Prüfquote der LKK liegt mit 7% unterhalb der durchschnittlichen Prüfquote (vgl. Abbildung 140). Im Zeitraum 2008 bis 2010 weisen die Prüfquoten leichte Veränderungen, jedoch ohne einheitliche Entwicklung auf, liegen im Jahr 2010 allerdings mehrheitlich über der Prüfquote des Jahres 2009.<sup>277</sup> Auch der Median der Prüfquoten zeigt überwiegend nur leichte Veränderungen im Zeitraum 2008 bis 2010 und keine einheitliche Entwicklung (vgl. Abbildung 156, Anhang E). Bereits die Ergebnisse des zweiten Forschungszyklus zeigten insgesamt ähnliche durchschnittliche Prüfquoten sowie ähnliche Entwicklungen der Prüfquoten bei den einzelnen Kassenarten.

<sup>277</sup> Nach Kassenart differenzierte Angaben für den zweiten und dritten Forschungszyklus liegen nur von wenigen Krankenhäusern vor, sodass bei dieser Kennzahl auf den Ausweis einer langen Zeitreihe verzichtet wird.

Abbildung 140: MDK-Prüfquote nach Krankenkassenart (Einzelfallprüfungen; 2008-2010)



Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=79 Krankenhäuser)

Neben der Anzahl der vom MDK geprüften Fälle wurden die Krankenhäuser auch zur Anzahl der Fälle mit anschließender Rechnungs korrektur befragt.<sup>278</sup> Die Rechnungs korrekturquote (Anteil der geprüften Fälle, bei denen eine Rechnungs korrektur vorgenommen wurde) hat sich ihren Angaben zufolge im Zeitraum 2006 bis 2010 zunächst kontinuierlich von 32,5% im Jahr 2006 auf 42,9% im Jahr 2009 erhöht und lag im Jahr 2010 bei 42,7% (n=52 Krankenhäuser).<sup>279</sup> Bei Betrachtung der Angaben alleinig zum dritten Forschungszyklus zeigt sich eine zwischen 39,4% und 42,0% schwankende Rechnungs korrekturquote (n=205 Krankenhäuser).

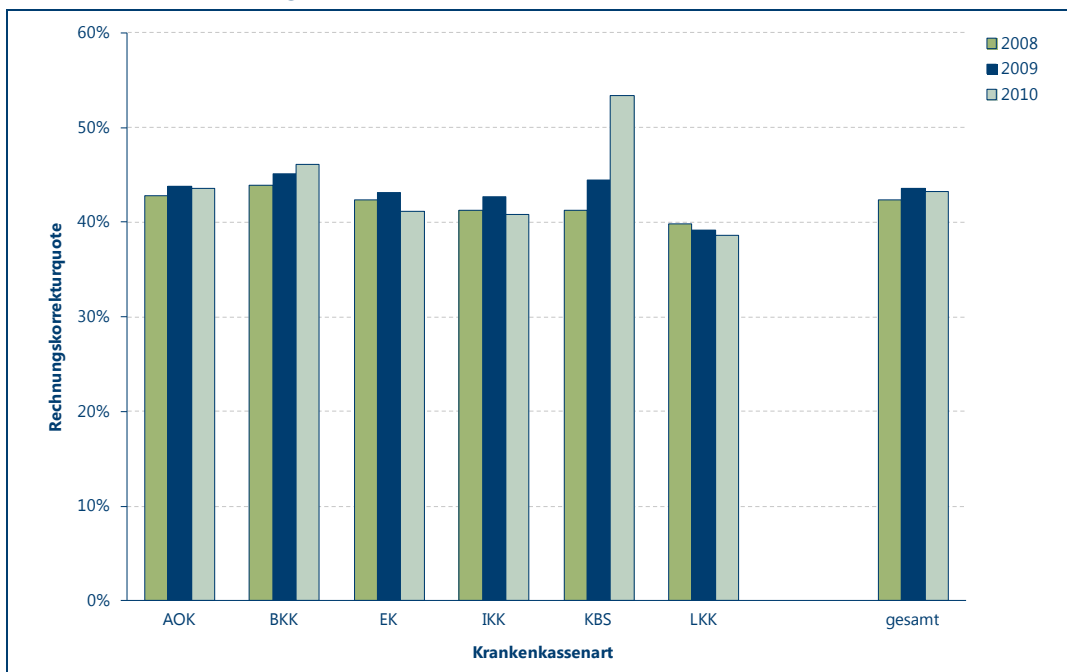
Die Angaben der Krankenhäuser zur Anzahl der Fälle mit Rechnungs korrektur im Zeitraum 2008 bis 2010, differenziert nach den einzelnen Kassenarten,

<sup>278</sup> Hierbei werden sowohl Rechnungs korrekturbeträge zulasten als auch zugunsten des Krankenhauses berücksichtigt.

<sup>279</sup> Es ist davon auszugehen, dass die tatsächliche Anzahl der Fälle mit Rechnungs korrektur höher liegt als von den Krankenhäusern angegeben, da nach Angabe der Krankenhäuser zum Zeitpunkt der Datenabfrage noch nicht alle Prüfverfahren abgeschlossen waren. Die Rechnungs korrekturquote wird daher wahrscheinlich unterschätzt.

zeigen ähnliche Rechnungskorrekturquoten und teilweise ebenfalls leicht schwankende Rechnungskorrekturquoten (vgl. Abbildung 141).<sup>280</sup>

Abbildung 141: Rechnungskorrekturquote nach Krankenkassenart (Einzelfallprüfungen; 2008-2010)



Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=101 Krankenhäuser)

Mit 54% basiert der überwiegende Anteil der Rechnungskorrekturen im Jahr 2010 auf Einzelfallprüfungen in Bezug auf sekundäre Fehlbelegung (vgl. Abbildung 142).<sup>281</sup> Im Zeitraum 2004 bis 2010 hat der Anteil dieses Prüfgrundes von 29% im Jahr 2004 kontinuierlich zugenommen, wohingegen die Anteile von Prüfungen der primären Fehlbelegung und der Kodierqualität entspre-

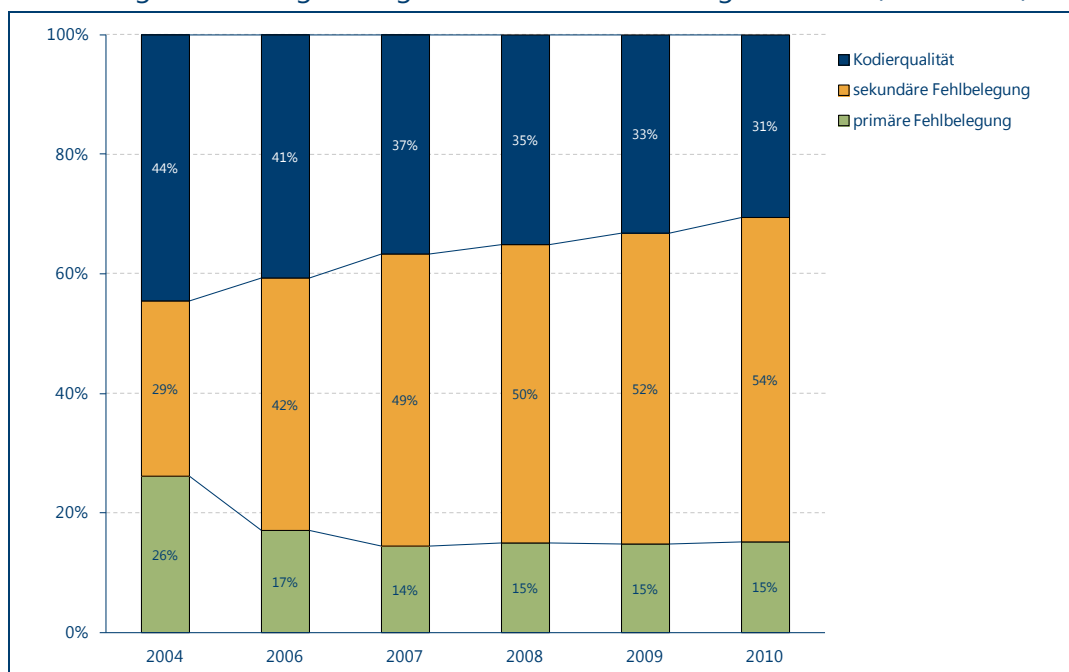
<sup>280</sup> Bei den Krankenhäusern, für die Angaben aus den Jahren 2006 bis 2010 vorliegen, zeigen sich dieselben Entwicklungen. Da jedoch nur von 40 Krankenhäusern nach Kas- senarten differenzierte Angaben zu Rechnungskorrekturen vorliegen, erfolgt kein Aus- weis dieser Ergebnisse.

<sup>281</sup> Prüfungen im Kontext der primären Fehlbelegung beziehen sich auf die medizinische Notwendigkeit zur stationären Aufnahme, wohingegen die Prüfung auf sekundäre Fehlbelegung die medizinische Notwendigkeit der Dauer einer stationären Behandlung beinhaltet. Darüber hinaus können Prüfungen der Kodierqualität erfolgen, bei denen auf ordnungsgemäße Abrechnung geprüft wird, insbesondere auf korrekte Kodierung von Diagnosen und Prozeduren.



chend von 26% bzw. 44% im Jahr 2004 auf 15% bzw. 31% im Jahr 2010 abgenommen haben.<sup>282</sup>

Abbildung 142: Prüfgrundlage der Fälle mit Rechnungskorrektur (2004-2010)



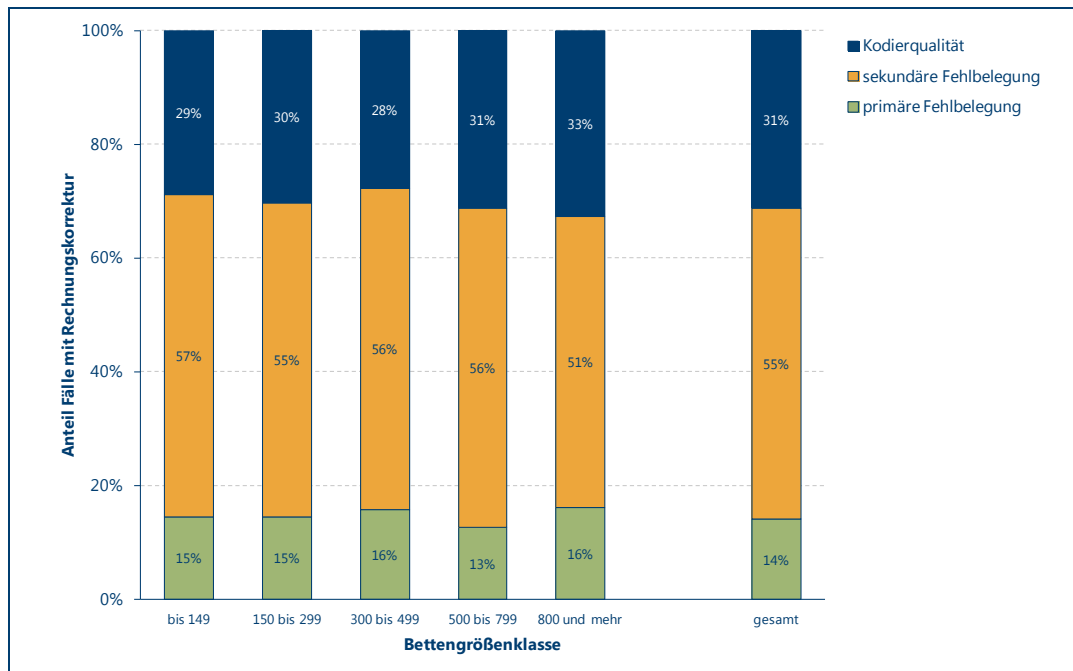
Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=32-180 Krankenhäuser)

Die Differenzierung der Prüfgrundlagen nach Bettengrößenklasse der Krankenhäuser zeigt einen leicht überdurchschnittlichen Anteil von Rechnungskorrekturen aufgrund von sekundärer Fehlbelegung bei Krankenhäusern mit bis zu 149 Betten (vgl. Abbildung 143). Krankenhäuser mit mehr als 800 Betten berichten hingegen von einem leicht überdurchschnittlichen Anteil von Rechnungskorrekturen aufgrund der Kodierqualität.<sup>283</sup>

<sup>282</sup> Auch bei Betrachtung der Ergebnisse aus dem dritten Forschungszyklus ausschließlich für die Jahre 2008 bis 2010 zeigt sich die Verschiebung der Anteile zwischen den Prüfgrundlagen mit einer Zunahme des Anteils der Prüfungen auf sekundäre Fehlbelegung (vgl. Abbildung 157, Anhang E).

<sup>283</sup> Im zweiten Forschungszyklus zeigte sich mit zunehmender Bettengrößenklasse ein steigender Anteil von Rechnungskorrekturen aufgrund der Kodierqualität, der bei Krankenhäusern mit mehr als 800 Betten im Jahr 2008 bei 42% lag (n=197). Bei Betrachtung der Ergebnisse aus dem ersten Forschungszyklus zeigen sich deutliche Unterschiede hinsichtlich der Prüfgrundlagen der Fälle mit Rechnungskorrektur zwischen den Bettengrößenklassen, die sich bis zum Jahr 2010 jedoch stark verringern. So unterschied-

Abbildung 143: Prüfgrundlage der Fälle mit Rechnungskorrektur nach Bettengrößenklasse (2010)



Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=180 Krankenhäuser)

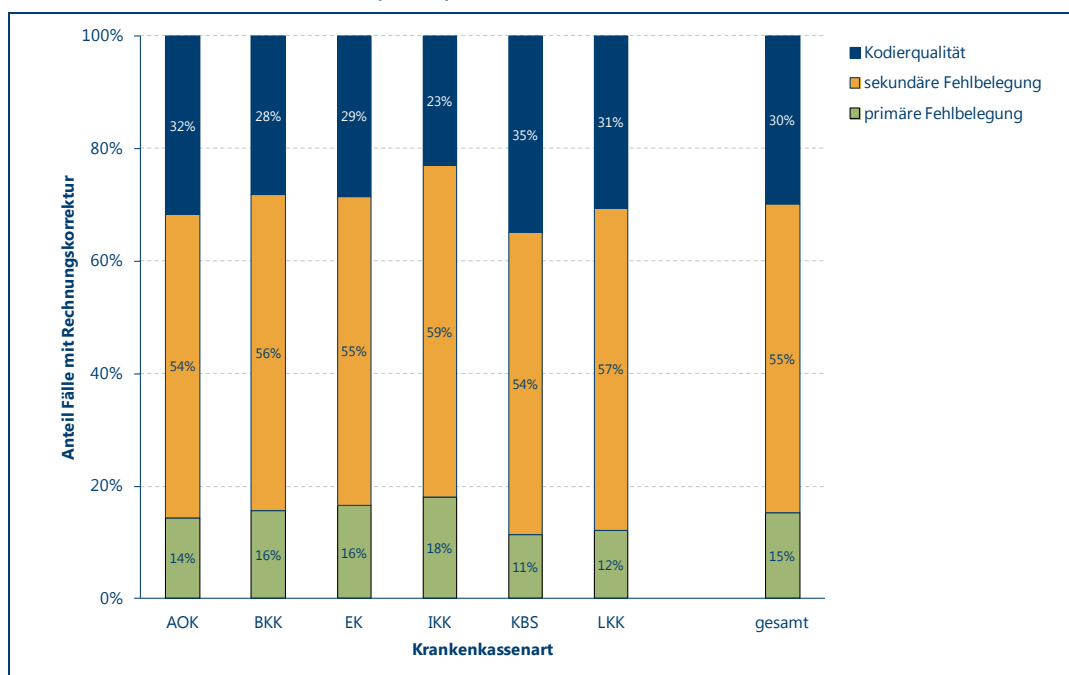
Eine nach Krankenkassenart differenzierte Betrachtung der Prüfgrundlagen für Rechnungskorrekturen zeigt insgesamt ähnliche Anteile bei den einzelnen Krankenkassenarten, lediglich die IKK mit einem unterdurchschnittlichen Anteil von Rechnungskorrekturen aufgrund der Kodierqualität und einem überdurchschnittlichen Anteil von primären und sekundären Fehlbelegungsprüfungen und die Knappschaft mit einem im Vergleich zum Durchschnitt höheren Anteil von Rechnungskorrekturen in Bezug auf die Kodierqualität und einem unterdurchschnittlichen Anteil bei Prüfungen auf primäre Fehlbelegung weisen eine leicht abweichende Struktur der Prüfgrundlagen auf (vgl. Abbildung 144).<sup>284</sup> Mit Ausnahme der Knappschaft zeigt sich im Zeitverlauf auch bei den Krankenkassenarten der insgesamt festgestellte, zunehmende Anteil

den sich etwa die von den Krankenhäusern für das Jahr 2006 angegebenen Anteile von Rechnungskorrekturen aufgrund der primären Fehlbelegung zwischen den Bettengrößenklassen um bis zu 9 Prozentpunkte, im Jahr 2010 hingegen lediglich noch um 3 Prozentpunkte.

<sup>284</sup> Bereits für das Jahr 2008, das im zweiten Forschungszyklus betrachtet wurde, wies die Knappschaft im Vergleich zu den anderen Krankenkassenarten mit einem überdurchschnittlichen Anteil von Rechnungskorrekturen aufgrund der Kodierqualität eine abweichende Struktur der Prüfgrundlagen auf. Die Abweichung ist in den Ergebnissen für das Jahr 2010 jedoch deutlich weniger stark ausgeprägt.

von Prüfungen auf sekundäre Fehlbelegung (vgl. Abbildung 158, Anhang E).<sup>285</sup>

Abbildung 144: Prüfgrundlage der Fälle mit Rechnungskorrektur nach Krankenkassenart (2010)



Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=107 Krankenhäuser)

Die Krankenhäuser wurden nicht nur zu Einzelfallprüfungen sondern auch zur Durchführung von Stichprobenprüfungen nach § 17c Abs. 2 KHG in ihrem Krankenhaus befragt. Diesen Angaben zufolge wurden im Zeitraum 2008 bis 2010 jedoch nur bei 2% der Krankenhäuser Stichprobenprüfungen durchgeführt (n=254 Krankenhäuser). Der Anteil der berichteten Prüffälle im Rahmen von Stichprobenprüfungen an allen durchgeführten Fallprüfungen durch den MDK liegt den Angaben der Krankenhäuser zufolge in allen betrachteten Jahren im Zeitraum 2008 bis 2010 insgesamt deutlich unter 2%. Die von diesen Krankenhäusern mitgeteilten Angaben zur Entwicklung der Prüffälle können jedoch ebenso wie die Rechnungskorrekturquote und der Anteil der Prüffälle gem. § 17c Abs. 2 KHG an allen vollstationär behandelten Fällen auf-

<sup>285</sup> Verglichen mit den Ergebnissen für das Jahr 2008 aus dem zweiten Forschungszyklus ist der Anteil von Rechnungskorrekturen aufgrund der Kodierqualität bei allen Krankenkassenarten im Jahr 2010 gesunken, der Anteil von Rechnungskorrekturen aufgrund von sekundärer Fehlbelegung hingegen bei allen Krankenkassenarten gestiegen (vgl. Endbericht zum zweiten Forschungszyklus, S. 468).

grund der insgesamt sehr geringen Anzahl von Krankenhäusern nicht valide ermittelt werden.

Neben der Anzahl der Fälle, bei denen nach erfolgter Prüfung durch den MDK Rechnungskorrekturen vorgenommen wurden, haben die Krankenhäuser auch Angaben zu den durchschnittlichen Rechnungskorrekturbeträgen gemacht. Demzufolge ist der durchschnittliche Rechnungskorrekturbetrag aller Fälle im Zeitraum 2006 bis 2010 um jahresdurchschnittlich 4% von -843 € im Jahr 2006 auf -985 € im Jahr 2010 gestiegen (vgl. Tabelle 166).

Auch der durchschnittliche Rechnungskorrekturbetrag zulasten des Krankenhauses hat sich in diesem Zeitraum von 961 € auf 1.072 € erhöht. Der durchschnittliche Rechnungskorrekturbetrag zugunsten des Krankenhauses schwankt hingegen in diesem Zeitraum zwischen 1.285 € und 887 € und liegt im Jahr 2010 bei 1.111 €. <sup>286</sup> Der Anteil der Fälle, bei denen eine Rechnungskorrektur zugunsten des Krankenhauses erfolgte, schwankt im Zeitraum 2006 bis 2010 zwischen 4,3% und 5,3%. <sup>287</sup>

**Tabelle 166:** Rechnungskorrekturbeträge nach MDK-Prüfungen (Stichproben- und Einzelfallprüfungen) (2006-2010)

	2006	2008	2010	Δ p. a. 06-10
Durchschnittlicher Rechnungskorrekturbetrag	-843 €	-906 €	-985 €	4%
davon				
Durchschnittlicher Rechnungskorrekturbetrag zulasten des Krankenhauses	-961 €	-1.007 €	-1.072 €	3%
Durchschnittlicher Rechnungskorrekturbetrag zugunsten des Krankenhauses	1.285 €	887 €	1.111 €	-4%
Fälle mit Rechnungskorrektur zugunsten des Krankenhauses (Anteil)	4,3%	5,3%	4,4%	-

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=110-170)

<sup>286</sup> In den betrachteten Jahren geben 34%-40% der Krankenhäuser jedoch an, dass keine Rechnungskorrekturen zu ihren Gunsten erfolgt sind.

<sup>287</sup> Bei Betrachtung der Ergebnisse aus dem dritten Forschungszyklus für den Zeitraum 2008 bis 2010 ist der durchschnittliche Rechnungskorrekturbetrag aller Fälle um jahresdurchschnittlich 3% von -907 € im Jahr 2008 auf -959 € im Jahr 2010 gestiegen (n=141 Krankenhäuser). Der durchschnittliche Rechnungskorrekturbetrag zulasten des Krankenhauses hat sich in diesem Zeitraum von 1.007 € auf 1.085 € erhöht (n=125 Krankenhäuser) und auch der durchschnittliche Rechnungskorrekturbetrag zugunsten des Krankenhauses ist von 861 € im Jahr 2008 deutlich auf 1.141 € im Jahr 2010 gestiegen (n=131 Krankenhäuser). Der Anteil der Fälle, bei denen eine Rechnungskorrektur zugunsten des Krankenhauses erfolgte, liegt im Zeitraum 2008 bis 2010 zwischen 4,5% und 5,4% (n=125 Krankenhäuser).

Für die Vorbereitung, Begleitung und Nachbearbeitung der MDK-Prüfungen werden von den Krankenhäusern zunehmend mehr Mitarbeiter eingesetzt. Den Angaben der Krankenhäuser zufolge waren im Jahr 2006 durchschnittlich 1,5 Mitarbeiter (in Vollzeitäquivalenten) damit befasst, bis zum Jahr 2010 stieg die Anzahl des insgesamt mit MDK-Prüfungen befassten Personals jahresdurchschnittlich um 8% auf 2,1 Vollzeitäquivalente (n=119 Krankenhäuser).<sup>288,289</sup>

---

<sup>288</sup> Auch der Anteil des mit MDK-Prüfungen befassten Personals an allen Beschäftigten stieg in diesem Zeitraum von 0,43% im Jahr 2006 auf 0,53% im Jahr 2010 (n=84 Krankenhäuser; Median: 0,20 in 2006; 0,35 in 2010).

<sup>289</sup> Auch bei Betrachtung der Ergebnisse für den Zeitraum 2008 bis 2010 aus dem dritten Forschungszyklus zeigt sich eine Zunahme um 9% p. a. von 1,8 Mitarbeiter (in Vollzeitäquivalenten) im Jahr 2008 auf 2,1 Mitarbeiter im Jahr 2010 (n=215 Krankenhäuser).



## 5 Ergebnisse und Diskussion

In diesem Kapitel werden die in den vorangegangenen Kapiteln durchgeführten empirischen Auswertungen zu den Auswirkungen des G-DRG-Systems interpretiert und diskutiert.

### 5.1 Auswirkungen auf Krankenhausstrukturen

Seit der Einführung des G-DRG-Systems haben vielfältige Anpassungsprozesse der akutstationären Strukturen, der Kapazitäten, der personellen und apparativen Ausstattung sowie der innerbetrieblichen Aufbau- und Ablauforganisation bei den Krankenhäusern stattgefunden. Für die Untersuchung möglicher Einflüsse des neuen Vergütungssystems auf diese Entwicklungen werden die Daten aus der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes und die Ergebnisse der im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung durchgeführten Krankenhausbefragung herangezogen. Die Befragungsergebnisse haben in diesem Zusammenhang eine hohe Bedeutung, da sich auf Basis der zentralen Indikatoren der Krankenhausstatistik zwar die vielfältigen Entwicklungen und Trends abbilden, die Herstellung kausaler Zusammenhänge zur Einführung des G-DRG-Entgeltsystems jedoch nur schwer möglich ist (vgl. Spindler und Bölt 2009).

Die Verringerung der Anzahl Allgemeiner Krankenhäuser hat sich am Ende der Konvergenzphase mit 0,6% p. a. im Vergleich zum Kern der Konvergenzphase (-0,8% p. a.) zwar leicht abgeschwächt, eine Veränderung des seit Beginn der 90er-Jahre bestehenden Trends zu einer kontinuierlichen Verringerung der Anzahl der Krankenhäuser kann hieraus allerdings nicht abgeleitet werden.<sup>290</sup> Während sich die Anzahl der aufgestellten Betten in Allgemeinen Fachabteilungen seit der Einführung des G-DRG-Systems wie bereits vor dessen Einführung um jahresdurchschnittlich 1,4% reduzierte, zeigte sich bei der Anzahl der aufgestellten Betten je 100 Tsd. Einwohner im Zeitraum 2003 bis 2010 mit 1,2% p. a. ein schwächerer Rückgang als noch vor der Einführung des G-DRG-Systems (1991 bis 2003: -1,7% p. a.). Sowohl die Anzahl der Bet-

---

<sup>290</sup> Wegen der veränderten Zuordnung der Allgemeinen und der Sonstigen Krankenhäuser im Zeitraum 2002 bis 2004 sind für diesen Zeitraum keine Angaben zur Entwicklung der Krankenhausanzahl möglich (vgl. dazu Abschnitt 3.2.4.1 und Abschnitt 4.1.1)

ten als auch die Anzahl der aufgestellten Betten je 100 Tsd. Einwohner weisen eine im Verlauf der Konvergenzphase abgeschwächte Verringerung und für den Zeitraum 2008 bis 2010 nur noch geringfügige Rückgänge auf (vgl. Abschnitt 4.1.1). Die Einführung des G-DRG-Systems hat demzufolge nicht zu einer Beschleunigung des bereits zuvor bestehenden Trends zur Verringerung der Kapazitäten in den Krankenhäusern geführt.

Wenngleich unterschiedliche regionale Kapazitäten in den Bundesländern nicht direkt mit Effizienzunterschieden gleichgesetzt werden können, da diese neben der Krankenhausplanung insbesondere auch von dem Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung und hier maßgeblich von der Morbiditätslast der Bevölkerung abhängig sind, zeigt sich im Verlauf der Konvergenzphase eine Verringerung der Spannweite unterschiedlicher Kapazitäten je 100 Tsd. Einwohner.

Die Besetzung der Bettengrößenklassen der Krankenhäuser weist seit dem Jahr 1991 einen kontinuierlich steigenden Anteil der Krankenhäuser mit weniger als 50 Betten und einen gleichzeitig sinkenden Anteil der Krankenhäuser in den mittleren Bettengrößenklassen (150 bis 399 Betten) auf. Da auf die Krankenhäuser mit weniger als 50 Betten lediglich 1% der insgesamt aufgestellten Betten entfällt, machen sich die Veränderungen der Anzahl dieser Krankenhäuser bei der Bettenverteilung kaum bemerkbar. Die Bettenverteilung nach der Bettengrößenklasse der Krankenhäuser ist demnach im Zeitraum 1991 bis 2010 weitgehend unverändert geblieben. Zudem hat sich die durchschnittliche Krankenhausgröße (Bettenzahl je Krankenhaus) seit Beginn der 90er-Jahre kaum verändert. Ein Trend hin zu einer möglicherweise wirtschaftlich „optimalen“ Krankenhausgröße ist somit nicht erkennbar.

Differenziert nach der Trägerschaft der Krankenhäuser zeigen sich sowohl bei der Anzahl der Krankenhäuser als auch entsprechend bei der Anzahl der aufgestellten Betten deutliche Rückgänge insbesondere bei Krankenhäusern in öffentlicher, aber auch bei Krankenhäusern in freigemeinnütziger Trägerschaft bei gleichzeitigen Zunahmen bei den Krankenhäusern in privater Trägerschaft. Der Anstieg der Bettenzahl bei Krankenhäusern in privater Trägerschaft fiel jedoch im Verhältnis zur Anzahl der Krankenhäuser in privater Trägerschaft insbesondere direkt vor G-DRG-Einführung und in der G-DRG-Einführungsphase überproportional aus.

Bei der Untersuchung der Fachabteilungsanzahl zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen. Während sich etwa bei den Fachabteilungen für Augenheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Hals-Nasen-Ohrenheilkunde der Trend sinkender Abteilungszahlen nach der Einführung des G-DRG-Systems in stärkerem Umfang fortsetzte, verzeichneten andere Fachgebiete, wie etwa die Neurochirurgie und die Neurologie, wie bereits im Zeitraum 1991 bis 2003, weiterhin steigende Abteilungszahlen. In diesen beiden Abteilungen wird die zunehmende Fachabteilungsanzahl seit der Einführung des G-DRG-Systems auch von einer Erhöhung der Bettenkapazitäten begleitet, während



die übrigen Fachabteilungen überwiegend rückläufige Bettenzahlen verzeichnen.

Auf Ebene der Fachabteilungen berichten viele Krankenhäuser im Rahmen der für die G-DRG-Begleitforschung durchgeführten Befragung von Anpassungen und Reorganisationsmaßnahmen ihrer Aufbauorganisation. Dazu gehören etwa der Aufbau oder die Weiterentwicklung von Zentrumsstrukturen, der Neuaufbau oder die Teilung einzelner Fachabteilungen oder Erweiterungen des Leistungsspektrums. Daneben berichten die Krankenhäuser im medizinisch-pflegerischen Bereich auch vom Auf- und Ausbau des Ambulanten Operierens und der entsprechenden Strukturen, von der Etablierung von Intermediate Care Units oder von Reorganisationsmaßnahmen der Aufnahme (z. B. Einrichtung einer Zentralen Notaufnahme). Für die meisten benannten Veränderungsmaßnahmen sehen die Krankenhäuser überwiegend weitgehend unabhängig vom G-DRG-System bestehende Ursachen als ausschlaggebend an. Einzelne der durchgeführten Anpassungen im aufbauorganisatorischen Bereich, wie etwa der Auf- bzw. Ausbau von Intermediate Care Units oder die Etablierung von spezialisierten Versorgungsangeboten (z. B. Stroke Unit, Chest-Pain-Unit) werden zu großen Anteilen mit vom G-DRG-System gesetzten Anreizen für eine wirtschaftlichere innerbetriebliche Leistungserstellung bzw. mit aus dem Vergütungssystem resultierenden Anreizen zur Gewährleistung einer höheren Versorgungsqualität begründet (vgl. Abschnitt 4.3.5).

Im Vergleich der von den Krankenhäusern benannten Veränderungsmaßnahmen und deren Begründung im medizinisch-pflegerischen Bereich am Ende der Konvergenzphase mit den in der Kernphase der Konvergenz durchgeführten Anpassungen der Aufbauorganisation zeigen sich keine systematischen Unterschiede. Im sekundär-medizinischen und im nicht-medizinischen Bereich hingegen wird am Ende der Konvergenzphase häufiger von Reorganisationsmaßnahmen einzelner Abteilungen und Bereiche (z. B. Zentralisierung von Einkauf, Labor, Apotheke oder Beitritt zu Labor- und Einkaufsgemeinschaften) berichtet als noch in der Kernphase der Konvergenz. Für diesen Zeitraum war das Outsourcing von Leistungen als häufigste Veränderungsmaßnahme benannt worden.

Insbesondere für Labor- und Apothekenleistungen sowie bei der Bildung von Einkaufsgemeinschaften berichten die Krankenhäuser zudem von eingegangenen und institutionalisierten Kooperationen mit anderen Krankenhäusern. Während im sekundär-medizinischen Bereich in der Einführungsphase des G-DRG-Systems 65% der Krankenhäuser institutionalisierte Kooperationen eingegangen waren, gingen am Ende der Konvergenzphase 68% der Krankenhäuser neue Kooperationen in diesem Bereich ein. Auch im nicht-medizinischen Bereich hat sich der Anteil der Krankenhäuser, die neue Kooperationsbeziehungen zu anderen Krankenhäusern aufgebaut haben, von 48% in der Einführungsphase des G-DRG-Systems auf 54% in der Kernphase der Konvergenz und an dessen Ende erhöht. Im medizinischen Bereich hat sich

der Anteil der Krankenhäuser, die neue Kooperationen etwa zur Abdeckung nicht selbst vorgehaltener Fachabteilungen oder bei spezialisierten Versorgungs- und Behandlungsangeboten gebildet haben, kontinuierlich von 48% in der Einführungsphase des G-DRG-Systems auf 59% am Ende der Konvergenz deutlich erhöht. In allen Bereichen, in denen Krankenhäuser von neuen Kooperationen berichten, wurden diese zunehmend durch vertragliche Vereinbarungen institutionalisiert (vgl. Abschnitt 4.2).

Auch bezogen auf einzelne Abteilungen bzw. Bereiche berichten die befragten Krankenhäuser vom weiteren Aufbau und durchgeführten Weiterentwicklungen am Ende der Konvergenzphase. Im Medizincontrolling berichten demzufolge 7% der Krankenhäuser von einem Aufbau dieser Abteilung und 66% von einer Erweiterung. Für den Neuaufbau wird zu durchschnittlich 98% das G-DRG-System als ausschlaggebend angesehen und auch die durchgeführten Erweiterungen dieser Abteilungen werden zu durchschnittlich 87% auf das Vergütungssystem zurückgeführt. Die Aktivitäten der vergangenen Jahre haben dazu geführt, dass in nunmehr 91% der Krankenhäuser ein Medizincontrolling vorgehalten wird. Auch Abteilungen des Qualitätsmanagements sind in der überwiegenden Anzahl der Krankenhäuser (92%) etabliert, wobei sowohl der Neuaufbau als auch die durchgeführten Erweiterungen am Ende der Konvergenzphase nur zu durchschnittlich geringen Anteilen (18% bzw. 25%) mit dem G-DRG-System begründet werden. Aufbau und Weiterentwicklung von Abteilungen und Positionen im Bereich der Dokumentationsassistenz werden hingegen zu deutlich höheren Anteilen auf das Vergütungssystem zurückgeführt. So sehen die Krankenhäuser, die entsprechende Abteilungen und Positionen am Ende der Konvergenzphase aufgebaut (29% der Krankenhäuser) bzw. erweitert (64% der Krankenhäuser) haben, zu durchschnittlich 87% bzw. 88% das G-DRG-System als maßgebliche Ursache an. Ein Drittel der Krankenhäuser gibt an, am Ende der Konvergenzphase ein Entlassungsmanagement aufgebaut zu haben und 41% der Krankenhäuser berichten von einer Weiterentwicklung dieser Abteilung. Das G-DRG-System sehen die Krankenhäuser zu durchschnittlich 63% als Ursache für den Aufbau und zu 56% als ausschlaggebend für durchgeführte Weiterentwicklungen an. Der zunehmend verbreitete Einsatz des Entlassungsmanagements, das in Form eines multiprofessionellen Schnittstellenmanagements „Wohlfahrtsverluste reduzieren und Ineffizienzen vermeiden kann, die aufgrund von Koordinationsdefiziten entstehen“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012, Ziffer 165) ist dennoch auch auf die diesbezüglichen gesetzlichen Vorgaben zurückzuführen (im Rahmen des GKV-WSG wurde im Jahr 2007 in § 11 Abs. 4 SGB V der Anspruch der Versicherten auf ein Ver-

sorgungsmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche festgeschrieben).<sup>291</sup>

Neben den diversen aufbauorganisatorischen Veränderungen berichten die Krankenhäuser auch von weiteren Anpassungen der innerbetrieblichen Ablauforganisation am Ende der Konvergenzphase. Hierbei wurden von einem steigenden Anteil der Krankenhäuser umfassende Veränderungsmaßnahmen für die Weiterentwicklung der fachbereichsübergreifenden Zusammenarbeit und für die Implementierung Klinischer Pfade berichtet. Sowohl bezogen auf den Einsatz von EDV als auch bei der Anwendung von Controllinginstrumenten hat sich der Anteil der Krankenhäuser, die von umfassenden Veränderungsmaßnahmen berichten, seit der Einführungsphase des G-DRG-Systems hingegen verringert.

Gleichzeitig hat sich für diese Bereiche jedoch der Anteil der Krankenhäuser erhöht, die partielle Veränderungen in einzelnen Krankenhausbereichen durchgeführt haben. Die Gründe für die von den Krankenhäusern in diesen Bereichen vollzogenen ablauforganisatorischen Veränderungen werden überwiegend in engem Zusammenhang mit den vom G-DRG-System gesetzten Anreizen gesehen. Insbesondere die Anreize für eine wirtschaftlichere innerbetriebliche Leistungserstellung haben die Krankenhäuser zu den Reorganisationsmaßnahmen veranlasst (vgl. Abschnitt 4.3.5.2).

Bei der Diskussion der Zusammenhänge zwischen der Entwicklung der Vollkräftezahlen nach einzelnen Dienstarten sowie deren Inanspruchnahme und dem Einfluss des G-DRG-Systems auf diese Veränderungen ist zu berücksichtigen, dass:

- Veränderungen des Behandlungsbedarfs der vollstationären Krankenhausfälle hinsichtlich des Personalbedarfs nicht über einen längeren Zeitraum vergleichbar nachvollzogen werden können,

---

<sup>291</sup> Im Rahmen des GKV-VStG wurde im Jahr 2012 der Anspruch auf ein Versorgungsmanagement konkret auf das Entlassmanagement nach Krankenhausaufenthalt konzentriert, um „die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten, die Kommunikation zwischen den beteiligten ambulanten oder stationären Versorgungsbereichen zu verbessern, die Entlastung von Patienten und ihren Angehörigen zu ermöglichen sowie zu einer möglichen Vermeidung des „Drehtüreffektes“ beizutragen“. Dieser Anspruch ist als unmittelbarer Bestandteil des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung ausgestaltet und „die Krankenkassen, gegen die sich der Anspruch auf Krankenhausbehandlung richtet, sind verpflichtet, dafür zu sorgen, dass die Erbringung der Leistung sichergestellt ist“ (vgl. Begründung zum Entwurf des GKV-VStG, BT-Drs. 17/6906).

- sich im Zeitverlauf relevante Veränderungen des auf die (direkte) Patientenversorgung entfallenden Anteils der insgesamt verfügbaren Arbeitszeit ergeben haben können und
- das in den verwendeten Statistiken berücksichtigte Personal in immer stärkerem Umfang auch Leistungen für nicht vollstationäre Krankenhausfälle erbringt (vgl. Abschnitt 4.7.2).

Der bereits in der Kernphase der Konvergenz beginnende Anstieg der Vollkräftezahlen hat sich am Ende der Konvergenzphase weiter verstärkt. Nachdem es zwischen 1995 und 2003 und auch in der Einführungsphase des G-DRG-Systems zu einer Reduzierung der Anzahl der in den Krankenhäusern beschäftigten Vollkräfte kam, belief sich der Vollkräftezuwachs im Zeitraum 2008 bis 2010 auf jahresdurchschnittlich 1,1%. Für den gesamten Zeitraum seit der Einführung des G-DRG-Systems (2003 bis 2010) ergibt sich somit insgesamt ein leichter jahresdurchschnittlicher Rückgang von 0,1% (vgl. Abschnitt 4.3.1).

Im Ärztlichen Dienst ist die Vollkräfteanzahl seit dem Jahr 1995 kontinuierlich angestiegen. Der Anstieg in der Einführungsphase des G-DRG-Systems lag mit jahresdurchschnittlich 2,8% über der Zunahme im Zeitraum 1995 bis 2003 (+1,4% p. a.), verlangsamte sich in der Kernphase der Konvergenz (2006 bis 2008: +1,8% p. a.) und stieg am Ende der Konvergenzphase erneut an (2008 bis 2010: +2,6% p. a.).<sup>292</sup>

Bei der über die Anzahl der vollstationären Fälle je Vollkraft des Ärztlichen Dienstes ausgedrückten Personalbelastung zeigt sich ein Rückgang von durchschnittlich 160 Fällen je Vollkraft im Jahr 1995 auf 135 Fälle je Vollkraft im Jahr 2010. Nachdem diese Inanspruchnahmekennzahl im Zeitraum 2006 bis 2008 nahezu stabil geblieben war, ist sie am Ende der Konvergenzphase erneut deutlich gesunken (2008 bis 2010: -1,1% p. a.). Auch bei der über die Anzahl der Belegungstage je Vollkraft berechneten Personalbelastung war ein deutlicher Rückgang in diesem Zeitraum zu beobachten (2008 bis 2010: -2,9%

---

<sup>292</sup> Der in diesem Zeitraum deutliche Anstieg der Vollkräfteanzahl im Ärztlichen Dienst wird den Ergebnissen einer wiederholten Mitgliederbefragung des Marburger Bundes nach auch von verbesserten Arbeitsbedingungen begleitet. So zeigt sich bei der im Jahr 2010 durchgeführten Befragung im Vergleich zu den Ergebnissen der Befragung im Jahr 2007 u. a. eine Verbesserung bei den von den Ärzten empfunden Arbeitsbedingungen (vgl. Institut für Qualitätsmessung und Evaluation (IQME) im Auftrag des Marburger Bundes 2011). Diese Verbesserungen werden auch als Folge der seit dem Jahr 2006 abgeschlossenen arztspezifischen Tarifverträge betrachtet (vgl. Flintrip 2011). Hierbei lässt sich jedoch, wie auch bezogen auf die Änderungen des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG), kein Bezug zum G-DRG-System herstellen.

p. a.), wobei diese Kennzahl auch im Kern der Konvergenzphase deutlich gesunken war (2006 bis 2008: -1,8% p. a.).

Nach einem deutlichen Rückgang der Vollkräftezahlen im Pflegedienst im Zeitraum 1995 bis 2003 (-1,2% p. a.) und einer noch stärkeren Reduzierung in der Einführungsphase des G-DRG-Systems (2003 bis 2006: -2,0% p. a.), hat sich am Ende der Konvergenzphase die bereits im Kern der Konvergenz einsetzende Zunahme der Vollkräfteanzahl weiter verstärkt (2006 bis 2008: +0,2% p. a.; 2008 bis 2010: +0,8% p. a.). Während sich die über die Anzahl der Fälle je Vollkraft ausgedrückte Personalbelastung im Pflegedienst auch am Ende der Konvergenz weiter erhöht hat (2008 bis 2010: +0,6% p. a.) – wenn auch deutlich schwächer als noch in der Kernphase der Konvergenz (2006 bis 2008: +1,8% p. a.) –, hat sich die durch die Anzahl der Belegungstage je Vollkraft beschriebene Inanspruchnahme in diesem Zeitraum hingegen stärker reduziert (-1,2% p. a.) als noch zwischen 2006 und 2008 (-0,2% p. a.). Eine Gesamtbeurteilung der Entwicklung der Personalbelastung im Pflegedienst kann aufgrund dieser gegenläufigen Tendenzen nicht vorgenommen werden.

Eine Ursache für den Anstieg der Vollkräfteanzahl im Pflegedienst ist auch das mit dem KHRG in § 4 Abs. 10 KHEntgG i. V. m. § 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz (KrPflG) eingeführte Pflegesonderprogramm.<sup>293</sup> Der GKV-Spitzenverband berichtet diesbezüglich in seinem 3. Bericht zum Pflegesonderprogramm, dass in den Jahren 2009 und 2010 insgesamt mindestens 8.400 zusätzliche Vollkräfte im Rahmen des Programms beschäftigt wurden (vgl. GKV-Spitzenverband 2012). Diese Entwicklung spiegelt sich allerdings nicht vollständig in den Daten des Statistischen Bundesamtes wider. Ursachen hierfür sind u. a. parallel zu dem Aufbau von Pflegepersonal durch das Pflegesonderprogramm verlaufende Stellenreduzierungen in Krankenhäusern. Dennoch verbleibt für den Zeitraum 2008 bis 2010 ein relevanter Ausbau der Personalkapazitäten im Pflegedienst.

Der Median der Fluktuationsquoten stieg den Ergebnissen der Krankenhausbefragung zufolge im Zeitraum 2004 bis 2010 sowohl im Ärztlichen Dienst als auch im Pflegedienst um jahresdurchschnittlich 0,1 Prozentpunkte an, es lassen sich jedoch in diesem Zeitraum keine kontinuierlichen Entwicklungen feststellen. Ähnliches gilt für die durchschnittliche Betriebszugehörigkeit der

---

<sup>293</sup> Demzufolge konnten die Krankenhäuser in den Jahren 2009 bis 2011 für die Neueinstellung oder zur Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal eine Förderung von 90% der Personalkosten erhalten. Das Pflegepersonalstellen-Programm zielte darauf ab, „zusätzliche Pflegekapazitäten zu finanzieren“ und sollte „damit auch zu einer Verbesserung der Pflegequalität beitragen“ (vgl. Begründung zum KHRG, BT-Drs. 16/11429).

Krankenhausmitarbeiter, die sich insgesamt in diesem Zeitraum zwar von 12,1 Jahren auf 13,0 Jahre erhöht hat, nach einem etwas deutlicheren Anstieg in der Einführungsphase des G-DRG-Systems (31.12.2004 bis 31.12.2006) in den betrachteten Folgejahren jedoch nahezu stabil blieb. Eine direkte Verbindung der Entwicklung dieser Kennzahlen mit der Einführung des G-DRG-Systems kann allerdings nicht hergestellt werden.

Nachdem sich im Medizinisch-technischen Dienst die Vollkräftezahl in der Einführungsphase des G-DRG-Systems noch leicht verringert hatte (2003 bis 2006: -0,4% p. a.) und sich hier in der Kernphase der Konvergenz bereits ein leichter Anstieg abzeichnete (2006 bis 2008: +1,0% p. a.), verstärkte sich diese Zunahme am Ende der Konvergenzphase weiter (2008 bis 2010: +1,8% p. a.), sodass die Anzahl der Vollkräfte im Jahr 2010 über dem Ausgangswert des Jahres 1995 lag. Im Funktionsdienst zeigen sich hingegen bereits seit 1995 kontinuierliche Zunahmen der Vollkräfteanzahl, die sich sowohl in der Kernphase der Konvergenz als auch am Ende der Konvergenzphase weiter verstärkt haben (2006 bis 2008: +2,0% p. a.; 2008 bis 2010: +2,4% p. a.). Mögliche Ursachen für diese Entwicklungen lassen sich auch in den Ergebnissen der Krankenhausbefragung etwa zu den von den Krankenhäusern vorgenommenen Veränderungen der Aufbau- und Ablauforganisation erkennen. Dort wird etwa vom Auf- und Ausbau des Ambulanten Operierens und der entsprechenden Strukturen oder von Reorganisationsmaßnahmen der Aufnahme (z. B. Einrichtung einer zentralen Notaufnahme) berichtet, was auch zu Veränderungen der dort jeweils beschäftigten Vollkräfteanzahl führen könnte. In welchem Umfang die Entwicklungen jedoch darauf zurückzuführen sein könnten, kann nicht ermittelt werden.

Die über die Anzahl vollstationärer Fälle je Vollkraft ausgedrückte Personalbelastung hat sich beim Medizinisch-technischen Dienst am Ende der Konvergenzphase leicht um jahresdurchschnittlich 0,4% verringert und ist beim Funktionsdienst zwischen 2008 und 2010 ebenfalls gesunken (-1,0% p. a.). Bei der durchschnittlichen Anzahl von Belegungstagen je Vollkraft kam es im Zeitraum 2008 bis 2010 im Vergleich zum Zeitraum 2006 bis 2008 sowohl beim Medizinisch-technischen Dienst als auch beim Funktionsdienst zu einer Beschleunigung der rückläufigen Entwicklung.

Die stärksten Reduzierungen der Vollkräfteanzahl fanden im Zeitraum 2008 bis 2010, wie bereits in den Vorperioden, beim Klinischen Hauspersonal und dem Versorgungsdienst statt. Die Ergebnisse der Krankenhausbefragung zeigen, dass u. a. in den Bereichen Reinigung, Küche oder Wäscherei Veränderungen der aufbauorganisatorischen Strukturen, wie z. B. Outsourcing- oder Reorganisationsmaßnahmen, vorgenommen wurden. Vereinzelt berichten die Krankenhäuser für den Zeitraum 2008 bis 2010 allerdings auch vom Insourcing vormals ausgelagerter Leistungen. Die Anreize für die Umsetzung dieser Maßnahmen werden mehrheitlich in unabhängig vom G-DRG-System bestehenden Gründen gesehen.

Die Zunahme der Anzahl der von Krankenhäusern aufgestellten Medizinisch-technischen Großgeräte hat sich im Zeitraum 2008 bis 2010 wieder auf jahresdurchschnittlich 4,4% erhöht, nachdem sie im Kern der Konvergenzphase mit 3,3% etwas unter dem Gesamtdurchschnitt nach Einführung des G-DRG-Systems lag. Zunahmen zeigen sich mit Ausnahme der Gammakameras bei allen Gerätearten im Zeitraum 2008 bis 2010, besonders deutlich bei DSA-Geräten, Linksherzkathetermessplätzen, MRT-Geräten und PET-CTs, wobei bei diesen Gerätearten der Kapazitätsausbau im gesamten Zeitraum nach der Einführung des G-DRG-Systems deutlich und kontinuierlich zu beobachten war.

Dementsprechend stieg die Anzahl der Großgeräte in Krankenhäusern je 1 Mio. Einwohner in allen Bundesländern deutlich an, wobei sich die bestehenden Unterschiede bei der Anzahl von Großgeräten zwischen den Bundesländern seit 2003 bei den meisten Geräten nicht reduziert haben.<sup>294</sup>

Der Ausbau der Kapazitäten findet zu ähnlichen Anteilen durch einen Ausbau bereits bestehender Großgerätekapazitäten (i. d. R. in größeren Krankenhäusern) und durch den Aufbau solcher Kapazitäten in Krankenhäusern, die bisher nicht über eine entsprechende Großgeräteart verfügten, statt.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft haben eine überdurchschnittlich hohe Ausstattung mit Großgeräten. Dies zeigt sich durch eine überdurchschnittliche Anzahl Medizinisch-technischer Großgeräte je 100.000 Fälle, die ggf. verzerrende Effekte aus Verschiebungen bei der Anzahl von Krankenhäusern und Betten zwischen den unterschiedlichen Trägerschaftsformen bereinigt. Im Zeitraum 2003 bis 2010 zeigen sich hier für Krankenhäuser in privater Trägerschaft regelmäßig deutlich höhere Zuwachsraten, z. B. bei den Linksherzkathetermessplätzen (+9,1% p. a.), als für die Krankenhäuser in freigemeinnütziger (+6,9% p. a.) oder öffentlicher (+5,1% p. a.) Trägerschaft.

Bei einigen Gerätearten kann ein Zusammenhang mit der Entwicklung der Leistungsmengen hergestellt werden. Ob der beschriebene Kapazitätsausbau und die ökonomischen Anreize des G-DRG-Systems die Leistungsmengen, z. B. durch eine hohe Geräteauslastung, beeinflussen, oder ob umgekehrt die Nachfrage nach medizinischen Leistungen oder Veränderungen von Standards in Diagnostik und Therapie die Entwicklung der Großgerätekapazitäten bestimmen, kann anhand der für die G-DRG-Begleitforschung zur Verfügung stehenden Daten nicht beantwortet werden.

---

<sup>294</sup> Die ggf. zusätzlich bestehenden ambulanten Kapazitäten können aufgrund einer fehlenden bundeseinheitlichen Statistik nicht berücksichtigt werden, sodass die Gesamtkapazitäten nicht beurteilt werden können.

In diesem Zusammenhang steht auch die Frage, ob sich, ähnlich der These des „medical arms race“<sup>295</sup> (MAR), Krankenhäuser entsprechende Großgeräte anschaffen, um für Patienten und Zuweiser attraktiv zu sein, und diese Geräte dann auch wirtschaftlich für die darauf aufbauende Diagnostik und Therapie auslasten. Durch einen solchen Wettbewerb könnte es zu einem Überangebot an solchen Geräten kommen, insbesondere in Metropolenregionen, in denen der Wettbewerb zwischen Krankenhäusern stärker ausgeprägt ist. Aufgrund der hochaggregierten Datenbasis kann hierzu im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung jedoch keine Aussage getroffen werden.

Der Einfluss des G-DRG-Systems auf die Entwicklung der Anzahl der Krankenhäuser, der Bettenkapazitäten und die Anzahl der in den Krankenhäusern beschäftigten Vollkräfte nach Dienstarten kann aufgrund der vielfältigen neben dem Vergütungssystem wirkenden Einflussfaktoren nicht direkt bestimmt werden. Bei der Anzahl der Krankenhäuser sowie der Bettenzahl zeigt sich jedoch seit der Einführung des G-DRG-Systems keine grundsätzliche Veränderung des seit Beginn der 90er-Jahre bestehenden Trends eines Kapazitätsabbaus. Der im Zeitraum vor Einführung des G-DRG-Systems festgestellte Abbau der in den Krankenhäusern insgesamt beschäftigten Vollkräfte hat sich hingegen seit der Systemeinführung nicht bzw. nur in sehr geringem Umfang weiter fortgesetzt, wobei sich die Entwicklungen bei den einzelnen Dienstarten durchaus unterschiedlich gestalten.

Wenngleich für einige der von den Krankenhäusern vorgenommenen Veränderungen im Bereich der Aufbau- und Ablauforganisation überwiegend vom G-DRG-System unabhängige Ursachen als ausschlaggebend erachtet werden, stehen andere in engem Zusammenhang mit der Umstellung des Vergütungssystem und den damit intendierten Anreizen. So werden etwa der Aufbau und die kontinuierlichen Weiterentwicklungen im Bereich der Steuerungskapazitä-

---

<sup>295</sup> Die Hypothese basiert auf der Annahme, dass niedergelassene Ärzte entscheidend die Wahl des Krankenhauses der Patienten beeinflussen. Krankenhäuser, die ihre Fallzahlen steigern möchten, müssen somit attraktiv für Einweiser (und Patienten) sein. Da es aber als unethisch angesehen wird bzw. gesetzlich verboten ist, niedergelassene Ärzte für Einweisungen zu entlohnen, können die Krankenhäuser sich im Wettbewerb um Einweisungen positionieren, indem sie u. a. Großgeräte wie Linksherzkathetermessplätze oder neue technologische Verfahren bereitstellen. Die Kosten dieser zusätzlichen Leistungen bzw. Geräte werden dann im Falle eines Kostenerstattungssystems an die Krankenversicherungen weitergereicht. Ein solcher Wettbewerb kann die Kosten der stationären Versorgung erhöhen, wenn die Versorgung mit solchen Geräten das soziale Optimum überschreitet. Eine solche Form des Wettbewerbs um Patienten hat in den USA in den 70er-Jahren – folgt man der These – zu einer Kostensteigerung geführt, die erst durch einen verstärkten Wettbewerb durch Selektivverträge mit Krankenversicherungen beendet wurde (vgl. Dranove D., Satterthwaite M.A. in: Culyer und Newhouse 2000).



ten (Medizincontrolling, Dokumentationsassistenz) beinahe ausschließlich aufgrund der aus dem G-DRG-System resultierenden Anreize vorgenommen. In anderen Bereichen, die stark von der begleitenden Gesetzgebung beeinflusst sind (z. B. Qualitätsmanagement), kann der Einfluss des G-DRG-Systems auf die vollzogenen Veränderungsmaßnahmen als vergleichsweise gering angesehen werden. Bei der Betrachtung des gesamten Zeitraumes seit der Einführung des G-DRG-Systems zeigt sich, bezogen auf die von den Krankenhäusern durchgeführten ablauforganisatorischen Reorganisationsmaßnahmen, dass der Schwerpunkt der umfassend, d. h. das ganze Krankenhaus einbeziehenden, umgesetzten Aktivitäten vielfach in der Einführungsphase des G-DRG-Systems lag. Dennoch wurden auch im Verlauf der Konvergenzphase von einem hohen Anteil der Krankenhäuser Reorganisationsmaßnahmen angestoßen, die nun auf einzelne Bereiche des Krankenhauses fokussiert sind. Im Zeitverlauf seit der Einführung des G-DRG-Systems hat sich der Anteil der Krankenhäuser, die institutionalisierte Kooperationen mit anderen Krankenhäusern eingehen, kontinuierlich erhöht. Auch diese Entwicklung zeigt, dass die Krankenhäuser vielfältige Maßnahmen zur Gewährleistung einer höheren Versorgungsqualität und einer wirtschaftlicheren innerbetrieblichen Leistungserstellung anstoßen und bestätigt somit die mit der Einführung des Vergütungssystems angestrebten Ziele.

## 5.2 Auswirkungen auf Leistungsmengen und Leistungsstrukturen

Das G-DRG-System könnte sich auf die Entwicklung der vollstationären Fallzahlen, des Case-Mix und der Verweildauern im Zeitraum 2008 bis 2010 ausgewirkt haben. Zudem könnten durch das Vergütungssystem Veränderungen des Verlegungsverhaltens zwischen den Krankenhäusern sowie Spezialisierungen bzw. Diversifikationen oder Veränderungen im Leistungsspektrum der Krankenhäuser bewirkt worden sein. Im Folgenden werden die Ergebnisse der in Abschnitt 4.4 geführten Untersuchungen diskutiert.

### 5.2.1 Auswirkungen auf Fallzahl, Verweildauer und Case-Mix-Index

Eines der Hauptziele der G-DRG-Einführung war die Reduzierung der stationären Verweildauer; hierfür setzt das G-DRG-System im Unterschied zu tagesbezogenen Vergütungssystemen deutliche Anreize. Gleichzeitig werden mit einem Fallpauschalensystem auch (Fehl-)Anreize zur Fallzahlsteigerung gesetzt, die im G-DRG-System durch begleitende Abrechnungsregelungen reduziert wurden (vgl. Abschnitt 2.5.1).

Die stationäre Fallzahl stieg im Zeitraum 2008 bis 2010 mit jahresdurchschnittlich 1,5% bzw. 255 Tsd. Fällen deutlich an, nachdem sie zunächst direkt nach Einführung des G-DRG-Systems nahezu stabil blieb, im Zeitraum 2006 bis 2008 aber deutlich stärker um jahresdurchschnittlich 2,1% anstieg.

Auch die Fallzahl je 1.000 Einwohner stieg im Zeitraum 2008 bis 2010 weiter deutlich von 206 auf 213 an. Altersstandardisiert konnte in diesem Zeitraum ein Anstieg der Fallzahl um jahresdurchschnittlich 0,9% ermittelt werden, nachdem in der Einführungsphase des G-DRG-Systems die altersstandardisierte Fallzahl noch um jahresdurchschnittlich 0,4% gesunken war.

Nachdem die Einführungsphase des G-DRG-Systems somit nicht zu einer Fallzahlausweitung geführt hatte, zeigte sich ein solcher Anstieg der Fallzahlen deutlich sowohl im Zeitraum 2006 bis 2008 als auch im Zeitraum 2008 bis 2010. Allerdings traten solche deutlichen Fallzahlanstiege auch bereits in Perioden vor der Einführung des G-DRG-Systems (z. B. in der zweiten Hälfte der 90er-Jahre) auf.

Die Verweildauer ist bereits vor der G-DRG-Einführung in einem langjährig relativ stabilen Trend mit leicht abnehmenden Veränderungsraten gesunken. Dieser Trend des Verweildauerrückganges setzt sich nach G-DRG-

Einführung abgeschwächt fort.<sup>296</sup> Die Verweildauer ist im Zeitraum 2004 bis 2010 von 7,77 auf 6,82 Tage um jahresdurchschnittlich 2,2% gesunken. Zwar sinkt die Verweildauer im Wirkungsbereich des G-DRG-Systems im Vergleich zur Verweildauer aller Behandlungsfälle minimal stärker, hieraus kann jedoch kein Effekt des G-DRG-Systems abgeleitet werden.<sup>297</sup> Die Verweildauerreduktion ist in allen Bundesländern zu beobachten.

Die Verweildauerentwicklung ist auch unter Berücksichtigung der Entwicklung der Altersstruktur der stationären Behandlungsfälle zu diskutieren. Trotz überdurchschnittlich zunehmender Fallzahlen in den Altersgruppen der 65-Jährigen und älteren (jahresdurchschnittlich +2,1% im Zeitraum 2008 bis 2010), die auch eine überdurchschnittliche Verweildauer aufweisen, reduzierte sich die Gesamtverweildauer weiter. Das Alter der Patienten ist allerdings nur eine Hilfsgröße zur Beschreibung der realen, die Verweildauer beeinflussenden Faktoren, die sich insbesondere in der Morbidität der Patienten und der Art der Versorgung ausdrücken. Eine Standardisierung anhand der Morbidität konnte aus datenschutzrechtlichen Gründen jedoch im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung nicht durchgeführt werden.

Eine Standardisierung auf das Leistungsspektrum anhand der abgerechneten G-DRGs zeigt allerdings, dass die Verweildauer unter Berücksichtigung des Leistungsspektrums im Zeitraum 2004 bis 2006 mit jahresdurchschnittlich 3,9% deutlich stärker fällt als ohne Berücksichtigung solcher Leistungsstrukturveränderungen. Eine identische Verweildauerreduzierung zeigt sich bei diesem Vorgehen auch für den Zeitraum 2006 bis 2008. Am Ende der Konvergenzphase wäre die Verweildauer unter Berücksichtigung des Leistungsspektrums mit jahresdurchschnittlich 3,4% deutlich stärker gesunken als sie es in der Realität tat.<sup>298</sup>

Auch die Ausgestaltung des G-DRG-Systems selbst hat einen Einfluss auf die Entwicklung der Verweildauer. Die Regelungen zur Fallzusammenführung (vgl. § 2 und § 3 der KFPV 2004 bzw. der FPV 2005 bis 2010), die Anreize eines Fallpauschalensystems zur Fallzahlsteigerung durch Krankenhäuser reduzieren sollen, führen dazu, dass vormals getrennte Behandlungsepisoden

---

<sup>296</sup> Der jahresdurchschnittliche Rückgang der Verweildauer der Fälle in Allgemeinen Krankenhäusern betrug im Zeitraum 1994 bis 2003 3,3% und im Zeitraum 2003 bis 2010 1,7%.

<sup>297</sup> Auch im langjährigen Trendverlauf wechselten die Raten der Verweildauerentwicklungen in Allgemeinen und in allen Krankenhäusern häufig in der Rangfolge.

<sup>298</sup> Eine solche Berücksichtigung der Leistungsstruktur ist für den Zeitraum vor Einführung des G-DRG-Systems nicht möglich.

unter bestimmten Voraussetzungen zu einem Behandlungsfall zusammengeführt werden. Hieraus ergibt sich systembedingt eine Reduzierung der Fallzahl und eine „künstliche“ Erhöhung der Verweildauer.<sup>299</sup> Dieser Effekt sollte jedoch insbesondere mit Einführung des G-DRG-Systems aufgetreten sein und daher im Zeitraum 2008 bis 2010 keine relevanten Verzerrungen mehr bewirken.

Die Verweildauer kann des Weiteren leicht von der „realen“ Verweildauer abweichen, da durch sekundäre Fehlbelegungen und deren Prüfungen durch den MDK (vgl. Abschnitt 4.9.3) die Verweildauer reduziert und in den Abrechnungsdaten korrigiert wird.<sup>300</sup>

Neben dem G-DRG-System könnte auch der dreiseitige Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V mit der Anlage 1 (Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationärsersetzender Eingriffe) eine Veränderung des stationären Leistungsgeschehens im Zeitraum 2008 bis 2010 bewirkt haben (vgl. Abschnitt 4.4.3). Der im Jahr 2004 aktualisierte und verbindliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen definierende Vertrag könnte auch im Zeitraum 2008 bis 2010 noch zu einer Fallzahlreduktion beigetragen haben, insbesondere bei Behandlungsfällen mit einer geringen Komplexität. Durch solche Verschiebungen würde sich einerseits die stationäre Fallzahl reduzieren und andererseits die durchschnittliche Verweildauer der Fälle, die weiterhin einer stationären Behandlung bedürfen, erhöhen.

Die leicht rückläufigen Fallzahlen in den Altersklassen der unter 40-Jährigen im Zeitraum 2008 bis 2010 könnten hierfür ebenso ein Indiz sein wie die deutliche Fallzahlreduktion in Belegabteilungen um 3,3%.<sup>301</sup> Allerdings sinkt in diesen Altersklassen auch die Verweildauer im gesamten Zeitraum nach G-DRG-Einführung überdurchschnittlich stark und der Case-Mix-Index als Maß der Fallschwere, der über alle Altersgruppen im Zeitraum 2008 bis 2010 um jahresdurchschnittlich 1,1% ansteigt, nimmt in diesen Altersgruppen lediglich um jahresdurchschnittlich 0,3% zu.

---

<sup>299</sup> Eine Quantifizierung kann anhand der vorliegenden Daten nicht vorgenommen werden.

<sup>300</sup> Eine Quantifizierung dieser Abweichung kann nicht erfolgen, da nicht ermittelt werden kann, wie (durch Anpassung des Aufnahme- oder Entlassungsdatums oder durch Angabe von Tagen ohne Behandlung) und in welchem Umfang die § 21-Datensätze entsprechend angepasst werden. Eine nachträgliche Korrekturlieferung der Daten des vorangegangenen Jahres nach Ablauf der Datenkorrekturfrist im April des Folgejahres ist nicht vorgesehen (vgl. § 21 KHEntgG).

<sup>301</sup> Die Fallschwere in Belegabteilungen ist mit einem CMI von 0,59 (2010) deutlich niedriger als in Hauptabteilungen.

Der Anstieg des Case-Mix-Index entsprach mit jahresdurchschnittlich 1,1% im Zeitraum 2008 bis 2010 exakt der Zuwachsrate im Kern der Konvergenzphase, nachdem er im Zeitraum 2004 bis 2006 noch deutlich stärker gestiegen war (+2%). Dieser Anstieg bedarf einer näheren Analyse des Leistungsspektrums (vgl. Abschnitt 4.4.3). Verschiebungen der Altersstruktur der Behandlungsfälle, aber auch eine Erhöhung der durchschnittlichen Fallschwere aufgrund einer Veränderung der Leistungsstruktur oder aufgrund von Verlagerungen der weniger komplexen Behandlungsfälle in Verbindung mit dem Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationsersetzender Eingriffe könnten ebenso wie bis in den Zeitraum 2008 bis 2010 noch andauernde Lerneffekte bei der Leistungsdokumentation Ursachen der CMI-Erhöhung am Ende der Konvergenzphase des G-DRG-Systems sein.

Auch die Datenbereitstellung für die G-DRG-Begleitforschung (vgl. Abschnitt 3.2.1) führt durch eine zunehmend verbesserte Abbildungsgenauigkeit des G-DRG-Systems (hier insbesondere aufgrund der Ausdifferenzierung der Klassifikationssysteme für Diagnosen und Prozeduren) auch im Zeitraum 2008 bis 2010 dazu, dass sich ein CMI-Anstieg in den Daten zeigt, der sich in dieser Form nicht real ereignet hat (und nicht quantifizierbar ist). Bei der Interpretation der auf Abrechnungsdaten basierend gemessenen Entwicklung der Fallschwere ist zu beachten, dass diese durch Veränderungen des Abrechnungssystems selbst direkt beeinflusst wird (vgl. Abschnitt 3.2.1.2).

## 5.2.2 Auswirkungen auf das Leistungsspektrum

Insgesamt zeigen sich für das stationäre Leistungsgeschehen am Ende der Konvergenzphase (2008 bis 2010) sehr heterogene Ergebnisse. Aufgrund mangelnder Referenzen konnte ein differenzierter Vergleich mit langjährigen Entwicklungen des Leistungsgeschehens der Krankenhäuser nicht durchgeführt werden. Auch Veränderungen der Klassifikationssysteme für Diagnosen (ICD-10-GM) und für Prozeduren (OPS), die die G-DRG-Gruppierung beeinflussen, verhindern eine störungsfreie Zeitreihenbetrachtung (vgl. Abschnitt 3.2.1.1).

Auf Basis der G-DRG-Eingruppierung zeigen sich deutliche Leistungsver-schiebungen sowohl der Fallzahl als auch des Case-Mix insbesondere hin zu den G-DRGs der MDCs 08 (Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe), 05 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems) und der Prä-MDC. Ähnliche Entwicklungen zeigten sich bereits für die Einführungsphase des G-DRG-Systems (2004 bis 2006) und die Kernphase der Konvergenz (2006 bis 2008).

Die am Ende der Konvergenzphase (2008 bis 2010) durchgeführte Komponentenzerlegung der Case-Mix-Entwicklung ergab, dass ein Großteil (675 Tsd. Case-Mix-Punkte) des Case-Mix-Zuwachses von insgesamt 954 Tsd. Case-Mix-Punkten in diesem Zeitraum aus Strukturveränderungen insbesondere

zwischen den Basis-DRGs innerhalb einer Partition, aber auch innerhalb der Basis-DRGs und zwischen den MDCs resultiert. Weitere 538 Tsd. Case-Mix-Punkte Zuwachs ergeben sich aus der deutlichen Fallzahlzunahme. Die Verweildauerreduktion hatte einen negativen Einfluss in Höhe von 258 Tsd. Case-Mix-Punkten. Während der Case-Mix-Anstieg in der Einführungsphase des G-DRG-Systems noch nahezu ausschließlich auf Strukturverschiebungen basierte, hatte die Fallzahl bereits in der Kernphase der Konvergenz einen sehr starken Einfluss auf den Case-Mix-Anstieg. Im Vergleich zum Kern der Konvergenzphase zeigt die Komponentenerlegung für den Zeitraum 2008 bis 2010 eine sehr ähnliche Veränderung des Case-Mix, wenn auch die stärkste Komponente im Kern der Konvergenzphase noch die Fallzahlentwicklung war. Der Verweildauerrückgang hatte sowohl im Zeitraum 2004 bis 2006 als auch im Zeitraum 2006 bis 2008 einen ähnlichen Einfluss wie am Ende der Konvergenzphase.

Die deutlichsten Case-Mix-Anstiege waren in den Leistungsbereichen Langzeitbeatmung, Bandscheibenoperationen, Defibrillatorimplantationen, Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk sowie der endovaskulären Herzklappenimplantation zu verzeichnen. Hierbei handelt es sich um Leistungen mit einem überdurchschnittlichen Sachkostenanteil. Diese Entwicklung wird auch über den weiter zunehmenden Anteil der Sachkosten an den Gesamtkosten der Krankenhäuser sichtbar (vgl. Abschnitt 4.6.1.3).

Es ist davon auszugehen, dass diese Leistungsentwicklung auch von einer Zunahme der Prävalenz der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, u. a. aufgrund der demographischen Entwicklung, mit verursacht wurde.

Ein isolierter Einfluss des G-DRG-Systems auf die beschriebenen Veränderungen des Leistungsspektrums der Krankenhäuser kann insgesamt nicht abgeleitet werden.

Auch am Ende der Konvergenzphase wurde in belegärztlichen Fachabteilungen eine deutliche Reduzierung der Fallzahl und des Case-Mix beobachtet, die sich über nahezu alle belegärztlichen Leistungsbereiche hinweg zeigt (insbesondere in der Gynäkologie und Geburtshilfe und in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde). Der Anteil belegärztlicher Fälle an allen Fällen ist im Zeitraum 2008 bis 2010 erneut deutlich gefallen, nachdem er auch in der Einführungsphase des G-DRG-Systems und im Kern der Konvergenzphase bereits kontinuierlich gesunken war. Neben Einflüssen des G-DRG-Systems könnten auch Veränderungen der vertragsärztlichen Vergütung und des Kataloges nach § 115b SGB V ursächlich für diese Entwicklungen sein. Ein direkter Effekt des G-DRG-Systems kann allerdings nicht nachgewiesen werden.

Seit 2009 existiert zudem die Form eines „Honorar-Belegarztes“ basierend auf den rechtlichen Bestimmungen des § 121 SGB V i. V. m. § 18 Abs. 3 KHEntgG.<sup>302</sup> In welchem Umfang es durch die Einführung dieser gesetzlichen Regelung zu Umwandlungen der Leistungsabrechnung gekommen ist, die zu dem beschriebenen Rückgang der Fallzahlen in Belegabteilungen beigetragen haben könnten, kann anhand der zur Verfügung stehenden Daten nicht beurteilt werden.

Am Ende der Konvergenzphase zeigt sich, wie auch in den Zeiträumen 2004 bis 2006 und 2006 bis 2008, eine weitgehend homogene Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer aller Behandlungsfälle, die sich auf den Großteil aller G-DRGs und ebenso auf die überwiegende Anzahl aller Hauptdiagnosen erstreckt.

Eine solch homogene Entwicklung spricht unter Berücksichtigung des langfristigen Trends der Verweildauerreduktion (vgl. Abschnitt 4.4.2) und der stabilen Entwicklung seit der Einführung des G-DRG-Systems nicht für einen hohen spezifischen Einfluss des G-DRG-Systems auf die Verweildauer, der sich ggf. in einzelnen Leistungsbereichen in Abhängigkeit von systematischen, aus dem G-DRG-System resultierenden Anreizen hätte darstellen können.

Die Anzahl der dokumentierten Prozeduren könnte durch das G-DRG-System, aber auch durch Veränderungen des OPS-Kataloges und durch Veränderungen der Kodierrichtlinien beeinflusst worden sein. In der Regel korrespondieren die Veränderungen der dokumentierten Prozeduren mit den sich auf Ebene der G-DRGs zeigenden Leistungsstrukturveränderungen.

Sowohl bei bundeseinheitlich bewerteten als auch krankenhausindividuell zu vereinbarende Zusatzentgelten zeigt sich regelmäßig eine z. T. deutliche Zunahme der Anzahl abgerechneter Zusatzentgelte.<sup>303</sup>

Für die Durchführung von weiteren, über die dargestellten Auswertungen hinausgehenden Analysen kann die Datenveröffentlichung der G-DRG-Begleitforschung herangezogen werden. Sie eröffnet die Möglichkeit, Analysen sowohl zu einzelnen Leistungsbereichen als auch zu spezifischen G-DRGs, Diagnosen und Prozeduren durchzuführen, die aufgrund ihrer Vielfältigkeit im Rahmen des redaktionellen Teils der G-DRG-Begleitforschung nicht abschließend erfolgen können.

---

<sup>302</sup> Krankenhäuser, die zur Vergütung belegärztlicher Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen, rechnen für die so behandelten Patienten die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte für Hauptabteilungen in Höhe von 80% ab.

<sup>303</sup> Häufige Veränderungen der Leistungsdefinitionen der Zusatzentgelte erschweren hier allerdings die Zeitreihenbeobachtung für das gesamte Leistungssegment.

### 5.2.3 Auswirkungen auf das Verlegungsverhalten und Spezialisierung

Das Verlegungsverhalten der Krankenhäuser hat sich im Zeitraum 2008 bis 2010 nur geringfügig verändert.

Der Anteil von in andere Krankenhäuser verlegten Patienten an allen Patienten lag im gesamten Zeitraum 2004 bis 2010 stabil bei 3,2%. Der Anteil von aus anderen Krankenhäusern aufgenommenen Patienten an allen Patienten ist von 2,8% im Jahr 2004 geringfügig auf 2,5% im Jahr 2010 leicht gefallen.

Sowohl direkt nach Einführung des G-DRG-Systems als auch im Verlauf und am Ende der Konvergenzphase kam es somit nicht zu einer Ausweitung der Verlegungen zwischen den Krankenhäusern.

Anhand von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung wurden im dritten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung weiterführende Analysen zu möglichen Veränderungen des Verlegungsverhaltens der Krankenhäuser anhand der realen Verlegungsketten von Versicherten durchgeführt. Anhand dieser deutlich verfeinerten Datenbasis konnten keine systematischen Veränderungen des Verlegungsverhaltens der Krankenhäuser dokumentiert werden. Veränderungen der Anzahl von Verlegungsfällen korrespondieren hier mit Veränderungen der Angebotsstrukturen (z. B. eine Abnahme von Verlegungsfällen im Bereich der Kardiologie, die mit einer Zunahme von Krankenhäusern einhergeht, die einen Linksherzkathetermessplatz vorhalten) oder der Leistungsstrukturen. Insgesamt kann nach Einführung des G-DRG-Systems auf dem bestehenden Datenaggregationsniveau keine relevante Veränderung des Verlegungsverhaltens beobachtet werden.

Bei der Untersuchung der Leistungsspezialisierung oder -diversifikation der Krankenhäuser zwischen 2008 und 2010 wurden insgesamt keine ausgeprägten Veränderungen festgestellt (vgl. zur Entwicklung der Krankenhausstrukturen bzw. der Fachabteilungsstrukturen Abschnitt 4.1.2).

Bei Betrachtung der Anzahl von Basis-DRGs, mit denen die Krankenhäuser 80%, 90% oder 100% ihrer Fälle abbilden konnten, zeigen sich im gesamten Zeitraum nach Einführung des G-DRG-Systems insgesamt keine Hinweise auf eine Leistungsspezialisierung der Krankenhäuser. Die deutliche Fallzahlsteigerung, insbesondere ab dem Jahr 2005, und die Tatsache, dass diese Fallzahlzunahme einen Großteil des Leistungsspektrums betrifft, reduziert hierbei allerdings mögliche aus dem G-DRG-System resultierende Spezialisierungstendenzen der Krankenhäuser.

Auch bei einer Betrachtung auf Ebene der Bundesländer zeigen sich, trotz deutlicher Niveauunterschiede im Ausgangsjahr 2008, bei der Anzahl der von den Krankenhäusern eines Bundeslandes im Durchschnitt durch 80%, 90% oder 100% der Basis-DRGs abgebildeten Fälle keine Hinweise auf eine in der Breite vollzogene Leistungsspezialisierung oder -diversifikation. Die in den



Bundesländern vorherrschenden Krankenhausstrukturen bestimmen hierbei die deutlichen Niveauunterschiede.

Bei der Untersuchung des Anteils von Krankenhäusern, die eine G-DRG mindestens einmal jährlich erbracht haben, an allen Krankenhäusern zeigt sich über alle G-DRGs im Median eine sehr geringe Zunahme.

Unter Berücksichtigung der Fallzahlen der G-DRGs zeigt sich, dass 93,5% der Behandlungsfälle im Jahr 2010 über G-DRGs abgerechnet wurden, deren Veränderung des Anteils der leistungserbringenden Krankenhäuser an allen Krankenhäusern im Zeitraum 2008 bis 2010 in einem Korridor von -1,5 bis +1,5 Prozentpunkten lag. Ein nahezu identischer Anteil ergab sich auch für den Zeitraum 2006 bis 2008, während im ersten Forschungszyklus der Anteil an Behandlungsfällen in diesem Korridor noch bei 90% lag. 6% aller Fälle wurden über G-DRGs abgerechnet, bei denen sich der Anteil der leistungserbringenden Krankenhäuser jahresdurchschnittlich um mehr als 1,5 Prozentpunkte erhöht hat, und 0,5% aller Fälle wurden über G-DRGs abgerechnet, bei denen sich der Anteil der leistungserbringenden Krankenhäuser an allen Krankenhäusern jahresdurchschnittlich um mehr als 1,5 Prozentpunkte verringert hat.

Die G-DRGs mit mehr als 25.000 Fällen im Jahr 2010 und den höchsten Steigerungen beim Anteil der leistungserbringenden Krankenhäuser im Zeitraum 2008 bis 2010 werden (wie bereits in der Einführungsphase und im Kern der Konvergenzphase des G-DRG-Systems) von G-DRGs aus dem Bereich der invasiven kardiologischen Diagnostik bzw. Therapie (Linksherzkatheteruntersuchungen und PTCA) und G-DRGs aus dem Bereich der orthopädisch-chirurgischen Versorgung von Bandscheibenschädigungen dominiert. In diesem Zusammenhang steht auch der weiterhin zu beobachtende Ausbau der Großgeräteinfrastruktur der Krankenhäuser (u. a. Linksherzkathetermessplätze und Kernspintomographen) (vgl. Abschnitt 4.3.4).

Ein systematischer Einfluss der Einführung des G-DRG-Systems auf die Leistungsspezialisierung oder die Leistungsdiversifikation der Krankenhäuser konnte insgesamt nicht ermittelt werden.

### 5.3 Auswirkungen auf den Zugang zu stationären Leistungen

Die durchschnittlich kürzeste (Straßen-) Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort der Patienten (22,6 km im Jahr 2010) ist wie auch die mittlere Fahrtzeit für diese Entfernung (32,2 min) im Zeitraum 2008 bis 2010 nahezu konstant geblieben, nachdem sie sich im Zeitraum 2006 bis 2008 insgesamt leicht verlängert hatten. Die minimalen Veränderungen am Ende der Konvergenzphase liegen etwa auf dem Niveau der Veränderungsraten in der Einführungsphase des G-DRG-Systems. Im Zeitraum 2004 bis 2010 ergibt sich somit ein leichter Anstieg der durchschnittlich kürzesten (Straßen-) Entfernung von 22,4 km auf 22,6 km. Die mittlere Fahrtzeit für diese Entfernung ist in diesem Zeitraum ebenfalls geringfügig von 31,8 min auf 32,2 min angestiegen.

Die Ermittlung der Durchschnittswerte der Fahrtstrecken und Fahrtzeiten erfolgte wie im ersten und zweiten Forschungszyklus auf nationaler Ebene. Regional unterschiedliche Versorgungsstrukturen und deren Veränderungen konnten dabei nicht erfasst werden.

Bei Betrachtung der mittleren Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort der G-DRGs einer MDC zeigt sich eine heterogene Entwicklung. Die Entfernung hat im Zeitraum 2008 bis 2010 insbesondere in den MDCs 19 (Psychische Krankheiten und Störungen), 20 (Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen), 18B (Infektiöse und parasitäre Krankheiten), 00 (Prä-MDC) und 13 (Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane) zugenommen.

In den MDCs 13 (Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane), 14 (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) und 15 (Neugeborene) zeigen sich im Zeitraum 2008 bis 2010 leicht erhöhte Entfernungen zwischen Wohn- und Behandlungsort, die mit dem kontinuierlichen Rückgang der entsprechenden Allgemeinen Fachabteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in diesem Zeitraum einhergehen (-1,7% p. a.).

In der MDC 03 (Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses) kam es im Zeitraum 2008 bis 2010 ebenfalls zu einem leichten Anstieg der durchschnittlichen Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort verbunden mit einem Rückgang der entsprechenden Fachabteilungszahl (-1,0% p. a.).

Die Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort hat insbesondere in den MDCs 22 (Verbrennungen), 16 (Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems) und 12 (Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane) geringfügig abgenommen (um jahresdurchschnittlich 1,1% bis 2,5%). Auch hier ist teilweise ein direkter Zusammenhang zur jahresdurchschnittlichen Veränderung der Anzahl der Fachabteilungen im Zeitraum 2008 bis 2010 festzustellen; so hat sich etwa die Fachabteilungsan-

zahl im Fachbereich der Urologie in diesem Zeitraum um 0,2% p. a. leicht erhöht.

Die durchschnittliche Entfernung zwischen Wohn- und stationärem Behandlungsort ist bei dem Akutereignis Schlaganfall bei einer Zunahme der neurologischen Fachabteilungen um 1,8% p. a. im Zeitraum 2008 bis 2010 leicht angestiegen.

Die durchschnittliche Entfernung bei dem Akutereignis Herzinfarkt nahm hingegen insgesamt im Zeitraum 2004 bis 2010 ebenso wie die Fahrtzeit ab, wobei die Entfernung im Zeitraum 2004 bis 2006 noch leicht zugenommen hatte. Der Anteil leistungserbringender Krankenhäuser bei diesen Diagnosen nahm hingegen seit 2004 kontinuierlich um ca. 1 Prozentpunkt jährlich ab. Bei Betrachtung der typischen interventionellen G-DRGs zeigen sich hingegen deutliche Zunahmen der Anteile abrechnender Krankenhäuser. Dies korrespondiert auch mit der Zunahme der kardiologischen Fachabteilungen. Hier scheint durch den Aufbau kardiologischer Abteilungen und interventioneller Kapazitäten die Entfernung zu spezialisierten Abteilungen abzunehmen. Gleichzeitig scheint sich die Leistungskonzentration in diesen Fachabteilungen zu verstärken, wobei dies nicht in allen G-DRGs mit steigenden Fallzahlen je Krankenhaus korrespondiert.

Bei zwei ausgewählten Erkrankungen mit einem hohen Durchschnittsalter der Patienten, dem Oberschenkelhalsbruch und der Herzinsuffizienz, ist die Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort deutlich unterdurchschnittlich.

Bei der Herzinsuffizienz hat sich diese Entfernung im Zeitraum 2004 bis 2010 zwar leicht erhöht, liegt mit 14 bis 16 km im Jahr 2010 aber immer noch deutlich unter dem Durchschnitt aller Behandlungsfälle. In einer ähnlichen Größenordnung bewegen sich die durchschnittlichen Entfernungen bei Patienten mit einer Schenkelhalsfraktur (15 km).

Die Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort bei Patienten mit einer Vergrößerung der Mandeln hat sich im Zeitraum 2004 bis 2010 bei den häufigsten Diagnosen kontinuierlich erhöht.

Bei Patienten mit der Diagnose Lungenkrebs reduzierte sich hingegen die Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort im Zeitraum 2004 bis 2010 relativ deutlich, erhöhte sich jedoch am Ende der Konvergenzphase bei einzelnen Diagnosen leicht.

Die Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort der Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs hat sich im Zeitraum 2004 bis 2010 leicht erhöht, am Ende der Konvergenzphase jedoch schwächer als im gesamten Untersuchungszeitraum.

Insgesamt ergeben sich bei der Veränderung der Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort im Zeitverlauf heterogene Entwicklungen. Veränderungen des Zugangs zu spezifischen stationären Leistungen sind stark von Verän-

derungen der jeweiligen Fachabteilungszahlen, dem bestehenden Versorgungsangebot und auch von Veränderungen der Fallzahl (z. B. aufgrund der Veränderung der Morbidität der Bevölkerung) beeinflusst. Ein direkter Einfluss des Vergütungssystems kann hieraus nicht abgeleitet werden.

## 5.4 Auswirkungen auf ökonomische Aspekte

Die Einführung des G-DRG-Vergütungssystems könnte bei den Krankenhäusern zu Anpassungen ihrer Kosten- und Erlösstrukturen sowie ihres Investitionsverhaltens geführt haben. Für die Untersuchung derartiger Auswirkungen wurden die Kostenstatistik der Krankenhäuser des Statistischen Bundesamtes und die Ergebnisse aus der im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung durchgeführten Krankenhausbefragung herangezogen.

Der unmittelbare Einfluss des G-DRG-Systems auf die Entwicklung der Betriebskosten kann allerdings nicht ermittelt werden, da diese von einer Vielzahl weiterer Einflussfaktoren mitbestimmt wird. So können etwa die Personalkosten von veränderten Anforderungen des Gesetzgebers oder der Vertragspartner sowie von Anpassungen der Tarifverträge beeinflusst werden, die nicht in einem Zusammenhang mit dem neuen Vergütungssystem stehen. Die Sachkostenentwicklung ist u. a. in hohem Maße abhängig von allgemeinen Preisveränderungen, von der Preisfestsetzung der Hersteller sowie insbesondere von Veränderungen der medizinischen Leistungserstellung. Wie andere Sektoren auch, kann sich der Bereich der Krankenhausversorgung regelmäßig nicht von sektorunabhängigen Entwicklungen abkoppeln, d. h., dass sich beispielsweise Anpassungen bei den Kosten für Energie und Brennstoffe oder Lebensmittel auch auf die Kostenentwicklung der Krankenhäuser auswirken.

Die bereinigten Kosten der Allgemeinen Krankenhäuser sind seit der Einführung des G-DRG-Systems um jahresdurchschnittlich 3,1% und damit weniger stark als noch im Zeitraum 1991 bis 2003 (+3,4% p. a.) angestiegen. Im Zeitverlauf seit 2003 hat sich die jahresdurchschnittliche Kostensteigerung bei den bereinigten Kosten jedoch ausgehend von 1,6% p. a. im Zeitraum 2003 bis 2006 auf 5,0% p. a. am Ende der Konvergenzphase (2008 bis 2010) erhöht. Unter Berücksichtigung der Fallzahlentwicklung (durch Betrachtung der bereinigten Kosten je Fall) liegt die Kostensteigerung im Zeitraum 2003 bis 2010 mit 2,5% p. a. leicht über der jahresdurchschnittlichen Erhöhung vor Einführung des G-DRG-Systems (1991 bis 2003: +2,0% p. a.). Besonders deutlich fiel der Kostenanstieg mit jahresdurchschnittlich 3,5% am Ende der Konvergenzphase aus. Der insgesamt sehr kontinuierliche Anstieg der bereinigten Kosten je Fall setzte jedoch bereits im Jahr 2000 ein – nachdem sie zwischen 1996 und 2000 nahezu stabil geblieben waren.

Auf Ebene der Bundesländer zeigen sich überwiegend sehr ähnliche Zuwachsraten bei den bereinigten Kosten je Fall zwischen 2% und 3% im Zeitraum 2003 bis 2010. Allerdings haben sich die im Jahr 2003 vorliegenden unterschiedlichen Niveaus der Kosten je Fall in diesem Zeitraum kontinuierlich einander angenähert; der Abstand zwischen dem Bundesland mit den niedrigsten und dem Bundesland mit den höchsten bereinigten durchschnittlichen Fallkosten hat sich von 1.229 € im Jahr 2003 auf 1.005 € im Jahr 2010 verringert.

Die steigenden bereinigten Kosten je Fall lassen sich im Zeitraum 2003 bis 2010 in allen Bettengrößenklassen feststellen und die Zuwachsraten am Ende der Konvergenzphase liegen in nahezu allen Bettengrößenklassen über dem durchschnittlichen Anstieg der bereinigten Fallkosten zwischen 2003 und 2010. Auch bei der Differenzierung der Krankenhäuser nach Bettengrößenklasse hat sich die Spannweite der bereinigten Kosten je Fall im Zeitverlauf deutlich verringert; während sie im Jahr 2003 noch 2.290 € betragen hatte, verringerte sich der Abstand zwischen den Krankenhäusern in den Bettengrößenklassen mit den geringsten und den höchsten durchschnittlichen bereinigten Fallkosten im Jahr 2010 auf 1.509 €.

Die Personalkosten sind seit der Einführung des G-DRG-Systems insgesamt um 2,4% p. a., im Zeitverlauf jedoch mit steigender Zuwachsrate angestiegen; während die Kostensteigerung in der Einführungsphase des G-DRG-Systems noch bei 0,9% p. a. lag, betrug sie in der Kernphase der Konvergenz 2,6% p. a. und an deren Ende jahresdurchschnittlich 4,6%. Die Personalkosten je Fall haben sich hingegen im Zeitraum 2003 bis 2006 stärker erhöht (+1,8% p. a.) als zwischen 2006 und 2008 (+0,6% p. a.), jedoch weniger stark als am Ende der Konvergenzphase (+3,1% p. a.). Die jahresdurchschnittliche Steigerung der Personalkosten je Fall im gesamten Zeitraum seit Einführung des G-DRG-Systems (+1,8% p. a.) liegt jedoch unterhalb der Zunahme zwischen 2002 und 2003 (+3,0% p. a.).

Zu überdurchschnittlichen Kostensteigerungen kam es im Zeitraum 2003 bis 2010 im Ärztlichen Dienst, beim Funktionsdienst und beim Medizinisch-technischen Dienst. Bei allen drei Dienstarten hat sich der Kostenanstieg im Zeitverlauf kontinuierlich beschleunigt. Im Pflegedienst zeigt sich insgesamt eine nur geringe Steigerung der Personalkosten, die maßgeblich vom Rückgang der Kosten im Zeitraum 2003 bis 2006 beeinflusst ist, der mit der Verringerung der Vollkräftezahl im Pflegedienst einhergeht; in der Kernphase und am Ende der Konvergenz erhöhten sich die Personalkosten – bei gleichzeitigem Anstieg der Vollkräftezahl – auch in dieser Dienstart, wenngleich weiterhin unterdurchschnittlich. Die deutlichen Kostensteigerungen im Ärztlichen Dienst, die nur teilweise auf den weiteren Ausbau der Vollkräftezahlen zurückzuführen sind, haben dazu geführt, dass sich der Anteil dieser Dienstart an den gesamten Personalkosten im Zeitraum 2002 bis 2010 kontinuierlich erhöht hat; der Anteil der Personalkosten im Pflegedienst hat sich entsprechend in diesem Zeitraum deutlich reduziert.

Sinkende Personalkosten ergeben sich lediglich beim Wirtschafts- und Versorgungsdienst und beim Klinischen Hauspersonal. In diesen Dienstarten sanken die Personalkosten bereits zwischen 1991 und 2003, wenngleich weniger stark als im Zeitraum 2003 bis 2010. Im Zeitverlauf fällt der Rückgang bei beiden Dienstarten jedoch zunehmend geringer aus. Auch diese Entwicklung steht in Zusammenhang mit der kontinuierlichen Verringerung der entsprechenden Vollkräftezahlen, die möglicherweise auch durch die von den Krankenhäusern

im Rahmen der Befragung berichteten Reorganisationsmaßnahmen aufbauorganisatorischer Strukturen, etwa in Form von Outsourcing, verstärkt wurde (vgl. Abschnitte 4.3.1 und 4.3.5).

Die Steigerung der Sachkosten liegt mit jahresdurchschnittlich 5,6% im Zeitraum 2003 bis 2010 deutlich über dem Anstieg der Personalkosten. Auch bei Betrachtung der Sachkosten je Fall zeigt sich mit jahresdurchschnittlich 5% in diesem Zeitraum eine deutliche Kostensteigerung, die sich jedoch im Zeitverlauf von 6% in der Einführungsphase des G-DRG-Systems kontinuierlich abschwächt und am Ende der Konvergenzphase jahresdurchschnittlich 3,9% beträgt. Überdurchschnittliche Kostensteigerungen ergeben sich u. a. bei den Einzelpositionen für Medizinischen Bedarf, Verwaltungsbedarf, Wasser, Energie und Brennstoffe, Zentralen Verwaltungsdienst und Zentralen Gemeinschaftsdienst.

Auswirkungen des G-DRG-Systems könnten sich ggf. in einzelnen Kostenpositionen niederschlagen, wenngleich anhand der für die Begleitforschung zur Verfügung stehenden Datengrundlage keine differenzierte Betrachtung nach den jeweils zugeordneten Kostenarten möglich ist. Steigerungen beim Verwaltungsbedarf etwa, der u. a. die Kosten für Büromaterialien, Personalbeschaffung, Fernsprechanlagen, Reisekosten oder EDV- und Organisationsaufwand beinhaltet, könnten beispielsweise auch durch Ausgaben der Krankenhäuser für gezielt aufgrund des G-DRG-Systems getätigte Investitionen für Informationstechnologie mit verursacht sein. Von solchen gezielten Investitionen im Bereich Informationstechnologie auch am Ende der Konvergenzphase berichten 65% der Krankenhäuser im Rahmen der Befragung. In der Einführungsphase des G-DRG-Systems und im Kern der Konvergenzphase lag dieser Anteil mit 85% bzw. 71% noch höher. Die gezielten Investitionen wurden überwiegend durch die Bereitstellung zusätzlicher Investitionsmittel realisiert, die im Zeitverlauf zunehmend häufiger durch eine Erhöhung des Gesamtinvestitionsvolumens als durch eine Verlagerung von Investitionsmitteln aus anderen Bereichen aufgewendet wurden. Während in der Einführungsphase des G-DRG-Systems noch 82% der Krankenhäuser die Ursachen für die Investitionen in Informationstechnologie in Anreizen sahen, die direkt aus dem G-DRG-System resultieren, hat sich dieser Anteil bis zum Ende der Konvergenzphase kontinuierlich auf 69% verringert. Die am Ende der Konvergenzphase durchgeführten Veränderungen der Ablauforganisation im EDV-technischen Bereich, von denen die Krankenhäuser daneben im Rahmen der Befragung berichten, begründen die Krankenhäuser zu durchschnittlich 50% mit konkreten, aus dem G-DRG-System resultierenden Anreizen und zu durchschnittlich 36% mit davon weitgehend unabhängigen Gründen. Die Kostensteigerungen bei den Sachkosten für Verwaltungsbedarf, die auch die Kosten für die von den Krankenhäusern im Bereich der Informationstechnologie realisierten Investitionen beinhalten, stehen somit durchaus im Zusammenhang mit der G-DRG-Einführung.

Annähernd 60% der gesamten Kostensteigerung zwischen 2008 und 2010 entfällt auf den Medizinischen Sachbedarf, der mit 14,6 Mrd. € im Jahr 2010 die größte Einzelposition der Sachkosten darstellt. Während im Jahr 2003 durchschnittlich 586 € je Fall für den Medizinischen Bedarf anfielen, waren es im Jahr 2010 bereits durchschnittlich 833 € je Fall. Bei den in dieser Kostenposition enthaltenen Kostenarten fällt insbesondere der starke Anstieg bei den Kosten für Implantate auf, die sich seit dem Jahr 2003 um jahresdurchschnittlich 7,7% stark erhöht haben. Die Zunahme bei dieser Kostenart wird auch durch Veränderungen der Leistungsstruktur hervorgerufen. So führen steigende Fallzahlen in G-DRGs, die einen überdurchschnittlichen Kostenanteil für Implantate aufweisen, zu einer Erhöhung der entsprechenden durchschnittlichen Sachkosten je Fall. Im Zeitraum 2003 bis 2010 sind in diesem Zusammenhang insbesondere die steigenden Fallzahlen bei der Implantation von Defibrillatoren oder Hüft- und Knie-Endoprothesen von Bedeutung (vgl. Abschnitt 4.4.3.2).

Der stärkere Zuwachs bei den Sachkosten hat im Zeitraum 2003 bis 2010 zu Verschiebungen beim Anteil der Sach- und Personalkosten an den Brutto-Gesamtkosten geführt. So hat sich der Anteil der Personalkosten in diesem Zeitraum von 64,7% auf 59,5% verringert und der Anteil der Sachkosten gleichzeitig von 34,2% auf 39,1% erhöht. Am Ende der Konvergenzphase setzt sich die Verschiebung hin zu einem höheren Sachkostenanteil zwar fort, jedoch mit jahresdurchschnittlich 0,2 Prozentpunkten in vergleichsweise geringem Ausmaß.

Zur Untersuchung der Auswirkungen des G-DRG-Systems auf das Investitionsverhalten der Krankenhäuser wurden im Rahmen der Befragung die Investitionsquoten der Krankenhäuser erhoben.<sup>304</sup> Die Quoten beziffern den Zugang zum Sachanlagevermögen in Relation zum Anfangsbestand des Sachanlagevermögens bzw. in Relation zu den Umsatzerlösen des Krankenhauses.<sup>305</sup>

---

<sup>304</sup> Die Investitionsfinanzierung durch die duale Krankenhausfinanzierung gemäß KHG hat im Untersuchungszeitraum 2003 bis 2010 keine grundlegenden Veränderungen erfahren. Auch die im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) im Jahr 2009 für die Länder geschaffene Möglichkeit zur Umstellung der Investitionsfinanzierung ab 2012 auf leistungsorientierte Investitionspauschalen hat keine Auswirkungen auf den Betrachtungszeitraum.

<sup>305</sup> Die hier betrachteten Investitionsquoten beinhalten den gesamten Zugang zum Sachanlagevermögen, unabhängig von der Finanzierungsquelle (KHG-Fördermittel, Eigenmittel des Krankenhauses, Zuschüsse des Trägers oder Fremdkapital). Sofern Investitionen jedoch z. B. durch Leasing getätigt werden und hierdurch kein Zugang zum Sachanlagevermögen entsteht, sind diese in den betrachteten Investitionen i. d. R. nicht enthalten und vermindern so die Investitionsquote.



Der Median liegt im Jahr 2010 sowohl bei der Investitionsquote bezogen auf das Sachanlagevermögen (5,3%) als auch bei der Investitionsquote bezogen auf den Umsatz (5,0%) leicht über der jeweiligen Investitionsquote des Jahres 2008, was sich auch bei der Differenzierung nach Bettengrößenklasse der Krankenhäuser für nahezu alle Bettengrößenklassen zeigt. Während der Median der „Investitionsquote Sach“ im Jahr 2010 bei Krankenhäusern mit bis zu 149 und mit mehr als 500 Betten leicht überdurchschnittlich ist, steigt er bei der „Investitionsquote Umsatz“ mit der Bettengrößenklasse der Krankenhäuser an.

Bei Betrachtung des Zeitraums 2004 bis 2010 zeigen sich beide Investitionsquoten insgesamt weitgehend stabil. Ein leichter kontinuierlicher Anstieg (um jahresdurchschnittlich 0,4 Prozentpunkte) ergibt sich lediglich für den Mittelwert der Investitionsquote bezogen auf das Sachanlagevermögen.

Die Krankenhäuser wurden auch zu gezielt aufgrund des G-DRG-Systems getätigten Investitionen in einzelnen Bereichen befragt und sollten dabei angeben, ob für diese Investitionen die Investitionsbudgets im jeweiligen Bereich erhöht wurden und ob diese Ausweitung des Investitionsbudgets durch eine Mittelverlagerung aus anderen Bereichen oder durch eine Erhöhung des Gesamtinvestitionsvolumens des Krankenhauses realisiert wurde. Zwei Drittel der Krankenhäuser berichten demzufolge von gezielt getätigten Investitionen in Personalressourcen (insbesondere für die Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen) am Ende der Konvergenzphase. Der Anteil dieser Krankenhäuser hat sich jedoch im Zeitverlauf verringert; in der Einführungsphase hatten 79% der Krankenhäuser und in der Kernphase der Konvergenz 68% in diesen Bereich investiert. Die Ursachen für die getätigten Investitionen in Personalressourcen sehen die Krankenhäuser am Ende der Konvergenzphase zu durchschnittlich 39% in den speziellen Anforderungen an Abrechnungs- und Dokumentationsvorgänge im G-DRG-System. In der Einführungsphase des G-DRG-Systems sahen die Krankenhäuser darin noch zu durchschnittlich 54% den ausschlaggebenden Grund für die getätigten Investitionen. Der kontinuierliche Rückgang dieses Anteils zeigt, dass mit der sich einstellenden Routine seit der Einführung des G-DRG-Systems die Inanspruchnahme bzw. die Notwendigkeit von Qualifizierungsmaßnahmen zur korrekten Anwendung und Umsetzung des Systems zurückgeht und zunehmend andere, vom G-DRG-System unabhängige Gründe Auslöser für die getätigten Investitionen in Personalressourcen sind.

Der Anteil der Krankenhäuser, die gezielt aufgrund des G-DRG-Systems Investitionen in Gebäude getätigt haben, ist von 13% in der Einführungsphase des G-DRG-Systems über 17% in der Kernphase der Konvergenz auf 24% am Ende der Konvergenzphase angestiegen. Während für die Gebäudeinvestitionen in den Zeiträumen 2004 bis 2006 und 2006 bis 2008 fast ausschließlich zusätzliche Investitionsmittel bereitgestellt wurden, berichten am Ende der Konvergenzphase 4% der Krankenhäuser, dass dafür keine Bereitstellung zu-

sätzlicher Mittel erfolgte. Die Gründe für die getätigten Investitionen bestehen zu einem im Zeitverlauf steigenden Anteil unabhängig vom G-DRG-System, die jedoch bereits in der Einführungsphase des G-DRG-Systems zu durchschnittlich 65% als ausschlaggebend betrachtet wurden. Die Gründe für Investitionen in Gebäude könnten möglicherweise auch in räumlichen Anpassungen zur Umsetzung von Veränderungen der Aufbauorganisation, etwa durch die Einrichtung einer zentralen Notaufnahme oder den Aufbau von Intermediate Care Units, bestehen, von denen die Krankenhäuser im Rahmen der Befragung berichten.

Auch im (medizin-)technischen Bereich ist der Anteil der Krankenhäuser, die gezielt aufgrund der Umstellung des Vergütungssystems investiert haben, seit der Einführung des G-DRG-Systems von 25% auf 36% am Ende der Konvergenzphase gestiegen. Während im Zeitraum 2003 bis 2006 die dafür benötigten Investitionsmittel überwiegend aus anderen Bereichen verlagert wurden, wurde sowohl in der Kernphase der Konvergenz als auch am Ende der Konvergenzphase häufiger das Gesamtinvestitionsvolumen erhöht. Wie bei den Gebäudeinvestitionen sehen die Krankenhäuser für Investitionen in (Medizin-)Technik überwiegend vom G-DRG-System unabhängige Gründe als ausschlaggebend an. Im Zeitverlauf haben sich jedoch den Angaben der Krankenhäuser zufolge auch die Anreize für die Gewährleistung einer höheren Versorgungsqualität als Ursache für die vorgenommenen Investitionen von durchschnittlich 15% auf 18% erhöht. In diesem Zusammenhang dienen die getätigten Investitionen wahrscheinlich vielfach auch der Umsetzung des medizinisch-technischen Fortschritts, etwa durch die Neuanschaffung medizinisch-technischer Großgeräte.

Am häufigsten wurden den Ergebnissen der Krankenhausbefragung zufolge am Ende der Konvergenzphase – wie bereits in der Einführungsphase des G-DRG-Systems und in der Kernphase der Konvergenz – Computertomographen, Kernspintomographen, Linksherzkathetermessplätze und Dialysegeräte angeschafft (vgl. Abschnitt 5.1). Veränderungen zwischen den Betrachtungszeiträumen zeigen sich nur für einzelne Geräte; so hat sich etwa der Anteil der Krankenhäuser, die Kernspintomographen oder Linksherzkathetermessplätze angeschafft haben, im Zeitverlauf leicht erhöht. Der Anteil dieser Geräte, die in Kooperation mit anderen Leistungserbringern genutzt werden, liegt bei den am Ende der Konvergenzphase angeschafften Geräten etwas niedriger als in der Einführungsphase des G-DRG-Systems.

Die Befragungsergebnisse zur Entwicklung der Erlösstrukturen<sup>306</sup> zeigen im Zeitraum 2004 bis 2010 nur leichte Veränderungen. So haben sich die durchschnittlichen Anteile der Erlöse aus Krankenhausleistungen, der Erlöse aus Wahlleistungen und der Nutzungsentgelte der Ärzte an den Gesamterlösen der entsprechenden Kontengruppen in diesem Zeitraum, bei gleichzeitigem Anstieg des Anteils der Erlöse aus ambulanten Leistungen, leicht verringert. Ein Trend in Form einer kontinuierlichen Entwicklung lässt sich jedoch nur bei den Erlösen aus ambulanten Leistungen feststellen, die von durchschnittlich 2,7% im Jahr 2004 auf 3,3% im Jahr 2010 gestiegen sind.

Der Anstieg beim Anteil der Erlöse aus ambulanten Leistungen zeigt sich u. a. auch in der deutlichen Zunahme der Erlöse aus ambulanten Operationen nach § 115b SGB V, die sich den Angaben der Krankenhäuser zufolge im Zeitraum 2004 bis 2010 um jahresdurchschnittlich 8% erhöht haben.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die bereinigten Kosten je vollstationären Fall seit der Einführung des G-DRG-Systems mit jahresdurchschnittlich 2,5% p. a. leicht stärker gestiegen sind als im Zeitraum vor der Einführung (1991 bis 2003: +2,0% p. a.). Die Kostensteigerung im Zeitraum 2003 bis 2010 fällt mit jahresdurchschnittlich 2% bis 3% in der überwiegenden Anzahl der Bundesländer sehr ähnlich aus. Im Verlauf der Konvergenzphase haben sich jedoch die fallbezogenen Kostenniveaus, die sich bei der Einführung des G-DRG-Systems noch stark voneinander unterschieden, einander deutlich angenähert. Diese Entwicklung zeigt sich sowohl auf Ebene der Bundesländer als auch – und dort sogar noch deutlicher – auf Ebene der Bettengrößenklassen.

Die Entwicklung der Personal- und Sachkosten in den Krankenhäusern ist von einer Vielzahl von Faktoren abhängig, die überwiegend nicht in (unmittelbarem) Zusammenhang mit der Einführung des G-DRG-Systems stehen, wie z. B. die Entwicklung der Vollkräftezahlen, die allgemeine Preisentwicklung oder Abschlüsse von Tarifverträgen. Seit der Einführung des G-DRG-Systems lassen sich Verschiebungen bei den Kostenarten feststellen; mit dem steigenden Anteil der Personalkosten für den Ärztlichen Dienst an den gesamten Personalkosten und dem korrespondierend sinkenden Anteil der Personalkosten im Pflegedienst zeigen sich Verschiebungen innerhalb einer Kostenart. Die Verschiebung hin zu einem höheren Sachkostenanteil bei gleichzeitig verringertem Anteil der Personalkosten an den Brutto-Gesamtkosten belegt Veränderungen zwischen den Kostenarten. In welchem Umfang die festgestellten Entwicklungen bei den Kosten der Krankenhäuser auch von der Einführung

---

<sup>306</sup> Betrachtet werden hier die Kontengruppen 40 bis 43 gemäß KHBV.

des G-DRG-Systems verursacht sind, lässt sich nicht beziffern. Es ist aber davon auszugehen, dass sich die Auswirkungen des neuen Vergütungssystems – wie am Beispiel des Verwaltungsbedarfs beschrieben – in einzelnen Aspekten durchaus in den Veränderungen der Kostenstrukturen widerspiegeln können – dies sowohl in Form von zunächst steigenden Kosten, sofern etwa die von den Krankenhäusern berichteten Veränderungen der Aufbau- oder Ablauforganisation selbst zu Kostenaufwendungen geführt haben, als auch durch eine Verringerung des Kostenanstiegs durch effizienzerhöhende Reorganisationsmaßnahmen.

Über alle Betrachtungszeiträume der Begleitforschung hinweg zeigt sich, dass zunehmend weniger Krankenhäuser gezielt aufgrund des G-DRG-Systems in Personalressourcen und informationstechnologische Infrastruktur investiert haben und verstärkt vom G-DRG-System unabhängige Gründe Auslöser für getätigte Investitionen in diesen Bereichen darstellen. Der Anteil der Krankenhäuser, die in Gebäude und die (medizin-)technische Infrastruktur investieren, hat sich hingegen im Zeitverlauf kontinuierlich erhöht. Diese Investitionen könnten auch auslösend für die am Ende der Konvergenzphase steigenden Investitionsquoten, von denen die Krankenhäuser im Rahmen der Befragung berichten, gewesen sein, da sie i. d. R. einen höheren Zugang zum Sachanlagevermögen bedeuten als Investitionen etwa im Bereich Informationstechnologie.

Seit der Einführung des G-DRG-Systems haben sich keine wesentlichen Veränderungen der Erlösstrukturen der Krankenhäuser ergeben. Allerdings hat sich die Bedeutung der Erlöse aus ambulanten Operationen aufgrund der steigenden Fallzahlen in diesem Leistungsbereich weiter erhöht. Eine Beurteilung des G-DRG-Einflusses auf diese Entwicklung ist jedoch nicht möglich (vgl. dazu Abschnitt 5.5.2.1)

Es ist davon auszugehen, dass die Einführung des G-DRG-Systems im ökonomischen Bereich lediglich neben einer Vielzahl von weiteren externen Einflussfaktoren die Kosten- und Erlösstrukturen der Krankenhäuser mit beeinflusst hat.

Insgesamt ist es nach der G-DRG-Systemeinführung allerdings nicht zu einer Verringerung der stationären Kosten bzw. einer deutlichen Reduzierung der Zuwachsraten der Kosten je Fall gekommen.

## 5.5 Auswirkungen auf andere Versorgungsbereiche

Die Diskussion, ob und in welchem Umfang Krankenhäuser nach Einführung des G-DRG-Systems Leistungen oder bislang von ihnen übernommene Aufgaben auf andere Leistungserbringer bzw. andere Sektoren verlagert haben bzw. verlagern würden, ist in der Fachöffentlichkeit bereits frühzeitig geführt worden. Grundsätzlich wäre bei der Beantwortung und Diskussion dieser Fragestellung danach zu unterscheiden,

- ob es ggf. – verglichen mit der Zeit vor G-DRG-Einführung – zu frühzeitigeren Verlegungen oder Entlassungen von Patienten aus Krankenhäusern kam, die jedoch in einem rehabilitations- bzw. entlassungsfähigen Zustand waren<sup>307</sup> oder
- ob die Krankenhäuser Patienten nach der G-DRG-Einführung ggf. vorzeitig aus dem Krankenhaus in nachgelagerte Versorgungsbereiche verlegt oder ins häusliche Umfeld entlassen haben.

In diesem Zusammenhang ist in § 17c KHG explizit formuliert, dass der Krankenhausträger durch geeignete Maßnahmen auf das Unterbleiben vorzeitiger Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen hinzuwirken hat. Zudem sind den Krankenkassen hier die Optionen zur Überprüfung ggf. vorliegender derartiger Sachverhalte eingeräumt worden. Eine wie oben differenzierte Betrachtung kann auf Grundlage der für die G-DRG-Begleitforschung zur Verfügung stehenden Daten jedoch nicht vorgenommen werden.

Wie bereits im zweiten Forschungszyklus werden auch im dritten Forschungszyklus die ambulanten Leistungen im Krankenhaus besonderes betrachtet. Dabei wird der Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Anzahl der ambulanten Operationen im Krankenhaus nach § 115b Abs. 1 SGB V und der Einführung des G-DRG-Systems untersucht. Daneben wird dieser Zusammenhang im Rahmen der Krankenhausbefragung auch für weitere ambulante Leistungsbereiche und die Notfallaufnahmen der Krankenhäuser betrachtet.

---

<sup>307</sup> Hierbei könnte es den Krankenhäusern unter erhöhtem oder komprimierterem Ressourceneinsatz und/oder durch die Optimierung der Versorgungsprozesse (beispielsweise auch durch eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer der Patienten im Krankenhaus vor einem operativen Eingriff oder den Ausbau des Entlassungsmanagements (vgl. Abschnitt 4.3.5.1) etc.) gelungen sein, eine frühere rehabilitationsfähige Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus zu ermöglichen, wofür unter den Bedingungen eines tageseichen Vergütungssystems keine mit den G-DRG-Bedingungen vergleichbaren Anreize vorlagen.

### 5.5.1 Auswirkungen auf den Rehabilitationssektor

Im Rehabilitationssektor zeigen sich bei vielen der untersuchten Kennzahlen am Ende der Konvergenzphase (2008 bis 2010) nur geringe Veränderungen. So hat sich etwa der Rückgang der Anzahl der Rehabilitationseinrichtungen und der in diesen Einrichtungen aufgestellten Betten, der bereits in der Kernphase der Konvergenz geringer ausfiel als noch in der Einführungsphase des G-DRG-Systems, auch in diesem Zeitraum deutlich abgeschwächt und zu annähernd stabilen Kapazitäten im Rehabilitationssektor geführt. Auch das Fallzahl- und Pflegetagevolumen hat sich im Zeitraum 2008 bis 2010 reduziert, nachdem es noch im Kern der Konvergenzphase deutlich angestiegen war und sich insgesamt seit der Einführung des G-DRG-Systems (2003 bis 2010) somit nur geringfügig verändert hat.

Auf Ebene der Fachabteilungen stellen sich die Entwicklungen in diesem Zeitraum jedoch durchaus unterschiedlich dar. Stark zunehmende Fallzahlen weisen etwa die Klinische Geriatrie und die Neurologie auf, in der Orthopädie hingegen fällt die Fallzahlsteigerung im Zeitraum 2002 bis 2010 deutlich geringer aus. Ähnliche Entwicklungen zeigen sich auch im akutstationären Sektor. Inwiefern die Entwicklung der stationären Fallzahlen in Rehabilitationseinrichtungen möglicherweise auch von einer verstärkten Inanspruchnahme von ambulanter Rehabilitation beeinflusst wird, lässt sich anhand der für die G-DRG-Begleitforschung zur Verfügung stehenden Daten nicht bestimmen.<sup>308</sup>

Der Anteil der Patientenzugänge aus dem Krankenhaus, der insbesondere in der G-DRG-Einführungsphase deutlich von 32,7% auf 40% gestiegen war, ist seit 2006 nahezu konstant.

Der Anteil der Verlegungen aus der Rehabilitation in ein Krankenhaus, der zunächst im Zeitraum 2003 bis 2008 von 1,9% auf 2,4% angestiegen war, ist am Ende der Konvergenzphase wieder leicht rückläufig.

Die Verweildauer der Fälle in der vollstationären Rehabilitation hat sich am Ende der Konvergenzphase – auch verglichen mit der Einführungsphase des G-DRG-Systems und der Kernphase der Konvergenz – nur noch geringfügig verringert. Während sie insgesamt seit dem Jahr 2003 um 0,8 Tage auf 22,9 Tage im Jahr 2010 zurückging, zeigen sich für einzelne Fachabteilungen zum

---

<sup>308</sup> Der Reha-Bericht 2012 beschreibt einen kontinuierlich steigenden Anteil der ambulanten Leistungen an allen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Demzufolge machten diese Leistungen im Jahr 2010 12% aller medizinischen Rehabilitationsleistungen aus. Der Anteil der stationären Leistungen ist entsprechend gesunken und lag im Jahr 2010 bei 84% (zum Vergleich 2003: 89%) (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund 2012).

Teil deutlichere Reduzierungen. So verringerte sich die Verweildauer etwa in der Geriatrie in diesem Zeitraum von 24,3 Tagen auf 22,0 Tage oder in der Neurologie von 33,0 Tagen auf 30,8 Tage.

Der Rückgang der Fallzahlen und der Verweildauer im Zeitraum 2008 bis 2010 zeichnet sich auch in einer abnehmenden Personalbelastung, ausgedrückt durch die Anzahl der Fälle je Vollkraft, ab. Nachdem diese insbesondere in den patientennahen Dienstarten (Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Medizinisch-technischer Dienst) im Kern der Konvergenzphase gestiegen war, zeigt sich für den Zeitraum 2008 bis 2010 in diesen Dienstarten eine leicht abnehmende Personalbelastung.

Trotz sinkender Fallzahl je Vollkraft könnte sich die Personalbelastung ggf. aufgrund einer steigenden Betreuungsintensität der Behandlungsfälle – verursacht z. B. durch Leistungsverlagerungen aus dem akutstationären Sektor in den Rehabilitationssektor oder durch Veränderungen der Altersstruktur der Fälle und des Diagnosespektrums – gleichzeitig erhöht haben. Die REDIA-Studie;<sup>309</sup> kommt u. a. zu dem Schluss, dass die Verkürzung der Verweildauer in der Rehabilitation und eine Verschlechterung des Patientenzustands bei Aufnahme in die Rehabilitation, deren Ursachen auch in einem gestiegenen Durchschnittsalter und in zunehmender Multimorbidität gesehen werden, bei gleichzeitig stabilen Behandlungsergebnissen zu einer Steigerung des Behandlungsaufwands in der Rehabilitation geführt haben.

Insgesamt ergeben sich im Rehabilitationssektor seit der Einführung des G-DRG-Systems vielfach sehr heterogene Entwicklungen für die einzelnen Betrachtungszeiträume. Während sich in der Einführungsphase (2003 bis 2006) die Anzahl der Fälle und der Pfl egetage in Rehabilitationseinrichtungen bei ebenfalls sinkender Einrichtungs- und Bettenanzahl reduzierte, stiegen beide Kennzahlen im Kern der Konvergenzphase deutlich an und verringerten sich am Ende der Konvergenzphase erneut, obwohl die Anzahl der Einrichtungen und Betten in diesen Zeiträumen leicht zurückging. Auch bei der Betrachtung längerer Zeitreihen, etwa für die Personalbelastungskennzahlen, zeigen sich im Zeitverlauf keine einheitlichen Entwicklungen.

---

<sup>309</sup> Die REDIA-Studie (von Eiff et al. 2006; von Eiff et al. 2005; von Eiff et al. 2011) untersucht für die Rehabilitation im kardiologischen und orthopädischen Bereich auf Grundlage der Daten von AHB-Patienten einzelne der auch im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung relevanten Fragestellungen, die in drei Erhebungsphasen in den Jahren 2003/2004, 2005/2006 und 2009/2010 erfasst wurden. Zur Analyse der Auswirkungen der Einführung des G-DRG-Systems auf die medizinische Rehabilitation in den oben genannten Fachgebieten wurden die Daten der Patienten in den einzelnen Studienphasen einander vergleichend gegenübergestellt.

Es zeigen sich somit insgesamt keine eindeutigen Ergebnisse, die darauf schließen lassen, dass es zu einer durch das G-DRG-System bedingten Verlagerung oder Übertragung von Leistungen aus der akutstationären Versorgung in den Bereich der Rehabilitation gekommen ist.

Aufgrund der Veränderungen der Altersstruktur (und des Diagnosespektrums) der Patienten in Rehabilitationseinrichtungen ist auch eine Veränderung des Behandlungsaufwands zu erwarten. Anhand der für die G-DRG-Begleitforschung verfügbaren empirischen Daten lässt sich jedoch nicht feststellen, ob bzw. in welchem Umfang die Einführung des G-DRG-Systems direkt zu einer möglichen Steigerung des Behandlungsaufwands im Rehabilitationssektor geführt hat.

## **5.5.2 Auswirkungen auf ambulante Leistungen im Krankenhaus**

Mit Einführung des G-DRG-Systems trat im Jahr 2004 auch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) in Kraft, das u. a. eine „Öffnung der Krankenhäuser für weitere Formen der ambulanten Behandlungen“ (Begründung zum Entwurf des GMG) vorsah. Zusammen mit den bereits vor der Umsetzung des GMG bestehenden Möglichkeiten für die ambulante Behandlung durch Krankenhäuser besteht mittlerweile eine Vielzahl unterschiedlicher Formen der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser.

Hinsichtlich der Entwicklung der ambulanten Leistungen der Krankenhäuser wird (auch) nach der Einführung des G-DRG-Systems diskutiert, ob

- die Krankenhäuser ihr ambulantes Leistungsspektrum, ihre Leistungskapazitäten und ihre Leistungsmengen gezielt ausbauen,
  - um neue Geschäftsbereiche außerhalb der stationären Krankenversorgung zu erschließen und/oder um hierüber gezielt eine Bindung von Patienten an ihre jeweilige Einrichtung zu erreichen,
  - um die weitergehende, dem stationären Aufenthalt vor- und/oder nachgelagerte Patientenbetreuung abzusichern;
- die Krankenhäuser in diesen ambulanten Leistungssegmenten Aufgaben übernehmen (müssen), da andere Versorgungssektoren ihre Versorgungsaufgaben nicht (mehr) adäquat wahrnehmen (können).

### **5.5.2.1 Auswirkungen auf das Ambulante Operieren im Krankenhaus**

Das Ambulante Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V hat auch am Ende der Konvergenzphase weiter an Bedeutung für die Krankenhäuser gewonnen. So hat sich die Anzahl der durchgeführten ambulanten Operationen



nach § 115b SGB V im Zeitraum 2008 bis 2010 um jahresdurchschnittlich 3% erhöht. Seit der Einführung des G-DRG-Systems ist mit 14,4% p. a. insgesamt eine sehr starke Zunahme der Fallzahl zu verzeichnen, die sich jedoch zunehmend abgeschwächt hat. Der Anteil der Krankenhäuser, die sich am Ambulanten Operieren beteiligen, ist seit dem Jahr 2008 zwar geringfügig rückläufig, liegt aber bei den Krankenhäusern mit 600 Betten und mehr bei 100%.<sup>310</sup>

Die vermehrte Durchführung ambulanter Operationen zeigt sich auch in der Krankenhausbefragung der G-DRG-Begleitforschung. So beziehen sich 11% der von den Krankenhäusern benannten Veränderungsmaßnahmen in der Aufbauorganisation im medizinisch-pflegerischen Bereich auf den Auf- bzw. Ausbau des Ambulanten Operierens und entsprechender Strukturen. Für diese Veränderungen im Zeitraum 2008 bis 2010 seien nach Angaben der Krankenhäuser zu durchschnittlich 51% aus dem G-DRG-System resultierende Anreize ursächlich gewesen. Verglichen mit den Ergebnissen des zweiten Forschungszyklus, in dem die Veränderungen überwiegend (zu durchschnittlich 57%) mit aus dem G-DRG-System resultierenden Anreizen begründet wurden, zeigt sich somit eine abnehmende Bedeutung spezifischer aus dem G-DRG-System resultierender Anreize für diese Strukturanpassungen (vgl. Abschnitt 4.3.5.1).

Im Rahmen der Krankenhausbefragung berichten die Krankenhäuser zudem von deutlich gestiegenen Fallzahlen im Bereich des Ambulanten Operierens um 6,1% p. a. im Zeitraum 2008 bis 2010 bzw. um 10,3% p. a. im Zeitraum 2006 bis 2010 (vgl. Abschnitt 4.7.2.1). Für die Fallzahlsteigerungen in diesem Leistungsbereich sehen 48% der befragten Krankenhäuser das G-DRG-System als maßgebliche Ursache.

Die Fallzahlsteigerungen im Bereich des Ambulanten Operierens nach § 115b SGB V führen auch zu zunehmenden Erlösen in diesem Leistungsbereich. So berichten die befragten Krankenhäuser von einer jahresdurchschnittlichen Erhöhung der Erlöse aus ambulanten Operationen nach § 115b SGB V um 8% von durchschnittlich 324 Tsd. € im Jahr 2004 auf durchschnittlich 521 Tsd. € im Jahr 2010 (vgl. Abschnitt 4.6.3.2.). Der zeitliche Schwerpunkt der berichteten Erlössteigerungen liegt in der Einführungsphase des G-DRG-Systems (2004 bis 2006) mit rückläufigen Zuwachsraten in den Folgezeiträu-

---

<sup>310</sup> Auffallend ist, dass lediglich 24% der Krankenhäuser mit weniger als 50 Betten ambulante Operationen nach § 115b SGB V durchführen, diese aber mit einer im Vergleich zu ihrer stationären Fallzahl sehr hohen Fallzahl. Diese Krankenhäuser haben sich somit stark auf ambulante Operationen spezialisiert. Insgesamt werden von diesen Krankenhäusern allerdings nur 4% aller ambulanten Operationen nach § 115b SGB V durchgeführt.

men. Die zunehmenden Erlöse beruhen jedoch neben der Fallzahlsteigerung auch auf leicht steigenden durchschnittlichen Erlösen je Fall. So berichten die Krankenhäuser im Rahmen der Befragung, dass die durchschnittlichen Erlöse je Fall in der Kernphase der Konvergenz (2006 bis 2008) von 326 € auf 345 € gestiegen sind.<sup>311</sup> Am Ende der Konvergenzphase wird hingegen von einem stabilen Durchschnittserlös je Fall berichtet.

Die steigenden Fallzahlen und Erlöse aus ambulanten Operationen im Krankenhaus sowie der von den Krankenhäusern berichtete Auf- und Ausbau von Strukturen für die Leistungserstellung in diesem Leistungssegment zeigen, dass die Krankenhäuser die notwendigen Voraussetzungen für eine verstärkte Inanspruchnahme dieses Leistungsbereichs schaffen und durch die Etablierung von ambulanten Leistungsstrukturen und -angeboten ihr vollstationäres Kerngeschäft erweitern bzw. erweitern wollen.

In welchem Umfang vollstationäre Leistungen durch Leistungen nach § 115b SGB V substituiert wurden bzw. Leistungen, die nach § 115b SGB V hätten erbracht werden können, stattdessen vollstationär erbracht wurden, konnte mangels fallbezogener Daten nicht untersucht werden. Der starke Anstieg ambulanter Operationen im Krankenhaus zwischen 2003 und 2004<sup>312</sup> spricht in Verbindung mit einem deutlichen vollstationären Fallzahlrückgang in diesem Zeitraum von 16,8 Mio. Fällen auf 16,3 Mio. Fälle in allgemeinen Krankenhäusern für einen Substitutionseffekt vollstationärer Leistungen zumindest in diesem Zeitraum. Ob bzw. in welchem Umfang gleichzeitig bestehende Anreize des G-DRG-Systems zu Fallzahlsteigerungen wirksam wurden, kann nicht beurteilt werden. Seit dem Jahr 2006 zeigen sich deutliche Zunahmen der vollstationären Fallzahlen bei gleichzeitig deutlich abnehmenden Zuwächsen der Fallzahlen bei den ambulanten Operationen nach § 115b SGB V. Dennoch kann hieraus nicht die Schlussfolgerung gezogen werden, dass kein Substitutionspotenzial vollstationärer Leistungen mehr besteht. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen führt in seinem Sondergutachten 2012 an, dass derzeit unklar sei, „zu welchem

---

<sup>311</sup> Das Deutsche Krankenhausinstitut hat im Rahmen seiner Krankenhausumfrage im Jahr 2010 einen ähnlichen durchschnittlichen Erlös je ambulanter Operation von 343 € ermittelt, weist jedoch darauf hin, dass „aufgrund der unterschiedlichen Schwere der Eingriffe und der ggf. zu vergütenden Sachkosten [...] die Durchschnittserlöse je nach Behandlungsspektrum in den Krankenhäusern davon z. T. deutlich abweichen“ werden (Deutsches Krankenhausinstitut 2010, S. 89).

<sup>312</sup> Der sich auch in einem sprunghaften Anstieg des Anteils der GKV-Ausgaben für ambulante Operationen im Krankenhaus an allen Ausgaben für ambulante Operationen von 18,5% auf 27,6% äußert (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012, Ziffer 351).

Anteil die Zuwächse an ambulanten Operationen in den vergangenen Jahren tatsächlich reguläre stationäre Aufenthalte substituiert haben“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012, Ziffer 363).

### 5.5.2.2 Auswirkungen auf weitere ambulante Leistungsbereiche mit Ausnahme der Notfallaufnahmen

Im Rahmen der Krankenhausbefragung wurden neben dem Ambulanten Operieren auch Angaben zu weiteren ambulanten Leistungsbereichen erhoben. Diesen Angaben zufolge werden einige Leistungsbereiche nur von einem geringen Anteil der Krankenhäuser vorgehalten (vgl. Abschnitt 4.7.2.1). Ambulante Leistungen etwa auf der Grundlage des § 117 SGB V (Hochschulambulanz), des § 119 SGB V (Sozialpädiatrisches Zentrum) oder auf Grundlage des § 116b Abs. 1 (aF) i. V. m. § 137g SGB V (Behandlung im Rahmen von DMP) wurden demzufolge nur von 8% bzw. von 5% der Krankenhäuser erbracht. Auch ambulante Leistungen im Rahmen eines Vertrags zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V wurden in diesem Zeitraum lediglich von 11% der Krankenhäuser erbracht.

Bei den Fällen mit vorstationärer Behandlung ohne einen anschließenden stationären Aufenthalt gem. § 115a SGB V, die von 91% der Krankenhäuser durchgeführt wird, zeigt sich den Angaben der Krankenhäuser zufolge im Zeitraum 2006 bis 2010 eine jahresdurchschnittliche Zunahme um 10%. 15% der befragten Krankenhäuser erbrachten ambulante Leistungen im Leistungsbereich nach § 116b SGB V (aF) (hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen); die Anzahl der ambulant behandelten Fälle in diesem Leistungsbereich ist im Zeitraum 2006 bis 2010 um 81% p. a. gestiegen. Allerdings müssen bei der Betrachtung der Entwicklungen dieses Leistungsbereichs im Zeitraum 2006 bis 2010 auch die geänderten rechtlichen Rahmenbedingungen berücksichtigt werden, die durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) mit Wirkung zum 01.04.2007 in Kraft traten und die Zugangsmöglichkeiten zu diesem Versorgungsbereich maßgeblich verändert haben.<sup>313</sup> Die

---

<sup>313</sup> Die Voraussetzung für die Erbringung der mit dem GMG im Jahr 2004 eingeführten Leistungen nach § 116b SGB V stellte zunächst ein geschlossener Vertrag zwischen den Krankenkassen und zugelassenen Krankenhäusern dar. Da die Krankenkassen diese Möglichkeit zur Ergänzung der vertragsärztlichen Versorgung kaum genutzt haben, wurde im Rahmen des GKV-WSG festgelegt, dass „ein Krankenhaus zur ambulanten Behandlung der in dem Katalog genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen berechtigt [ist], wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des

veränderten Zulassungsregelungen für die Krankenhäuser könnten eine mögliche Ursache für die Entwicklungen in diesem Leistungsbereich sein. Allerdings zeigt auch die alleinige Betrachtung der Angaben aus dem dritten Forschungszyklus noch eine jahresdurchschnittliche Fallzahlsteigerung im Bereich nach § 116b Abs. 2 ff. SGB V (aF) von 19%. Dieser starke Fallzahlanstieg setzt sich einerseits aus einer Zunahme der Behandlungsfälle und andererseits aus einer steigenden Anzahl von Krankenhäusern mit einer Bestimmung für die Erbringung der Leistungen bzw. einer gestiegenen Anzahl von Bestimmungen zusammen.<sup>314,315</sup> Das G-DRG-System betrachten die befragten Krankenhäuser überwiegend (86%) nicht als maßgebliche Ursache für diese Fallzahlsteigerungen.

Im Bereich der vorstationären Behandlung ohne anschließenden stationären Aufenthalt nach § 115a SGB V sehen hingegen 43% der Krankenhäuser das G-DRG-System als maßgeblich ursächlich für die Entwicklung der Fallzahlen an.

Diese Einschätzung könnte darin begründet sein, dass unter den Bedingungen des G-DRG-Systems der „Anreiz, die interne Organisation auf eine vermehrte Vermeidung von stationären Pflgetagen zu richten“ gestiegen ist und vormals vollstationäre Behandlungsphasen, wenn möglich, durch vor- oder nachstationäre Behandlungsphasen ersetzt werden (vgl. Lungen 2007).

Die weitere Zunahme der Fälle mit einer vorstationären Behandlung ohne anschließenden stationären Aufenthalt könnte daher auch durch eine verstärkte „Prüfung“ der stationären Behandlungsnotwendigkeit im Vorfeld einer sta-

---

Krankenhausträgers als geeignet dazu bestimmt worden ist“ (Begründung zum Entwurf des GKV-WSG, BT-Drs. 16/3100).

<sup>314</sup> Im Katalog nach § 116b Abs. 3 SGB V (aF) sind einzelne Leistungen/Erkrankungen definiert, für die ein Krankenhaus die Bestimmung bei der zuständigen Landesbehörde beantragen kann. Für ein Krankenhaus können somit mehrere Bestimmungen gelten.

<sup>315</sup> Von ansteigenden Fallzahlen im Bereich der Leistungen nach § 116b Abs. 2 SGB V berichtet auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten zum Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012, Ziffer 315). Eine Untersuchung im Auftrag des G-BA aus dem Jahr 2012 zeigt zudem eine deutliche Zunahme der Anzahl von Bestimmungen zur Erbringung ambulanter Leistungen von 156 im Jahr 2007 auf 1.239 im Jahr 2010 (Fürstenberg et al. 2012). Auch die in der KJ1-Statistik ausgewiesenen Ausgaben der GKV für ambulante ärztliche Behandlung im Krankenhaus zeigen einen Anstieg von 5,4 Mio. € im Jahr 2006 auf 99,2 Mio. € im Jahr 2010 (KJ1-Statistik des BMG, Konto 04030; darin sind jedoch auch die Ausgaben für Leistungen der Krankenhäuser gem. § 116b Abs. 1 (aF) im Rahmen von DMPs enthalten).

tionären Aufnahme durch die Krankenhäuser bedingt sein (vgl. dazu auch Endbericht zum zweiten Forschungszyklus, S. 514 ff.).

Den Ergebnissen der im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung durchgeführten Krankenhausbefragung zufolge hat auch die Bedeutung der Erlöse aus ambulanten Leistungen entsprechend zugenommen. Demnach hat sich der Anteil der Erlöse aus ambulanten Leistungen (Kontengruppe 42) an den betrieblichen Erlösen der Krankenhäuser (Summe der Erlöse der Kontengruppen 40 bis 43) im Zeitraum 2004 bis 2010 von durchschnittlich 2,7% (Median: 2,0%) auf 3,3% (Median: 2,5%) erhöht. Gleichzeitig lässt sich in diesem Zeitraum ein leichter Rückgang des Anteils der Erlöse aus Krankenhausleistungen von 91,9% (Median: 92,3%) auf 91,5% (Median: 92,0%) feststellen (vgl. Abschnitt 4.6.3.1). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen berichtet basierend auf seiner Erhebung aus dem Jahr 2012, dass die Krankenhäuser selbst mehrheitlich (80%) davon ausgehen, dass das Potenzial ambulanter Leistungserbringung am Krankenhaus künftig weiter an Bedeutung gewinnen wird, wofür als Begründung „weniger auf ggf. bestehende Substitutionsmöglichkeiten zur Vermeidung stationärer Behandlungen oder erschließbare betriebswirtschaftliche Potenziale und eigene Wachstumsstrategien abgestellt [wird], sondern vielfach die notwendige Reaktion auf (schon bestehende oder zumindest drohende) Unterversorgung angeführt [wird]. Aus Krankenhaussicht besteht ein spürbarer Bedarf an ambulanter Leistungserbringung im Krankenhaus, um Versorgungslücken des niedergelassenen Bereichs zu schließen“ (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012, Ziffer 331).<sup>316</sup>

### **5.5.2.3 Auswirkungen auf die Notfallaufnahmen an Krankenhäusern**

Der Anteil der Krankenhäuser, die über eine eigene Notfallaufnahme an der Notfallversorgung teilnehmen, liegt den Befragungsergebnissen zufolge im Zeitraum 2006 bis 2010 nahezu stabil bei 83% bis 84%, das Fallaufkommen in

---

<sup>316</sup> Fehlende Ressourcen in diesem Bereich haben die an der Befragung im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung teilnehmenden Krankenhäuser auch als Begründung für die Fallzahlentwicklung in den Notfallaufnahmen angeführt (vgl. Abschnitt 4.7.2.2 und 5.5.2.3).

den Notaufnahmen der befragten Krankenhäuser ist hingegen mit 4% p. a. leicht angestiegen (vgl. Abschnitt 4.7.2.2).<sup>317</sup>

Die bei den Krankenhäusern stattfindenden Fallzahlentwicklungen in den Notfallaufnahmen werden lediglich von 3% der Krankenhäuser mit dem G-DRG-System begründet und der Anteil der Krankenhäuser, die unentschieden sind, ob das G-DRG-System maßgeblich ausschlaggebend für die Fallzahlentwicklung war, liegt mit 17% für den Zeitraum 2008 bis 2010 deutlich niedriger als noch für den Zeitraum 2006 bis 2008 (26%).

Obwohl die Ursachen, die die Krankenhäuser für die Fallzahlentwicklungen in den Notfallaufnahmen benennen, insgesamt sehr vielfältig sind, zeigen sich drei zentrale Gründe für die Zunahme des Fallaufkommens. So wird zum einen angeführt, dass die Neustrukturierung der Notfallaufnahme des Krankenhauses, sowohl in Bezug auf räumliche Veränderungen als auch durch ablauforganisatorische Reorganisationsmaßnahmen, zu einer Zunahme der Fallzahlen geführt hat. Zum anderen werden die Ursachen häufig in fehlenden Ressourcen der Kassenärztlichen Notfallversorgung im haus- und fachärztlichen Bereich gesehen oder in der regionalen Neustrukturierung der Notfallversorgung, etwa durch Veränderungen der umgebenden Krankenhauslandschaft, die zu einer Erhöhung des Fallaufkommens in den Notfallaufnahmen führten.

Obwohl die von den Krankenhäusern angeführten Gründe nicht auf einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen der Einführung des G-DRG-Systems und der Fallzahlsteigerung in den Notfallaufnahmen hindeuten, steigt mit der Zunahme der Fallzahlen auch die Relevanz der Notaufnahme für die Krankenhäuser weiter an, über die im Jahr 2010 annähernd 40% der vollstationären Fälle als Notfall ins Krankenhaus aufgenommen wurden (vgl. Statistisches Bundesamt 2011a). Reorganisationsmaßnahmen, wie etwa der Aufbau einer interdisziplinären Notaufnahme, können so „in einer Krankenhauslandschaft, die sich in der Folge politisch gewünschter Veränderungen zunehmend kompetitiv entwickelt, zu einem wesentlichen Wirtschafts-, Wachstums- und Marketingfaktor“ werden (Walter und Fleischmann 2007). Insofern dürften durch das G-DRG-System, das eine wirtschaftliche innerbetriebliche Leistungserstellung erfordert, die Notfallaufnahmen in den Krankenhäusern weiter an Bedeutung gewonnen haben, da sie einerseits als Instrument der Patientengewinnung und -bindung angesehen werden können und andererseits den ggf. erforderlichen stationären Aufenthalt vorbereiten und den Patienten in die optimalen hausinternen Versorgungsbahnen steuern.

---

<sup>317</sup> Eine von der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA) durchgeführte Mitgliederbefragung zeigte mit 4,9% im Jahr 2009 eine ähnliche Zuwachsrate bei der Inanspruchnahme von Notaufnahmen (vgl. Schöpke 2011).

### 5.5.3 Auswirkungen auf die Häusliche Krankenpflege

Für die Untersuchung, ob die Einführung des G-DRG-Systems zu Leistungsverlagerungen aus der stationären Krankenhausversorgung in den Bereich der Häuslichen Krankenpflege geführt hat, wurden die Ausgaben der GKV im Leistungsbereich Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V betrachtet.

Dieser Leistungsbereich beinhaltet Leistungen der Häuslichen Krankenpflege für den Fall, dass eine Krankenhausbehandlung entweder geboten, aber nicht ausführbar ist, oder dass durch sie eine Krankenhausbehandlung verkürzt bzw. vermieden werden kann.

Eine Leistungsverlagerung aus der Krankenhausversorgung in den Bereich der Häuslichen Krankenpflege ließe sich möglicherweise anhand steigender Ausgaben für Häusliche Krankenpflege, die zur Verkürzung eines Krankenhausaufenthaltes erbracht wird, erkennen.

Aus den Ausgaben der GKV in diesem Leistungsbereich können jedoch keine Rückschlüsse gezogen werden, welche Leistungsvoraussetzungen zur Inanspruchnahme der Häuslichen Krankenpflege geführt haben, sodass nicht unterschieden werden kann, welcher Anteil der Ausgaben auf Nichtausführbarkeit einer stationären Krankenhausbehandlung oder auf die Verkürzung bzw. Vermeidung einer solchen entfällt.

Die Entwicklung der Leistungsausgaben der GKV für Häusliche Krankenpflege weist, wie in Abschnitt 4.7.3 beschrieben, insgesamt einen starken Rückgang seit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 bis zum Jahr 2005 auf.<sup>318</sup> Seither ist ein Anstieg in diesem Leistungsbereich zu verzeichnen, insbesondere bei den Ermessensleistungen, die nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung für einen längeren Zeitraum als 4 Wochen von der Krankenkasse bewilligt werden.<sup>319,320</sup>

---

<sup>318</sup> Der starke Rückgang der Ausgaben für Häusliche Krankenpflege seit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 könnte darauf hindeuten, „dass die Krankenhausvermeidungspflege vor Einführung der Pflegeversicherung im Wesentlichen dazu genutzt wurde, leistungsrechtliche Versorgungslücken durch eine großzügige Nutzung des Entscheidungsspielraums der Krankenkassen zu kompensieren“ (Pick et al. 2004).

<sup>319</sup> Eine Betrachtung der Leistungsfälle von Häuslicher Krankenpflege (gem. KG2-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit) zeigt, dass sowohl im Bereich der Regelleistung als auch bei den Ermessensleistungen die Anzahl der Leistungsfälle bzw. der Leistungstage z. T. deutlich zwischen den Jahren variiert und keine einheitlichen Entwicklungen, die mit der Ausgabenentwicklung korrespondieren, festzustellen sind. Schwankungen bei der Anzahl der Leistungsfälle und der Leistungstage können z. T. auch mit

Da sich eine Leistungsverlagerung aus der stationären Krankenhausversorgung in den Leistungsbereich der Häuslichen Krankenpflege jedoch überwiegend in einem Anstieg der Ausgaben im Bereich der Regelleistungen widerspiegeln würde, können anhand der Ausgabenentwicklung keine Hinweise auf durch das G-DRG-System bedingte Effekte festgestellt werden.

Im Rahmen der Untersuchungen im zweiten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung wurde anhand der Veränderung der poststationären Arzt-Patienten-Kontakte basierend auf Routinedaten der GKV untersucht, ob es zu einer Leistungsverlagerung vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich gekommen ist (vgl. dazu Endbericht zum zweiten Forschungszyklus, S. 377 ff.). Zwar zeigte sich dabei für den Zeitraum 2005 bis 2008 eine Zunahme der Anzahl von Arzt-Patienten-Kontakten, diese entsprach jedoch der Veränderungsrate der Anzahl von Arzt-Patienten-Kontakten der Versicherten ohne stationären Aufenthalt. Sofern Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus einen höheren medizinischen Versorgungsbedarf aufgrund der Einführung des G-DRG-Systems und den damit verbundenen Effekten – etwa in Bezug auf verkürzte Verweildauern – und damit ggf. auch einen erhöhten Bedarf an Leistungen der Häuslichen Krankenpflege aufweisen, hätten sich auch bei der Untersuchung der poststationären Arzt-Patienten-Kontakte – trotz vergleichsweise geringer Anzahl von Leistungsfällen der Häuslichen Krankenpflege – Hinweise finden lassen können.

Gegenstand der gesundheitspolitischen Diskussion ist derzeit die Fragestellung, ob im Bereich der poststationären Nachsorge Versorgungslücken vorliegen könnten, die mit der Verkürzung der stationären Verweildauern in Bezug gesetzt werden und die sich in einem weitergehenden „Unterstützungsbedarf vor allem bei der Bewältigung von notwendigen Alltagsaktivitäten“ bei Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus äußern (vgl. BT-Drs. 17/2924). Zur Schließung der skizzierten Versorgungslücke wurde auch eine Neuregelung des § 37 Abs. 1 SGB V thematisiert.

---

Änderungen der Richtlinien für Häusliche Krankenpflege in Verbindung stehen. So könnte beispielsweise die im GKV-WSG beschlossene und in der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie umgesetzte Erweiterung des Haushaltsbegriffs, d. h. der geeigneten Erbringungsorte für Häusliche Krankenpflege, sowie die Verordnungsfähigkeit von Häuslicher Krankenpflege durch den Krankenhausarzt ursächlich für den Anstieg der Leistungsfälle im Rahmen der Regelleistungen im Jahr 2008 gewesen sein.

<sup>320</sup> Die Anzahl der Leistungsfälle und Leistungstage der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V liegt insgesamt auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau. Die KG2-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit weist für das Jahr 2010 im Bereich der Regelleistung 12.497 Leistungsfälle mit insgesamt 187.143 Leistungstagen und für die Ermessensleistungen 3.351 Leistungsfälle mit insgesamt 110.570 Leistungstagen aus.



Voraussetzung für Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V ist jedoch, dass eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder sie durch die Häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Ein Anspruch auf Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V besteht somit nur, wenn sie „neben der ärztlichen Behandlung“ (§ 28 Abs. 1 SGB V) erbracht wird. Sind nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation ausschließlich pflegerische Maßnahmen erforderlich, ohne dass die Fortführung der ärztlichen Behandlung notwendig ist, bestünde demzufolge kein Anspruch auf Leistungen der Häuslichen Krankenpflege (vgl. Orłowski et al. 2008).

Im Rahmen der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit zum Antrag auf eine Neuregelung des § 37 Abs. 1 SGB V wurde daher diskutiert, ob möglicherweise eine Erweiterung des § 38 SGB V (Anspruch auf Haushaltshilfe, wenn Versicherten z. B. wegen Krankenhausbehandlung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist, sofern im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist) zielführender sein könnte (vgl. Deutscher Bundestag 2011). Dadurch könnten Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt im Bedarfsfall bei der Aufnahme der Alltagsaktivitäten unterstützt werden, was einen positiven Einfluss auf die Genesung haben und diese möglicherweise beschleunigen könnte.

## 5.6 Auswirkungen auf die Qualität des stationären Leistungsgeschehens

Die Einführung des G-DRG-Vergütungssystems könnte sich auf die Qualität der Patientenversorgung in den Krankenhäusern ausgewirkt haben. Die möglichen Auswirkungen sollen für den Zeitraum 2004 bis 2010 unter Bezug auf die in den Abschnitten 4.3 und 4.8 geführten Untersuchungen diskutiert werden.

Für den Zeitraum 2004 bis 2010 konnten insgesamt 55 Ergebnisqualitätsindikatoren aus dem Verfahren der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V vergleichbar berechnet werden. Für 36 dieser Indikatoren zeigen sich im Gesamtbetrachtungszeitraum signifikante Veränderungen der Ergebniswerte, darunter bei 35 Indikatoren signifikant positive Entwicklungen und bei einem Indikator eine signifikant negative Ergebnisentwicklung. Insgesamt lässt sich damit für die im Verfahren nach § 137 SGB V gemessenen und über den Zeitraum 2004 bis 2010 vergleichbaren Ergebnisqualitätsindikatoren eine klar positive Entwicklung konstatieren. Diese Aussage lässt sich auch bei der Betrachtung jener Indikatoren der Ergebnisqualität bestätigen, die nur für den Zeitraum 2006 bis 2010 oder 2008 bis 2010 vergleichbar berechnet werden konnten.

Ein direkter Zusammenhang zwischen dieser Entwicklung und der Einführung des G-DRG-Vergütungssystems lässt sich hingegen nicht herstellen. Allerdings haben die Veränderungen des Vergütungssystems in Bezug auf die betrachteten Parameter deutlich überwiegend nicht zu einer Verschlechterung der betrachteten Ergebnisse geführt. Die Indikatoren der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V erlauben allerdings nur einen begrenzten Rückschluss auf die Ergebnisqualität der gesamten stationären Versorgung und den ggf. bestehenden Einfluss des G-DRG-Vergütungssystems. Ausschlaggebend hierfür ist, dass das Verfahren nur ausgewählte (Leistungs-)Bereiche der Krankenhausversorgung abdeckt und auch innerhalb dieser Bereiche wiederum nur einzelne Aspekte der Ergebnisqualität. Zudem konnten einzelne vollständige Leistungsbereiche der externen Qualitätssicherung nicht mit einbezogen werden (z. B. „Pflegerische Dekubitusprophylaxe“), da die Ergebnisqualitätsindikatoren mit Bezug auf das Jahr 2010 nicht vergleichbar berechnet werden konnten.

Untersucht wurde auch die Entwicklung des Anteils der Behandlungsfälle mit einer Revisionsoperation an allen operierten Fällen. Dieser Anteil erhöhte sich zwischen 2006 und 2008 von 0,41% auf 0,44% geringfügig und betrug im Jahr 2010 0,45%. Zwar bestehen deutliche Niveauunterschiede hinsichtlich der

Bettengrößenklassen der Krankenhäuser, die ermittelten Veränderungsdaten weisen jedoch keine Auffälligkeiten bei einzelnen Bettengrößenklassen auf.<sup>321</sup>

Die gemessenen Revisionsoperationsraten können auch durch Veränderungen der Altersstruktur bzw. durch die Morbidität der Patienten, durch die Zahl und Struktur der Ersteingriffe (z. B. Mehrfacheingriffe in der Herzchirurgie) und die Struktur des gesamten Operationsgeschehens beeinflusst werden. Diese Effekte konnten aufgrund der hohen Aggregation der zur Verfügung stehenden Daten nicht differenziert berücksichtigt werden. Zudem lässt sich mit den vorliegenden Daten nicht ermitteln, inwieweit die Veränderung des Anteils der Behandlungsfälle mit einer Revisionsoperation an allen operierten Fällen aus Veränderungen in der Dokumentation der Krankenhäuser resultiert. Insgesamt lässt sich daher nicht schlussfolgern, dass die geringfügige Erhöhung des Anteils der Revisionsoperationen insbesondere im Zeitraum 2006 bis 2008 auf die Einführung des G-DRG-Systems zurückzuführen ist.

Bei den in die Untersuchung einbezogenen Indikatoren der Prozessqualität aus dem Verfahren der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V, die über den Zeitraum 2004 bis 2010 hinweg methodisch vergleichbar berechnet werden konnten, sind durchweg Verbesserungen der Gesamtergebnisse zu beobachten. Für alle 20 über diesen Zeitraum vergleichbaren Prozessqualitätsindikatoren aus unterschiedlichen Leistungsbereichen, für die Signifikanzangaben vorlagen, zeigen sich im Zeitraum 2004 bis 2010 signifikante Verbesserungen der Ergebniswerte. Eine Vielzahl von Prozessqualitätsindikatoren konnte nur für die kürzeren Zeiträume 2006 bis 2010 oder 2008 bis 2010 methodisch vergleichbar berechnet werden (beispielsweise alle Indikatoren aus dem Leistungsbereich Mammachirurgie). Auch bei der deutlichen Mehrheit dieser Indikatoren zeigt sich eine positive Entwicklung der Gesamtergebnisse.

Obwohl die oben für die Ergebnisqualitätsindikatoren beschriebenen Limitierungen hinsichtlich der direkten Verbindung der Ergebnisentwicklung mit der Einführung des G-DRG-Vergütungssystems auch bei den Prozessqualitätsindikatoren gelten, kann die deutlich positive Entwicklung ein Hinweis darauf

---

<sup>321</sup> Niveauunterschiede sind nicht direkt durch die Bettenzahl, sondern durch das Leistungsspektrum bedingt, welches mit zunehmender Bettengrößenklasse im Durchschnitt, anhand des Case-Mix-Index gemessen, auch ressourcenaufwändiger wird (vgl. auch Abbildung 56). Zum einen werden einige der berücksichtigten Revisionsoperationen vorwiegend von spezialisierten Maximalversorgern erbracht, zum anderen stellt eine Revisionsoperation im Vergleich zu dem Ersteingriff regelmäßig eine anspruchsvollere Operation dar, die ggf. an die Krankenhäuser der nächsthöheren Versorgungsstufen verwiesen wird. Hierdurch können sich bei den Krankenhäusern der unteren Bettengrößenklassen Verdünnungseffekte einstellen und umgekehrt bei den Krankenhäusern der oberen Bettengrößenklassen Häufungen von Revisionsoperationen ergeben.

sein, dass der Ausgestaltung/Organisation der Behandlungsprozesse von den Krankenhäusern, ggf. auch durch das neue Vergütungssystem induziert, ein hohes Augenmerk gewidmet wurde. Dem ökonomischen Anreizmodell des G-DRG-Systems ist inhärent, dass die Leistungserstellung möglichst effizient bei gleichzeitiger Vermeidung kostenverursachender Behandlungskomplikationen organisiert werden sollte.

In diesem Zusammenhang kann auch die Verbreitung Klinischer Pfade in den Krankenhäusern gesehen werden. Annähernd ein Drittel der befragten Krankenhäuser berichtet, dass in ihrem Krankenhaus im Zeitraum 2008 bis 2010 Klinische Pfade implementiert waren. Die Anzahl der in diesen Krankenhäusern implementierten Klinischen Pfade hat sich auch am Ende der Konvergenzphase weiter erhöht. So ist im Zeitraum 2008 bis 2010 eine jahresdurchschnittliche Zunahme um 9% zu verzeichnen. Bei den Krankenhäusern, für die Angaben aus allen drei Forschungszyklen vorliegen, hat sich die Anzahl der implementierten Klinischen Pfade in diesem Zeitraum in ähnlichem Ausmaß erhöht (+10% p. a.); in den jeweils vorhergehenden Zeiträumen stieg die Anzahl der Klinischen Pfade allerdings noch deutlich stärker an (2004-2006: +37%; 2006-2008: +45%). Auch bei der Anzahl der Klinischen Pfade, die im Rahmen von Zertifizierungsverfahren implementiert worden sind, berichten die befragten Krankenhäuser von einem jahresdurchschnittlichen Anstieg um 13,3% im Zeitraum 2008 bis 2010.

Die Befragungsergebnisse zum Ende der Konvergenzphase zeigen, dass die Klinischen Pfade überwiegend bereits im Jahr 2008 implementiert waren; lediglich 7% berichten, dass die Klinischen Pfade erst in den Jahren 2009 oder 2010 eingeführt wurden (vgl. Abschnitt 4.8.2). Dies deutet darauf hin, dass Krankenhäuser nach der Implementierung Klinischer Pfade vornehmlich positive Erfahrungen gemacht haben und auf dieser Grundlage weitere Klinische Pfade eingeführt haben.

Weiterhin wurden von den Krankenhäusern vielfältige Aktivitäten ergriffen, die auf die Entwicklung der Ablauforganisation gerichtet sind. So gaben zwei Drittel der Krankenhäuser für den Zeitraum 2008 bis 2010 an, ihre interne fachübergreifende Zusammenarbeit umfassend oder zumindest bezogen auf einzelne Krankenhausbereiche weiterentwickelt zu haben. Aus dem G-DRG-System resultierende Anreize für eine höhere Versorgungsqualität wurden zu 19% als ausschlaggebend für diese Maßnahmen benannt (vgl. Abschnitt 4.3.5.2).

Das institutionalisierte Qualitätsmanagement wurde von den Krankenhäusern überwiegend auch im Zeitraum 2008 bis 2010 noch weiter ausgebaut, wobei dieser Ausbau i. d. R. schwächer ausfällt als im Zeitraum 2004 bis 2008. Allerdings besteht am Ende der Konvergenzphase vielfach ein im Vergleich zum Jahr 2004 hoher Verbreitungsgrad der betrachteten Instrumente und Strukturen des Qualitätsmanagements.

So stieg etwa die durchschnittliche Anzahl der Vollzeitäquivalente, die während ihrer Arbeitszeit überwiegend mit Aufgaben des Qualitätsmanagements beschäftigt sind, im gesamten Betrachtungszeitraum kontinuierlich an.

Auch die Verbreitung von Strukturen und Instrumenten des Qualitätsmanagements hat seit dem Jahr 2004 stetig zugenommen. Wurden im Jahr 2004 Qualitätsmanagementbeauftragte in 80% der befragten Krankenhäuser und schriftlich fixierte Dokumente des Qualitätsmanagements (z. B. QM-Handbuch, Verfahrensanweisungen) in 59% der Krankenhäuser eingesetzt, so erhöhte sich der Anteil der Krankenhäuser mit einem QM-Beauftragten im Jahr 2010 auf 97% und Dokumente des Qualitätsmanagements wurden im Jahr 2010 in 94% der Krankenhäuser angewendet (vgl. Abschnitt 4.8.1.2).

Eine deutliche Steigerung zeigt sich auch beim Anteil der zertifizierten Krankenhäuser (Zertifizierung für das gesamte Krankenhaus), der von 28% (2004) auf 63% (2010) zugenommen hat. Der verstärkte Einsatz von Zertifizierungsverfahren in den Krankenhäusern zeigt sich auch am Anteil der Krankenhäuser, die weder über eine Zertifizierung des gesamten Krankenhauses noch einzelner Fachabteilungen verfügen, der von 58% im Jahr 2004 auf 23% im Jahr 2010 gesunken ist. Die Ursachen für die vorgenommenen Zertifizierungen sehen die Krankenhäuser mehrheitlich (60%) nicht im G-DRG-System. 38% der Krankenhäuser schätzen ein, dass das G-DRG-System zumindest teilweise ausschlaggebend für die Zertifizierungsentscheidung war und lediglich 2% geben an, es sei maßgeblich ausschlaggebend für die Zertifizierung gewesen.

Den (weiteren) hausinternen Ausbau des Qualitätsmanagements begründen 37% der Krankenhäuser mit der allgemeinen Qualitätspolitik ihres Krankenhauses und 23% der Krankenhäuser sehen gesetzliche Vorgaben des SGB V, z. B. § 135a SGB V i. V. m. § 137 SGB V<sup>322</sup>, als ursächlich an (vgl. Abschnitt 4.8.1.2).

---

<sup>322</sup> § 135a SGB V beinhaltet die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gem. § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V aF in der Vereinbarung über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser konkretisiert hat. Diese besagt, dass der Krankenhausträger „aufgrund der individuellen Ausgangsbedingungen des einzelnen Krankenhauses [...] das Modell des internen Qualitätsmanagements auf der Basis der grundsätzlichen Anforderungen dieser Vereinbarung frei auswählen können“ muss, benennt jedoch auch mögliche Umsetzungsmaßnahmen, wie etwa den Einsatz eines hauptverantwortlichen QM-Beauftragten oder eine „Begutachtung des Qualitätsmanagements durch Externe in Form einer [...] Zertifizierung“.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die beschriebenen Entwicklungen der betrachteten Parameter (Ausbau der Klinischen Pfade, breite Institutionalisierung des Qualitätsmanagements in den Krankenhäusern etc.) den intendierten positiven Einfluss auf die Qualität der Versorgung bzw. der Versorgungsprozesse entfaltet haben. Eine weiterführende Bewertung der Entwicklung der Strukturqualität in den einzelnen Betrachtungszeiträumen, insbesondere auch im Kontext der Einführung des G-DRG-Systems, ist nur eingeschränkt möglich.

Die Ausweitung der Ausstattung der Krankenhäuser mit Medizinisch-technischen Großgeräten hat sich auch zwischen 2008 und 2010 ungebrochen dynamisch fortgesetzt (vgl. Abschnitt 4.3.4). Wichtige Indikatoren stellen auch die personelle Ausstattung der Krankenhäuser, die Arbeitsbelastung und die Qualifikation des beschäftigten Personals dar. Zwischen 2008 und 2010 haben sich die Vollkräftezahlen sowohl im Ärztlichen Dienst als auch im Pflegedienst, Funktionsdienst und Medizinisch-technischen Dienst erhöht. Für den Zeitraum 2003 bis 2010 zeigt sich bei der Personalbelastung dieser vier Dienstarten nur beim Pflegedienst eine Erhöhung der Anzahl der durchschnittlich von einer Vollkraft zu versorgenden stationären Krankenhausfälle. Die Zunahme der so ausgedrückten Arbeitsbelastung ist in der Pflege nach der Einführung des G-DRG-Systems allerdings weniger stark angestiegen als noch im Zeitraum 1995 bis 2003. Die über Belegungstage je Vollkraft ausgedrückte Personalbelastung hat sich im Zeitraum 2003 bis 2010 auch für den Pflegedienst verringert (vgl. Abschnitt 4.3.2).

Eine Bewertung dieser strukturellen Entwicklungen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung ist unter Rückgriff auf die für die G-DRG-Begleitforschung zur Verfügung stehenden Ergebnis- und Prozessqualitätsindikatoren allerdings nicht möglich.

Insgesamt ergeben sich aus der Untersuchung der beschriebenen Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität und wesentlicher Ausstattungsmerkmale für den Gesamtzeitraum 2004 bis 2010 keine Belege für eine möglicherweise durch die Einführung des G-DRG-Vergütungssystems induzierte Verringerung der Qualität der Patientenversorgung.

## 5.7 Auswirkungen auf die poststationäre Mortalität

Anhand der von der Gesetzlichen Krankenversicherung bereitgestellten Routedaten wurde untersucht, ob das G-DRG-System zu Veränderungen der poststationären Mortalität geführt hat. Die poststationäre Mortalität wird hierbei als Indikator für die Ergebnisqualität der stationären Behandlung betrachtet und innerhalb von 30, 90 bzw. 365 Tagen nach der Entlassung aus einem vollstationären Krankenhausaufenthalt untersucht. Eine Veränderung der Versorgungsqualität könnte sich in einem fallpauschalierenden Vergütungssystem durch das Anstreben einer höheren Effizienz ergeben, die zu einer „Absenkung des Ressourcenverbrauchs der Patientenbehandlung über ein medizinisch vertretbares Maß hinaus“ führen könnte (Lauterbach und Lungen 2001, S. 115).

Um mögliche Verlagerungen zwischen stationärer und poststationärer Sterblichkeit (z. B. durch vermehrte Nutzung von Hospizen (Manton et al. 1993)) nicht als Qualitätsveränderungen zu interpretieren, wurde jeweils die stationäre und poststationäre Mortalität zusammengefasst betrachtet. Darauf aufbauend wurde die poststationäre Fallsterblichkeit analysiert. Demnach konnte ein Versicherter mehrmals in die Auswertung eingehen, sofern er mehrere Krankenhausaufenthalte (ggf. mit unterschiedlichen G-DRGs) aufwies.<sup>323</sup> Die Analysen berücksichtigen sämtliche Todesursachen, unabhängig von einem möglichen kausalen Zusammenhang zwischen Todesursache und dem stationär behandelten Krankheitsbild bzw. dem stationären Aufenthalt. Veränderungen der Alters- und Geschlechtsstruktur der Krankenhausfälle wurden durch Berechnung der Standardisierten Mortalitätsratios (SMR) ausgeglichen (vgl. Abschnitt 3.3.1).<sup>324</sup>

Die Auswertungen ergeben insgesamt eine kontinuierliche und deutliche Reduktion der poststationären Mortalität für den gesamten Zeitraum nach Einführung des G-DRG-Systems (2004 bis 2010). Sowohl für den Zeitraum von der Aufnahme bis 30 Tage nach Entlassung als auch bis 90 und 365 Tage zeigten sich signifikante Verringerungen der Mortalität um 6,5% bis 7,8% (vgl. Abschnitt 4.8.4).

---

<sup>323</sup> Für die Untersuchung der Veränderungen der Mortalität im Untersuchungszeitraum wird davon ausgegangen, dass die beschriebenen Limitationen in allen Jahren ein vergleichbares Niveau haben.

<sup>324</sup> Als Basisjahr (Standardbevölkerung) wurde jeweils das erste verfügbare Datenjahr für die jeweilige Differenzierungstiefe (G-DRGs) gewählt (vgl. Abschnitt 3.3.1).

Bei der Differenzierung nach der Leistungsstruktur nach MDCs konnte für den Zeitraum von 2008 bis 2010 – entsprechend dem Gesamtergebnis – bei den meisten MDCs ein i. d. R. signifikanter Rückgang der SMR in allen drei betrachteten Kennzahlen festgestellt werden. Lediglich die MDC 20 (Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen) wies einen signifikanten Anstieg der Sterblichkeit im Zeitraum bis 30 Tage nach Entlassung aus einem vollstationären Krankenhausaufenthalt auf.

Veränderungen der poststationären Mortalität können durch vielfältige Faktoren, die unabhängig vom G-DRG-System wirken, beeinflusst werden. Auf tief gegliederten Ebenen wie G-DRG und ICD können insbesondere auch Veränderungen des Dokumentationsverhaltens Einfluss auf die verglichenen Patientenkollektive und die Entwicklung der Mortalität nehmen. Veränderungen der Mortalität werden zudem vom medizinischen Fortschritt beeinflusst, etwa wenn es durch die Einführung neuer Verfahren (z. B. Medizintechnik, Arzneimittel) zu einer Veränderung der Mortalität kommt. Diese Entwicklung würde sich überwiegend auf Ebene einer G-DRG oder ICD direkt zeigen, wäre evtl. aber auch auf Ebene einer MDC sichtbar.

Darüber hinaus ist auch eine Veränderung der direkten (Ko-)Morbidity der Patienten zu diskutieren, die einen Einfluss auf die Entwicklung der Mortalitätsraten haben könnte. Im Rahmen der Standardisierung konnte die direkte Morbidity, die sich nicht über die Alters- und Geschlechtsstruktur abbildet, nicht berücksichtigt werden. Ein steigender Case-Mix-Index im gesamten Zeitraum nach G-DRG-Einführung (vgl. Abschnitt 4.4.2) könnte ein Indikator für eine zunehmende Fallschwere sein.

Allerdings ist dieser Umstand insbesondere bei der Betrachtung auf Ebene der G-DRGs zu relativieren, da die G-DRGs für die G-DRG-Begleitforschung für die drei betrachteten Zeiträume (2004 bis 2006, 2006 bis 2008 und 2008 bis 2010) auch für die Untersuchung der Veränderung der Mortalität jeweils nach der identischen G-DRG-Version gruppiert wurden (vgl. Abschnitt 3.2.3) und die G-DRGs neben der ökonomischen Homogenität auch eine umfangreiche medizinische Differenzierung, insbesondere auch nach Schweregraden, beinhalten.

Die Auswertungen der Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung zeigen über den gesamten Zeitverlauf von 2004 bis 2010 insgesamt einen signifikanten Rückgang der poststationären Mortalität. Auch in den USA wurden nach Einführung des fallbezogenen Vergütungssystems (Prospective Payment System [PPS]) Mitte der 80er-Jahre Untersuchungen zu den Auswirkungen auf die Mortalität durchgeführt, bei denen jedoch „insgesamt so gut wie keine negativen empirischen Effekte des PPS auf die Qualität der Krankenhausbehandlung“ (Coffey und Louis 2001, S. 40) festgestellt wurden. Die Ergebnisse zeigten unveränderte oder niedrigere (post-)stationäre Mortalitätsraten im Vergleich zum Zeitraum vor Einführung des PPS (vgl. z. B. Kahn 1992; Rogers et al. 1990).



Der Rückgang der poststationären Mortalität, der im Rahmen der Routinedatenauswertung der Gesetzlichen Krankenversicherung festgestellt werden konnte, zeigt sich in der Regel auch auf Ebene der G-DRGs. Ob und ggf. in welchem Umfang die Entwicklung der poststationären Sterblichkeit von der Einführung des G-DRG-Systems beeinflusst ist, kann nicht quantifiziert werden, weil zahlreiche weitere Einflussfaktoren als Störgrößen wirken. Dennoch kann eindeutig festgestellt werden, dass es durch die Einführung des G-DRG-Systems nicht zu einer systematischen Verschlechterung der Versorgungsqualität in Form von ansteigenden poststationären Mortalitätsraten gekommen ist.

## 5.8 Auswirkungen auf die Patientenzufriedenheit

Die Erfassung der Patientenzufriedenheit spielt in Deutschland unter den bestehenden wettbewerblichen Strukturen eine entscheidende Rolle bei der Steuerung administrativer und klinischer Prozesse. So haben einige Kliniken oder deren Verbände kontinuierliche Patientenbefragungen initiiert (z. B. Leister et al. 2011; Schmidt et al. 2009), deren Ergebnisse im Rahmen des Krankenhausmanagements genutzt werden. Leider werden Ergebnisse solch wiederholter Befragungen nicht als Zeitreihen für eine größere Anzahl von Krankenhäusern veröffentlicht.

Das Picker Institut erhebt seit vielen Jahren Daten zu Patientenerfahrungen in deutschen Krankenhäusern. Für den vorliegenden Forschungsbericht wurden den Evaluatoren vom Picker Institut aggregierte Ergebnisse zu ausgewählten Fragen für die Datenjahre 2005, 2007 und 2009 zur Verfügung gestellt. Das Picker Institut verwendet einen validierten und reliablen Fragebogen mit 80 geschlossenen Fragen zu Patientenerfahrungen. Die Fragebögen werden jeweils nach der Entlassung ausgefüllt (postalisch) und beziehen sich jeweils auf den letzten Krankenhausaufenthalt eines Patienten. Die Rücklaufquote liegt in der Regel bei ca. 60% (Stahl et al. 2012). Bei der Auswahl der Fragen, deren Ergebnisse in Tabelle 184 in Anhang E präsentiert werden, wurde darauf geachtet, dass die Bereiche Aufnahme und Entlassung, Pflege und medizinische Versorgung, Kommunikation und Partizipation am Behandlungsprozess sowie der Gesamteindruck berücksichtigt werden. Befragt wurden zu jedem Beobachtungsjahr Patienten, die mindestens 18 Jahre alt waren, aus ca. 65 akutstationären Krankenhäusern bzw. 147 Fachabteilungen, darunter keine psychiatrischen oder pädiatrischen Patienten und keine Wöchnerinnen (Stahl et al. 2012). Es wurden nur Fachabteilungen eingeschlossen, wenn Daten in einem ganzen Krankenhaus erhoben wurden (keine einzelnen Abteilungen aus einem Haus). Die hier präsentierte Studienpopulation stammt zu jedem Beobachtungsjahr aus denselben Krankenhäusern; es handelt sich nicht um eine geschichtete Stichprobe, daher sind die berücksichtigten Krankenhäuser regional ungleich verteilt (75% aus Nordrhein-Westfalen, Berlin und Baden-Württemberg) und auch hinsichtlich der Trägerschaft nicht repräsentativ.

Das Durchschnittsalter hat sich zwischen den Beobachtungsjahren minimal erhöht; dagegen ist der Anteil weiblicher Patienten etwas zurückgegangen (Tabelle 183 in Anhang E). Der Anteil derer, die ihren Gesundheitszustand als gut, sehr gut oder ausgezeichnet angeben, hat sich etwas erhöht. Der Anteil an GKV-Patienten hat leicht zugenommen.

In Tabelle 184 in Anhang E sind bei keiner Frage Veränderungen der Patientenerfahrungen um mehr als einen Prozentpunkt messbar. Ausnahmen bilden die Fragen nach Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Behandlung sowie nach der Verständlichkeit von Pflegekräften: Hinsichtlich der Mitbestimmungsmöglichkeiten hat sich der Anteil derer, die angeben, im gewünschten

Maße mitbestimmen zu können, von 48,5% auf 53,4% erhöht. Dagegen ist der Anteil derer, die bei wichtigen Fragen immer verständliche Antworten von den Pflegekräften erhielten, von 80,4% auf 78,7% gesunken. Die Weiterempfehlungsbereitschaft der Patienten, die häufig als zusammenfassender Indikator der Patientenzufriedenheit herangezogen wird, veränderte sich zwischen 2005 und 2009 kaum.

Ob die Verbesserung hinsichtlich der wahrgenommenen Mitbestimmungsmöglichkeiten auf die G-DRG-Einführung zurückzuführen ist, bleibt unklar. In den Daten des Picker Instituts fehlt der Bezug zu den Auswirkungen der veränderten Krankenhausfinanzierung auf die Patientenerfahrungen. Allerdings lässt sich aus den Ergebnissen kein Hinweis auf eine Verschlechterung der Patientenzufriedenheit zwischen 2005 und 2009 ablesen.

## 5.9 Auswirkungen auf die Mitarbeiterzufriedenheit

Publikationen der letzten Jahre zeigen, dass das Thema Arbeitszufriedenheit auf ungebrochen großes Interesse stößt (z. B. Schwartz und Angerer 2010). Bearbeitet und veröffentlicht werden allerdings kaum Ergebnisse zu Fragestellungen, deren Beantwortung mehrfache Erhebungszeitpunkte erfordern. Eine Ausnahme stellt dabei der Vergleich jeweils der deutschen Arme der Hospital-Reform-Outcomes-Studie aus dem Jahr 1999 von Aiken et al. (2001) und der RN4Cast-Studie von 2009 dar: Der Anteil der Pflegekräfte, die mit ihrem Arbeitsplatz unzufrieden sind, ist zwischen 1999 und 2010 von 17% auf 38% gestiegen (Zander und Busse 2011; Zander et al. 2011). Inwiefern diese Zunahme der Unzufriedenheit unter Pflegekräften auf die Einführung der G-DRGs zurückzuführen ist, bleibt unbeantwortet. Zur Arbeitszufriedenheit von Ärzten liegen keine Informationen für den Kern der Konvergenzphase vor.

Relativierend zu jedem Bericht über eine Verschlechterung der Arbeitszufriedenheit unter Berufsgruppen im Krankenhaus muss angeführt werden, dass die Arbeitszufriedenheit in Deutschland allgemein seit den 80er-Jahren sinkt (Bohulskyy et al. 2011). Etwaige Verschlechterungen der Mitarbeiterzufriedenheit im Rahmen des allgemeinen Trends können demnach nicht ausschließlich den besonderen Arbeitsbedingungen im Krankenhaus oder gar einem Vergütungssystem zugeschrieben werden.

## 5.10 Auswirkungen auf das Prüfverhalten des MDK

Sowohl die Ergebnisse der Vollerhebung bei den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung als auch die Befragung der Krankenhäuser ergaben ein weiter angestiegenes Prüfaufkommen im Bereich der stationären Fallprüfungen im Zeitraum 2008 bis 2010. So wurden den Angaben der MDK zufolge im Jahr 2010 insgesamt annähernd 2,2 Millionen Fälle im Rahmen von Einzelfallprüfungen geprüft, was gegenüber dem Jahr 2008, für das 2,1 Millionen Prüffälle berichtet wurden, einer jahresdurchschnittlichen Zunahme von 1% entspricht.<sup>325</sup> Für das Jahr 2009 wurden sogar knapp über 2,2 Millionen Prüffälle angegeben. Unter Einbeziehung der Ergebnisse aus den ersten beiden Forschungszyklen für die Zeiträume 2004 bis 2006 und 2006 bis 2008 zeigen sich im Zeitverlauf allerdings stark abnehmende Zuwachsraten.

Die Krankenhäuser berichten für den Zeitraum 2008 bis 2010 mit 6% p. a. hingegen von einer höheren Steigerung bei durchgeführten Einzelfallprüfungen. Wie bereits im zweiten Forschungszyklus der Begleitforschung angeführt, wird davon ausgegangen, dass die voneinander abweichenden Veränderungsraten auf unterschiedlichen Zählweisen der Fallprüfungen bei MDK und Krankenhäusern zurückzuführen sind.<sup>326,327</sup>

---

<sup>325</sup> Die Angaben des MDK enthalten auch stationäre Behandlungsfälle aus psychiatrischen Fachabteilungen. Rein psychiatrische Krankenhäuser wurden bei der Krankenhausbefragung im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung hingegen nicht befragt.

<sup>326</sup> Denkbar wären unterschiedliche Zählweisen der Prüffälle etwa in der Form, dass Mehrfachbegutachtungen eines stationären Falls von den Krankenhäusern einfach (je Fall), vom MDK hingegen mehrfach (je Begutachtung) gezählt werden. Daneben könnten die Unterschiede sich auch aus der Tatsache ergeben, „dass die Angaben einiger MDK sowohl Fälle mit sozialmedizinischer Fallberatung (SFB), die in mündlicher oder schriftlicher Form oder als sog. Gutachtenäquivalent erfolgen kann, beinhalten als auch Fälle mit sozialmedizinischer Begutachtung, die Angaben der Krankenhäuser hingegen primär Fälle mit sozialmedizinischer Begutachtung“ (vgl. Endbericht zum zweiten Forschungszyklus, S. 540).

Eine Differenzierung der Prüffälle nach SFB und Begutachtungen wurde im Rahmen einer Vorabfrage zur einheitlichen Datenbereitstellung für die G-DRG-Begleitforschung mit den MDK erörtert, war aufgrund unterschiedlicher Dokumentationsverfahren jedoch für die MDK nicht einheitlich umsetzbar.

<sup>327</sup> Im zweiten Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung wurden die Tätigkeitsberichte des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) zur Plausibilisierung der berichteten Fallzahlentwicklungen herangezogen. Diese Angaben des MDS standen für den dritten Forschungszyklus leider nicht zur Verfügung.

Die Krankenhäuser berichten zudem von einer gestiegenen Prüfquote von durchschnittlich 10,7% im Jahr 2008 auf 11,3% im Jahr 2010.<sup>328</sup> Darüber hinaus berichten einzelne Krankenhäuser,<sup>329</sup> dass mit einigen Krankenkassen Einzelfallgespräche geführt werden und sich die Anzahl der MDK-Prüfungen daher erkennbar verringert hat bzw. dass die Prüfungen teilweise durch einen Prüfarzt der Kasse durchgeführt werden und es sich somit nicht um Einzelfallprüfungen nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V handelt.<sup>330</sup>

Der Anteil der geprüften Fälle mit Rechnungskorrektur an allen geprüften Fällen schwankt nach Angaben der Krankenhäuser im Zeitraum 2008 bis 2010 zwischen 39% und 42%.<sup>331</sup>

Deutliche Steuerungswirkungen der Aufwandspauschale gem. § 275 Abs. 1c SGB V lassen sich somit weder anhand der Prüfquote noch anhand der Rechnungskorrekturquote ableiten.<sup>332,333</sup>

Im Vergleich zu den Einzelfallprüfungen nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V wurden auch im Zeitraum 2008 bis 2010 ausgesprochen selten Stichproben-

---

<sup>328</sup> Der GKV-Spitzenverband beziffert die durchschnittliche MDK-Prüfquote für das Jahr 2010 auf 11,6% (vgl. GKV-Spitzenverband 2011).

<sup>329</sup> Hierbei handelt es sich um im Fragebogen ergänzte Begründungen der Krankenhäuser für die stark variierende Anzahl von MDK-Prüfungen einzelner Krankenkassenarten.

<sup>330</sup> Eine Krankenhausbefragung von Thieme kommt zu dem Ergebnis, dass im Jahr 2010 in 29% der befragten Kliniken „Abrechnungsfälle unter Umgehung des MDK direkt mit den Krankenkassen“ besprochen wurden, dieser Anteil in den einzelnen Bundesländern jedoch stark variiert (Thieme 2011).

<sup>331</sup> Es ist davon auszugehen, dass die tatsächliche Rechnungskorrekturquote leicht unterschätzt wird, da in den Fragebögen vielfach darauf hingewiesen wurde, dass zum Befragungszeitpunkt noch nicht alle Prüfverfahren der Jahre 2008 bis 2010 abgeschlossen waren.

<sup>332</sup> Eine möglichst hohe Rechnungskorrekturquote liegt im Interesse der Krankenkassen, da sie dem Krankenhaus im Falle einer MDK-Prüfung, die nicht zu einer Rechnungskorrektur führt, eine Aufwandspauschale erstatten müssen. Diese Aufwandspauschale in Höhe von 100 € je Fall wurde im Rahmen des GKV-WSG im Jahr 2007 eingeführt und durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) im Jahr 2009 auf 300 € erhöht.

<sup>333</sup> Diskutiert wurde in diesem Zusammenhang auch die Einführung einer Aufwandspauschale, die von den Krankenhäusern im Fall einer Rechnungskorrektur aufgrund einer MDK-Prüfung zu leisten wäre, wie etwa vom Bundesrechnungshof oder dem GKV-Spitzenverband vorgeschlagen. Eine solche „symmetrische Aufwandspauschale“ (GKV-Spitzenverband 2011) könne demzufolge Anreize bei den Krankenhäusern setzen, „richtig abzurechnen und für sie negative Prüfergebnisse und eine damit verbundene pauschale Zahlung zu vermeiden“ (Bundesrechnungshof 2011).

prüfungen gem. § 17c Abs. 2 KHG durchgeführt. So liegt der Anteil der Krankenhäuser, bei denen im Zeitraum 2008 bis 2010 Stichprobenprüfungen durchgeführt wurden, nur bei 2%. Ursache für die sehr geringe Anwendung dieses Verfahrens könnte seine Ausgestaltung sein, die aufgrund der kassenübergreifenden Prüfung und der anteilmäßigen Verteilung möglicher Rückerstattungen den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen nicht entsprechend berücksichtigt.<sup>334,335</sup>

Daneben berichten die Krankenhäuser, dass die Anzahl der mit der Bearbeitung der MDK-Anfragen bzw. -Prüfungen befassten Mitarbeiter kontinuierlich angestiegen ist.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Befragungen zu den Veränderungen des MDK-Prüfverhaltens seit der Einführung des G-DRG-Systems ein deutlich zunehmendes Prüfaufkommen, das sich in Form von stark steigenden Prüfzahlen, einer zunehmenden Prüfquote und auch einer steigenden Rechnerkorrekturquote zeigt. Insbesondere am Ende der Konvergenzphase stabilisieren sich diese Kennzahlen auf dem im Vergleich zur Einführungsphase des G-DRG-Systems hohen Niveau. Die von den Krankenhäusern berichtete direkte Kommunikation mit einzelnen Krankenkassen, bei denen der MDK nicht in die Klärung von Streitfällen eingebunden wird, zeigt, dass sich neben den klassischen MDK-Prüfungen auch andere Formen der Konfliktlösung entwickelt haben.

Um „eine nachhaltige Verminderung von Streitfällen bei abweichenden Auffassungen über die Abrechnung von Krankenhausfällen“ zu fördern, haben die Partner der Selbstverwaltung das InEK „beauftragt, Anfragen im Zusammenhang mit dem G-DRG-Klassifikationssystem (Abrechnungsbestimmungen, Deutsche Kodierrichtlinien, Eingruppierung in DRG-Fallgruppen etc.)

---

<sup>334</sup> So weist der Bundesrechnungshof darauf hin, dass „in der Regel nur regionale Krankenkassen mit einer hohen Belegungsquote in einem Krankenhaus ein Interesse an diesem Prüfungstyp haben, kleine oder bundesweit agierende Krankenkassen mit wenigen Belegungen in diesem Krankenhaus hingegen kaum“, da mögliche Rückerstattungen an die Krankenkassen in Abhängigkeit vom Anteil der sie betreffenden Abrechnungen erfolgen (Bundesrechnungshof 2011). Für Krankenkassen mit geringen Fallzahlen sind somit die Anreize für die Einleitung der Prüfung eines Krankenhauses, über die die Krankenkassen gem. § 17c Abs. 2 mehrheitlich entscheiden, gering. Im Rahmen des KHRG wurde – auch zur Steigerung der Attraktivität der Stichprobenprüfungen – in § 17c Abs. 3 KHG die Möglichkeit geschaffen, nach Vereinbarung Rechnerkorrekturen direkt gegenüber der zahlungspflichtigen Krankenkasse zu berichtigen (vgl. Begründung zum Entwurf des KHRG, BT-Drs. 16/11429).

<sup>335</sup> Auch das Bundesversicherungsamt führt die seltene Anwendung von Stichprobenprüfungen auf „Wettbewerbsgründe“ zurück, da „das eigene Wissen anderen Kassen nicht zum Vorteil gereichen soll“ (vgl. Bundesversicherungsamt 2007, S. 102 f.).

durch ein regelhaftes Verfahren zu beantworten“ (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2010b).

Neben der Einrichtung einer solchen Anlaufstelle zur Reduzierung des offenkundig bestehenden Konfliktpotenzials zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen im Hinblick auf die Krankenhausabrechnungen scheinen weitere Anpassungen der derzeit bestehenden Rahmenbedingungen weiterhin dringend notwendig, um einen weiter steigenden Ressourcenverbrauch zur Bearbeitung der Fallprüfungen sowohl auf Seiten der Krankenkassen und der MDK als auch auf Seiten der Krankenhäuser zu verhindern.







## Literaturverzeichnis

- Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Busse R, Clarke H, Giovannetti P, Hunt J, Rafferty A, Shamian J. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Aff* 2001; 20 (3): 43-53.
- AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen. Beschreibung der Qualitätsindikatoren für das Verfahrensjahr 2010: Pneumonie - Stand: 10.5.2011. Göttingen; 2011a.
- AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen. Qualitätsreport 2010. Göttingen; 2011b.
- Asmuth M, Blum K, Fack-Asmuth WG, Gumbrich G, Offermanns M. Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995. Abschlußbericht. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut; 1999.
- Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives and provider payment methods. *The International Journal of Health Planning and Management* 1995; 10 (1): 23-45.
- Berke E, Shi X. Computing travel time when the exact address is unknown: a comparison of point and polygon ZIP code approximation methods. *International Journal of Health Geographics* 2009; 8 (1): 23.
- Böhm K, Beck M, Klemm S, Peter F. Orientierungswert für Krankenhäuser - Methodische Grundlagen. *Wirtschaft und Statistik* 2012: 783-804.
- Bohulskyy Y, Erlinghagen M, Scheller F. Arbeitszufriedenheit in Deutschland sinkt langfristig. Auch geringe Arbeitszufriedenheit im europäischen Vergleich. Aktuelle Forschungsergebnisse aus dem Institut Arbeit und Qualifikation 2011; (3).
- Bölt U. Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2007. In: Klauber J, Geraedts M und Friedrich J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2010. Stuttgart: Schattauer; 2009: 319-51.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). Wirkungsanalyse KVG-Revision Spitalfinanzierung; 2011:  
<http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07350/12642/index.html?lang=de> [09.11.2012].
- Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung. Qualität sichtbar machen. BQS-Qualitätsreport 2008. Düsseldorf: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH; 2008.

- Bundesrechnungshof. Bemerkungen 2010 zur Haushalts- und Wirtschaftsführung des Bundes – Weitere Prüfungsergebnisse –. Bonn; 2011.
- Bundesversicherungsamt. Tätigkeitsbericht 2007. Bonn; 2007.
- Busse R, Zander B, Blümel M. Entwicklung eines zuverlässigen Prognosemodells zur Pflegebedarfsplanung: Registered Nurse Forecasting. Pflegezeitschrift 2009; 62 (10): 610-1.
- Butler M, Collins R, Drennan J, Halligan P, O'Mathúna D, Schultz T, Sheridan A, Vilis E. Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011; (7).
- Chulis GS. Assessing Medicare's Prospective Payment System for Hospitals. Medical Care Review 1991; 48 (2): 167-206.
- Coffey RM. Casemix Information in the United States: Fifteen years of management and clinical experience. Casemix Quarterly 1999; 1 (1).
- Coffey RM, Louis DZ. Fünfzehn Jahre DRG-basierte Krankenhausvergütung in den USA. In: Arnold M, Litsch M und Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2000. Stuttgart: Schattauer; 2001: 33-47.
- Culyer AJ, Newhouse JP (Hrsg). Handbook of Health Economics : Volumes 1A & 1B: North Holland; 2000.
- Davis CK, Rhodes DJ. The impact of DRGs on the cost and quality of health care in the United States. Health Policy 1988; 9 (2): 117-31.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft. Geschäftsbericht 2011. Berlin; 2012.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. Reha-Bericht 2012: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Berlin; 2012.
- Deutscher Bundestag. Versorgungslücke nach Krankenhausaufenthalt und ambulanter medizinischer Behandlung schließen - Antrag BT-Drucksache: 17/2924; 2010.
- Deutscher Bundestag. Wortprotokoll der 35. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Protokoll Nr. 17/35. Öffentliche Anhörung zum Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Fritz Kuhn, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Versorgungslücke nach Krankenhausaufenthalt und ambulanter medizinischer Behandlung schließen, BT-Drucksache 17/2924; 2011.
- Deutsches Krankenhausinstitut. Krankenhaus Barometer Umfrage 2010. Düsseldorf; 2010.
- Eastaugh SR. Hospital specialization and cost efficiency: benefits of trimming product lines. Hospital & health services administration 1992; 37 (2): 223-35.

Erlandsen E. Improving the Efficiency of Health Care Spending: What Can be Learnt from Partial and Selected Analyses of Hospital Performance? OECD Economic Studies 2008; 44 (1): 1-34.

Farley DE, Hogan C. Case-mix specialization in the market for hospital services. Health Services Research 1990; 25 (5): 757-83.

Felder S, Meyer S, Augurzky B, Gülker R, Mennicken R, Wasem J, Gülker H, Siemssen N. Mengenerwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen - Endbericht: Forschungsprojekt im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. Essen; 2012.

Fetter RB, Brand DA, Gamache D. DRGs: Their Design and Development: Health Administration Press; 1990.

Fiori W, Engels-Lozowski M, Kiesel L, Roeder N. Kodierung in der Geburtshilfe. Der Frauenarzt 2003; 44: 124-33.

Fischer W. Statistische Grafiken zur Beurteilung von Patientenklassifikationssystemen. 2008.

Flintrop J. Die Tarifverträge zeigen Wirkung. Deutsches Ärzteblatt 2011; 108 (7): 310-1.

Friedrich J, Günster C. Determinanten der Casemixentwicklung in Deutschland während der Einführung der DRGs (2002-2004). In: Klauber J, Robra B-P und Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2005; 2005: 153-204.

Fürstenberg T, Gierling P, Laschat M. Abschlussbericht. Überprüfung der Auswirkungen der Regelungen über Mindestmengen gemäß § 6 Abs. 5 Satz 2 der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (ABK-RL). Untersuchung im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses. Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss; 2012.

Fürstenberg T, Laschat M, Zich K, Klein S, Gierling P, Nolting H-D, Schmidt T. G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG: Endbericht des zweiten Forschungszyklus (2006 bis 2008). Untersuchung im Auftrag des deutschen DRG-Instituts (InEK). Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft; 2011.

Fürstenberg T, Zich K, Nolting H-D, Laschat M, Klein S, Häussler B. G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG: Endbericht des ersten Forschungszyklus (2004 bis 2006). Untersuchung im Auftrag des deutschen DRG-Instituts (InEK). Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft; 2010.

Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V. Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004 - 2008. Düsseldorf; 2009.

- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) in der Neufassung vom 17. September 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger 9. Februar 2010, in Kraft getreten am 10. Februar 2010; zuletzt geändert am 21. Oktober 2010, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011 S. 140, in Kraft getreten am 15. Januar 2011; 2010.
- Giammanco MD. The short-term response of hospitals to the introduction of the DRG based prospective payment system: some evidence from Italy. *Giornale degli Economisti* 1999; 58 (1): 27-62.
- GKV-Spitzenverband. Argumentationspapier für eine symmetrische Aufwandspauschale; 2011.
- GKV-Spitzenverband. Dritter Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegesonderprogramm gemäß § 4 Abs. 10 Satz 12 KHEntgG (Förderjahre 2009 bis 2011) - Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin; 2012.
- Günster C. Komponentenzerlegung und Warenkorbänderungen. In: Arnold M, Litsch M und Schwartz FW (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2007*. Schwerpunkt: Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase. Stuttgart: Schattauer; 2007: 185-94.
- Håkansson S. Productivity changes after introduction of prospective hospital payments in Sweden. *Casemix Quarterly* 2000; 2 (2): 47-57.
- Häussler B, Höer A, Hempel E (Hrsg). *Arzneimittel-Atlas 2012. Der Arzneimittelverbrauch in der GKV*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag; 2012.
- Heimig F. DRGs: Schaltjahr 2005. 30. Deutscher Krankenhaustag. Düsseldorf; 2004.
- Hentze J, Kehres E. *Buchführung und Jahresabschluss in Krankenhäusern*. Stuttgart: Kohlhammer; 2007.
- Hjortsberg C, Ghatnekar O, Rico A. *Health care systems in transition: Sweden*. 2001.
- Hsia DC, Ahern CA. Good quality care increases hospital profits under prospective payment. *Health Care Financing Review* 1992; 13 (3): 17-26.
- Hsia DC, Krushat WM, Fagan AB, Tebbutt JA, Kusserow RP. Accuracy of diagnostic coding for Medicare patients under the prospective-payment system. *The New England Journal of Medicine* 1988; 318 (6): 352-5.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. *Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2004*. Siegburg; 2003.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. *Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2005 - Teil I: Projektbericht*. Siegburg; 2004.

- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2006 - Teil I: Projektbericht. Siegburg; 2005.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2007 - Teil I: Projektbericht. Siegburg; 2006.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2008 - Teil I: Projektbericht. Siegburg; 2007.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2009 - Teil I: Projektbericht. Siegburg; 2008.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2010 - Teil I: Projektbericht. Siegburg; 2009.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2011 - Teil I: Projektbericht. Siegburg; 2010a.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. „Anfragen an das InEK“ in Zusammenhang mit dem G-DRG-System. Siegburg; 2010b.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2012 - Teil I: Projektbericht. Siegburg; 2011.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. G-DRG V2011 Browser 2010 §21 KHEntgG. 2012.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Entwicklung und Erstellung eines Prognosemodells zur Ermittlung der Auswirkungen von Schwellenwerten auf die Versorgung - Abschlussbericht. Köln; 2006.
- Institut für Qualitätsmessung und Evaluation (IQME) im Auftrag des Marburger Bundes. Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung -Analyse der beruflichen Situation der angestellten und beamteten Ärzte in Deutschland-. 2011.
- Kahn KL. The effects of the DRG-based prospective payment system on the quality of care for hospitalized medicare patients: final report. Santa Monica; 1992.
- Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. Krankenhaus-Report 2012. Schwerpunkt: Regionalität. Stuttgart: Schattauer; 2012.

- Kobel C, Pfeiffer K-P. Financing inpatient health care in Austria. *Euro Observer* 2009; 11 (4): 7-8.
- Kölking H. Strukturelle Auswirkungen des DRG-Systems im Krankenhaus. In: Kölking H (Hrsg). *DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft*. Stuttgart: Kohlhammer; 2007: 35-57.
- Kosecoff J, Kahn KL, Rogers WH, Reinisch EJ, Sherwood MJ, Rubenstein LV, Draper D, Roth CP, Chew C, Brook RH. Prospective payment system and impairment at discharge. The 'quicker-and-sicker' story revisited. *The Journal of the American Medical Association*. 264; 1990: 1980-3.
- Küttner T. Der klinische Behandlungspfad als strategisches Managementinstrument im DRG-Kontext und dessen Entwicklung am praktischen Beispiel einer akutgeriatrischen Abteilung eines somatischen Krankenhauses. Schöningh; 2004.
- Lauterbach KW, Lungen M. Was hat die Vergütung mit der Qualität zu tun? In: Arnold M, Litsch M und Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2000*. Stuttgart: Schattauer, F.K. Verlag; 2001: 115-26.
- Leber W-D, Wolff J. G-DRG-Entwicklung aus Sicht der Krankenkassen. In: Roeder N und Bunzemeier H (Hrsg). *Kompendium zum G-DRG-System 2009*. Düsseldorf: Kohlhammer; 2009: 49-116.
- Leister J, Wollscheid M, Snoek H, Vogel S, Meixner T. Kontinuierliche Patientenbefragung als Instrument zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit. Bedeutung der Pflegenden im Prozess der Qualitätsbeurteilung. *Pflegezeitschrift* 2011; 64 (8): 480-4.
- Lundgren S, Kindseth O, Magnussen J. The influence of the new financing reform on Hospital casemix in Norway. *Hospital* 1999; 94: 97-104.
- Lungen M. *Ambulante Behandlung im Krankenhaus. Zugang, Finanzierung, Umsetzung*. Berlin: LIT Verlag Dr. W. Hopf; 2007.
- Lungen M, Rath T. Auswirkungen der deutschen DRG-Einführung: Internationale Erfahrungen im Überblick. In: Rau F, Roeder N und Hensen P (Hrsg). *Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland - Standortbestimmung und Perspektiven*. Stuttgart: W. Kohlhammer; 2009: 131-44.
- Manton KG, Woodbury MA, Vertrees JC, Stallard E. Use of Medicare services before and after introduction of the prospective payment system. *Health Services Research* 1993; 28 (3): 269-92.
- Meyer B, Locher H, Paccaud F. SwissDRG: Monitoring für eine nachhaltige Gesundheitspolitik erforderlich - Konzept für die Begleitforschung aus Anlass der Einführung von SwissDRG. *Schweizerische Ärztezeitung* 2009; 90 (40): 1533-8.



- Or Z. Activity based payment in France. Euro Observer 2009; 11 (4): 5-6.
- Orlowski U, Rau F, Schermer J, Wasem J, Zipperer M. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung. GKV-Kommentar. Bd. 1: Gesetzestext Kommentar (§§ 1-68); Bd. 2: Gesetzestext Kommentar (§§ 69-185); Bd. 3: Gesetzestext Kommentar (§§ 186-314). Heidelberg (19. Aktual.): C.F. Müller, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH; 2008.
- Panknin H. Hat die Reduktion von Pflegepersonal Folgen auf die Qualität der Krankenhausbehandlung? Kinderkrankenschwester 2009; 28 (12): 491-7.
- Pellegrini S, Widmer T, Weaver F, Fritschi T, Bennett J. KVG-Revision Spitalfinanzierung: Machbarkeits- und Konzeptstudie zur Evaluation. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit. Bern und Zürich; 2010.
- Penk A, Marx P, Reile A. Innovation durch Wettbewerb. In: Häussler B, Klusen N, Lugan M und Paquet R (Hrsg). Jahrbuch der medizinischen Innovationen - Band 5: Innovationen im Wettbewerb. Stuttgart: Schattauer; 2008: 11-9.
- Pick P, Brüggemann J, Grote C, Grünhagen E, Lampert T. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Pflege. Berlin; 2004.
- Rafferty A, Clarke S, Coles J, Ball J, James P, McKee M, Aiken L. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records. Int J Nurs Stud. 2007; 44 (2): 175-82.
- Rau F, Roeder N, Hensen P (Hrsg). Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland - Standortbestimmung und Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer; 2009.
- Reichelt H. Eine Methode der statistischen Komponentenerlegung. Konzept einer erweiterten Index-Analyse volkswirtschaftlicher Änderungsraten. Bonn; 1988.
- Rochell B, Roeder N. DRG-basierte Entgeltsysteme in Europa. In: Arnold M, Litsch M und Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2000. Stuttgart: Schattauer; 2001: 49-65.
- Roeder N. Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2006. Münster; 2005.
- Roeder N, Fiori W, Bunzemeier H. Einflüsse veränderter Kodierung und anderer Effekte auf den Case-Mix im G-DRG-System. Bewertung von Fehlkodierungs- und Rightcoding-Effekten sowie nicht kodierbedingten Effekten. Gutachten im Auftrag der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft Münster: Schüling-Verlag; 2008.

- Roeder N, Fiori W, Bunzemeier H. DRG-Katalogeffekte: Bewertung von Katalogeffekten und Beschreibung ihrer Einflußfaktoren im G-DRG-System; Expertise im Auftrag des ZI. Münster; 2010: 41.
- Rogers WH, Draper D, Kahn KL, Keeler EB, Rubenstein LV, Kosecoff J, Brook RH. Quality of care before and after implementation of the DRG-based prospective payment system. A summary of effects. *The Journal of the American Medical Association* 1990; 264 (15): 1989-94.
- Rolland S. Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2003. (Hrsg). Krankenhaus-Report 2005: Schattauer Verlag; 2005: 237-63.
- Rümmelin B. Aktueller Stand Psych-Entgeltsystem aus Sicht der DKG - Eine Berliner Großbaustelle -. Vortrag im Rahmen der 46. Fachgruppentagung des Verbands der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V., VKD – Fachgruppe Psychiatrie in Bad Emstal am 20.09.2012; 2012.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Sondergutachten 2012: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Bonn; 2012.
- Schmidt C, Möller J, Malchow B, Meyer J, Schmidt K, Kuchler T. Patientenzufriedenheit - Ein potentieller Eckpfeiler des Krankenhausmanagements. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2009; 134 (22): 1151-6.
- Schöpke T. Intersektorale Kooperation in der Notfallversorgung, Referat im Rahmen des 8. Deutschen Symposiums der BAG-ZNA am 6. - 7. Mai 2011. Hamburg; 2011.
- Schreyögg J, Stargardt T, Tiemann O, Busse R. Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): A comparison of nine European countries. *Health Care Management Science* 2006; 9: 215-23.
- Schwabe U, Paffrath D (Hrsg). Arzneiverordnungs-Report 2012. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag; 2012.
- Schwartz FW, Angerer P (Hrsg). Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2010.
- Sens B. Die Ablösung von alten Konzepten fällt schwer. DRG-induzierte Veränderungen und ihre Auswirkungen auf Organisationen, Professionals, Patienten und Qualität. *KU Gesundheitsmanagement* 2009; 78 (11): 16-22.
- Sermeus W, Aiken L, Van den Heede K, Rafferty A, Griffiths P, Moreno-Casbas M, Busse R, Lindqvist R, Scott A, Bruyneel L, Brzostek T, Kinnunen J et al. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing* 2011; (10): 6.

- Sloan FA. Erfahrungen mit dem diagnosespezifischen Entgelt von Krankenhausleistungen in den USA: Das DRG-Experiment. *Alternative Entgeltverfahren in der Krankenhausversorgung, Beiträge zur Gesundheitsökonomie* 1991; 24: 177–205.
- Sloan FA, Morrisey MA, Valvona J. Effects of the Medicare prospective payment system on hospital cost containment: an early appraisal. *The Milbank Quarterly* 1988; 66 (2): 191-220.
- Spindler J, Bölt U. Die Einführung des DRG-Entgeltsystems im Spiegel der Krankenhausstatistik. In: Rau F, Roeder N und Hensen P (Hrsg). *Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland - Standortbestimmung und Perspektiven*. Stuttgart: Kohlhammer; 2009: 43-60.
- Spitzenverbände der Krankenkassen (GKV), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). *Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V - Ambulantes Operieren im Krankenhaus*; 1993.
- Stahl K, Lietz D, Riechmann M, Günther W. Patientenerfahrungen in der Krankenhausversorgung: Revalidierung eines Erhebungsinstruments. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 2012; 21 (1): 11-20.
- Statistisches Bundesamt. *Grunddaten der Krankenhäuser - 2004*. Wiesbaden; 2005.
- Statistisches Bundesamt. *Grunddaten der Krankenhäuser - 2006*. Wiesbaden; 2008a.
- Statistisches Bundesamt. *Grunddaten der Krankenhäuser - 2007*. Wiesbaden; 2008b.
- Statistisches Bundesamt. *Grunddaten der Krankenhäuser - Qualitätsbericht*. Wiesbaden; 2008c.
- Statistisches Bundesamt. *Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Case-Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern 2010 - Fachserie 12 Reihe 6.4*. Wiesbaden; 2011a.
- Statistisches Bundesamt. *Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2010*. Wiesbaden; 2011b.
- Statistisches Bundesamt. *Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen*. Wiesbaden; 2012a.
- Statistisches Bundesamt. *Grunddaten der Krankenhäuser - 2010*. Wiesbaden; 2012b.
- SwissDRG AG. *Begleitmassnahmen*; 2012:  
[http://www.swissdrg.org/de/07\\_casemix\\_office/Begleitmassnahmen.asp?navid=11](http://www.swissdrg.org/de/07_casemix_office/Begleitmassnahmen.asp?navid=11) [09.11.2012].

- Thieme M. MDK-Prüfung an deutschen Krankenhäusern - Bestandsaufnahme 2010 & Trend 2011. 2011.
- Tufte ER. The Visual Display of Quantitative Information: Graphics Press; 2001.
- Tuschen KH. Entstehung, Darstellung und Bewertung des G-DRG-Systems sowie Perspektiven der Weiterentwicklung aus bundesweiter Sicht. In: Roeder N und Bunzemeier H (Hrsg). Kompendium zum G-DRG-System 2009. Düsseldorf: Kohlhammer; 2009: 1-17.
- Tuschen KH, Braun T, Rau F. Erlösausgleiche im Krankenhausbereich: Eine Orientierungshilfe. Das Krankenhaus 2005; 97 (11/2005): 955-60.
- Tuschen KH, Trefz U. Krankenhausentgeltgesetz. Stuttgart: Kohlhammer; 2004.
- Tuschen KH, Trefz U. Krankenhausentgeltgesetz. Stuttgart: Kohlhammer; 2009.
- U.S. Congress - Office of Technology Assessment. Medicare's Prospective Payment System: Strategies for Evaluating Cost, Quality, and Medical Technology. Washington D. C.; 1985.
- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH). Begleitforschung – notwendiges Monitoring; 2011:  
<http://www.fmh.ch/tarife/begleitforschung.html> [09.11.2012].
- von Eiff W, Klemann A, Meyer N. REDIA-Studie 2. Lit Verlag; 2006.
- von Eiff W, Klemann A, Middendorf C. REDIA-Studie. Lit-Verlag; 2005.
- von Eiff W, Schüring S, Niehues C. REDIA. Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation. Ergebnisse einer prospektiven medizin-ökonomischen Langzeitstudie 2003 bis 2011. Berlin: LIT Verlag Dr. W. Hopf; 2011.
- Walter B, Fleischmann T. Interdisziplinäre Notaufnahme - Aufgaben, Struktur, Zukunft. Das Krankenhaus 2007; 99 (7): 657-60.
- Zander B, Busse R. Pflege im Krankenhaus. Hat die Arbeitssituation einen Effekt auf Pflege- und Patientenergebnisse? DBfK-Aktuell 2011; 50 (6): 60-2.
- Zander B, Dobler L, Busse R. Studie spürt Gründen für Burnout nach. Psychische Erkrankungen kommen in der Pflegebranche überproportional häufig vor. Pflege Z 2011; 64 (2): 98-101.

## Verzeichnis der Gesetze und Rechtsverordnungen

Bundesministerium für Gesundheit. Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV) vom 19. September 2002. Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 68. Bonn; 2002. 3674-726.

Deutsche Kodierrichtlinien. Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren. Versionen 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010. Siegburg; 2001-2009.

Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit - zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung. BT-Drucksachen 16/10807, 16/10868, 16/11429. 2008.

Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG). BT-Drucksache 14/6893. 2001.

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). BT-Drucksache 16/3100. 2006.

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG), BT-Drucksache 17/6906; 2011.

Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) vom 23. April 2002. Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 27. Bonn; 2002. 1412-1437.

Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) vom 17. März 2009. Bundesgesetzblatt Teil 1 Nr. 15. Bonn; 2009. 534-549.

Gesetz zur Änderung der Bundesärzteordnung und anderer Gesetze vom 21. Juli 2004. Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 38. Bonn; 2004. 1776-90.

Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (Fallpauschalenänderungsgesetz – FPÄndG) vom 17. Juli 2003. Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 36. Bonn; 2003. 1461-70.

Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG) vom 23. April 2002. Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 27. Bonn; 2002. 1412-1437.

Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14. November 2003. Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 55. Bonn; 2003. 2190-2258.

Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999. Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 59. Bonn; 1999. 2626-56.

Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz– GKV-WSG) vom 26. März 2007. Bundesgesetzblatt Teil 1 Nr. 11. Bonn; 2007. 378-473.

Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG) vom 10. April 1991. Bundesgesetzblatt Teil 1 Nr. 24. Bonn; 1991. 886-894.

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch SGB V vom 20. Dezember 1988. Bundesgesetzblatt Teil 1 Nr. 62. Bonn; 1988. 2477-2597.

Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V – Mindestmengenvereinbarung - vom 04.12.2003, vom 21.03.2006, vom 19.12.2006, vom 22.11.2007. 2003-2007.

Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17b KHG zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen (GKV), dem Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vom 30. Juni 2010. Düsseldorf, Bonn, Essen, Bergisch Gladbach, Bochum, Hamburg, Kassel, Köln, Siegburg, 2000.

Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (Fallpauschalenvereinbarungen 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 – FPV 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010). 2004-2009.

Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen (VBE 2006, VBE 2007, VBE 2008). 2006-2008.

Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik- Verordnung – KHStatV). 1990.

Verordnung über die Rechnungs- und Buchführungspflichten von Krankenhäusern (Krankenhaus-Buchführungsverordnung – KHBV). 1978.

Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung – Psych-PV). 1990.

Verordnung zur Bestimmung besonderer Einrichtungen im Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (Fallpauschalenverordnung besondere Einrichtungen 2004, 2005 – FPVBE 2004, FPVBE 2005). 2004-2005.

Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung - BpflV). 1994.

Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften (Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz – 2. FPÄndG) vom 15. Dezember 2004. Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 69. Bonn; 2004. 3429-44.

## **Anhang**





## Abbildungsverzeichnis (Anhang)

Abbildung 145:	Verteilung der nach § 21 KHEntgG datenliefernden Krankenhäuser nach Bundesland (2004-2010).....	509
Abbildung 146:	Verteilung der nach § 21 KHEntgG datenliefernden Krankenhäuser nach Bettengrößenklasse (2004-2010).....	510
Abbildung 147:	Verteilung der nach § 21 KHEntgG datenliefernden Krankenhäuser nach Case-Mix-Index-Klasse (2008-2010).....	510
Abbildung 148:	Verteilung der nach § 21 KHEntgG datenliefernden Krankenhäuser nach Krankenhausträgerschaft (2004-2010).....	511
Abbildung 149:	Komponentenzerlegung der Case-Mix-Entwicklung (2004-2006; 2006-2008; 2008-2010).....	518
Abbildung 150:	Bereinigte Kosten je Fall, Verbraucherpreisindex (1991-2010; 1991=100).....	519
Abbildung 151:	Entwicklung der durchschnittlichen Sachkosten je Fall nach Krankenhausträgerschaft (2002-2010; 2002=100).....	521
Abbildung 152:	Verteilung der Krankenhäuser nach Investitionsquotenklasse („Investitionsquote Sach“) (2004,2006,2008,2010).....	522
Abbildung 153:	Verteilung der Krankenhäuser nach Investitionsquotenklasse („Investitionsquote Umsatz“) (2004,2006,2008,2010).....	522
Abbildung 154:	Verteilung der Veränderungsrate der MDK-Prüfquote (Einzelfallprüfungen; 2008-2010).....	527
Abbildung 155:	MDK-Prüfquote nach Bettengrößenklasse (Einzelfallprüfungen; 2008-2010).....	527
Abbildung 156:	MDK-Prüfquote nach Krankenkassenart (Einzelfallprüfungen; 2008-2010; Median).....	528
Abbildung 157:	Prüfgrundlage der Fälle mit Rechnungs Korrektur (2008-2010).....	528
Abbildung 158:	Prüfgrundlage der Fälle mit Rechnungs Korrektur nach Krankenkassenart (2008-2010).....	529
Abbildung 159:	Fragebogen Krankenhausbefragung (I).....	564
Abbildung 160:	Fragebogen Krankenhausbefragung (II).....	565
Abbildung 161:	Fragebogen Krankenhausbefragung (III).....	566
Abbildung 162:	Fragebogen Krankenhausbefragung (IV).....	567
Abbildung 163:	Fragebogen Krankenhausbefragung (V).....	568
Abbildung 164:	Fragebogen Krankenhausbefragung (VI).....	569
Abbildung 165:	Fragebogen Krankenhausbefragung (VII).....	570
Abbildung 166:	Fragebogen Krankenhausbefragung (VIII).....	571
Abbildung 167:	Fragebogen Krankenhausbefragung (IX).....	572
Abbildung 168:	Fragebogen Krankenhausbefragung (X).....	573
Abbildung 169:	Fragebogen Krankenhausbefragung (XI).....	574
Abbildung 170:	Fragebogen Krankenhausbefragung (XII).....	575
Abbildung 171:	Fragebogen Krankenhausbefragung (XIII).....	576
Abbildung 172:	Fragebogen Krankenhausbefragung (XIV).....	577
Abbildung 173:	Fragebogen Krankenhausbefragung (XV).....	578
Abbildung 174:	Fragebogen Krankenhausbefragung (XVI).....	579
Abbildung 175:	Fragebogen Krankenhausbefragung (XVII).....	580



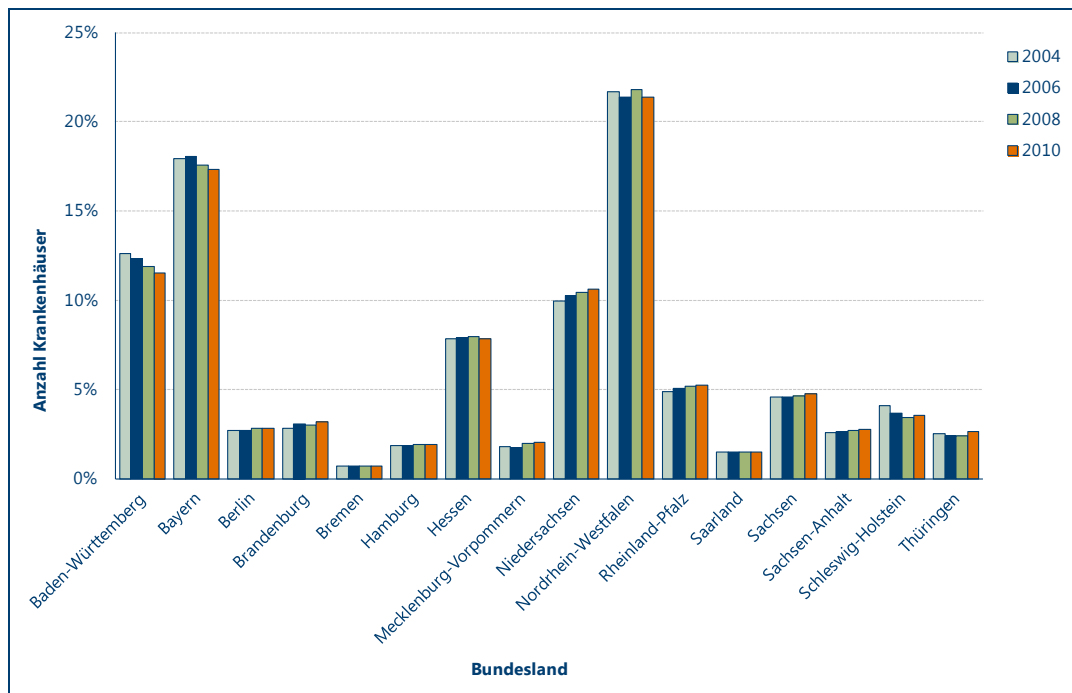
## Tabellenverzeichnis (Anhang)

Tabelle 167:	Hauptdiagnosegruppen (MDC) .....	512
Tabelle 168:	Revisionsoperationen; berücksichtigte OPS-Kodes.....	513
Tabelle 169:	Suchstring Mitarbeiterzufriedenheit .....	514
Tabelle 170:	Suchstring Patientenzufriedenheit .....	515
Tabelle 171:	Entwicklung der Bettenzahl der Teilgebiete/Schwerpunkte innerhalb der Chirurgie und der Inneren Medizin (1991-2010).....	516
Tabelle 172:	Veränderung des Anteils der Dienstarten an allen Vollkräften (1995-2010).....	516
Tabelle 173:	Fluktuationsquoten und jährliche Veränderung nach Dienstart (2004; 2006; 2008; 2010).....	517
Tabelle 174:	Anzahl ausgewählter Großgeräte in Krankenhäusern nach Krankenhausträgerschaft (1991-2010).....	517
Tabelle 175:	Veränderung der Sachkosten je Fall nach Einzelposten (2002- 2010).....	520
Tabelle 176:	Entwicklung des Medizinischen Sachbedarfs und ausgewählter Kostenarten des Medizinischen Sachbedarfs je Fall (2002-2010).....	521
Tabelle 177:	Fallzahl, Durchschnittsalter und Anteil über 75-Jähriger in Rehabilitationseinrichtungen nach Diagnosegruppe (2003-2010).....	523
Tabelle 178:	Anzahl Fälle je Vollkraft nach Dienstart in Rehabilitationseinrichtungen (1991-2010).....	524
Tabelle 179:	Pflegelage je Vollkraft nach Dienstart in Rehabilitationseinrichtungen (1991-2010).....	524
Tabelle 180:	Im Qualitätsmanagement tätiges Personal in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) je Krankenhaus (2004-2010) .....	525
Tabelle 181:	Entwicklung von Strukturen und Instrumenten des Qualitätsmanagements (2008-2010).....	525
Tabelle 182:	Gründe für hausinternen Ausbau des Qualitätsmanagements 2004-2006, 2006-2008, 2008-2010).....	525
Tabelle 183:	Soziodemografische Angaben in Prozent (2005, 2007, 2009).....	526
Tabelle 184:	Einschätzung der Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit von Erwachsenen in Prozent (2005, 2007, 2009).....	526
Tabelle 185:	G-DRG-Kennzahlen I.....	532
Tabelle 186:	G-DRG-Kennzahlen II.....	533
Tabelle 187:	G-DRG-Kennzahlen III.....	534
Tabelle 188:	G-DRG-Kennzahlen IV .....	535
Tabelle 189:	G-DRG-Kennzahlen V .....	536
Tabelle 190:	G-DRG-Kennzahlen VI.....	537
Tabelle 191:	G-DRG-Kennzahlen VII.....	538
Tabelle 192:	G-DRG-Kennzahlen VIII.....	539
Tabelle 193:	G-DRG-Kennzahlen IX .....	540
Tabelle 194:	G-DRG-Kennzahlen X.....	541
Tabelle 195:	G-DRG-Kennzahlen XI .....	542
Tabelle 196:	G-DRG-Kennzahlen XII.....	543

Tabelle 197:	G-DRG-Kennzahlen XIII.....	544
Tabelle 198:	G-DRG-Kennzahlen XIV .....	545
Tabelle 199:	G-DRG-Kennzahlen XV.....	546
Tabelle 200:	G-DRG-Kennzahlen XVI.....	547
Tabelle 201:	G-DRG-Kennzahlen XVII.....	548
Tabelle 202:	G-DRG-Kennzahlen XVIII.....	549
Tabelle 203:	G-DRG-Kennzahlen XIX.....	550
Tabelle 204:	G-DRG-Kennzahlen XX.....	551
Tabelle 205:	G-DRG-Kennzahlen XXI.....	552
Tabelle 206:	G-DRG-Kennzahlen XXII.....	553
Tabelle 207:	G-DRG-Kennzahlen XXIII.....	554
Tabelle 208:	G-DRG-Kennzahlen XXIV.....	555
Tabelle 209:	G-DRG-Kennzahlen XXV.....	556
Tabelle 210:	G-DRG-Kennzahlen XXVI.....	557
Tabelle 211:	Kennzahlen der Mortalitätsentwicklung nach Basis-DRGs I (G-DRG-System Version 2010; Referenzjahr 2008; 2010).....	559
Tabelle 212:	Kennzahlen der Mortalitätsentwicklung nach Basis-DRGs II (G-DRG-System Version 2010; Referenzjahr 2008; 2010).....	560
Tabelle 213:	Kennzahlen der Mortalitätsentwicklung nach Basis-DRGs III (G-DRG-System Version 2010; Referenzjahr 2008; 2010).....	561
Tabelle 214:	Kennzahlen der Mortalitätsentwicklung nach Basis-DRGs IV (G-DRG-System Version 2010; Referenzjahr 2008; 2010).....	562
Tabelle 215:	Kennzahlen der Mortalitätsentwicklung nach Basis-DRGs V (G-DRG-System Version 2010; Referenzjahr 2008; 2010).....	563

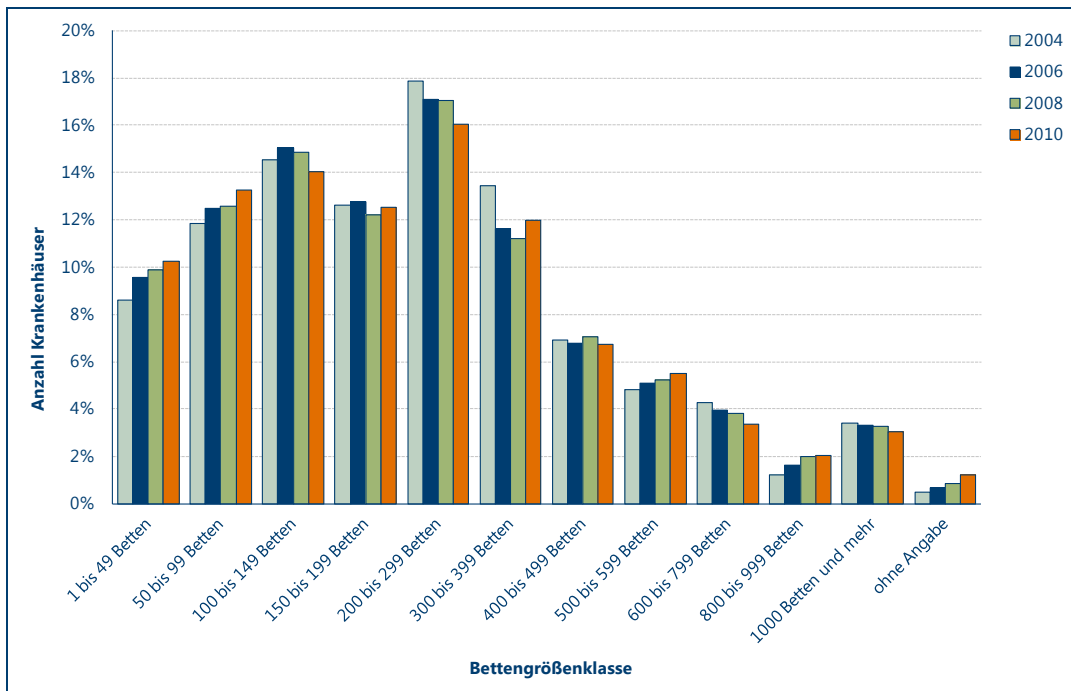
## Anhang A Datenliefernde Krankenhäuser nach § 21 KHEntgG

Abbildung 145: Verteilung der nach § 21 KHEntgG datenliefernden Krankenhäuser nach Bundesland (2004-2010)



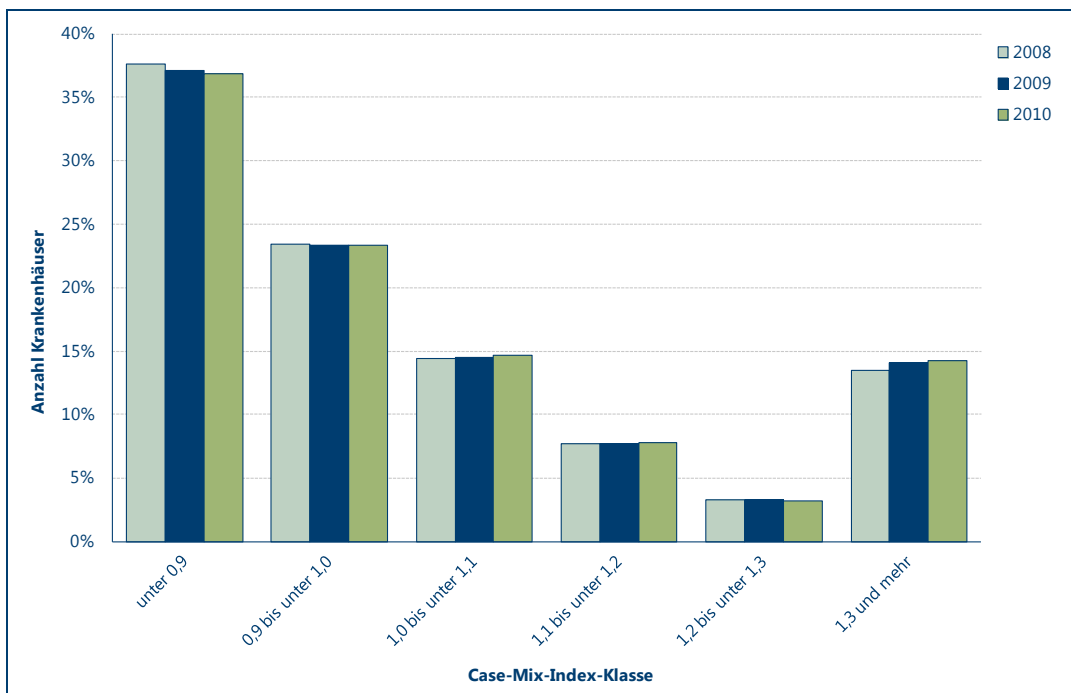
Quelle: IGES; InEK

Abbildung 146: Verteilung der nach § 21 KHEntgG datenliefernden Krankenhäuser nach Bettengrößenklasse (2004-2010)



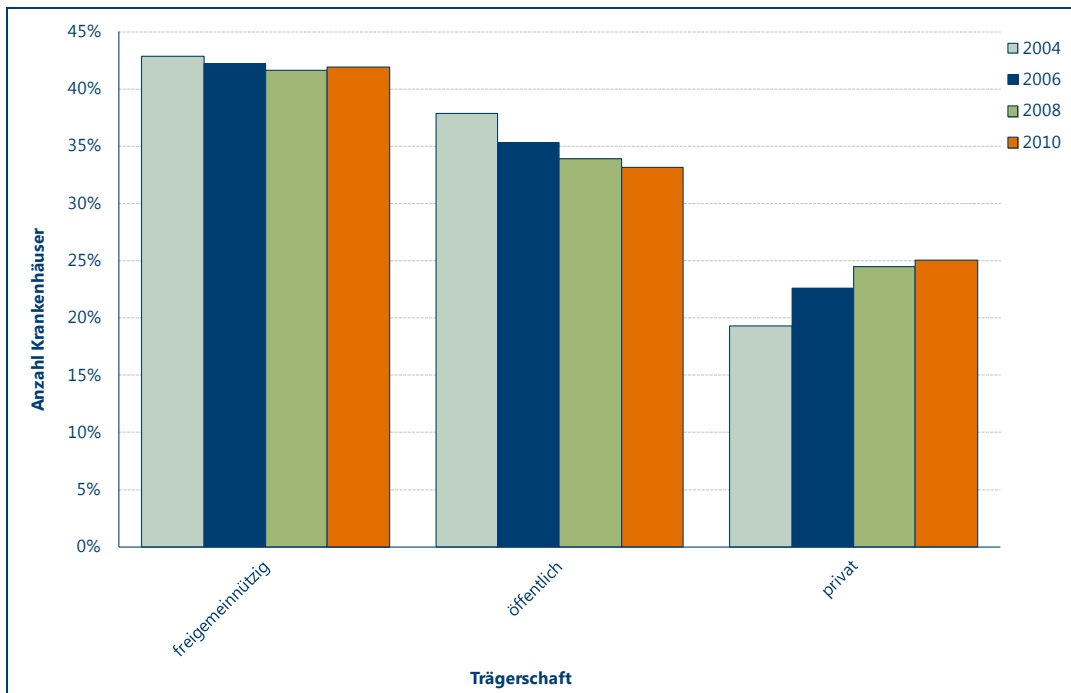
Quelle: IGES; InEK

Abbildung 147: Verteilung der nach § 21 KHEntgG datenliefernden Krankenhäuser nach Case-Mix-Index-Klasse (2008-2010)



Quelle: IGES; InEK

Abbildung 148: Verteilung der nach § 21 KHEntgG datenliefernden Krankenhäuser nach Krankenhausträgerschaft (2004-2010)



Quelle: IGES; InEK

## Anhang B Hauptdiagnosegruppen im G-DRG-System

Tabelle 167: Hauptdiagnosegruppen (MDC)

Nr.	Hauptdiagnosegruppe
(00)	(Prä-MDC)
01	Krankheiten und Störungen des Nervensystems
02	Krankheiten und Störungen des Auges
03	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
04	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
06	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
07	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
08	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
09	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
18A	HIV
18B	Infektiöse und parasitäre Krankheiten
19	Psychische Krankheiten und Störungen
20	Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen
21A	Polytrauma
21B	Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten
22	Verbrennungen
23	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
(-1)	(Fehler-DRGs und sonstige DRGs)

Quelle: IGES



## Anhang C Revisionsoperationen; OPS-Kodes

Tabelle 168: Revisionsoperationen; berücksichtigte OPS-Kodes

OPS-Kode	Bezeichnung
5-060.3	Inzision im Gebiet der Schilddrüse: Revision der Operationswunde
5-138.13	Operationen an der Sklera: Naht der Sklera: Revision
5-147.0	Revision und Entfernung einer alloplastischen Linse: Revision einer Vorderkammerlinse
5-147.1	Revision und Entfernung einer alloplastischen Linse: Revision einer Hinterkammerlinse
5-153.0	Revision, Wechsel und Entfernung einer Cerclage oder Plombe an der Retina: Revision
5-315.7	Rekonstruktion des Larynx: Revision einer Neoglottis
5-315.8	Rekonstruktion des Larynx: Revision einer Stimmlippenplastik
5-363.1	Andere Revaskularisation des Herzens: Koronararterienbypass-Revision
5-394.0	Revision einer Blutgefäßoperation: Operative Behandlung einer Blutung nach Gefäßoperation
5-394.1	Revision einer Blutgefäßoperation: Revision einer Anastomose
5-394.2	Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines vaskulären Implantates
5-597.4	Eingriffe bei artifiziellem Harnblasensphinkter: Revision
5-649.6	Andere Operationen am Penis: Revision einer Penisprothese
5-821.0	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Revision (ohne Wechsel)
5-823.0	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Revision (ohne Wechsel)
5-825.0	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Revision (ohne Wechsel)
5-827.0	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der unteren Extremität: Revision (ohne Wechsel)
5-839.2	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Revision einer Bandscheibenendoprothese (ohne Wechsel)
5-840.f0	Operationen an Sehnen der Hand: Revision eines Implantates (ohne Wechsel): Beugesehnen Handgelenk
5-840.f1	Operationen an Sehnen der Hand: Revision eines Implantates (ohne Wechsel): Beugesehnen Langfinger
5-840.f2	Operationen an Sehnen der Hand: Revision eines Implantates (ohne Wechsel): Beugesehnen Daumen
5-840.f3	Operationen an Sehnen der Hand: Revision eines Implantates (ohne Wechsel): Strecksehnen Handgelenk
5-840.f4	Operationen an Sehnen der Hand: Revision eines Implantates (ohne Wechsel): Strecksehnen Langfinger
5-840.f5	Operationen an Sehnen der Hand: Revision eines Implantates (ohne Wechsel): Strecksehnen Daumen
5-840.fx	Operationen an Sehnen der Hand: Revision eines Implantates (ohne Wechsel): Sonstige

Quelle: IGES

Im Vergleich zum ersten Forschungszyklus wurde die Definitionsliste im zweiten und dritten Forschungszyklus um drei OPS-Kodes, die nicht im gesamten Zeitraum gültig waren, gekürzt (5-229.0 [Andere Operationen an den Nasennebenhöhlen: Revision], 5-229.1 [Andere Operationen an den Nasennebenhöhlen: Revision mit Versorgung der Schädelbasis], 5-229.2 [Andere Operationen an den Nasennebenhöhlen: Revision mit Versorgung der Orbita]).

## Anhang D Suchstrings der Literaturrecherchen

Tabelle 169: Suchstring Mitarbeiterzufriedenheit

#Search	String	Hits
#1	physicians[MeSH]	76.178
#2	Physician Assistants[MeSH]	3.881
#3	Physician Executives[MeSH]	3.357
#4	Medical Staff, Hospital[MeSH]	19.832
#5	Nurse Anesthetists[MeSH]	2.154
#6	Nurse Midwives[MeSH]	5.561
#7	Nurse Practitioners[MeSH]	14.203
#8	medical practitioner[Title/Abstract]	936
#9	Nurses[MeSH]	65.069
#10	Nurse Clinicians[MeSH]	7.128
#11	Nurses' Aides[MeSH]	3.701
#12	physical therapists[Title/Abstract]	2.195
#13	occupational therapists[Title/Abstract]	2.313
#14	Nursing Staff, Hospital[MeSH]	35.195
#15	dietician[Title/Abstract]	523
#16	Allied Health Occupations[MeSH]	41.726
#17	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16	237.928
#18	job satisfaction[MeSH]	16.701
#19	Workload[MeSH]	13.179
#20	case load[Title/Abstract]	631
#21	caseload[Title/Abstract]	1.608
#22	working condition*[title/Abstract]	5.996
#23	work strain[Title/Abstract]	65
#24	work stress[title/abstract]	929
#25	Professional Competence[MeSH]	73.008
#26	Clinical Competence[MeSH]	55.529
#27	experience[Title/Abstract]	390.125
#28	quality[Title/Abstract]	464.525
#29	work[Title/Abstract]	500.981
#30	employment[MeSH]	47.524
#31	#18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR ((#27 OR #28) AND (#29 OR #30))	155.561
#32	(Germany[MeSH] OR german*[Title/Abstract])	160.965
#33	#17 AND #31	27.596
#34	#33 AND #32	368
#35	#34 AND Limits: Publication Date from 2009	119

Quelle: IGES

Anmerkung: Dargestellt ist der Suchstring der Literaturrecherche in Medline, die Suchbegriffe wurden entsprechend auch für die Recherchen in Embase und CINAHL verwendet.

Tabelle 170: Suchstring Patientenzufriedenheit

#Search	String	Hits
#1	Hospitals[MeSH]	181.983
#2	Inpatients[MeSH]	10.268
#3	Hospitalization[MeSH]	136.093
#4	#1 OR #2 OR #3	306.031
#5	Waiting[Title/Abstract]	21.695
#6	Nursing Care[MeSH]	111.162
#7	Patient care[MeSH]	511.410
#8	Medical Staff, Hospital[MeSH]	19.832
#9	Nursing Staff, Hospital[MeSH]	34.895
#10	Cooperation[Title/Abstract]	31.244
#11	Hospitalization[MeSH]	136.093
#12	Health Care Quality, Access, and Evaluation[MeSH]	4.575.729
#13	Patient information[Title/Abstract]	4.219
#14	Communication[Title/Abstract]	115.498
#15	Teaching[MeSH]	60.355
#16	Management[Title/Abstract]	603.678
#17	Administration[Title/Abstract]	581.453
#18	Patient Discharge[MeSH]	16.138
#19	Patient Admission[MeSH]	16.352
#20	Nursing Process[MeSH]	71.429
#21	process[Title/Abstract]	676.663
#22	Length of Stay[MeSH]	49.196
#23	comfort[Title/Abstract]	15.439
#24	convenience[Title/Abstract]	18.893
#25	Physician-Patient Relations[MeSH]	54.461
#26	Physician's Role[MeSH]	23.428
#27	Refusal to treat[MeSH]	2.410
#28	Empathy[MeSH]	10.906
#29	Treatment Outcome[MeSH]	520.640
#30	therapy [Subheading]	4.914.429
#31	Professional Competence[MeSH]	73.008
#32	Cultural Competency[MeSH]	1.768
#33	Outcome and Process Assessment (Health Care)[MeSH]	577.952
#34	#5 OR #6 OR #7 OR [...] OR 30 OR #31 OR #32 OR #33	8.849.729
#35	patient satisfaction[MeSH]	50.433
#36	satisfaction[Title/Abstract]	65.452
#37	Patient Acceptance of Health Care[MeSH]	138.767
#38	Consumer Satisfaction[MeSH]	66.421
#39	Personal Satisfaction[MeSH]	8.737
#40	#36 OR #37 OR #38 OR #39	201.016
#41	#40 AND #34	187.603
#42	#4 AND (#35 OR #41)	14.784
#43	(Germany[MeSH] OR german*[Title/Abstract])	160.965
#44	#43 AND #42	375
#45	#44 AND Limits: Publication Date from 2009	74

Quelle: IGES

Anmerkung: Dargestellt ist der Suchstring der Literaturrecherche in Medline, die Suchbegriffe wurden entsprechend auch für die Recherchen in Embase und CINAHL verwendet.

## Anhang E Ergänzende Abbildungen und Tabellen

Tabelle 171: Entwicklung der Bettenzahl der Teilgebiete/Schwerpunkte innerhalb der Chirurgie und der Inneren Medizin (1991-2010)

Medizinischer Fachbereich	Anzahl Betten					Veränderungen p. a.				
						vor G-DRG	seit G-DRG-Einführung			
	1991	2003	2006	2008	2010	91-03	03-10	03-06	06-08	08-10
<b>Schwerpunkte der Chirurgie, darunter:</b>										
Gefäßchirurgie	4.434	7.045	7.162	7.687	7.761	3,9%	1,4%	0,6%	3,6%	0,5%
Thoraxchirurgie	3.459	3.013	2.685	2.467	2.623	-1,1%	-2,0%	-3,8%	-4,1%	3,1%
Unfallchirurgie	17.092	22.187	22.157	22.581	23.056	2,2%	0,6%	0,0%	1,0%	1,0%
Viszeralchirurgie	-	5.358	6.336	7.670	8.582	-	7,0%	5,7%	10,0%	5,8%
<b>Schwerpunkte der Inneren Medizin, darunter:</b>										
Angiologie	-	759	1.071	828	862	-	1,8%	12,2%	-12,1%	2,0%
Endokrinologie	1.647	1.201	1.110	1.088	989	-2,6%	-2,7%	-2,6%	-1,0%	-4,7%
Gastroenterologie	7.514	11.841	12.761	12.952	13.133	3,9%	1,5%	2,5%	0,7%	0,7%
Hämatologie & intern.										
Onkologie	2.311	6.685	7.176	7.327	7.376	9,3%	1,4%	2,4%	1,0%	0,3%
Kardiologie	10.563	17.261	18.611	19.275	20.532	4,2%	2,5%	2,5%	1,8%	3,2%
Nephrologie	2.633	3.648	3.588	3.547	3.666	2,8%	0,1%	-0,6%	-0,6%	1,7%
Pneumologie	8.294	6.390	6.556	6.624	6.616	-2,1%	0,5%	0,9%	0,5%	-0,1%
Rheumatologie	3.478	3.026	2.530	2.523	2.426	-1,2%	-3,1%	-5,8%	-0,1%	-1,9%

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Tabelle 172: Veränderung des Anteils der Dienstarten an allen Vollkräften (1995-2010)

Dienstart	Anteil					Veränderungen p. a. in Prozentpunkten				
						vor G-DRG	seit G-DRG-Einführung			
	1995	2003	2006	2008	2010	95-03	03-10	03-06	06-08	08-10
Ärztlicher Dienst	12%	14%	16%	16%	17%	0,3%	0,4%	0,6%	0,2%	0,2%
Funktionsdienst	9%	11%	11%	11%	12%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Klinisches Hauspersonal	4%	2%	2%	2%	1%	-0,2%	-0,1%	-0,2%	-0,1%	-0,1%
Med.-techn. Dienst	14%	15%	16%	16%	16%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Pflegedienst	39%	38%	37%	37%	37%	-0,1%	-0,2%	-0,3%	-0,1%	-0,1%
Sonderdienste	1%	1%	1%	1%	1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sonstiges Personal	2%	2%	2%	2%	2%	0,0%	0,0%	-0,1%	0,0%	0,0%
Technischer Dienst	3%	2%	2%	2%	2%	0,0%	0,0%	0,0%	-0,1%	0,0%
Verwaltungsdienst	7%	7%	7%	7%	7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Versorgungsdienst	10%	7%	6%	6%	5%	-0,3%	-0,3%	-0,3%	-0,4%	-0,3%

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Tabelle 173: Fluktuationsquoten und jährliche Veränderung nach Dienstart (2004; 2006; 2008; 2010)

Dienstart	Fluktuationsquote (Mittelwert)				Veränderung p. a.	n
	2004	2006	2008	2010	04-10 (Prozentpunkte)	
Ärztlicher Dienst	13,6	14,0	14,6	14,8	0,2	105
Pflegedienst	7,4	6,1	7,3	7,3	0,0	107
Personal weiterer Dienstarten	8,9	9,6	9,6	10,0	0,2	103
Alle Dienstarten	10,2	9,5	10,0	10,1	0,0	104

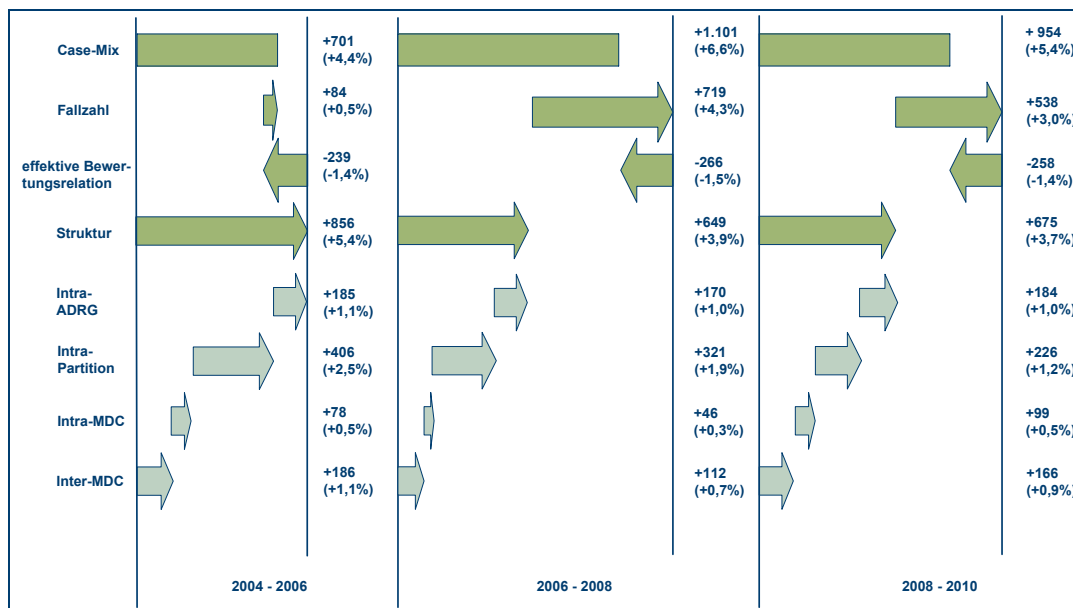
Quelle: IGES; Krankenhausbefragung

Tabelle 174: Anzahl ausgewählter Großgeräte in Krankenhäusern nach Krankenhaussträgerschaft (1991-2010)

Gerätetyp	Großgeräteanzahl					Veränderungen p. a.				
						vor G-DRG	seit G-DRG-Einführung			
	1991	2003	2006	2008	2010	91-03	03-10	03-06	06-08	08-10
<b>Linksherzkathetermessplätze</b>										
freigemeinnützig	63	149	179	207	235	7,4%	6,7%	6,3%	7,5%	6,5%
öffentlich	174	296	328	337	400	4,5%	4,4%	3,5%	1,4%	8,9%
privat	29	50	87	133	164	4,6%	18,5%	20,3%	23,6%	11,0%
<b>MRT-Geräte</b>										
freigemeinnützig	19	142	179	206	241	18,2%	7,8%	8,0%	7,3%	8,2%
öffentlich	58	304	338	362	423	14,8%	4,8%	3,6%	3,5%	8,1%
privat	6	49	93	122	150	19,1%	17,3%	23,8%	14,5%	10,9%
<b>DSA-Geräte</b>										
freigemeinnützig	-	134	181	190	209	-	6,6%	10,5%	2,5%	4,9%
öffentlich	-	316	350	347	412	-	3,9%	3,5%	-0,4%	9,0%
privat	-	49	83	105	145	-	16,8%	19,2%	12,5%	17,5%
<b>CTs</b>										
freigemeinnützig	121	387	427	449	467	10,2%	2,7%	3,3%	2,5%	2,0%
öffentlich	309	611	643	648	684	5,8%	1,6%	1,7%	0,4%	2,7%
privat	15	100	172	216	242	17,1%	13,5%	19,8%	12,1%	5,8%
<b>Alle Geräte</b>										
freigemeinnützig		2.372	2.639	2.807	3.059		3,7%	3,6%	3,1%	4,4%
öffentlich		5.195	5.552	5.669	6.095		2,3%	2,2%	1,0%	3,7%
privat		597	1.032	1.368	1.567		14,8%	20,0%	15,1%	7,0%
<b>gesamt</b>		<b>8.164</b>	<b>9.223</b>	<b>9.844</b>	<b>10.721</b>		<b>4,0%</b>	<b>4,1%</b>	<b>3,3%</b>	<b>4,4%</b>

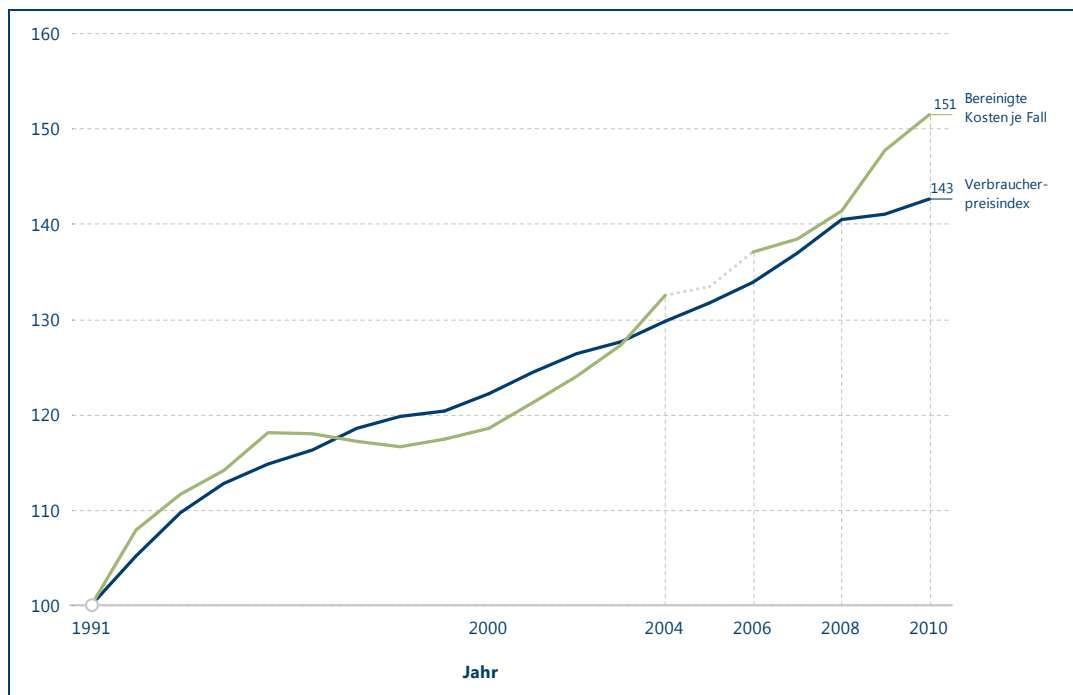
Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Abbildung 149: Komponentenerlegung der Case-Mix-Entwicklung (2004-2006; 2006-2008; 2008-2010)



Quelle: IGES

Abbildung 150: Bereinigte Kosten je Fall, Verbraucherpreisindex (1991-2010; 1991=100)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Das Statistische Bundesamt hat gem. § 10 Abs. 6 KHEntgG einen Orientierungswert für Krankenhäuser entwickelt, der die Kostenstrukturen und -entwicklungen abbilden soll (vgl. hierzu Böhm et al. 2012). Hierbei werden die Personalkostenentwicklung und die Sachkostenentwicklung getrennt und nach deren jeweiligen Anteilen unter Berücksichtigung verschiedener gewichteter Preisindizes ermittelt. Der Verbraucherpreisindex stellt lediglich eine Schätzung der allgemeinen Preisentwicklung dar.

Tabelle 175: Veränderung der Sachkosten je Fall nach Einzelposten (2002-2010)

Einzelposten	Kosten je Fall in €					Veränderungen p. a.				
						vor G-DRG	seit G-DRG-Einführung			
	2002	2003	2006	2008	2010	02-03	03-10	03-06	06-08	08-10
<b>Medizinischer Bedarf</b>	579	586	689	757	833	1,2%	5,2%	5,6%	4,9%	4,9%
<b>Pflegesatzfähige Instandhaltung</b>	143	147	168	176	169	2,5%	2,0%	4,6%	2,3%	-2,1%
<b>Wirtschaftsbedarf</b>	117	121	136	145	150	3,5%	3,1%	3,9%	3,2%	1,9%
<b>Verwaltungsbedarf</b>	75	76	91	100	111	1,6%	5,6%	6,1%	5,0%	5,4%
<b>Wasser, Energie, Brennstoffe</b>	71	75	97	108	109	6,5%	5,4%	8,6%	5,6%	0,6%
<b>Sonstige Sachkosten</b>	53	55	79	97	109	3,9%	10,2%	12,7%	10,9%	5,8%
<b>Lebensmittel und bezogene Leistungen</b>	68	68	77	85	103	-0,3%	6,2%	4,5%	5,1%	10,1%
<b>Zentraler Verwaltungsdienst</b>	19	21	29	29	36	8,5%	8,2%	11,3%	0,8%	11,3%
<b>Versicherungen</b>	18	21	26	25	26	17,6%	3,0%	7,5%	-1,2%	0,8%
<b>Zentraler Gemeinschaftsdienst</b>	8	7	12	18	19	-3,0%	14,5%	18,8%	20,5%	2,8%
<b>Sonstige Abgaben</b>	10	10	13	13	13	0,1%	3,3%	7,9%	-0,9%	0,8%
<b>Wiederbeschaffte Gebrauchsgüter</b>	4	4	3	4	2	-16,1%	-6,6%	-3,1%	2,7%	-19,5%
<b>gesamt</b>	<b>579</b>	<b>586</b>	<b>689</b>	<b>757</b>	<b>833</b>	<b>2,2%</b>	<b>5,0%</b>	<b>6,0%</b>	<b>4,7%</b>	<b>3,9%</b>

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

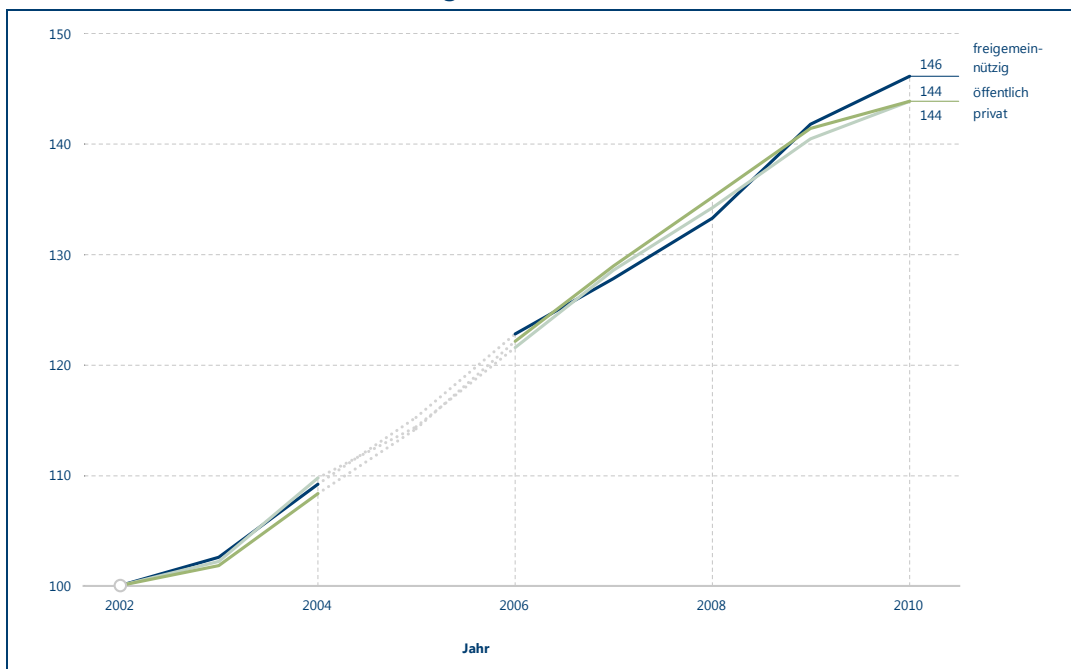


Tabelle 176: Entwicklung des Medizinischen Sachbedarfs und ausgewählter Kostenarten des Medizinischen Sachbedarfs je Fall (2002-2010)

Einzelposten	Kosten je Fall in €					Veränderungen p. a.				
						vor G-DRG 02-03	seit G-DRG-Einführung			
	2002	2003	2006	2008	2010		03-10	03-06	06-08	08-10
<b>Medizinischer Sachbedarf</b>	579	586	689	757	833	1,2%	5,2%	5,6%	4,9%	4,9%
<b>darunter:</b>										
<b>Arzneimittel</b>	138	139	164	176	185	0,7%	4,2%	5,7%	3,7%	2,4%
<b>Implantate</b>	76	81	105	117	137	7,7%	7,7%	8,8%	5,6%	8,0%
<b>Narkose- und sonstiger OP-Bedarf</b>	73	73	83	91	98	0,8%	4,2%	4,2%	4,9%	3,6%
<b>Ärztl. und pfleg. Verbrauchsmaterial, Instrumente</b>	67	67	77	84	94	0,3%	5,0%	4,7%	4,6%	5,7%
<b>Laborbedarf</b>	53	53	55	57	58	-0,2%	1,3%	1,3%	1,5%	1,0%
<b>Blut, Blutkonserven und Blutplasma</b>	39	37	40	46	47	-3,3%	3,3%	2,4%	7,7%	0,5%

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

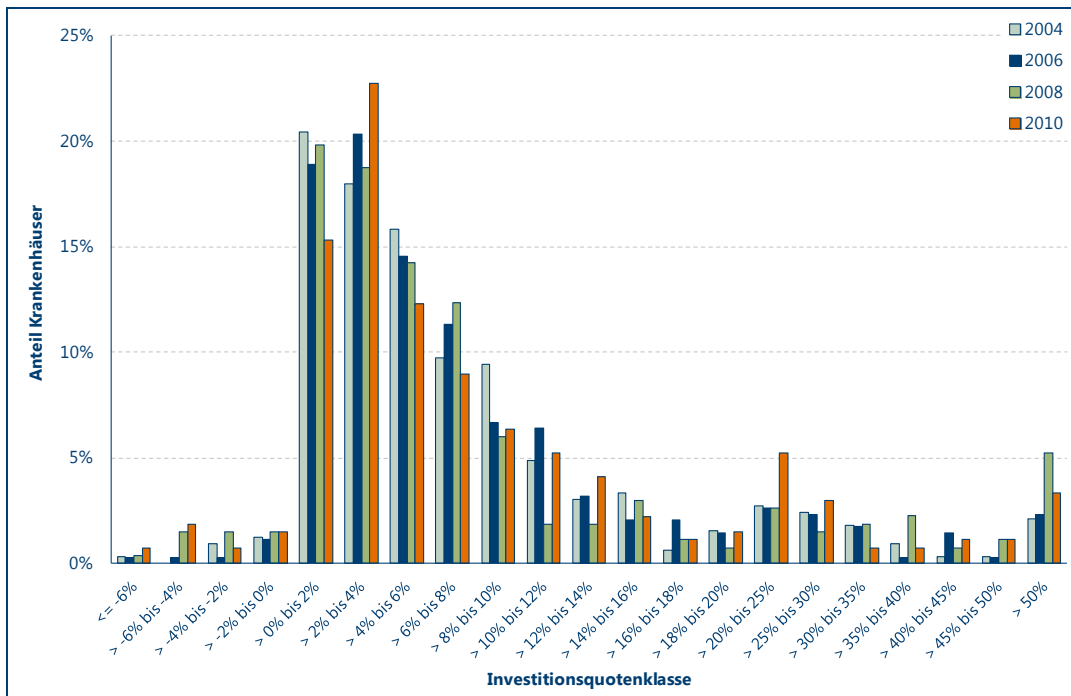
Abbildung 151: Entwicklung der durchschnittlichen Sachkosten je Fall nach Krankenhaussträgerschaft (2002-2010; 2002=100)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

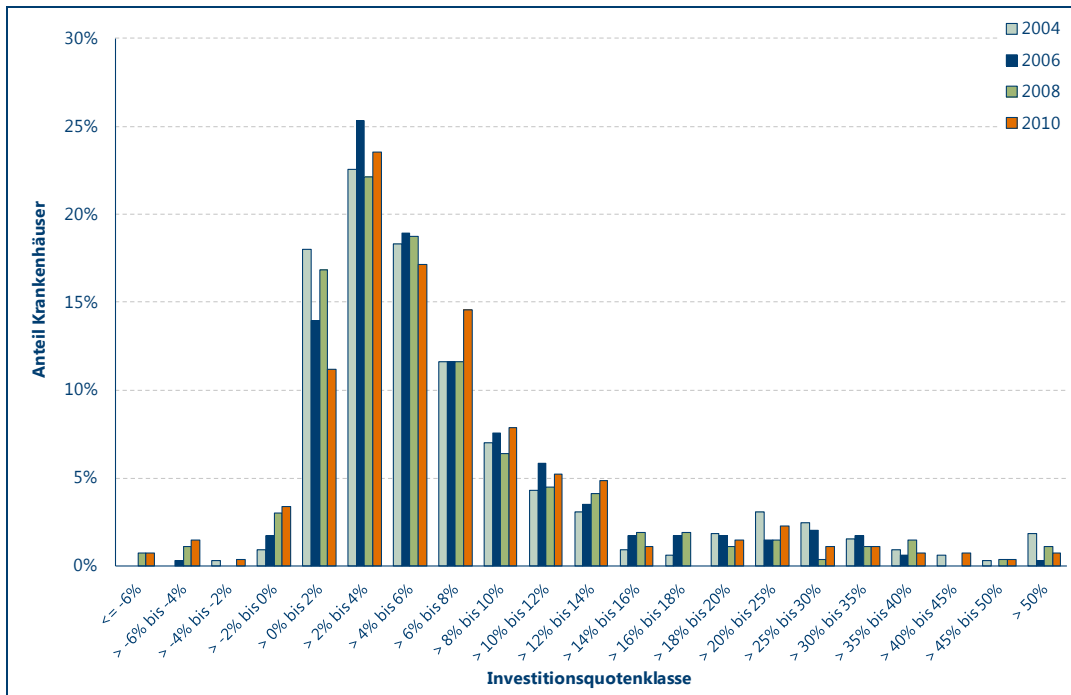
Vgl. Abschnitt 3.2.4.1 zur eingeschränkten Vergleichbarkeit der Fallzahl im Jahr 2005.

Abbildung 152: Verteilung der Krankenhäuser nach Investitionsquotenklasse („Investitionsquote Sach“) (2004,2006,2008,2010)



Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=267-344 Krankenhäuser)

Abbildung 153: Verteilung der Krankenhäuser nach Investitionsquotenklasse („Investitionsquote Umsatz“) (2004,2006,2008,2010)



Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=267-344 Krankenhäuser)

Tabelle 177: Fallzahl, Durchschnittsalter und Anteil über 75-Jähriger in Rehabilitationseinrichtungen nach Diagnosegruppe (2003-2010)

ICD-Gruppe	Fallzahl (in Tsd.)		Alter (Mittelwert)			Anteil über 75- Jähriger		
	2003	2010	2003	2010	Δ	2003	2010	Δ*
M15 - Arthrose	201	230	66,3	67,9	1,6	23,6%	27,8%	4,1
M50 - Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	233	198	50,7	52,7	2,0	3,6%	4,6%	1,0
F40 - Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	81	99	43,0	43,4	0,4	1,3%	0,7%	-0,6
I20 - Ischämische Herzkrankheiten	101	90	63,5	64,7	1,2	16,6%	20,9%	4,3
Z80 - Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund der Familien- oder Eigenanamnese und bestimmte Zustände, die den Gesundheitszustand beeinflussen	16	90	67,5	65,7	-1,8	25,4%	25,6%	0,2
I60 - Zerebrovaskuläre Krankheiten	73	90	66,0	67,4	1,4	27,2%	31,9%	4,7
F30 - Affektive Störungen	41	73	47,5	48,7	1,2	1,1%	0,6%	-0,5
C50 - Bösartige Neubildungen der Brustdrüse	42	54	58,8	59,8	1,1	9,3%	9,0%	-0,3
J40 - Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	50	50	34,6	39,4	4,8	4,5%	5,5%	0,9
M45 - Spondylopathien	30	43	57,8	63,2	5,4	12,1%	20,5%	8,4
S70 - Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	30	34	72,1	74,2	2,1	53,0%	56,2%	3,2
C60 - Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane	28	34	63,7	65,2	1,5	5,2%	7,4%	2,2
C15 - Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane	33	33	65,7	66,8	1,1	22,8%	25,4%	2,6
I30 - Sonstige Formen der Herzkrankheit	27	29	63,0	66,0	3,0	20,8%	29,4%	8,6
F10 - Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	22	22	44,0	44,9	0,9	0,2%	0,2%	0,0
M70 - Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes	19	21	53,4	55,0	1,6	3,1%	3,5%	0,5
T80 - Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert	11	20	68,5	69,7	1,2	31,1%	34,5%	3,4
E65 - Adipositas und sonstige Überernährung	19	20	30,2	32,9	2,6	0,9%	1,3%	0,4
Z70 - Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen	1	18	34,7	20,1	-14,5	3,6%	3,1%	-0,5
E10 - Diabetes mellitus	20	18	54,2	53,0	-1,1	7,5%	5,0%	-2,5
weitere	380	387	48,1	51,0	2,9	10,1%	12,7%	2,6
<b>gesamt</b>	<b>1.457</b>	<b>1.656</b>	<b>54,4</b>	<b>56,7</b>	<b>2,3</b>	<b>12,5%</b>	<b>15,6%</b>	<b>3,1</b>

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt (Statistisches Bundesamt 2012a)

Die Daten beinhalten lediglich Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten.

\* Angaben in Prozentpunkten

Tabelle 178: Anzahl Fälle je Vollkraft nach Dienstart in Rehabilitationseinrichtungen (1991-2010)

Dienstart	Anzahl Fälle je Vollkraft					Veränderungen p. a.				
						vor G-DRG	seit G-DRG-Einführung			
	1991	2003	2006	2008	2010	91-03	03-10	03-06	06-08	08-10
Ärztlicher Dienst	249	231	226	244	240	-0,6%	0,6%	-0,7%	3,8%	-0,7%
Funktionsdienst	563	402	411	434	415	-2,8%	0,5%	0,7%	2,8%	-2,2%
Klinisches Hauspersonal	251	364	389	450	454	3,2%	3,2%	2,2%	7,6%	0,4%
Medizinisch-techn. Dienst	92	78	79	83	81	-1,4%	0,6%	0,7%	2,4%	-1,5%
Pflegedienst	112	89	89	95	93	-2,0%	0,8%	0,0%	3,5%	-0,8%
Sonderdienste	814	1.767	1.865	2.065	2.101	6,7%	2,5%	1,8%	5,2%	0,9%
Sonstiges Personal	362	415	468	494	499	1,2%	2,7%	4,1%	2,7%	0,5%
Technischer Dienst	416	528	549	609	592	2,0%	1,7%	1,4%	5,3%	-1,4%
Verwaltungsdienst	194	210	211	226	216	0,7%	0,4%	0,2%	3,5%	-2,2%
Versorgungsdienst	84	134	149	168	163	4,0%	2,8%	3,4%	6,2%	-1,4%

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Tabelle 179: Pfl egetage je Vollkraft nach Dienstart in Rehabilitationseinrichtungen (1991-2010)

Dienstart	Anzahl Pfl egetage je Vollkraft					Veränderungen p. a.				
						vor G-DRG	seit G-DRG-Einführung			
	1991	2003	2006	2008	2010	91-03	03-10	03-06	06-08	08-10
Ärztlicher Dienst	7.717	5.979	5.791	6.174	6.114	-2,1%	0,3%	-1,1%	3,3%	-0,5%
Funktionsdienst	17.474	10.425	10.510	10.998	10.564	-4,2%	0,2%	0,3%	2,3%	-2,0%
Klinisches Hauspersonal	7.776	9.432	9.956	11.399	11.537	1,6%	2,9%	1,8%	7,0%	0,6%
Medizinisch-techn. Dienst	2.863	2.011	2.032	2.109	2.056	-2,9%	0,3%	0,3%	1,9%	-1,2%
Pflegedienst	3.490	2.294	2.268	2.403	2.376	-3,4%	0,5%	-0,4%	2,9%	-0,6%
Sonderdienste	25.265	45.771	47.727	52.298	53.425	5,1%	2,2%	1,4%	4,7%	1,1%
Sonstiges Personal	11.222	10.755	11.974	12.506	12.698	-0,4%	2,4%	3,6%	2,2%	0,8%
Technischer Dienst	12.896	13.664	14.062	15.420	15.063	0,5%	1,4%	1,0%	4,7%	-1,2%
Verwaltungsdienst	6.007	5.429	5.390	5.714	5.489	-0,8%	0,2%	-0,2%	3,0%	-2,0%
Versorgungsdienst	2.608	3.483	3.808	4.253	4.152	2,4%	2,5%	3,0%	5,7%	-1,2%

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Tabelle 180: Im Qualitätsmanagement tätiges Personal in Vollzeitäquivalenzen (VZÄ) je Krankenhaus (2004-2010)

	2004	2006	2008	2010	Δ p. a. 04-06	Δ p. a. 06-08	Δ p. a. 08-10	Δ p. a. 04-10
<b>überwiegend</b> mit Aufgaben des Qualitätsmanagements betrautes Personal (VZÄ) (n=82 KH)	1,15	1,17	1,31	1,36	0,7%	5,9%	2,0%	2,8%
<b>insgesamt</b> mit Aufgaben des Qualitätsmanagements betrautes Personal (VZÄ) (n=74 KH)	1,60	1,76	2,43	2,40	4,9%	17,5%	-0,7%	7,0%

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (1. - 3. Forschungszyklus)

Tabelle 181: Entwicklung von Strukturen und Instrumenten des Qualitätsmanagements (2008-2010)

Strukturen und Instrumente des Qualitätsmanagements	2008	2009	2010	Δ p. a. 08-10 (Prozentpunkte)
QM-Beauftragter/Koordinator(in)	93%	94%	95%	1,0
Schriftlich fixierte Dokumente des QM	89%	93%	94%	2,5
Qualitätsmanagementkommission	62%	62%	62%	0,0
Qualitätszirkel	70%	72%	73%	1,5
Weitere	20%	21%	22%	1,0

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung ( 3. Forschungszyklus; n=308 Krankenhäuser)  
Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 182: Gründe für hausinternen Ausbau des Qualitätsmanagements 2004-2006, 2006-2008, 2008-2010)

Gründe für den Ausbau des Qualitätsmanagements	Durchschnittlicher Anteil der Gründe für Veränderungen im Zeitraum ...		
	2004-2006 (n=277)	2006-2008 (n=240)	2008-2010 (n=214)
Gesetzliche Vorgaben des SGB V (z. B. § 137)	29%	23%	23%
Erhöhung der Attraktivität des Krankenhauses (Marketing)	20%	22%	21%
Aus dem G-DRG-System resultierende Qualitätsimpulse	8%	8%	7%
Allgemeine Qualitätspolitik des Krankenhauses	31%	36%	37%
Aus dem G-DRG-System resultierende Wirtschaftlichkeitsimpulse	9%	9%	8%
Weitere	3%	2%	3%

Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (1. - 3. Forschungszyklus)

Tabelle 183: Soziodemografische Angaben in Prozent (2005, 2007, 2009)

Angabe	Antworten	2005	2007	2009
Gesundheitszustand (n=17.172; 16.051; 14.345)	„Ausgezeichnet“, „Sehr gut“, „Gut“	48,8	50,0	49,8
Altersdurchschnitt (n=16.705; 15.819; 14.065)		61,5	62,4	62,7
Geschlecht (n=17.371; 15.946; 14.546)	„weiblich“	52,7	52,9	52,0
Versichertenstatus (n=17.310; 15.847; 14.492)	„Kassenpatient/in“	73,9	73,7	74,6

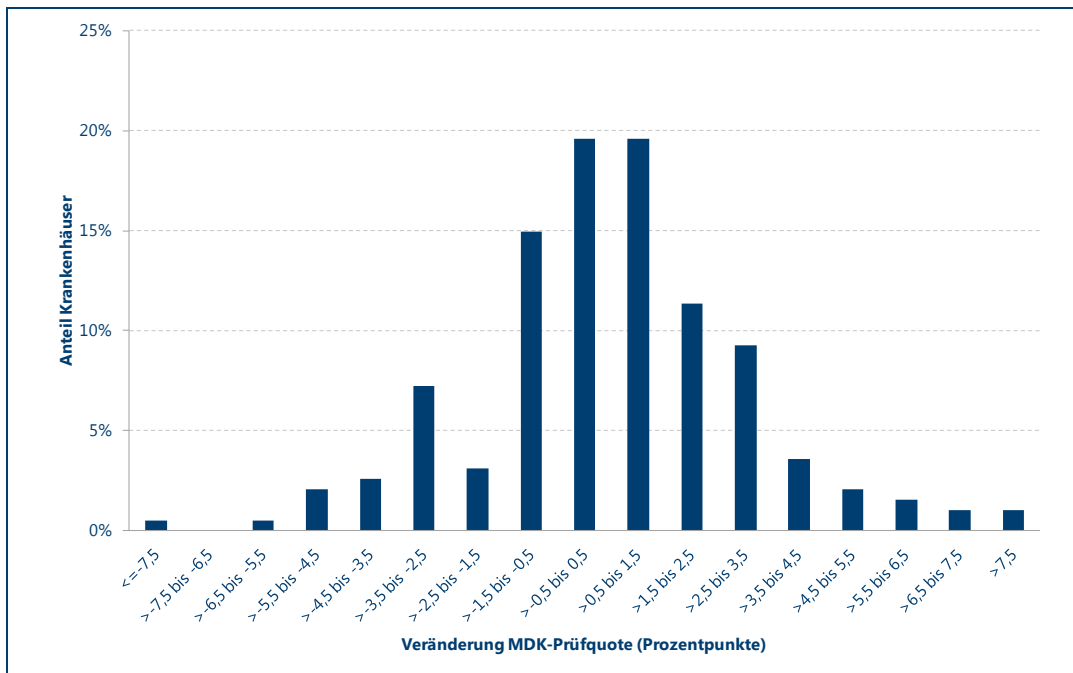
Quelle: IGES auf Basis von Picker Institut Deutschland 2011

Tabelle 184: Einschätzung der Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit von Erwachsenen in Prozent (2005, 2007, 2009)

	Antworten	2005	2007	2009
Wenn Sie wichtige Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten? (n=16.267; 15.153; 14.013)	„Ja, immer“	80,9	80,7	80,8
Waren die Ärztinnen und Ärzte für Sie da, wenn Sie sie brauchten? (n=16.813; 15.775; 14.426)	„Meistens“, „Immer“	81,1	81,1	79,7
Konnten Sie bei Ihrer Behandlung genügend mitbestimmen? (n=10.276; 9.670 ; 9.573)	„Ja, so wie ich wollte“	48,5	47,4	53,4
Wenn Sie wichtige Fragen an die Pflegekräfte stellten, bekamen Sie verständliche Antworten? (n=15.481; 14.553; 13.250)	„Ja, immer“	80,4	80,6	78,7
Waren die Pflegekräfte für Sie da, wenn Sie sie brauchten? (n=17.292; 16.116; 14.673)	„Meistens“, „Immer“	87,7	87,2	86,9
Hatten Sie den Eindruck, das Krankenhauspersonal hat sein Möglichstes getan, um Ihre Schmerzen zu lindern? (n=8.472; 7.999; 7.029)	„Ja, voll und ganz“	79,7	81,4	79,3
Wie beurteilen Sie insgesamt die Behandlung und Betreuung, die Sie erhalten haben? (n=17.317; 16.134; 14.646)	„Sehr gut“, „Ausgezeichnet“	45,2	45,1	44,9
Traten nach Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus Komplikationen auf? (n=16.952; 15.734; 14.268)	„Nein“	76,9	76,9	76,8
Würden Sie dieses Krankenhaus bei Bedarf Ihrer Familie oder Ihren Freunden weiterempfehlen? (n=17.238; 16.055 ; 14.518 )	„Ja, ganz sicher“	68,1	66,9	67,6

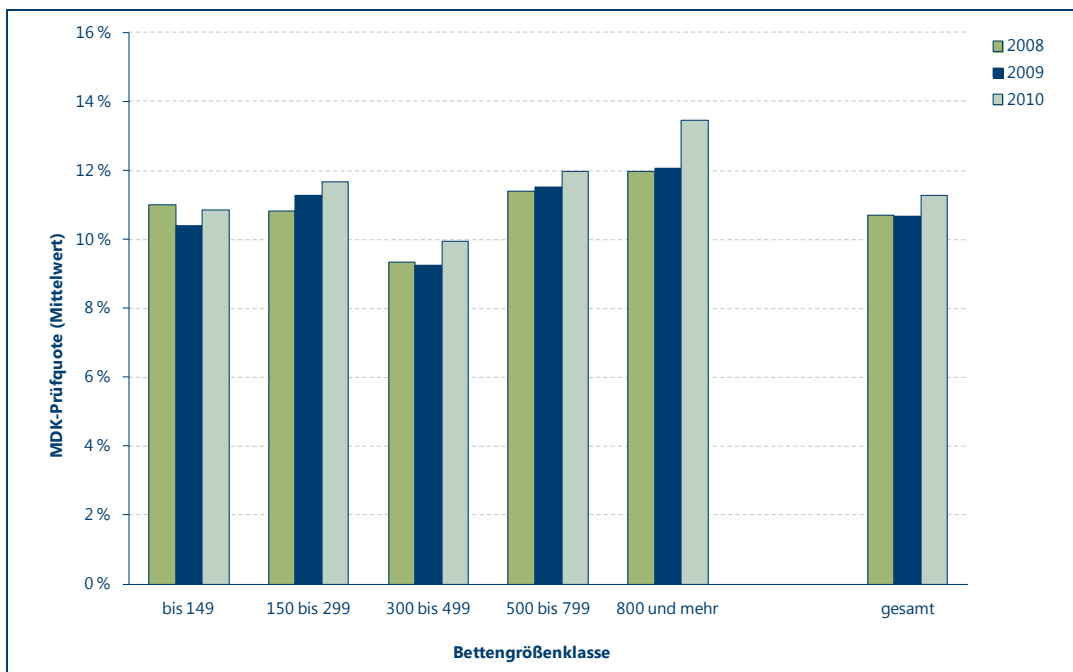
Quelle: IGES auf Basis von Picker Institut Deutschland 2011

Abbildung 154: Verteilung der Veränderungsrate der MDK-Prüfquote (Einzelfallprüfungen; 2008-2010)



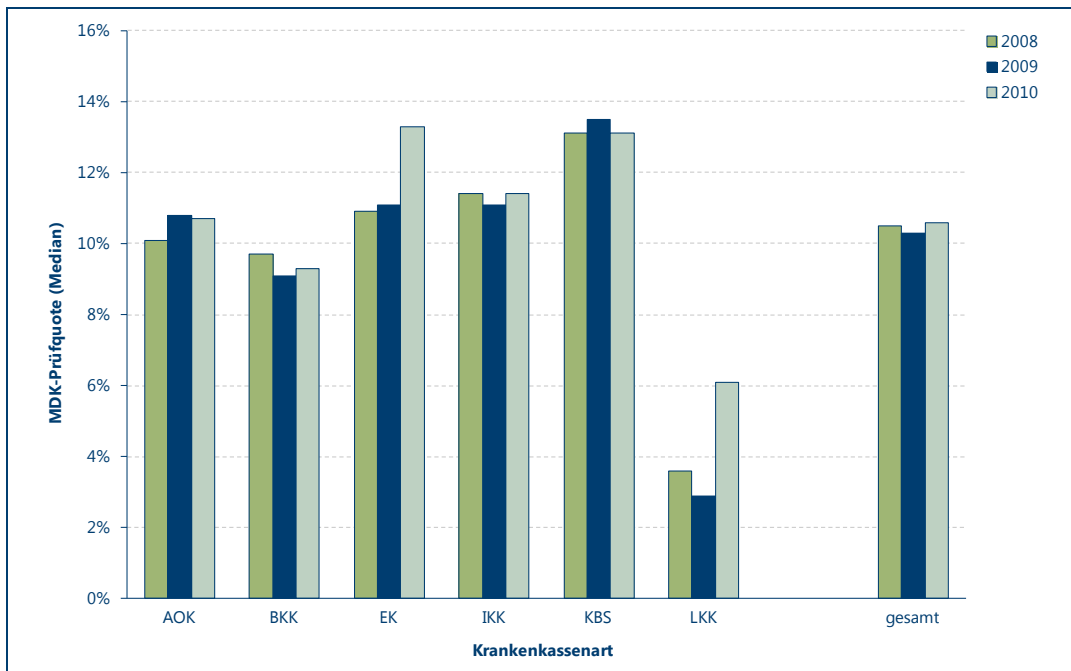
Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=194 Krankenhäuser)

Abbildung 155: MDK-Prüfquote nach Bettengrößenklasse (Einzelfallprüfungen; 2008-2010)



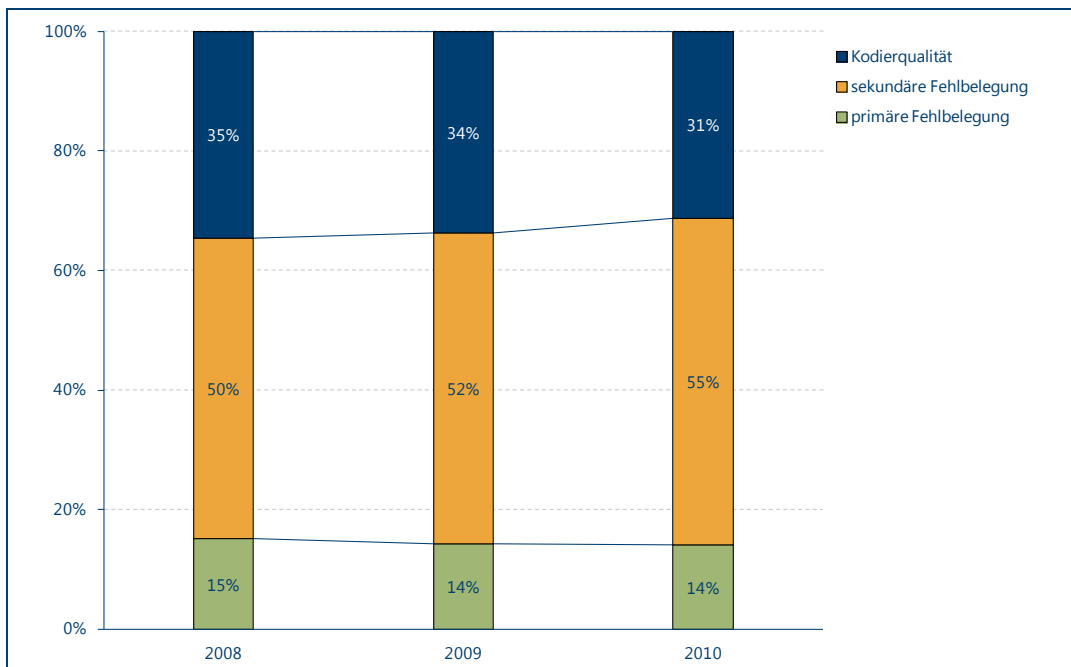
Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=194 Krankenhäuser)

Abbildung 156: MDK-Prüfquote nach Krankenkassenart (Einzelfallprüfungen; 2008-2010; Median)



Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=79 Krankenhäuser)

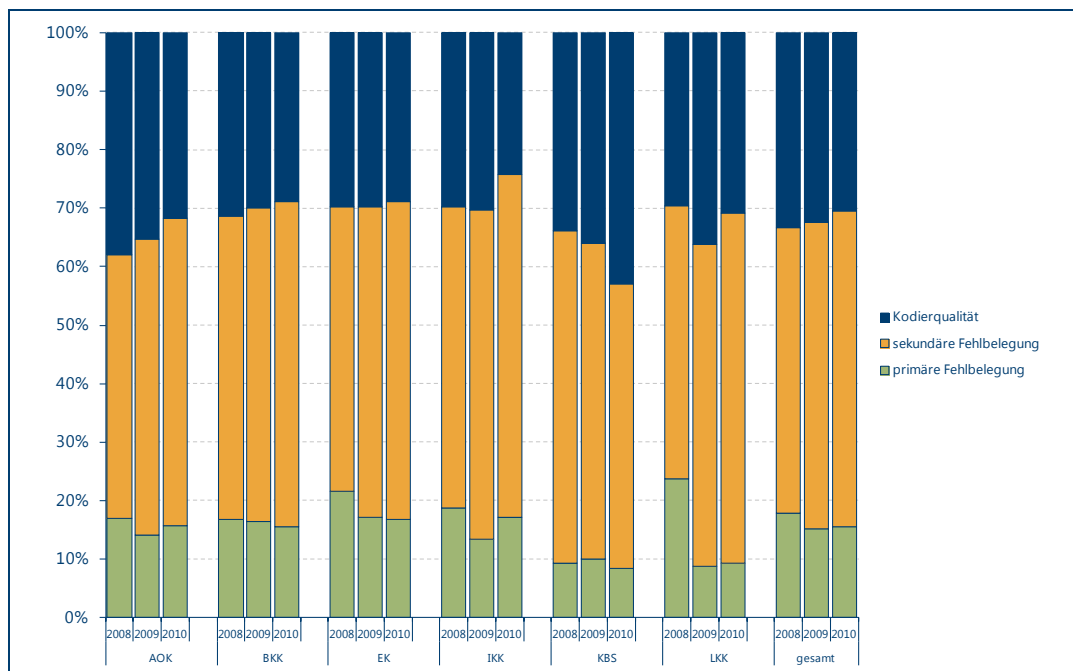
Abbildung 157: Prüfgrundlage der Fälle mit Rechnungskorrektur (2008-2010)



Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=144 Krankenhäuser)



Abbildung 158: Prüfgrundlage der Fälle mit Rechnungskorrektur nach Krankenkassenart (2008-2010)



Quelle: IGES; Krankenhausbefragung (n=70 Krankenhäuser)

## Anhang F G-DRG-Kennzahlen (Auswahl)

Eine Übersicht über ausgewählte Kennzahlen (z. B. Fallzahl, Verweildauer, Anteil leistungserbringender Krankenhäuser) und deren Veränderungen auf der Ebene der G-DRGs zeigen Tabelle 185 bis Tabelle 210. Berücksichtigt werden ausschließlich vollstationäre G-DRGs, die in den Jahren 2008, 2009 oder 2010 abgerechnet wurden (1.195 G-DRGs).

Dargestellt werden folgende Kennzahlen für die G-DRGs:

- Fallzahl im Jahr 2010
- Prozentuale Veränderung der Fallzahl im Zeitraum 2008 bis 2010
- Durchschnittliche Verweildauer im Jahr 2010
- Prozentuale Veränderung der durchschnittlichen Verweildauer im Zeitraum 2008 bis 2010
- Durchschnittliche (kürzeste) Entfernung<sup>336</sup> zwischen Wohn- und Behandlungsort im Jahr 2010
- Prozentuale Veränderung der durchschnittlichen (kürzesten) Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort im Zeitraum 2008 bis 2010
- Fallzahl im Jahr 2010 differenziert nach Bettengrößenklasse der Krankenhäuser (die Skala der Ordinate ist für jede G-DRG individuell und reicht von 0 Fällen bis zur maximalen Fallzahl innerhalb einer Bettengrößenklasse)
- Prozentuale Veränderung der Fallzahl im Zeitraum 2008 bis 2010 differenziert nach Bettengrößenklasse der Krankenhäuser (die Skala der Ordinate reicht von -50% bis +50% und ist für alle G-DRGs identisch)
- Durchschnittliche Verweildauer im Jahr 2010 differenziert nach Bettengrößenklasse der Krankenhäuser (die Skala der Ordinate ist für jede G-DRG individuell und reicht von 0 Tagen bis zur maximalen durchschnittlichen Verweildauer innerhalb einer Bettengrößenklasse)
- Prozentuale Veränderung der durchschnittlichen Verweildauer im Zeitraum 2008 bis 2010 differenziert nach Bettengrößenklasse der

---

<sup>336</sup> Verwendet wurde die durchschnittliche kürzeste (Straßen-)Entfernung zwischen Wohnort und Ort der Leistungserbringung und nicht die durchschnittliche schnellste (Straßen-)Entfernung.

Krankenhäuser (die Skala der Ordinate reicht von -50% bis +50% und ist für alle G-DRGs identisch)

- Anteil leistungserbringender Krankenhäuser an allen Krankenhäusern dieser Bettengrößenklasse im Jahr 2010 (die Skala der Ordinate reicht von 0% bis 100% und ist für alle G-DRGs identisch)
- Veränderung des Anteils leistungserbringender Krankenhäuser an allen Krankenhäusern dieser Bettengrößenklasse im Zeitraum 2008 bis 2010 in Prozentpunkten (die Skala der Ordinate reicht von -25 Prozentpunkte bis +25 Prozentpunkte und ist für alle G-DRGs identisch)

Die Differenzierung der Krankenhausgröße erfolgt anhand folgender Bettengrößenklassen: 1 bis 49 Betten, 50 bis 99 Betten, 100 bis 149 Betten, 150 bis 199 Betten, 200 bis 299 Betten, 300 bis 399 Betten, 400 bis 499 Betten, 500 bis 599 Betten, 600 bis 799 Betten, 800 bis 999 Betten sowie 1000 Betten und mehr. Krankenhäuser ohne Angabe einer Bettengrößenklasse wurden bei der Differenzierung nach Bettengrößenklassen nicht berücksichtigt. Die Darstellung erfolgt in aufsteigender Reihenfolge der Bettengrößenklassen auf der Abszisse. Die Bettengrößenklassen weisen ungleiche Besetzungshäufigkeiten auf (vgl. Anhang A).

Tabelle 185: G-DRG-Kennzahlen I

G-DRG	Fallzahl		VWD (Tage)		Entfernung (km)		FZ nach KH-Größe		VWD nach KH-Größe		KH(%) nach KH-Größe	
	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)
A01A - Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden	201	14%	71,4	-1%	95,0	10%						
A01B - Lebertransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stuh...	347	9%	42,3	3%	92,4	-1%						
A01C - Lebertransplantation ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne...	496	15%	32,1	5%	74,3	-2%						
A02Z - Transplantation von Niere und Pankreas	120	14%	32,4	-5%	90,6	23%						
A03A - Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden	78	22%	55,5	2%	138,4	-6%						
A03B - Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden	157	22%	41,9	10%	154,2	10%						
A04A - Knochenmarkstransplantation / Stammzelltransfusion, al...	192	31%	62,3	0%	87,8	3%						
A04B - Knochenmarkstransplantation / Stammzelltransfusion, al...	658	6%	57,0	1%	63,4	-3%						
A04C - Knochenmarkstransplantation / Stammzelltransfusion, al...	1.674	20%	45,9	1%	65,7	-10%						
A04D - Knochenmarkstransplantation / Stammzelltransfusion, al...	183	43%	36,8	-10%	86,3	9%						
A05A - Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder A...	114	16%	120,9	37%	133,4	2%						
A05B - Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, Alle...	217	-8%	85,3	3%	107,6	7%						
A06A - Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur ode...	419	10%	137,8	2%	39,1	-6%						
A06B - Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur ode...	1.092	22%	119,1	0%	41,7	36%						
A07A - Beatmung > 999 und < 1800 Stunden mit komplexer OR-Pr...	1.021	7%	83,2	0%	42,6	13%						
A07B - Beatmung > 999 und < 1800 Stunden mit komplexer OR-Pr...	697	4%	74,5	0%	33,8	8%						
A07C - Beatmung > 999 und < 1800 Stunden mit komplexer OR-Pr...	3.013	23%	73,3	0%	27,0	13%						
A07D - Beatmung > 999 und < 1800 Stunden ohne komplexe OR-Pr...	650	8%	69,2	0%	36,3	4%						
A07E - Beatmung > 999 und < 1800 Stunden ohne komplexe OR-Pr...	1.100	6%	63,7	-3%	29,9	17%						
A08A - Beatmung > 499 und < 1000 Stunden mit angebotener Fehl...	1.568	9%	49,3	0%	50,0	-2%						
A08B - Beatmung > 499 und < 1000 Stunden mit komplexer OR-Pr...	3.108	12%	53,3	0%	36,9	1%						
A08C - Beatmung > 499 und < 1000 Stunden mit kompl. OR-Proz...	7.530	12%	47,5	-2%	28,2	-1%						
A08D - Beatmung > 499 und < 1000 Stunden ohne komplexe OR-Pr...	3.940	19%	46,0	-1%	24,1	17%						
A08E - Beatmung > 499 und < 1000 Stunden ohne kompl. OR-Proz...	2.367	27%	40,9	-3%	30,0	-1%						
A08F - Beatmung > 499 und < 1000 Stunden ohne kompl. OR-Proz...	3.636	3%	39,0	-1%	26,4	2%						
A11A - Beatmung > 249 und < 500 Stunden mit hochkompl. Eingr...	2.906	17%	41,0	2%	45,6	-4%						
A11B - Beatmung > 249 und < 500 Stunden mit komplexer OR-Pro...	2.582	3%	32,6	0%	34,4	-8%						
A11C - Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Pro...	2.045	-3%	35,2	-1%	24,6	4%						
A11D - Beatmung > 249 und < 500 Stunden mit komplexer OR-Pro...	3.432	8%	29,1	-1%	34,3	4%						
A11E - Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Pro...	8.198	11%	30,9	0%	24,1	3%						
A11F - Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Pro...	4.753	30%	26,6	0%	29,8	5%						
A11G - Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Pro...	4.812	6%	25,2	1%	27,1	14%						
A13A - Beatmung > 95 und < 250 Stunden mit hochkomplexem Ein...	3.873	11%	27,3	-3%	50,2	1%						
A13B - Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne hochkompl. Eingr...	3.093	0%	27,5	-3%	35,2	-4%						
A13C - Beatmung > 95 und < 250 Stunden mit kompl. OR-Proz...	1.972	-6%	32,7	0%	21,8	8%						
A13D - Beatmung > 95 und < 250 Stunden mit komplexer OR-Proz...	4.526	6%	22,1	-2%	33,7	0%						
A13E - Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe OR-Proz...	9.517	-1%	25,0	-2%	23,1	1%						
A13F - Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe oder be...	9.833	17%	15,1	-2%	25,8	-2%						
A13G - Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe oder be...	14.253	4%	15,4	-2%	21,8	2%						
A15A - Knochenmarkstransplantation / Stammzelltransfusion, au...	146	-11%	27,9	7%	74,0	19%						
A15B - Knochenmarkstransplantation / Stammzelltransfusion, au...	155	-34%	25,3	4%	67,2	2%						
A15C - Knochenmarkstransplantation / Stammzelltransfusion, al...	1.363	10%	25,3	0%	45,8	8%						
A15D - Knochenmarkstransplantation / Stammzelltransfusion, al...	1.846	3%	21,3	-2%	47,9	-3%						
A16A - Transplantation von Darm oder Pankreas	14	-29%	40,6	4%	135,2	-14%						
A16B - Injektion von Pankreasgewebe	4	100%	7,0	-52%	27,2	-30%						
A17A - Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des...	850	-3%	28,6	-9%	59,6	-6%						
A17B - Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des...	1.816	11%	19,2	-5%	59,7	-4%						

Quelle:

IGES

Tabelle 186: G-DRG-Kennzahlen II

G-DRG	Fallzahl		VWD (Tage)		Entfernung (km)		FZ nach KH-Größe		VWD nach KH-Größe		KH(%) nach KH-Größe	
	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)
A18Z - Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber...	170	16%	136,2	-3%	96,3	-16%						
A22Z - Korrekturgriff bei Doppelnierbildung	-	0%	-	0%	-	0%						
A33Z - Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwands...	1.884	30%	35,2	-5%	26,1	6%						
A42A - Stammzellentnahme bei Eigerspender mit Chemotherapie	1.443	5%	20,5	-7%	46,7	6%						
A42B - Stammzellentnahme bei Eigerspender ohne Chemotherapie	1.750	4%	4,5	-1%	45,5	-2%						
A43Z - Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-In-Syndrom	702	-13%	67,6	-6%	69,2	6%						
A60A - Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, meh...	1.684	30%	17,8	-6%	61,1	-3%						
A60B - Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, meh...	229	10%	6,0	-7%	114,1	-15%						
A60C - Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, meh...	4.722	14%	7,6	-4%	58,0	-3%						
A60D - Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein...	1.276	17%	1,0	0%	55,3	1%						
A61Z - Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopo...	3.358	22%	7,0	-5%	69,6	1%						
A62Z - Evaluationsaufenthalt vor Herztransplantation	234	8%	16,8	1%	108,8	19%						
A63Z - Evaluationsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-T...	245	12%	22,9	22%	121,3	8%						
A64Z - Evaluationsaufenthalt vor Leber- oder Nieren-Pankrea...	1.075	15%	13,2	-8%	64,5	-18%						
A65Z - Evaluationsaufenthalt vor anderer Organtransplantation	224	91%	6,1	-22%	70,0	-7%						
A68Z - Evaluationsaufenthalt vor Organtransplantation ohne ...	638	40%	10,9	-7%	81,8	-11%						
B01Z - Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten un...	2.840	0%	25,9	-1%	39,6	-12%						
B02A - Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit ...	364	-1%	54,9	0%	31,0	-4%						
B02B - Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit ...	486	19%	33,1	1%	42,6	7%						
B03C - Komplexe Kraniotomie od. Wirbels-Op. oh. Strahlenther...	10.400	23%	14,9	-6%	48,1	-1%						
B02D - Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation ohne...	5.878	17%	14,3	-3%	34,5	-4%						
B03A - Operative Eingriffe b. nicht akuter Para- / Tetrapleg...	1.326	1%	16,4	-6%	48,6	-13%						
B03B - Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartige...	3.662	14%	18,9	-6%	36,4	2%						
B04A - Interventionelle und beseitigende Eingriffe an den ext...	789	2%	13,6	-4%	24,8	-6%						
B04B - Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst ...	2.870	14%	12,8	-12%	21,6	5%						
B04C - Interventionelle Eingriffe an den extrakraniellen Gef...	2.393	24%	4,1	-13%	27,7	-6%						
B04D - Interventionelle Eingriffe an den extrakraniellen Gef...	2.465	-33%	4,9	-4%	30,5	-1%						
B04E - Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst ...	19.526	-3%	7,1	-7%	22,0	-6%						
B05Z - Dekompression bei Karppalmneisyndrom	11.087	-1%	2,0	-16%	17,9	-4%						
B06A - Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskelatrophie od...	383	-21%	5,4	-7%	86,6	-7%						
B06B - Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskelatrophie od...	1.973	5%	7,7	-16%	43,2	6%						
B07Z - Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und andere ...	880	14%	17,0	-11%	67,6	17%						
B09A - Andere Eingriffe am Schädel mit äußerst schweren CC	722	15%	14,2	7%	38,7	6%						
B09B - Andere Eingriffe am Schädel ohne äußerst schwere CC	4.832	13%	6,3	-4%	38,1	3%						
B11Z - Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur	572	28%	61,8	-4%	41,0	-3%						
B12Z - Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten...	2.819	34%	15,6	-8%	19,9	12%						
B13Z - Epilepsiechirurgie mit invasivem präoperativen Video-EEG	95	-12%	23,5	7%	133,8	-11%						
B15Z - Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ne...	3.407	7%	26,2	-3%	33,1	7%						
B16Z - Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ne...	7.090	7%	10,3	-5%	33,9	8%						
B17A - Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und andere...	216	14%	9,0	4%	111,0	-24%						
B17B - Eingriffe an periph. Nerven, Hirnnerven und anderen T...	1.487	6%	4,3	-8%	57,6	13%						
B17C - Eingriffe an periph. Nerven, Hirnnerven und anderen T...	15.487	2%	3,9	-10%	40,3	2%						
B18Z - Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark außer bei böse...	5.032	24%	8,8	-9%	44,8	-9%						
B20A - Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit kom...	391	16%	9,0	-8%	76,4	4%						
B20B - Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit kom...	15.646	0%	11,5	-7%	49,9	1%						
B20C - Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne Ko...	311	-19%	9,9	-3%	45,7	1%						
B20D - Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit kom...	1.340	-5%	10,6	-4%	46,6	13%						

Quelle:

IGES

Tabelle 187: G-DRG-Kennzahlen III

G-DRG	Fallzahl		VWD (Tage)		Entfernung (km)		FZ nach KH-Größe		VWD nach KH-Größe		KH(%) nach KH-Größe	
	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)
B2E - Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne ko...	6.847	-9%	9,3	-7%	50,4	-2%						
B2F - Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne ko...	6.499	6%	9,2	-7%	30,7	-8%						
B2IA - Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulati...	629	19%	15,3	-6%	103,9	-12%						
B2IB - Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulati...	476	4%	5,1	-22%	108,3	-13%						
B36A - Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1656 Aufw...	773	11%	40,4	3%	33,9	-3%						
B36B - Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufw...	1.619	13%	28,7	0%	33,2	1%						
B39A - Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfa...	1.275	8%	16,5	-10%	28,6	-6%						
B39B - Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfa...	3.953	4%	16,0	-7%	22,8	-2%						
B39C - Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfa...	2.194	8%	13,9	-5%	19,1	3%						
B42A - Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des ...	680	30%	26,5	-6%	18,6	-4%						
B42B - Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des ...	4.776	14%	21,8	-1%	96,8	-2%						
B43Z - Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des ...	11.121	17%	54,9	-1%	57,1	-2%						
B44A - Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei...	1.938	30%	29,2	-4%	14,0	4%						
B44B - Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei...	21.681	13%	23,6	-4%	15,0	0%						
B44C - Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei...	1.292	38%	26,6	-1%	14,5	0%						
B44D - Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei...	17.277	12%	20,8	-3%	14,7	-1%						
B46Z - Sozial- und neuropädische und pädiatrisch-psychos...	1.562	26%	16,5	2%	125,0	-15%						
B47Z - Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störu...	5.721	25%	14,5	-5%	52,1	-4%						
B48Z - Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebel...	3.680	10%	19,6	-7%	108,5	-7%						
B64Z - Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson	3.835	83%	19,8	-3%	55,1	-21%						
B60A - Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Be...	3.164	-3%	9,4	-10%	54,1	13%						
B60B - Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, ein Belegungstag	467	16%	1,0	0%	36,5	8%						
B61Z - Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks a...	15.414	1%	28,6	1%	60,4	2%						
B63Z - Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion	30.646	-14%	7,8	-6%	16,2	5%						
B64Z - Delirium	14.257	9%	7,1	-7%	16,0	8%						
B66A - Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren C...	154	-4%	14,9	-9%	30,2	-15%						
B66B - Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren C...	4.015	6%	11,7	-1%	21,0	1%						
B66C - Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder...	255	8%	3,7	-16%	31,1	-6%						
B66D - Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder...	34.180	2%	4,9	-6%	29,1	-3%						
B67A - Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwers...	7.409	-1%	14,5	-6%	39,0	2%						
B67B - Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwer...	23.941	2%	10,8	-8%	40,8	-5%						
B68A - Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst ...	1.504	31%	15,3	4%	53,4	28%						
B68B - Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegun...	608	10%	4,2	-16%	56,6	9%						
B68C - Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegun...	2.683	6%	7,3	-8%	31,8	-4%						
B68D - Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegun...	45.973	1%	5,6	-4%	38,4	2%						
B69A - Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakra...	6.811	32%	7,2	-6%	18,3	-4%						
B69B - Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakra...	1.870	35%	9,2	-7%	15,6	16%						
B69C - Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakra...	39.642	6%	6,1	-9%	17,5	4%						
B69D - Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakra...	56.665	28%	5,3	-9%	18,5	4%						
B70A - Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des ak...	9.089	32%	13,3	-10%	19,7	-8%						
B70B - Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des ak...	46.032	46%	10,8	-9%	19,8	-5%						
B70C - Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mi...	11.495	30%	10,7	-5%	19,0	-6%						
B70D - Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, oh...	50.628	9%	8,9	-8%	17,5	2%						
B70E - Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des ak...	16.284	-6%	11,7	-1%	22,6	4%						
B70F - Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des ak...	78.863	-22%	9,9	-5%	17,9	7%						
B70G - Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des ak...	1.443	19%	2,5	-2%	17,9	-5%						
B70H - Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des ak...	3.486	-10%	2,4	0%	17,2	4%						

Quelle:

IGES

Tabelle 188: G-DRG-Kennzahlen IV

G-DRG	Fallzahl		VWD (Tage)		Entfernung (km)		FZ nach KH-Größe		VWD nach KH-Größe		KH(%) nach KH-Größe	
	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)
B70 - Apoplexie, ein Belegungsstag	21.722	8%	10	0%	23,4	5%						
B71A - Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit ...	888	30%	13,9	-8%	38,7	5%						
B71B - Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit ...	2.777	40%	10,5	-3%	39,3	3%						
B71C - Erkrankungen an Hirnnerven u. periph. Nerven ohne Kom...	14.664	10%	8,7	-7%	26,1	7%						
B71D - Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne...	58.641	2%	5,8	-8%	25,0	1%						
B72A - Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, A...	7.378	5%	12,8	-4%	21,5	-3%						
B72B - Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, A...	12.698	0%	7,2	-5%	24,9	1%						
B72Z - Virusmeningitis	3.718	-6%	7,7	9%	22,6	7%						
B75A - Fieberschübe, Alter < 1 Jahr	1.588	3%	2,8	-11%	20,3	-6%						
B75B - Fieberschübe, Alter > 0 Jahre	18.571	-12%	3,0	-8%	27,3	5%						
B76A - Anfälle, mehr als ein Belegungsstag, mit komplexer Dia...	7.762	9%	21,1	-1%	87,9	-9%						
B76B - Anfälle, mehr als ein Belegungsstag, ohne komplexe Dia...	789	-6%	10,9	5%	32,7	1%						
B76C - Anfälle, mehr als ein Belegungsstag, ohne komplexe Dia...	7.254	11%	10,4	-1%	19,6	-6%						
B76D - Anfälle, mehr als 1 Beleg. tag, ohne kompl. Diagnostik...	10.757	21%	10,1	-3%	17,1	-2%						
B76E - Anfälle, mehr als ein Belegungsstag, ohne komplexe Dia...	36.682	2%	6,0	-7%	23,6	5%						
B76F - Anfälle, ein Belegungsstag oder ohne komplexe Diagnost...	8.951	-11%	3,6	-7%	25,7	-1%						
B76G - Anfälle, ein Belegungsstag oder ohne komplexe Diagnost...	74.186	2%	3,5	-9%	25,2	-2%						
B77Z - Kopfschmerzen	56.750	7%	3,0	-8%	22,0	1%						
B78A - Intrakranielle Verletzung, Alter < 1 Jahr	214	-2%	7,7	-16%	25,0	-2%						
B78B - Intrakranielle Verletzung, Alter > 0 Jahre, mit kompl...	12.993	11%	8,1	-5%	26,6	5%						
B78C - Intrakranielle Verletzung, Alter > 0 Jahre, ohne komp...	9.658	3%	6,5	-5%	23,4	-2%						
B78Z - Schädeltraumen	9.192	-4%	4,2	-6%	25,3	0%						
B80Z - Andere Kopfverletzungen	203.080	5%	2,0	-5%	22,2	-1%						
B81A - Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer D...	1.674	3%	7,7	-3%	41,9	2%						
B81B - Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe D...	51.650	14%	5,1	-6%	27,2	-4%						
B82Z - Andere Erkrankungen an peripheren Nerven	7.995	9%	3,0	-10%	20,6	-1%						
B84Z - Vaskuläre Myelopathien	923	16%	8,6	-3%	25,1	-8%						
B85A - Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit hochko...	1.943	10%	14,2	-4%	42,9	-7%						
B85B - Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit außers...	10.989	-3%	9,3	-7%	28,4	10%						
B85C - Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochk...	5.570	5%	7,0	-9%	70,1	10%						
B85D - Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochk...	19.016	-1%	6,1	-10%	30,7	-2%						
B86Z - Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet und Kra...	474	20%	7,1	-17%	23,6	-7%						
C01A - Komplexe Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen	975	-1%	8,1	-6%	46,1	-5%						
C01B - Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen...	3.896	16%	6,3	-6%	46,5	-10%						
C02A - Enukleationen und Eingriffe an der Orbita bei bösart...	1.716	-1%	7,5	5%	133,8	3%						
C02B - Enukleationen und Eingriffe an der Orbita außer bei b...	4.902	34%	3,3	-10%	60,2	-15%						
C03A - Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, m...	5.405	28%	5,7	-16%	40,0	-6%						
C03B - Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, m...	8.104	3%	4,7	-10%	35,1	-7%						
C03C - Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, o...	18.213	31%	4,8	-16%	42,3	-1%						
C03D - Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, o...	25.314	-1%	4,3	-7%	34,9	-7%						
C04A - Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Extraktio...	785	13%	8,6	-1%	91,7	19%						
C04B - Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Extraktio...	3.814	28%	7,2	-5%	73,4	2%						
C06Z - Dekozytostomien	3.978	6%	3,0	-9%	46,3	3%						
C06Z - Komplexe Eingriffe bei Glaukom	15.202	2%	5,6	-1%	39,2	1%						
C07A - Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Extr...	2.703	16%	2,7	-16%	34,4	-15%						
C07B - Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Extr...	14.315	0%	4,1	-7%	42,7	7%						
C08A - Beidseitige extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCO)	4.105	12%	4,0	-7%	25,8	7%						

Quelle:

IGES

Tabelle 189: G-DRG-Kennzahlen V

G-DRG	Fallzahl		VWD (Tage)		Entfernung (km)		FZ nach KH-Größe		VWD nach KH-Größe		KH(%) nach KH-Größe	
	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)
C08B - Extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE)	91.701	-5%	1,7	-10%	23,5	1%						
C10A - Eingriffe an den Augenmuskeln mit erhöhtem Aufwand	946	-8%	1,9	-11%	72,3	8%						
C10B - Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, ...	1.345	3%	1,6	-7%	52,7	-6%						
C10C - Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, ...	7.616	-3%	1,6	-11%	59,0	-9%						
C12Z - Andere Rekonstruktionen der Augenlider	4.286	7%	4,5	-10%	44,9	3%						
C13Z - Eingriffe an Tränenläuse und Tränenwegen	2.552	21%	2,4	-3%	39,2	-10%						
C14Z - Andere Eingriffe am Auge	12.061	-4%	3,3	-1%	41,2	7%						
C15Z - Andere Eingriffe an der Retina	12.188	5%	3,5	-6%	32,8	-8%						
C20A - Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriff...	1.473	-3%	2,3	-10%	64,7	7%						
C20B - Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriff...	26.855	7%	2,7	-7%	33,6	-3%						
C62Z - Akute und schwere Augeninfektionen	8.991	16%	7,0	-5%	29,7	1%						
C61Z - Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen de...	26.372	12%	4,9	-9%	28,1	2%						
C62Z - Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen	5.942	0%	2,8	-8%	34,8	0%						
C63Z - Andere Erkrankungen des Auges	19.052	3%	2,8	-6%	33,7	-10%						
C64Z - Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augentides	29.540	14%	2,2	-7%	44,0	0%						
C65Z - Bösartige Neubildungen des Auges	1.534	-6%	3,4	-9%	77,4	28%						
C66Z - Augenkrankungen bei Diabetes mellitus	3.150	-3%	4,1	-12%	29,2	-7%						
D01A - Kocheimplantation, bilateral	121	42%	6,2	-16%	82,7	-4%						
D01B - Kocheimplantation, unilateral	2.643	33%	5,5	-6%	78,4	-12%						
D02A - Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und...	1.885	26%	2,6	-6%	42,8	8%						
D02B - Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und...	631	0%	15,6	-6%	36,6	-9%						
D03Z - Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte	3.034	-4%	5,6	-6%	63,1	0%						
D04Z - Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer ...	2.412	13%	7,1	-7%	59,8	7%						
D05A - Komplexe Parotidektomie	993	-9%	6,0	-8%	33,7	-14%						
D05B - Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komple...	6.730	5%	5,2	-7%	30,6	-3%						
D06A - Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eing...	1.002	0%	5,5	-8%	31,2	8%						
D06B - Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eing...	14.129	7%	4,9	-7%	31,4	-1%						
D06C - Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eing...	88.551	2%	4,2	-7%	26,7	0%						
D08A - Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubi...	500	20%	9,9	-7%	33,5	12%						
D08B - Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubi...	3.051	12%	5,1	-11%	31,1	1%						
D09Z - Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder versch...	2.088	9%	7,6	-3%	29,6	1%						
D12A - Andere aufwändige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	2.092	3%	6,1	-4%	36,1	-6%						
D12B - Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	16.415	0%	4,2	-9%	26,9	-4%						
D13Z - Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund	29.200	0%	2,2	-6%	26,6	0%						
D15A - Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder Implantati...	1.185	8%	17,1	-7%	33,7	-4%						
D15B - Tracheostomie ohne äußerst schwere CC	1.212	-12%	13,2	-5%	31,4	-4%						
D16Z - Materialentfernung an Kiefer und Gesicht	4.278	-7%	2,5	-12%	47,2	3%						
D17Z - Plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel	305	1%	6,5	4%	162,9	13%						
D18Z - Strahlentherapie mit operativem Eingriff oder Strahle...	2.561	65%	27,5	-6%	33,5	-8%						
D19Z - Strahlentherapie bei Kränkheiten und Störungen des Oh...	1.979	-25%	27,2	-4%	24,6	-5%						
D20A - Andere Strahlentherapie bei Kränkheiten und Störungen...	2.773	13%	9,2	-3%	24,0	-6%						
D20B - Andere Strahlentherapie bei Kränkheiten und Störungen...	6.945	9%	5,5	-9%	27,7	4%						
D22A - Eingriffe an Mundhöhle und Mund mit Mundboden- oder V...	673	-4%	5,5	-10%	34,0	-6%						
D22B - Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger ...	10.216	18%	3,2	-12%	26,6	-6%						
D23Z - Implantation eines Hörgerätes	392	68%	4,4	-6%	69,2	-3%						
D24A - Implantation von Hauptplastiken und große Eingriffe an Kopf un...	2.002	7%	23,9	-4%	32,4	4%						
D24B - Komplexe Hauptplastiken und große Eingriffe an Kopf un...	3.760	-10%	12,4	-9%	34,6	4%						

Quelle:

IGES



Tabelle 190: G-DRG-Kennzahlen VI

G-DRG	Fallzahl		VWD (Tage)		Entfernung (km)		FZ nach KH-Größe		VWD nach KH-Größe		KH(%) nach KH-Größe	
	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)
D25A - Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösart...	913	13%	19,5	3%	36,7	10%						
D25B - Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösart...	3.516	1%	9,0	-12%	35,5	-6%						
D25C - Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei b...	589	7%	11,6	-7%	39,1	-2%						
D25D - Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei b...	4.939	3%	5,9	-7%	40,0	-5%						
D26Z - Monorotri Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf ...	9.049	3%	5,6	-9%	42,9	-4%						
D28Z - Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf un...	8.069	0%	4,8	-1%	30,2	0%						
D30A - Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder v...	27.202	-7%	3,5	-7%	31,8	-2%						
D30B - Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder v...	137.287	-2%	4,5	-5%	20,4	1%						
D33Z - Mehrzeitliche komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten un...	198	0%	23,6	-5%	32,6	6%						
D35Z - Eingriffe an Nase und Nasennebenhöhlen bei bösartiger...	671	11%	7,1	-5%	40,8	2%						
D36Z - Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen	5.070	-2%	4,2	-1%	28,8	6%						
D37A - Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter < 16 Jahre	187	-15%	4,5	-5%	46,2	0%						
D37B - Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre	11.885	1%	4,3	-6%	39,6	0%						
D38Z - Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase	55.831	4%	3,7	-7%	24,7	4%						
D39Z - Andere Eingriffe an der Nase	2.216	-8%	2,5	-9%	19,7	-5%						
D40Z - Zahnextraktion und -wiederherstellung	11.247	7%	2,5	-8%	25,5	2%						
D60A - Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, m...	1.004	15%	6,9	-7%	29,9	4%						
D60B - Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, m...	8.646	-4%	8,2	-1%	24,7	-4%						
D60C - Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, e...	21.236	6%	2,7	-13%	27,4	0%						
D61A - Komplexe Gleichgewichtsstörung	7.919	-19%	5,5	-1%	22,0	6%						
D61B - Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) mit Hörverlust od...	35.028	-6%	5,4	-9%	20,8	0%						
D61C - Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) außer komplexe Gl...	80.053	15%	4,5	-8%	19,1	1%						
D62Z - Epistaxis oder Otitis media oder Infektionen der ober...	65.829	-7%	3,4	-3%	22,5	3%						
D63Z - Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Al...	27.569	-3%	3,0	-4%	21,7	0%						
D64Z - Laryngotracheitis und Epiglottitis	3.912	-18%	2,3	-7%	23,9	8%						
D65Z - Verletzung und Deformität der Nase	7.681	2%	2,4	-5%	22,3	-3%						
D66Z - Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals	29.098	3%	3,1	-4%	33,3	3%						
D67Z - Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle ohne Zahnextrak...	18.702	1%	3,4	-1%	24,4	-2%						
E01A - Revisionsingriffe, beidseitige Lobektomie, erweitert...	1.304	10%	25,4	-2%	38,2	-1%						
E01B - Revisionsingriffe, beidseitige Lobektomie, erweitert...	3.921	9%	18,4	-6%	40,3	1%						
E02A - Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit aufwä...	3.563	10%	14,8	-5%	27,0	-5%						
E02B - Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwä...	259	-11%	7,5	-10%	53,0	-3%						
E02C - Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwä...	25.096	3%	9,6	-10%	30,2	-4%						
E02D - Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwä...	2.937	1%	8,6	-6%	29,7	-1%						
E03Z - Brachytherapie oder Therapie mit offenen Nukliden bei...	186	-30%	6,3	-5%	71,9	-1%						
E05A - Andere große Eingriffe am Thorax mit äußerster schweren CC	11.808	18%	18,8	-6%	33,2	1%						
E05B - Andere große Eingriffe am Thorax ohne äußerster schwere...	7.985	-6%	11,6	-10%	34,6	-2%						
E05C - Andere große Eingriffe am Thorax ohne äußerster schwere...	5.334	-3%	11,2	-8%	35,0	1%						
E06A - Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen un...	2.589	13%	15,7	-9%	36,1	-22%						
E06B - Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen un...	235	-9%	8,5	-16%	65,2	-6%						
E06C - Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen un...	7.044	7%	10,1	-9%	39,0	-2%						
E07Z - Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom	3.238	32%	4,3	-11%	27,0	6%						
E08A - Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Al...	311	31%	26,8	-8%	26,4	0%						
E08B - Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Al...	5.120	14%	27,5	-2%	28,3	4%						
E08C - Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Al...	11.087	11%	10,1	-6%	22,1	1%						
E36Z - Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwands...	4.484	19%	26,2	-1%	22,4	14%						
E37Z - Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation b...	52	41%	103,4	6%	125,0	0%						

Quelle:

IGES

Tabelle 191: G-DRG-Kennzahlen VII

G-DRG	Fallzahl		WVD (Tage)		Entfernung (km)		FZ nach KH-Größe		WVD nach KH-Größe		KH(%) nach KH-Größe	
	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)
E40A - Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beamt...	481	-23%	9,5	-13%	43,7	-18%						
E40B - Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beamt...	12.893	25%	11,9	-6%	20,0	-2%						
E40C - Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beamt...	3.489	3%	9,2	-7%	22,8	10%						
E41Z - Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der...	188	102%	23,8	-11%	39,9	2%						
E42Z - Geistrische Frührehabilitative Komplexbehandlung bei...	9.755	4%	23,8	-4%	13,0	2%						
E60A - Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre	1.410	4%	8,4	-2%	50,2	1%						
E60B - Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre	3.101	6%	9,3	-3%	48,7	2%						
E62A - Komplexe Infektionen und Entzündungen der Atmungsorg...	1.761	22%	18,5	0%	30,3	11%						
E62B - Komplexe Infektionen und Entzündungen der Atmungsorg...	4.149	27%	15,1	-9%	21,1	3%						
E63Z - Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysom...	133.312	-2%	1,8	0%	24,9	-2%						
E64A - Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegtag...	53.723	10%	9,9	-5%	17,9	-2%						
E64B - Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegtag...	440	3%	5,6	-7%	25,7	7%						
E64C - Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegtag...	9.385	-6%	6,5	-12%	25,3	-2%						
E64D - Respiratorische Insuffizienz, ein Belegtag	7.423	13%	10,0	0%	33,8	-5%						
E65A - Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung mit auß. sch...	59.620	27%	10,9	-10%	17,9	3%						
E65B - Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst...	22.155	4%	8,4	-8%	20,7	8%						
E65C - Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst...	94.283	-1%	7,1	-8%	16,1	2%						
E66A - Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose	8.937	17%	7,5	-5%	19,8	-6%						
E66B - Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose	23.782	6%	5,0	-6%	18,5	-6%						
E68A - Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Beleg...	3.751	6%	6,2	-5%	18,4	-7%						
E68B - Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Beleg...	62.188	-1%	6,7	-7%	16,5	1%						
E68C - Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegtag od...	9.511	-8%	4,0	-7%	19,8	0%						
E69D - Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 0 Jahre und...	18.868	-3%	3,2	-6%	22,2	-1%						
E69E - Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 5 Jahre und...	11.884	0%	2,6	-4%	26,0	-1%						
E69F - Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 5 Jahre, ei...	50.820	3%	3,0	-8%	22,2	0%						
E70A - Keuchhusten und akute Bronchitis, Alter < 3 Jahre	6.028	8%	5,3	-12%	17,2	-17%						
E70B - Keuchhusten und akute Bronchitis, Alter > 2 Jahre	1.033	8%	6,5	-6%	16,2	-16%						
E71A - Neulidungen der Atmungsorgane, mehr als ein Beleg...	58.488	7%	9,7	-4%	22,2	-3%						
E71B - Neulidungen der Atmungsorgane, ein Belegtag oder...	117.917	-7%	3,9	-9%	23,3	0%						
E73A - Pleuraerguss mit äußerst schweren CC	3.009	18%	12,1	-6%	18,7	2%						
E73B - Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC	8.314	0%	6,6	-12%	20,2	3%						
E74Z - Interstitielle Lungenerkrankung	20.189	2%	7,4	-6%	31,7	-3%						
E75A - Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schw...	216	17%	5,8	-11%	68,1	-9%						
E75B - Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schw...	5.981	4%	9,0	-4%	16,8	5%						
E75C - Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst sch...	27.931	5%	4,3	-3%	22,2	-2%						
E76A - Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	3.075	-5%	41,0	-1%	31,5	-4%						
E76B - Tuberkulose bis 14 Belegungstage mit äußerst schweren...	794	5%	6,9	1%	27,4	6%						
E76C - Tuberkulose bis 14 Belegungstage ohne äußerst schwe...	14.079	2%	7,5	-5%	22,7	1%						
E77A - Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane...	90	-18%	15,8	33%	22,2	-25%						
E77B - Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane...	3.417	32%	15,9	-10%	13,3	-7%						
E77C - Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane...	3.451	9%	10,4	-10%	29,7	5%						
E77D - Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane...	107.601	20%	11,1	-6%	14,0	1%						
E77E - Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane...	7.332	-2%	5,9	-5%	19,6	-5%						
E77F - Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane...	1.124	-5%	7,5	-9%	16,0	12%						
E77G - Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane...	160.664	2%	7,2	-9%	16,6	1%						
F01A - Neumplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), ...	1.027	48%	16,1	-10%	35,5	-10%						
F01B - Neumplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), ...	915	14%	16,8	0%	33,7	4%						

Quelle:

IGES

Tabelle 192: G-DRG-Kennzahlen VIII

G-DRG	Fallzahl		VWD (Tage)		Entfernung (km)		FZ nach KH-Größe		VWD nach KH-Größe		KH(%) nach KH-Größe	
	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)
F01C - Neuplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), ...	8.680	-46%	9,7	-11%	28,2	-13%	28,2	-13%	28,2	-13%	28,2	-13%
F01D - Neuplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), ...	1.146	-4%	16,1	-8%	33,2	0%	33,2	0%	33,2	0%	33,2	0%
F01E - Neuplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), ...	4.159	11%	13,6	-8%	23,0	-8%	23,0	-8%	23,0	-8%	23,0	-8%
F01F - Neuplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), ...	5.730	18%	10,1	-8%	25,4	-11%	25,4	-11%	25,4	-11%	25,4	-11%
F01G - Neuplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), ...	5.811	8%	6,2	-16%	23,9	-15%	23,9	-15%	23,9	-15%	23,9	-15%
F02A - Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators ...	5.157	46%	5,1	-12%	28,3	-14%	28,3	-14%	28,3	-14%	28,3	-14%
F02B - Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators ...	2.703	60%	3,9	-19%	26,2	-9%	26,2	-9%	26,2	-9%	26,2	-9%
F03A - Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit Komp...	4.251	11%	18,4	-3%	52,5	-6%	52,5	-6%	52,5	-6%	52,5	-6%
F03B - Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne ko...	1.038	-6%	14,6	-4%	61,4	-2%	61,4	-2%	61,4	-2%	61,4	-2%
F03C - Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne ko...	3.430	-5%	18,0	-3%	55,4	-3%	55,4	-3%	55,4	-3%	55,4	-3%
F03D - Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne ko...	1.867	21%	15,0	0%	71,0	0%	71,0	0%	71,0	0%	71,0	0%
F03E - Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne ko...	9.669	-5%	15,4	0%	54,5	-3%	54,5	-3%	54,5	-3%	54,5	-3%
F03F - Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne ko...	6.964	-4%	12,7	0%	56,9	0%	56,9	0%	56,9	0%	56,9	0%
F03Z - Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologisch...	1.693	7%	16,3	-2%	40,7	-3%	40,7	-3%	40,7	-3%	40,7	-3%
F08B - Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen ...	7.27	5%	23,2	1%	47,9	-10%	47,9	-10%	47,9	-10%	47,9	-10%
F08C - Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen ...	1.010	-2%	26,6	0%	49,2	-8%	49,2	-8%	49,2	-8%	49,2	-8%
F08D - Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe O...	1.686	8%	14,9	2%	46,7	-1%	46,7	-1%	46,7	-1%	46,7	-1%
F08E - Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe O...	2.056	-8%	16,2	-5%	30,6	-9%	30,6	-9%	30,6	-9%	30,6	-9%
F08F - Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe O...	4.172	-17%	16,0	-2%	34,5	-13%	34,5	-13%	34,5	-13%	34,5	-13%
F07A - Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1...	25.390	-9%	11,7	-1%	52,3	-1%	52,3	-1%	52,3	-1%	52,3	-1%
F07B - Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 ...	5.100	6%	14,1	-2%	62,7	-2%	62,7	-2%	62,7	-2%	62,7	-2%
F08A - Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschi...	6.416	4%	12,8	-1%	64,0	0%	64,0	0%	64,0	0%	64,0	0%
F08B - Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschi...	1.733	7%	23,4	-4%	27,7	-5%	27,7	-5%	27,7	-5%	27,7	-5%
F08C - Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschi...	7.754	10%	23,4	-4%	20,7	10%	20,7	10%	20,7	10%	20,7	10%
F08D - Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschi...	8.925	4%	22,5	-4%	19,7	-2%	19,7	-2%	19,7	-2%	19,7	-2%
F08E - Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschi...	7.151	-12%	13,6	-5%	21,8	-5%	21,8	-5%	21,8	-5%	21,8	-5%
F08F - Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschi...	16.349	-10%	12,6	-7%	20,4	-4%	20,4	-4%	20,4	-4%	20,4	-4%
F08G - Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschi...	5.453	1%	8,8	-10%	25,4	-2%	25,4	-2%	25,4	-2%	25,4	-2%
F08H - Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Mas...	765	4%	8,8	2%	34,0	-14%	34,0	-14%	34,0	-14%	34,0	-14%
F08I - Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Mas...	2.879	8%	9,9	-2%	27,2	-11%	27,2	-11%	27,2	-11%	27,2	-11%
F08J - Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Mas...	1.104	-21%	7,3	-2%	32,5	8%	32,5	8%	32,5	8%	32,5	8%
F12A - Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersys...	545	89%	15,5	-4%	32,3	1%	32,3	1%	32,3	1%	32,3	1%
F12B - Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersys...	2.625	24%	12,3	-6%	26,4	-9%	26,4	-9%	26,4	-9%	26,4	-9%
F12C - Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersys...	759	4%	7,0	-16%	29,1	-15%	29,1	-15%	29,1	-15%	29,1	-15%
F12D - Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersys...	87	-1%	8,2	4%	71,0	8%	71,0	8%	71,0	8%	71,0	8%
F12E - Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersys...	8.911	31%	14,3	-8%	18,5	8%	18,5	8%	18,5	8%	18,5	8%
F12F - Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersys...	2.595	17%	11,1	-12%	22,4	-2%	22,4	-2%	22,4	-2%	22,4	-2%
F12G - Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersys...	38.529	4%	6,9	-12%	17,4	-3%	17,4	-3%	17,4	-3%	17,4	-3%
F12H - Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersys...	18.897	2%	8,6	-13%	15,6	-1%	15,6	-1%	15,6	-1%	15,6	-1%
F13A - Amputation bei Kreislaufkrankungen an oberer Extremit...	4.468	16%	35,6	-9%	17,9	7%	17,9	7%	17,9	7%	17,9	7%
F13B - Amputation bei Kreislaufkrankungen an oberer Extremit...	2.035	21%	15,8	-12%	15,0	8%	15,0	8%	15,0	8%	15,0	8%
F13C - Amputation bei Kreislaufkrankungen an oberer Extremit...	2.877	-13%	12,8	-10%	15,4	4%	15,4	4%	15,4	4%	15,4	4%
F14A - Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große re...	7.306	25%	17,6	-6%	21,6	0%	21,6	0%	21,6	0%	21,6	0%
F14B - Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große re...	6.492	13%	10,4	-10%	23,4	1%	23,4	1%	23,4	1%	23,4	1%
F15Z - Perkutane Koronarangioplastie m. komplizierender Kons...	2.790	23%	18,7	-11%	24,5	3%	24,5	3%	24,5	3%	24,5	3%
F17A - Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem	10.642	7%	3,1	-12%	17,1	-2%	17,1	-2%	17,1	-2%	17,1	-2%
F17B - Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammersystem	4.871	-6%	3,7	-13%	15,3	3%	15,3	3%	15,3	3%	15,3	3%

Quelle:

IGES

Tabelle 193: G-DRG-Kennzahlen IX

G-DRG	Fallzahl		VWD (Tage)		Entfernung (km)		FZ nach KH-Größe		VWD nach KH-Größe		KH(%) nach KH-Größe	
	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)
F18A - Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters ...	1.324	18%	13,0	0%	32,1	-5%						
F18B - Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters ...	593	26%	11,4	-6%	24,3	2%						
F18C - Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters ...	3.776	6%	4,9	-9%	27,6	-4%						
F18D - Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters ...	2.165	9%	4,2	-8%	21,6	0%						
F19A - Andere perkutane transluminale Intervention an Herz, A...	3.866	159%	10,2	1%	35,6	-21%						
F19B - Andere perkutane transluminale Intervention an Herz, A...	672	-7%	2,9	0%	72,6	-9%						
F19C - Andere perkutane transluminale Intervention an Herz, A...	11.580	128%	4,6	0%	33,7	-6%						
F20Z - Beidseitige Unterbindung und Striping von Venen mit ...	2.113	10%	5,0	-6%	49,3	2%						
F21A - Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, mit k...	4.022	28%	29,8	-8%	22,3	3%						
F21B - Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, mit k...	2.204	8%	18,0	4%	21,9	2%						
F21C - Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne ...	11.143	11%	16,7	-6%	18,6	2%						
F24A - Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose ...	9.542	3%	11,9	-5%	21,6	-2%						
F24B - Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose ...	32.101	5%	6,2	-7%	24,7	-5%						
F28A - Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Ha...	6.793	2%	41,7	-5%	18,9	4%						
F28B - Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer ...	6.326	-8%	22,5	-8%	13,9	4%						
F28C - Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer ...	704	-22%	18,3	-11%	15,0	-2%						
F28Z - Frührehabilitation bei Kreislauferkrankungen	87	-19%	42,2	-8%	36,9	19%						
F30Z - Operation bei komplex angeborenen Herzfehler oder H...	499	4%	15,7	7%	100,6	-1%						
F38A - Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheite...	1.316	26%	44,5	-6%	39,0	4%						
F38B - Intensivmed. Komplexbeh. > 552 P. u. < 1105 P. m. bes...	3.406	22%	32,2	-3%	33,6	-5%						
F37Z - Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation b...	78	70%	81,1	7%	143,7	2%						
F39A - Unterbindung und Striping von Venen mit beidseitigem...	25.376	-6%	3,6	-10%	32,8	-5%						
F38B - Unterbindung und Striping von Venen ohne beidseitige...	56.766	-4%	1,9	-16%	30,0	0%						
F41A - Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokard...	4.581	29%	12,5	-7%	17,4	-7%						
F41B - Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokard...	19.864	0%	5,7	-9%	21,1	-6%						
F42Z - Operation b. kompl. angeb. Herzfehler, Hydrichirurgi...	496	26%	19,8	-4%	87,8	-6%						
F43A - Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen d...	295	17%	13,9	-3%	64,2	-11%						
F43B - Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen d...	11.005	11%	13,2	-1%	19,2	1%						
F43C - Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen d...	1.573	-26%	7,9	-9%	20,6	7%						
F43Z - Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des ...	271	-5%	32,4	7%	33,0	0%						
F48A - Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem M...	346	-7%	5,1	-2%	77,5	6%						
F48B - Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem M...	26.165	7%	8,9	-6%	21,6	-1%						
F48Z - Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei...	20.142	32%	23,5	-3%	14,8	1%						
F49A - Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem M...	2.322	26%	16,0	0%	28,3	-13%						
F48B - Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem M...	16.576	47%	14,2	-7%	20,9	-1%						
F49C - Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem M...	2.544	5%	4,7	-1%	54,1	-7%						
F49D - Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem M...	9.221	-3%	7,9	-6%	25,5	-5%						
F49E - Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem M...	107.804	0%	6,3	-4%	19,1	-4%						
F49F - Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem M...	3.088	27%	1,0	0%	23,4	-7%						
F49G - Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem M...	90.622	13%	1,0	0%	30,5	-7%						
F50A - Abtative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer ...	10.770	108%	4,8	-5%	68,7	-24%						
F50B - Abtative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe ...	5.365	20%	4,5	3%	51,8	-25%						
F50C - Abtative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer ...	3.823	45%	4,7	-7%	43,8	-10%						
F50D - Abtative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe ...	21.955	11%	3,7	-5%	35,7	-9%						
F51A - Endovaskuläre Implantation von Stent-Protthesen an der...	1.135	36%	14,5	7%	51,7	4%						
F51B - Endovaskuläre Implantation von Stent-Protthesen an der...	6.227	42%	10,4	-8%	26,5	-1%						
F52A - Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose...	15.675	17%	10,3	-4%	20,2	-4%						

Quelle:

IGES

Tabelle 194: G-DRG-Kennzahlen X

G-DRG	Fallzahl		VWD (Tage)		Entfernung (km)		FZ nach KH-Größe		VWD nach KH-Größe		KH(%) nach KH-Größe	
	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)
F52B - Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose...	41.820	-4%	5,8	-6%	23,8	-4%						
F52C - Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe ohne kompliz...	46.370	9%	6,2	-1%	26,9	2%						
F52A - Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Inter...	5.622	3%	8,1	-5%	25,0	-2%						
F52B - Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Inter...	42.475	8%	3,3	-10%	24,2	-8%						
F52Z - Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Intervent...	73.096	-2%	3,1	-9%	21,6	-5%						
F58A - Perkutane Koronarangioplastie mit äußerster schweren CC	8.960	20%	7,5	-5%	22,4	-3%						
F58B - Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerster schwere CC...	11.991	-2%	3,1	-11%	23,3	-3%						
F58A - Komplexe Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellati...	28.920	22%	12,2	-8%	23,0	1%						
F58B - Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne mehrfache Gefäßlein...	50.543	9%	3,3	-12%	22,1	-1%						
F60A - Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Di...	19.001	-2%	10,4	-8%	13,7	2%						
F60B - Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Di...	42.640	-10%	5,2	-15%	16,6	1%						
F61A - Inflektöse Endokarditis mit komplizierender Diagnose ...	566	8%	25,7	-1%	21,1	-6%						
F61B - Inflektöse Endokarditis ohne komplizierende Diagnose...	3.418	-1%	20,7	-3%	21,0	-1%						
F62A - Herzinsuffizienz und Schock mit äußerster schweren CC...	16.318	31%	14,1	-5%	13,3	-2%						
F62B - Herzinsuffizienz und Schock mit äußerster schweren CC...	94.760	30%	12,3	-7%	12,7	-1%						
F62C - Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerster schwere CC	199.968	-10%	8,1	-8%	14,2	2%						
F63A - Venenthrombose mit äußerster schweren oder schweren CC	12.554	-3%	9,3	-7%	14,2	2%						
F63B - Venenthrombose ohne äußerster schwere oder schwere CC	32.581	-8%	6,2	-9%	16,2	-2%						
F64Z - Hautkultus bei Kreislauferkrankungen	5.164	-4%	10,6	-8%	17,6	0%						
F65A - Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und...	6.340	18%	11,4	-8%	16,1	-2%						
F65B - Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose ode...	57.442	-3%	5,5	-6%	21,1	3%						
F66A - Koronararteriosklerose mit äußerster schweren CC	4.646	-2%	10,5	-5%	17,5	-3%						
F66B - Koronararteriosklerose ohne äußerster schwere CC	76.039	-17%	3,4	-7%	22,2	-1%						
F67A - Hypertonie mit äußerster schweren CC	7.303	28%	9,2	-7%	11,8	-1%						
F67B - Hypertonie mit schweren CC	27.974	3%	6,7	-8%	13,5	0%						
F67C - Hypertonie ohne äußerster schwere oder schwere CC, Alle...	893	3%	3,6	-8%	24,0	14%						
F67D - Hypertonie ohne äußerster schwere oder schwere CC, Alle...	186.113	3%	4,5	-9%	16,6	-1%						
F68A - Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre	1.095	3%	6,0	7%	48,0	5%						
F68B - Angeborene Herzkrankheit, Alter > 5 Jahre	1.787	2%	3,1	-12%	54,9	0%						
F69A - Herzklappenkrankungen mit äußerster schweren oder sch...	12.670	7%	10,0	-8%	22,4	4%						
F68B - Herzklappenkrankungen ohne äußerster schwere oder sch...	10.233	-1%	4,7	-8%	26,3	2%						
F70A - Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerster sch...	3.225	12%	8,3	-7%	17,3	0%						
F70B - Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerster sc...	15.935	-3%	4,1	-11%	20,9	2%						
F71A - Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungslätn...	17.209	30%	10,3	-7%	14,0	-5%						
F71B - Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungslätn...	39.944	6%	6,8	-11%	15,9	-1%						
F71C - Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungslätn...	202.755	8%	3,8	-12%	19,6	1%						
F72A - Instabile Angina pectoris mit äußerster schweren CC	2.696	-1%	8,8	-12%	13,3	1%						
F72B - Instabile Angina pectoris mit schweren CC	7.616	-17%	5,7	-13%	14,9	5%						
F72C - Instabile Angina pectoris ohne äußerster schwere oder s...	42.158	-18%	3,2	-17%	19,0	2%						
F73Z - Synkope und Kollaps	181.324	-3%	4,4	-8%	20,4	1%						
F74Z - Thoraxschmerz	102.660	7%	2,4	-8%	20,4	-1%						
F75A - Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerster s...	8.707	18%	11,3	-8%	26,6	15%						
F75B - Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerster...	519	21%	5,1	-2%	37,3	-13%						
F75C - Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerster...	788	17%	4,9	-10%	36,3	2%						
F75D - Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerster...	29.963	-2%	4,7	-11%	29,0	-2%						
F77Z - Komplexebehandlung bei multiresistenten Erregern bei K...	4.359	32%	17,0	-8%	14,3	4%						
F95A - Interventioneller Verschluss eines Atrium- oder Ventr...	608	19%	2,8	-7%	72,4	-5%						

Quelle:

IGES

Tabelle 195: G-DRG-Kennzahlen XI

G-DRG	Fallzahl		VWD (Tage)		Entfernung (km)		FZ nach KH-Größe		VWD nach KH-Größe		KH(%) nach KH-Größe	
	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)
F95B - Interventioneller Verschluss eines Atrium- oder Ventri...	3448	11%	3,0	-4%	50,0	-13%						
F96Z - Stammzelltransfusion bei Krankheiten und Störungen de...	173	-30%	7,3	-21%	85,3	4%						
F98Z - Endovaskuläre Implantation eines Herzklappenersatzes ...	5.516	280%	18,1	3%	48,8	-36%						
G01Z - Exzision des kleinen Beckens	174	118%	31,9	7%	44,9	-7%						
G02Z - Komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder bestimm...	25.117	-3%	20,4	-2%	18,9	1%						
G03A - Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit ...	3.127	4%	23,5	-8%	34,1	-10%						
G03B - Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne...	335	2%	21,8	3%	27,5	12%						
G03C - Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne...	4.806	-12%	20,8	-6%	20,8	3%						
G04A - Adhäsionslyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre oder mit ä...	280	-8%	13,3	-5%	43,7	-13%						
G04B - Adhäsionslyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre oder mit ä...	15.522	11%	13,9	-8%	19,8	5%						
G07A - Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren od...	312	-16%	6,5	-16%	36,4	4%						
G07B - Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren od...	537	5%	7,9	-2%	28,1	-1%						
G07C - Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren od...	14.928	0%	9,3	-8%	20,3	3%						
G08A - Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahr...	1.471	21%	15,7	-8%	19,1	-12%						
G08B - Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahr...	26.683	7%	6,2	-10%	16,6	-2%						
G08Z - Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernie...	14.578	1%	3,1	-16%	14,6	0%						
G10Z - Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System und Pankreas	1.609	4%	16,6	-9%	25,8	-3%						
G11A - Pyloromyotomie oder Anoprotoplastik und Rekonstrukt...	873	-1%	7,5	-5%	31,3	10%						
G11B - Pyloromyotomie oder Anoprotoplastik und Rekonstrukt...	3.235	10%	4,9	-1%	34,7	-15%						
G12A - Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit kom...	1.068	16%	14,8	0%	22,4	-6%						
G12B - Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit maß...	12.509	3%	12,0	-5%	22,4	-1%						
G12C - Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne ko...	7.408	2%	5,9	1%	20,3	7%						
G13Z - Andere Eingriffe an Darm oder Eierstöcke mit äußerst...	3.802	17%	13,0	-7%	17,1	1%						
G14Z - Geriatrische frührehabilitative Komplettbehandlung mit...	2.086	21%	39,8	-6%	11,2	-11%						
G15Z - Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff	525	10%	29,3	-2%	22,2	-28%						
G16A - Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion ...	323	19%	27,8	-2%	27,5	-28%						
G16B - Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion ...	7.040	-19%	21,2	-2%	27,0	9%						
G17Z - Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff	23.192	7%	16,5	-6%	18,3	0%						
G18A - Eingriffe an Dünn- und Dickdarm außer bei angeborener...	3.896	7%	18,0	-2%	23,3	-9%						
G18B - Eingriffe an Dünn- und Dickdarm außer bei angeborener...	80.222	-1%	15,3	-9%	17,9	2%						
G18C - Eingriffe an Dünn- und Dickdarm außer bei angeborener...	1.832	2%	7,4	-11%	21,5	0%						
G19A - Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum auß...	3.007	-3%	17,2	-6%	24,9	-3%						
G19B - Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum auß...	9.919	-1%	12,6	-6%	24,5	3%						
G19C - Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum auß...	6.085	2%	7,0	-2%	33,7	0%						
G21A - Adhäsionslyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre und ohne ä...	1.329	6%	4,9	-11%	19,7	7%						
G21B - Adhäsionslyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre und ohne ä...	41.561	0%	5,0	-10%	18,3	-2%						
G22A - Appendektomie bei Peritonitis oder mit äußerst schwer...	1.247	-16%	6,9	1%	18,7	-13%						
G22B - Appendektomie bei Peritonitis oder mit äußerst schwer...	2.387	-19%	6,3	-3%	17,3	-2%						
G22C - Appendektomie bei Peritonitis oder mit äußerst schwer...	16.636	-13%	6,7	-6%	19,0	2%						
G23A - Appendektomie außer bei Peritonitis, ohne äußerst sch...	4.544	-14%	4,2	-4%	19,0	6%						
G23B - Appendektomie außer bei Peritonitis, ohne äußerst sch...	10.502	-11%	4,2	-5%	16,8	1%						
G23C - Appendektomie außer bei Peritonitis, ohne äußerst sch...	66.138	-3%	4,0	-6%	18,1	3%						
G24Z - Eingriffe bei Bruchwundhernien, Nabelhernien und ande...	131.150	-2%	3,3	-15%	14,7	2%						
G25Z - Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 0...	52.237	-5%	2,1	-15%	17,5	1%						
G26Z - Andere Eingriffe am Anus	99.935	5%	3,2	-12%	19,5	0%						
G27A - Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Ve...	1.344	11%	32,2	-1%	24,6	-15%						
G27B - Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Ve...	2.257	-12%	17,4	-6%	28,4	-3%						

Quelle:

IGES

Tabelle 196: G-DRG-Kennzahlen XII

G-DRG	Fallzahl		VWD (Tage)		Entfernung (km)		FZ nach KH-Größe		VWD nach KH-Größe		KH(%) nach KH-Größe	
	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)
G29A - Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen...	1.843	14%	12,0	-3%	28,5	7%						
G29B - Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen...	10.697	-7%	6,1	-2%	25,6	0%						
G33Z - Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten un...	813	0%	36,8	-2%	24,2	2%						
G35Z - Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störu...	1.404	105%	58,7	-11%	20,1	1%						
G36Z - Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufw...	1.754	11%	46,8	-2%	20,8	3%						
G37Z - Multiviszeraler Eingriff bei Krankheiten und Störungen d...	402	22%	23,2	-2%	33,6	1%						
G38Z - Komplizierte Konstellation mit bestimmtem operative...	1.981	4%	24,6	1%	24,6	13%						
G40Z - Komplizierte Konstellation mit bestimmtem endoskopi...	1.253	17%	15,8	-6%	19,1	1%						
G46A - Verschiedenartige Gastroskopie bei schweren Krankhei...	8.576	8%	13,0	-5%	16,3	3%						
G46B - Verschiedenartige Gastroskopie bei schweren Krankhei...	45.063	8%	10,5	-6%	14,5	-1%						
G46C - Verschiedenartige Gastroskopie ohne wenig komplexe G...	11.706	0%	6,6	-10%	28,9	3%						
G47Z - Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verd...	28.674	0%	5,9	-9%	21,1	-2%						
G48A - Koloskopie mit äußerster schweren oder schweren CC, kom...	5.887	-6%	13,4	-5%	18,2	4%						
G48B - Koloskopie mit äußerster schweren oder schweren CC, kom...	8.795	-4%	8,4	-3%	23,7	1%						
G48C - Koloskopie ohne wenig komplexe Koloskopie mit äußerst...	21.883	3%	6,3	-5%	15,0	3%						
G50Z - Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopie bei nc...	13.602	10%	8,3	-7%	17,0	0%						
G51Z - Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen de...	56	-44%	33,4	16%	41,6	-12%						
G52Z - Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei...	6.862	41%	24,0	-2%	14,4	-6%						
G60A - Bösenartige Neubildung der Verdauungsorgane, mehr als e...	26.569	4%	7,4	-2%	20,9	-6%						
G60B - Bösenartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegu...	97.040	-14%	3,0	-3%	19,4	-1%						
G64A - Einzelluläre Darmerkrankung oder andere schwere Erkr...	9.782	18%	12,1	-5%	19,2	3%						
G64B - Einzelluläre Darmerkrankung, Alter < 18 Jahre oder Al...	4.313	15%	4,9	-16%	23,7	2%						
G64C - Einzelluläre Darmerkrankung, Alter > 17 Jahre und All...	13.370	4%	5,1	-9%	26,2	-4%						
G65Z - Obstruktion des Verdauungstraktes	73.502	0%	4,5	-8%	16,3	1%						
G66Z - Abdominalhernie oder mesenteriale Lymphadenitis, Alt...	10.821	7%	4,8	-8%	15,0	2%						
G67A - Ösophagitis, Gastroenteritis u. versch. Erkr. d. V...	41.081	3%	7,0	-3%	16,9	1%						
G67B - Ösophagitis, Gastroenteritis u. versch. Erkr. d. Verd...	225.206	-1%	5,2	-7%	18,1	1%						
G67C - Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrank...	47.658	1%	5,6	-1%	16,5	-5%						
G67D - Ösophagitis, Gastroenteritis u. versch. Erkr. d. Verd...	424.174	1%	3,5	-8%	18,4	-1%						
G70A - Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne...	865	-2%	4,1	5%	40,2	-9%						
G70B - Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne...	13.358	5%	6,0	-8%	19,4	0%						
G71Z - Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane	71.196	1%	3,3	-8%	17,0	0%						
G72A - Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauun...	1.268	-9%	1,6	-6%	24,6	-9%						
G72B - Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauun...	116.172	1%	2,1	-7%	19,3	0%						
G73Z - Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit ä...	23.604	-6%	7,0	-8%	14,2	2%						
G77Z - Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei K...	2.831	33%	16,3	-7%	13,7	-6%						
H01A - Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische ...	1.439	36%	23,8	-5%	61,7	11%						
H01B - Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische ...	6.640	1%	21,2	-5%	36,8	-9%						
H02A - Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen bei...	1.147	-11%	24,0	1%	23,8	-21%						
H02B - Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen ohne...	2.040	0%	19,7	-6%	22,4	-6%						
H05Z - Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenbla...	5.015	-9%	15,9	-10%	22,3	-10%						
H06Z - Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenbla...	7.643	27%	6,3	-12%	49,4	-3%						
H07A - Cholezystektomie mit sehr komplexer Diagnose oder Kom...	1.428	-2%	16,3	-2%	30,4	-1%						
H07B - Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne Ko...	12.065	-16%	11,3	-3%	15,4	-3%						
H08A - Laparoskopische Cholezystektomie mit sehr komplexer O...	3.079	5%	12,4	-6%	14,5	10%						
H08B - Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe D...	143.511	2%	5,4	-7%	14,2	1%						
H09A - Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische ...	4.890	16%	20,6	-7%	30,8	-6%						

Quelle:

IGES

Tabelle 197: G-DRG-Kennzahlen XIII

G-DRG	Fallzahl		VWD (Tage)		Entfernung (km)		FZ nach KH-Größe		VWD nach KH-Größe		KH(%) nach KH-Größe	
	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)
H09B - Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische ...	1.997	2%	12,1	-6%	33,0	-11%						
H09C - Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische ...	2.577	-1%	7,3	-8%	22,7	-1%						
H12A - Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System mit a...	4.571	16%	20,9	-9%	24,2	-2%						
H12B - Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System ohne ...	3.293	-10%	7,6	-9%	25,7	-5%						
H15Z - Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hep...	273	14%	27,6	-10%	63,9	-2%						
H16Z - Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen...	2.884	4%	5,3	-15%	91,1	10%						
H33Z - Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten un...	741	12%	38,6	-4%	31,4	-8%						
H36Z - Intensivmedizinische Komplexbehandlung >= 552 Aufwands...	1.361	15%	35,9	1%	26,3	8%						
H37Z - Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation b...	-	0%	-	0%	-	0%						
H38Z - Komplizierende Korrektur mit bestimmtem operative...	637	37%	27,9	-6%	39,7	1%						
H40Z - Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenbildung	4.369	-4%	10,4	-6%	15,0	1%						
H41A - Komplexe therapeutische ERCP mit äußerst schweren CC ...	16.592	32%	15,0	-4%	21,5	-7%						
H41B - Komplexe therapeutische ERCP mit schweren CC, ohne ph...	18.535	14%	8,5	-7%	21,3	-5%						
H41C - Komplexe therapeutische ERCP ohne äußerst schwere ode...	65.101	3%	5,7	-11%	20,0	-1%						
H44Z - Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei...	1.065	174%	24,5	-11%	16,4	16%						
H60Z - Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitid...	24.973	31%	12,3	-12%	16,0	3%						
H61A - Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pan...	14.231	13%	10,7	-5%	20,9	-3%						
H61B - Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pan...	42.831	-1%	4,3	-8%	24,9	-6%						
H62A - Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung ...	419	-8%	6,6	0%	22,6	-12%						
H62B - Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung ...	63.290	-3%	7,9	-9%	17,0	-1%						
H62C - Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung ...	6.203	1%	6,0	-10%	21,2	12%						
H63A - Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Le...	5.475	1%	11,7	-5%	22,2	8%						
H63B - Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Le...	6.413	-1%	9,3	-5%	25,2	5%						
H63C - Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Le...	15.965	-11%	3,7	-6%	22,7	3%						
H63Z - Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen	34.885	4%	5,0	-6%	21,4	1%						
H78Z - Komplizierende Korrektur bei bestimmten Krankheit...	793	3%	16,4	-5%	25,5	1%						
I01Z - Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an...	3.244	0%	37,9	-6%	27,1	-3%						
I02A - Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit...	872	18%	71,4	-6%	36,8	-2%						
I02B - Gewebe- / Hauttransplantation, aus. an d. Hand, m. ko...	2.645	16%	50,1	-7%	34,0	3%						
I02C - Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit...	3.071	-1%	39,0	-8%	28,4	4%						
I02D - Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, ohn...	4.865	11%	30,3	-10%	21,6	-4%						
I03A - Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompliziere...	8.515	15%	28,5	-7%	27,9	2%						
I03B - Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompliziere...	7.123	-13%	17,3	-6%	31,3	0%						
I04Z - Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoproth...	4.134	15%	20,3	-11%	33,5	-7%						
I05Z - Anderer großer Gelenkersatz oder Revision oder Ersatz...	43.647	17%	14,7	-7%	24,6	0%						
I06A - Komplexe Eingriffe an d. Wirbelsäule m. Wirbelsäulenr...	1.560	31%	27,7	-4%	71,5	-13%						
I06B - Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit ...	461	10%	15,7	4%	121,3	3%						
I06C - Komplexe Eingriffe an d. Wirbelsäule mit sehr komplex...	2.608	28%	24,4	-3%	63,1	-10%						
I06D - Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals ohne...	4.539	31%	20,9	-7%	47,2	-18%						
I06E - Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit ...	234	15%	9,1	-16%	35,6	-2%						
I07Z - Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Sk...	1.792	-9%	22,8	-8%	24,1	-5%						
I08A - Andere Eingriffe an Hüftgelenk u. Femur mit Mehrfache...	639	1%	13,8	-18%	171,3	3%						
I08B - Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfach...	375	30%	13,3	-16%	152,6	42%						
I08C - Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfach...	16.504	28%	22,3	-10%	24,4	1%						
I08D - Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfach...	2.447	-22%	11,2	-9%	73,7	12%						
I08E - Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfach...	42.589	20%	12,7	-10%	27,0	11%						
I08F - Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne Mehrfa...	53.844	-3%	10,9	-10%	21,8	1%						

Quelle:

IGES



Tabelle 198: G-DRG-Kennzahlen XIV

G-DRG	Fallzahl		VWD (Tage)		Entfernung (km)		FZ nach KH-Größe		VWD nach KH-Größe		KH(%) nach KH-Größe	
	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)
109A - Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexer...	9491	42%	20,2	-6%	36,6	-8%						
109B - Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit Eingriffen...	165	2%	7,8	8%	114,9	-20%						
109C - Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexer...	8403	14%	12,8	-9%	45,9	-1%						
109D - Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexer...	23.621	5%	12,0	-11%	35,2	-3%						
109E - Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit Osteosynt...	6.429	34%	8,9	-12%	29,4	7%						
109F - Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mehrzei...	35.037	11%	8,3	-9%	27,8	-8%						
110A - Bestimmte andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit aus...	6.514	27%	18,6	-6%	32,2	1%						
110B - Bestimmte andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit aus...	703	-7%	15,0	-6%	15,2	8%						
110C - Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schw...	6.427	13%	10,3	-8%	29,4	2%						
110D - Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schw...	89.660	22%	8,0	-11%	31,7	-2%						
110E - Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schw...	35.029	-11%	7,5	-5%	31,4	-5%						
110F - Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schw...	5.243	-27%	3,9	-16%	38,0	-1%						
111Z - Eingriffe zur Verlängerung einer Extremität	422	4%	10,7	-6%	78,2	-1%						
112A - Knochen- und Gelenkfixation / -entzündung mit versch...	3.790	13%	21,0	-8%	27,0	3%						
112B - Knochen- und Gelenkfixation / -entzündung mit versch...	4.243	2%	12,9	-11%	27,9	0%						
112C - Knochen- und Gelenkfixation / -entzündung mit versch...	5.896	-5%	8,2	-11%	34,2	8%						
113A - Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Spr...	2.611	13%	14,8	-9%	26,5	0%						
113B - Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Spr...	33.797	3%	12,6	-12%	29,5	-5%						
113C - Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Spr...	7.788	-12%	9,1	-11%	21,5	-8%						
113D - Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Spr...	80.400	17%	9,0	-11%	23,1	-8%						
113E - Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Spr...	59.353	19%	6,4	-10%	22,6	-4%						
114Z - Revision eines Amputationsstumpfes	733	4%	13,7	-2%	31,9	7%						
115A - Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, Alter < 16 ...	474	-3%	8,2	-6%	100,1	4%						
115B - Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, Alter > 15 ...	1.104	10%	10,0	-4%	46,7	-1%						
116Z - Andere Eingriffe am Schultergelenk	63.545	6%	3,4	-11%	24,3	0%						
117Z - Operationen am Gesichtsschädel	1.955	2%	7,5	-7%	44,3	10%						
118A - Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengel...	11.264	7%	3,1	-13%	30,5	7%						
118B - Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengel...	79.430	-5%	2,5	-13%	24,0	4%						
120A - Eingriffe am Fuß mit mehreren hochkomplexen Eingrif...	1.156	16%	15,1	-8%	64,3	2%						
120B - Eingriffe am Fuß mit mehreren komplexen Eingriffen od...	10.458	20%	10,0	-13%	40,7	-9%						
120C - Eingriffe am Fuß mit komplexem Eingriff, schwerem Wund...	14.433	11%	5,7	-6%	32,2	3%						
120D - Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe, ohne Zerebr...	2.203	21%	3,5	-10%	36,2	-2%						
120E - Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe, ohne Zerebr...	10.865	1%	4,4	-15%	28,2	1%						
120F - Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe, ohne Zerebr...	43.700	-2%	4,0	-12%	25,7	-1%						
121Z - Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesemater...	108.922	28%	4,3	-16%	20,4	-10%						
122A - Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit...	1.932	-10%	20,4	-12%	35,9	0%						
122B - Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, ohne...	3.106	9%	19,0	-16%	24,7	0%						
123A - Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesemater...	11.903	1%	3,5	-15%	30,6	-1%						
123B - Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesemater...	52.953	-1%	2,5	-12%	24,2	3%						
124Z - Arthrooskopie einschließlich Biopsie oder anderer Eingr...	79.360	-12%	2,1	-16%	19,6	-1%						
127A - Eingriffe am Weichteilgewebe mit äußerst schweren CC...	1.497	21%	40,1	-3%	21,8	1%						
127B - Eingriffe am Weichteilgewebe mit äußerst schweren CC...	4.873	18%	15,4	-8%	46,3	5%						
127C - Eingriffe am Weichteilgewebe ohne äußerst schwere CC...	253	-14%	7,3	-10%	106,0	3%						
127D - Eingriffe am Weichteilgewebe ohne äußerst schwere ode...	10.711	16%	7,6	-13%	30,8	-6%						
128A - Komplexe Eingriffe am Bindegewebe	66.351	7%	4,2	-11%	25,0	0%						
128B - Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe	867	-3%	10,5	1%	48,1	2%						
128Z - Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe	18.924	11%	6,7	-9%	25,2	1%						

Quelle:

IGES

Tabelle 199: G-DRG-Kennzahlen XV

G-DRG	Fallzahl		VWD (Tage)		Entfernung (km)		FZ nach KH-Größe		VWD nach KH-Größe		KH(%) nach KH-Größe	
	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)
I28C - Andere Eingriffe am Bredgewebe	9.658	-6%	4,6	-7%	28,6	-8%						
I29Z - Komplexe Eingriffe am Schultergelenk	65.427	19%	4,2	-13%	28,5	-2%						
I30Z - Komplexe Eingriffe am Kniegelenk	57.812	1%	4,9	-12%	33,0	-2%						
I31Z - Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Un...	16.809	26%	6,7	-13%	23,7	-5%						
I32A - Eingriffe an Handgelenk und Hand mit mehrzeitigem Kort...	1.714	0%	14,2	-4%	31,4	-4%						
I32B - Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne mehrzeitigen Ei...	678	10%	4,9	-7%	165,6	4%						
I32C - Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne mehrzeitigen Ei...	2.662	11%	6,4	-7%	46,7	-3%						
I32D - Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne mehrzeitigen Ei...	14.443	7%	4,0	-10%	33,2	-4%						
I32E - Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne mehrzeitigen Ei...	367	-2%	2,5	-9%	41,3	10%						
I32F - Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne mehrzeitigen Ei...	50.429	1%	2,9	-10%	26,1	-2%						
I32G - Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne mehrzeitigen Ei...	10.201	-2%	2,1	-9%	23,8	4%						
I33Z - Rekonstruktion von Extremitätenabteilungen	402	31%	10,4	-7%	172,0	0%						
I34Z - Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit...	16.318	29%	30,3	-7%	12,3	1%						
I39C - Beidseitige Implantation einer Endoprothese an Hüft-...	835	-27%	15,8	0%	33,1	2%						
I37Z - Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubi...	118	-9%	24,7	8%	84,4	-27%						
I39Z - Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Mus...	4.541	10%	25,6	-3%	31,7	9%						
I40Z - Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen an M...	726	-9%	28,8	7%	54,6	12%						
I41Z - Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei...	44.483	21%	22,7	-3%	17,3	-2%						
I42Z - Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störu...	21.293	29%	13,1	-7%	40,7	-5%						
I43A - Prothesenwechsel oder Implantation einer Scharnierpro...	2.955	33%	22,5	-5%	40,1	0%						
I43B - Prothesenwechsel oder Implantation einer Scharnierpro...	14.175	9%	13,4	-7%	33,8	-4%						
I44A - Implantation einer bikonzyklaren Endoprothese oder and...	8.432	21%	15,9	-8%	25,5	7%						
I44B - Implantation einer bikonzyklaren Endoprothese oder and...	127.127	-1%	12,3	-6%	25,5	3%						
I44C - Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk	13.784	16%	10,4	-8%	30,5	2%						
I45A - Implantation und Ersatz einer Bandscheibendoprothes...	1.296	19%	6,9	-13%	48,4	-16%						
I45B - Implantation und Ersatz einer Bandscheibendoprothes...	4.558	-1%	6,4	-11%	40,5	-9%						
I46A - Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren C...	4.936	12%	17,8	-5%	39,5	5%						
I46B - Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere C...	10.496	1%	14,3	-8%	33,1	3%						
I47A - Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizier...	11.142	23%	12,2	-7%	31,5	-16%						
I47B - Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizier...	150.243	-5%	12,5	-6%	25,1	-1%						
I50Z - Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, ohn...	4.000	-5%	11,2	-15%	33,0	5%						
I54Z - Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Mus...	5.013	-1%	7,9	0%	32,4	11%						
I59Z - Andere Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprung...	16.374	-3%	3,2	-8%	27,3	4%						
I60Z - Frakturen am Femurschaft, Alter < 3 Jahre	286	6%	10,4	-15%	29,7	2%						
I64A - Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre	787	3%	11,3	-9%	40,3	5%						
I64B - Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren...	1.470	6%	10,5	-10%	21,0	5%						
I64C - Osteomyelitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ...	1.211	-5%	6,4	-6%	34,6	5%						
I65A - Bösartige Neubildung des Bredgewebes einschließlich ...	658	-8%	8,2	-8%	62,3	3%						
I65B - Bösartige Neubildung des Bredgewebes einschließlich ...	8.363	9%	7,9	2%	44,9	1%						
I65C - Bösartige Neubildung des Bredgewebes einschließlich ...	21.993	2%	5,5	-4%	41,7	-1%						
I66A - Andere Erkrankungen des Bredgewebes, mehr als ein Be...	1.160	3%	15,2	-8%	37,4	-10%						
I66B - Andere Erkrankungen des Bredgewebes, mehr als ein Be...	2.474	2%	16,8	-5%	36,1	3%						
I66C - Andere Erkrankungen des Bredgewebes, mehr als ein Be...	8.216	3%	8,1	-9%	71,4	2%						
I66D - Andere Erkrankungen des Bredgewebes, mehr als ein Be...	66.932	4%	8,9	-7%	33,6	-4%						
I66E - Andere Erkrankungen des Bredgewebes, ein Belegungslag	8.232	22%	19,2	0%	39,5	-2%						
I68A - Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzung...	2.645	16%	19,2	-3%	20,5	-2%						
I68B - Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzung...	37.751	8%	9,2	-10%	17,3	-6%						

Quelle:

IGES

Tabelle 200: G-DRG-Kennzahlen XVI

G-DRG	Fallzahl		VWD (Tage)		Entfernung (km)		FZ nach KH-Größe		VWD nach KH-Größe		KH(%) nach KH-Größe	
	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)
I68C - Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzung...	167.255	+16%	7,6	-9%	22,2	1%						
I68D - Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzung...	111.125	9%	5,8	-8%	26,8	0%						
I68E - Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzung...	43.067	+23%	1,0	0%	29,2	-3%						
I69A - Knochenkrankheiten und spezifische Anthropathien mit ...	26.787	9%	8,7	-8%	34,4	0%						
I69B - Knochenkrankheiten und spezifische Anthropathien ohne...	65.177	-5%	6,7	-12%	22,9	-6%						
I71A - Muskel- und Sehnenkrankungen außer bei Para- / Tetra...	385	+104%	5,8	-7%	131,4	65%						
I71B - Muskel- und Sehnenkrankungen außer bei Para- / Tetra...	32.590	+20%	4,5	-6%	22,7	0%						
I72Z - Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimhäuten mit...	4.334	6%	9,8	-4%	18,4	-10%						
I73Z - Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes	17.128	2%	5,8	-11%	28,6	-1%						
I74A - Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß m...	10.213	0%	6,0	-5%	22,2	-2%						
I74B - Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß o...	2.832	-16%	1,4	-5%	22,3	-3%						
I74C - Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß o...	11.455	-4%	3,2	-9%	26,3	1%						
I75A - Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, K...	7.402	0%	7,9	-8%	15,1	2%						
I75B - Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, K...	24.585	3%	8,7	-9%	25,9	7%						
I76A - Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplizier...	4.291	7%	4,7	-5%	88,3	19%						
I76B - Andere Erkrankungen des Bindegewebes ohne kompliziere...	12.272	-5%	4,3	-5%	43,3	-9%						
I77Z - Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbo...	23.501	-1%	4,4	-5%	25,5	2%						
I78Z - Leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, ...	13.651	11%	2,4	-8%	26,6	1%						
I79Z - Fibromyalgie	7.381	12%	10,3	-8%	65,2	1%						
I89Z - Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochentota...	785	-3%	24,8	-2%	63,8	1%						
I92Z - Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur bei Kra...	349	-16%	42,9	6%	33,0	-12%						
I97Z - Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten un...	7.176	16%	16,6	-6%	62,2	7%						
I98Z - Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störung...	2.729	46%	54,2	-10%	28,1	0%						
J01Z - Gewebstransplantation mit mikrovaskulärer Anastomose...	1.775	43%	14,2	-12%	69,8	-5%						
J02A - Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren...	1.507	23%	36,5	-7%	26,0	3%						
J02B - Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren...	4.234	18%	29,3	-5%	18,8	-6%						
J02C - Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren...	3.459	-10%	19,2	-8%	21,9	-1%						
J03A - Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulku...	575	5%	17,1	-11%	15,3	18%						
J03B - Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulku...	3.383	4%	11,3	-15%	16,1	-2%						
J04A - Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer be...	5.736	14%	9,4	-13%	23,5	-1%						
J04B - Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer be...	3.257	-2%	4,9	-12%	28,5	3%						
J06Z - Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer ...	5.822	-2%	7,6	-9%	25,3	5%						
J07A - Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknot...	2.289	0%	7,7	-13%	20,9	7%						
J07B - Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknot...	23.107	20%	6,1	-9%	19,2	2%						
J08A - Andere Hauttransplantation oder Debridement mit kompl...	1.019	16%	14,4	-10%	32,3	-1%						
J08B - Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komp...	14.215	34%	17,3	-9%	22,4	4%						
J08C - Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komp...	1.108	16%	5,8	-23%	36,1	-11%						
J09B - Eingriffe bei Sinus plontidals und perianal, Alter <...	1.073	3%	3,1	-4%	15,3	10%						
J10A - Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma b...	26.310	6%	2,7	-13%	18,5	2%						
J10B - Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma a...	7.851	4%	3,4	-5%	49,6	-7%						
J11A - Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit kom...	2.826	17%	13,4	-5%	18,5	4%						
J11B - Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne ko...	25.735	11%	5,5	-7%	21,0	-3%						
J11C - Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne ko...	50.405	0%	3,3	-12%	20,4	-3%						
J14A - Plastische Rekonstruktion der Mamma bei bösartiger Ne...	632	-10%	12,2	-7%	28,2	2%						
J14B - Plastische Rekonstruktion der Mamma bei bösartiger Ne...	2.732	-10%	8,1	-16%	25,1	-5%						
J16Z - Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung ode...	4.761	10%	9,1	-21%	22,3	-16%						

Quelle:

IGES

Tabelle 201: G-DRG-Kennzahlen XVII

G-DRG	Fallzahl		VWD (Tage)		Entfernung (km)		FZ nach KH-Größe		VWD nach KH-Größe		KH(%) nach KH-Größe	
	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)
J17Z - Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut...	1.408	-8%	28,7	-5%	30,6	-7%						
J18Z - Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen...	1.992	-3%	10,4	-6%	28,9	-6%						
J21Z - Andere Hauttransplantationen oder Debridement mit Lymph...	23.882	22%	7,4	-11%	28,3	3%						
J22A - Andere Hauttransplantationen oder Debridement ohne Komp...	9.954	4%	5,2	-12%	29,0	-1%						
J22B - Andere Hauttransplantationen oder Debridement ohne Komp...	32.670	5%	4,7	-11%	26,6	-1%						
J22Z - Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildun...	42.424	-10%	8,0	-9%	20,6	5%						
J24A - Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildun...	3.203	4%	5,3	-7%	38,7	0%						
J24B - Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildun...	6.857	8%	5,3	-6%	36,1	0%						
J24C - Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildun...	5.219	-5%	3,3	-8%	26,5	4%						
J24D - Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildun...	19.170	-12%	2,6	-10%	19,3	0%						
J25Z - Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildun...	20.355	2%	3,3	-9%	20,6	1%						
J26Z - Plastische Rekonstruktion der Mamma mit komplexer Häu...	249	6%	15,0	1%	42,9	-25%						
J36Z - Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störung...	1.485	> 300%	48,6	21%	22,5	10%						
J60Z - Hautkultus	7.816	1%	9,5	-9%	18,4	3%						
J61A - Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungs...	2.081	24%	14,9	-10%	41,4	18%						
J61B - Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungs...	14.474	1%	13,3	-5%	70,5	-1%						
J61C - Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungs...	42.159	2%	8,2	-3%	49,9	0%						
J62A - Bösartige Neubildungen der Mamma, mehr als ein Belegu...	9.137	2%	10,5	-6%	25,8	0%						
J62B - Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag od...	32.295	-26%	3,0	5%	22,7	1%						
J64A - Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut mit auf...	10.461	27%	12,2	-5%	15,5	4%						
J64B - Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut ohne au...	95.886	0%	6,2	-5%	18,1	0%						
J65A - Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, Alter > 70 ...	51.132	18%	4,9	-8%	13,5	3%						
J66B - Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, Alter < 71 ...	71.410	6%	2,0	-7%	24,8	1%						
J67A - Leichte bis moderate Hauterkrankungen mit CC	7.876	6%	7,1	-1%	28,2	8%						
J67B - Leichte bis moderate Hauterkrankungen ohne CC oder Er...	21.573	1%	4,8	-6%	30,9	0%						
J68A - Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexe...	4.685	14%	1,0	0%	38,5	-1%						
J68B - Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, ohne komplexe...	12.510	5%	1,0	0%	27,4	2%						
J77Z - Komplexe Behandlung bei multiresistenten Erregern bei K...	1.426	65%	16,5	-4%	16,2	-6%						
K01A - Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komp...	174	-19%	54,2	-7%	15,6	-10%						
K01B - Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komp...	1.634	-1%	38,3	-9%	23,4	-5%						
K01C - Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komp...	15.833	15%	26,3	-7%	21,4	10%						
K01D - Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komp...	6.865	-12%	16,5	-11%	19,3	-6%						
K03Z - Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung...	2.859	-2%	11,5	-6%	56,3	-4%						
K04A - Große Eingriffe bei Adipositas mit komplexem Eingrif...	4.490	> 120%	8,0	-7%	52,6	-33%						
K04B - Große Eingriffe bei Adipositas ohne komplexen Eingriff	752	-18%	4,4	-11%	40,4	-12%						
K06A - Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus...	468	1%	14,0	-9%	41,5	20%						
K08B - Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus...	16.282	3%	5,4	-6%	27,7	4%						
K08C - Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus...	3.438	2%	4,7	-10%	23,0	-5%						
K08D - Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus...	67.073	-9%	3,9	-8%	21,3	3%						
K07Z - Andere Eingriffe bei Adipositas	2.304	31%	7,0	-9%	54,0	22%						
K09A - Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Sto...	3.604	11%	18,5	-9%	21,6	-4%						
K09B - Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Sto...	3.922	-1%	8,7	-11%	37,5	9%						
K09C - Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Sto...	4.815	-14%	13,5	-12%	22,7	-6%						
K14Z - Eingriffe an der Nebenniere außer bei bösartiger Neub...	3.514	-4%	7,5	-11%	41,4	9%						
K15A - Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stof...	971	-18%	10,8	4%	53,9	-36%						
K15B - Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stof...	4.415	19%	3,7	-6%	36,3	2%						
K15C - Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stof...	8.575	-16%	5,2	3%	32,7	-1%						

Quelle:

IGES

Tabelle 202: G-DRG-Kennzahlen XVIII

G-DRG	Fallzahl		VWD (Tage)		Entfernung (km)		FZ nach KH-Größe		VWD nach KH-Größe		KH(%) nach KH-Größe	
	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)
K15D - Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoff...	26.992	-13%	3,7	-3%	28,9	1%						
K22Z - Komplexbildung bei multiresistenten Erregern mit O...	3.117	13%	32,5	-5%	22,2	8%						
K33Z - Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Er...	307	12%	21,9	-15%	80,7	-14%						
K38Z - Hämophagozytäre Erkrankungen	124	10%	13,6	-16%	51,8	8%						
K43Z - Frührehabilitation bei endokrinen, Ernährungs- und St...	53	4%	38,0	3%	60,0	8%						
K44Z - Geriatrische rehabilitative Komplexbehandlung bei...	4.822	5%	22,4	-3%	12,2	-1%						
K60A - Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Al...	2.731	66%	11,7	-4%	36,3	-10%						
K60B - Diabetes mellitus mit komplizierenden Diagnosen oder ...	18.874	15%	11,7	-3%	15,4	3%						
K60C - Diabetes mellitus ohne komplizierende Diagnosen, ohne...	3.304	-13%	6,1	-12%	24,8	-12%						
K60D - Diabetes mellitus ohne komplizierende Diagnosen, ohne...	882	-5%	5,9	-16%	27,2	5%						
K60E - Diabetes mellitus ohne komplizierende Diagnosen, mit ...	50.756	-8%	9,1	-5%	28,0	4%						
K60F - Diabetes mellitus ohne komplizierende Diagnosen, Alle...	64.523	0%	6,7	-5%	22,2	4%						
K62A - Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tet...	6.129	62%	8,0	-2%	18,1	-13%						
K62B - Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para...	120.555	20%	6,2	-6%	14,3	0%						
K63A - Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegu...	269	-9%	6,6	18%	58,2	6%						
K63B - Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegu...	156	-10%	7,7	17%	68,6	6%						
K63C - Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegu...	358	-12%	6,4	-9%	56,1	37%						
K63D - Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegu...	1.784	-7%	6,9	0%	44,7	9%						
K63E - Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag	1.219	12%	1,0	0%	54,1	10%						
K64A - Endokrinopathien, mit komplexer Diagnose und äußerst ...	891	7%	12,7	-7%	35,0	10%						
K64B - Endokrinopathien, Alter < 6 Jahre mit komplexer Diagn...	244	-20%	6,1	-9%	70,0	-11%						
K64C - Endokrinopathien, Alter > 5 Jahre mit komplexer Diagn...	6.070	4%	7,6	-8%	31,4	2%						
K64D - Endokrinopathien, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diag...	24.588	-5%	4,8	-9%	33,1	2%						
K77Z - Komplexbildung bei multiresistenten Erregern bei e...	1.575	33%	16,3	-8%	15,5	10%						
L02A - Operatives Einbringen eines Peritonealdialyseskatheter...	267	37%	24,2	-6%	28,2	-37%						
L02B - Operatives Einbringen eines Peritonealdialyseskatheter...	629	-1%	17,7	-8%	28,1	-10%						
L02C - Operatives Einbringen eines Peritonealdialyseskatheter...	774	10%	7,3	-5%	29,2	7%						
L03Z - Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Ne...	12.805	12%	18,5	-4%	27,4	-1%						
L04A - Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer ...	980	-11%	9,4	-4%	45,6	13%						
L04B - Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer ...	999	-18%	8,7	-3%	40,8	10%						
L04C - Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer ...	9.633	6%	9,4	-11%	32,4	1%						
L05A - Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC	1.351	19%	12,8	-5%	18,1	-17%						
L05B - Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC	4.986	-6%	6,3	-7%	20,9	1%						
L06A - Kleine Eingriffe an der Harnblase mit äußerst schweren CC	5.333	23%	10,6	-8%	24,1	0%						
L06B - Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne äußerst schwere CC	42.533	-4%	4,0	-13%	23,1	3%						
L08A - Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter < 6 Jahre	169	-20%	7,1	6%	52,3	3%						
L08B - Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter > 5 Jahre	2.554	2%	8,6	-10%	50,1	-16%						
L09A - Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane, Al...	1.355	-5%	25,3	-3%	20,9	9%						
L09B - Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane, Al...	1.166	-10%	13,4	-12%	28,7	16%						
L09C - Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane, Al...	2.446	10%	17,6	-4%	22,1	-9%						
L09D - Andere Eingriffe bei Erkrankungen d. Harnorgane, Alle...	11.945	-2%	4,5	-16%	25,7	0%						
L10Z - Blasenkonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubl...	2.484	0%	24,6	-5%	27,9	-14%						
L11Z - Komplexe transurethrale, perkutan-transurethrale und and...	679	-17%	11,1	-7%	24,1	19%						
L12Z - Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Ha...	1.912	7%	15,8	3%	28,8	13%						
L13A - Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Ne...	7.005	1%	11,0	-8%	24,4	0%						
L13B - Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Ne...	7.043	0%	9,2	-8%	24,4	0%						
L17A - Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tet...	1.538	-9%	2,9	-12%	30,5	-11%						

Quelle:

IGES

Tabelle 203: G-DRG-Kennzahlen XIX

G-DRG	Fallzahl		VWD (Tage)		Entfernung (km)		FZ nach KH-Größe		VWD nach KH-Größe		KH(%) nach KH-Größe	
	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)
L17B - Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tel...	17.381	2%	4,0	-5%	20,5	-2%						
L18A - Komplexe transurethrale, perkutan-transurethrale und and...	4.858	27%	14,2	0%	20,8	-4%						
L18B - Komplexe transurethrale, perkutan-transurethrale u. and...	10.695	11%	7,4	-7%	22,3	0%						
L19Z - Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und ...	5.908	1%	5,7	-8%	19,2	-1%						
L20A - Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und ...	9.740	25%	9,2	-5%	18,1	-5%						
L20B - Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und ...	24.187	27%	4,0	3%	21,6	-4%						
L20C - Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und ...	98.918	-9%	4,3	-8%	18,4	0%						
L33Z - Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder 'hochaufwändg...	379	7%	43,4	-6%	23,8	-17%						
L36Z - Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwands...	839	11%	32,5	-3%	20,9	3%						
L37Z - Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen d...	655	25%	22,9	1%	23,3	-4%						
L38Z - Komplizierte Korrektur von Ureterostenosen	859	30%	29,6	-3%	28,3	-12%						
L40Z - Diagnostische Ureterorenoskopie	14.596	16%	3,4	-11%	18,4	-3%						
L42A - Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Ham...	6.748	-16%	4,2	-6%	19,4	1%						
L42B - Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Ham...	20.437	-12%	2,2	-9%	18,1	-2%						
L44Z - Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei...	4.043	73%	23,8	-6%	12,2	-5%						
L60A - Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegtag, mit Di...	4.285	3%	18,9	-2%	17,5	-2%						
L60B - Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegtag, mit Di...	5.047	5%	14,2	-7%	19,3	5%						
L60C - Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegtag, mit Di...	21.447	24%	12,0	-3%	16,0	-5%						
L60D - Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegtag, ohne D...	38.775	8%	8,2	-7%	15,8	-1%						
L61Z - Stationäre Aufnahme zur Dialyse	30	20%	4,9	37%	38,8	27%						
L62A - Neubildungen der Hämorgane mit äußerst schweren CC	8.045	13%	9,3	0%	19,6	-1%						
L62B - Neubildungen der Hämorgane ohne äußerst schwere CC	24.617	-7%	3,7	-6%	22,7	-1%						
L63A - Infektionen der Hämorgane mit äußerst schweren CC, m...	1.376	45%	14,2	-10%	13,6	-1%						
L63B - Infektionen der Hämorgane mit äußerst schweren CC, o...	489	16%	8,4	-1%	24,4	-6%						
L63C - Infektionen der Hämorgane mit äußerst schweren CC, o...	28.888	28%	9,7	-5%	13,2	2%						
L63D - Infektionen der Hämorgane ohne äußerst schwere CC, A...	7.720	7%	5,8	-8%	22,1	10%						
L63E - Infektionen der Hämorgane ohne äußerst schwere CC, A...	1.975	-7%	4,8	-4%	18,7	-18%						
L63F - Infektionen der Hämorgane ohne äußerst schwere CC, A...	114.519	5%	5,4	-6%	16,8	2%						
L64A - Harnsteine und Harnwegsobstruktion, Alter > 75 Jahre ...	90.029	11%	3,3	-4%	20,2	-4%						
L64B - Harnsteine und Harnwegsobstruktion, Alter < 76 Jahre ...	51.942	3%	2,0	-6%	22,2	-2%						
L68A - Andere mäßig schwere Erkrankungen der Hämorgane, All...	935	10%	3,6	-3%	40,2	-12%						
L68B - Andere mäßig schwere Erkrankungen der Hämorgane, All...	17.234	5%	4,1	-4%	25,1	3%						
L69A - Andere schwere Erkrankungen der Hämorgane, mehr als ...	121	-2%	11,9	-10%	34,9	-5%						
L69B - Andere schwere Erkrankungen der Hämorgane, mehr als ...	5.599	15%	10,5	-8%	16,2	0%						
L69C - Andere schwere Erkrankungen der Hämorgane, mehr als ...	596	11%	7,6	-6%	31,5	-6%						
L69D - Andere schwere Erkrankungen der Hämorgane, mehr als ...	5.283	-5%	7,7	-6%	19,6	7%						
L70A - Krankheiten und Störungen der Hämorgane, ein Belegun...	1.492	-14%	1,0	0%	28,0	0%						
L70B - Krankheiten und Störungen der Hämorgane, ein Belegun...	10.870	18%	1,0	0%	21,9	-1%						
L71Z - Niereninsuffizienz, ein Belegtag mit Dialyse	1.245	11%	1,0	0%	28,5	-2%						
L72Z - Thrombotische Mikroangiopathie oder Hämolytisch-urämi...	622	12%	12,7	-4%	28,1	-17%						
L73Z - Hämblasenentzündung, mehr als ein Belegtag	346	-4%	4,9	-10%	125,2	15%						
L74Z - Bestimmte Krankheiten und Störungen der Hämorgane be...	2.028	6%	5,0	-2%	28,6	-1%						
M01A - Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit ä...	2.949	0%	16,2	-7%	32,2	6%						
M01B - Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne ä...	26.278	-7%	11,0	-8%	35,1	2%						
M02A - Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC	6.031	15%	10,7	-5%	18,3	-2%						
M02B - Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC	48.815	-6%	6,7	-7%	19,6	0%						
M03A - Eingriffe am Penis, Alter < 6 Jahre	2.479	-6%	6,7	-3%	58,7	-7%						

Quelle:

IGES

Tabelle 204: G-DRG-Kennzahlen XX

G-DRG	Fallzahl		VWD (Tage)		Entfernung (km)		FZ nach KH-Größe		VWD nach KH-Größe		KH(%) nach KH-Größe	
	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)
M03B - Eingriffe am Penis, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre	598	-14%	6,1	-3%	55,1	-1%						
M03C - Eingriffe am Penis, Alter > 17 Jahre	3.472	0%	5,9	-9%	34,2	-2%						
M04A - Eingriffe am Hoden mit äußerst schweren CC	2.100	11%	11,7	0%	23,6	0%						
M04B - Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, Alter < 3...	4.479	5%	2,0	-12%	25,6	-3%						
M04C - Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, Alter > 2...	37.381	0%	3,1	-1%	21,3	-8%						
M06Z - Zirkumzision und andere Eingriffe am Penis	8.329	1%	2,1	-8%	20,0	-6%						
M06Z - Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen	3.660	4%	6,1	-6%	21,5	-12%						
M07Z - Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der männl...	1.709	1%	2,4	-4%	36,0	-16%						
M08A - OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen be...	6.668	-6%	11,5	-2%	21,7	-7%						
M08B - OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen be...	6.511	-13%	5,8	-5%	30,6	-8%						
M10A - Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der mä...	502	-14%	25,8	10%	33,5	2%						
M10B - Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der mä...	1.597	-8%	4,9	5%	37,3	16%						
M11Z - Transurethrale Laserdestruktion der Prostata	5.923	14%	6,1	6%	25,3	-1%						
M37Z - Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Erkrankung...	565	4%	24,5	0%	28,7	2%						
M38Z - Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff ...	184	12%	24,6	5%	22,9	-15%						
M60A - Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorga...	6.787	10%	10,6	-3%	20,1	0%						
M60B - Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorga...	419	-53%	6,0	1%	22,8	-10%						
M60C - Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorga...	35.279	-6%	3,4	-1%	23,8	-2%						
M61Z - Benigne Prostatihyperplasie	7.890	-7%	2,7	-10%	19,2	-8%						
M62Z - Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane	19.448	6%	4,8	-5%	20,5	-1%						
M64Z - Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane u...	4.504	6%	2,8	1%	25,7	3%						
N01A - Beckeneviszation bei der Frau und radikale Vulvekt...	121	1%	30,0	3%	59,5	15%						
N01B - Beckeneviszation bei der Frau und radikale Vulvekt...	484	100%	21,0	-9%	41,0	-4%						
N01C - Beckeneviszation bei der Frau und radikale Vulvekt...	3.796	8%	20,3	-7%	26,9	8%						
N01D - Beckeneviszation bei der Frau und radikale Vulvekt...	2.551	-7%	14,5	-8%	24,5	4%						
N01E - Beckeneviszation bei der Frau und radikale Vulvekt...	4.823	-16%	11,4	-7%	28,0	8%						
N02A - Eingriffe an Uterus und Adhären bei bösartiger Neubi...	1.360	10%	19,4	-7%	21,5	-3%						
N02B - Eingriffe an Uterus und Adhären bei bösartiger Neubi...	1.931	-10%	10,6	-1%	22,1	1%						
N02C - Eingriffe an Uterus und Adhären bei bösartiger Neubi...	3.319	-8%	5,8	-9%	21,7	2%						
N03A - Eingriffe an Uterus und Adhären bei bösartiger Neubi...	1.560	20%	18,7	-5%	34,0	4%						
N03B - Eingriffe an Uterus und Adhären bei bösartiger Neubi...	7.867	4%	9,1	-12%	17,7	0%						
N04Z - Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äu...	26.593	0%	8,3	-10%	17,9	4%						
N05A - Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae ute...	3.783	4%	9,4	-8%	17,7	2%						
N05B - Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae ute...	26.935	0%	4,1	-12%	17,0	2%						
N06Z - Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen G...	27.308	10%	6,8	-11%	22,1	3%						
N07Z - Andere Eingriffe an Uterus und Adhären außer bei bösa...	15.598	-1%	3,7	-8%	22,0	3%						
N08Z - Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechts...	15.340	5%	3,3	-9%	20,1	3%						
N09Z - Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva oder Bra...	27.819	-8%	2,1	-8%	19,8	5%						
N10Z - Diagnostische Küretage, Hysteroskopie, Sterilisation...	32.708	-13%	1,7	-6%	14,5	0%						
N11A - Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorg...	1.165	5%	20,2	-3%	25,4	-7%						
N11B - Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorg...	892	-6%	9,1	-13%	25,3	4%						
N11C - Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorg...	1.099	-8%	5,1	-9%	24,6	-1%						
N13A - Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, Alter > ...	3.278	10%	9,9	-8%	21,7	-2%						
N13B - Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, Alter < ...	5.041	1%	3,6	-2%	24,6	3%						
N14Z - Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung mit Bec...	15.866	-6%	7,7	-1%	15,7	1%						
N15Z - Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der we...	1.181	1%	31,2	-5%	32,2	-3%						
N16Z - Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der we...	2.826	-2%	5,1	-6%	26,9	-7%						

Quelle:

IGES

Tabelle 205: G-DRG-Kennzahlen XXI

G-DRG	Fallzahl		VWD (Tage)		Entfernung (km)		FZ nach KH-Größe		VWD nach KH-Größe		KH(%) nach KH-Größe	
	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)
N21Z - Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne ä...	78.863	-5%	5,9	-11%	17,2	3%						
N22Z - Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Ges...	13.953	3%	3,6	-10%	24,3	-7%						
N25Z - Andere Eingriffe an Uterus und Adnexe außer bei bösa...	36.320	-5%	2,7	-9%	17,8	-3%						
N33Z - Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten un...	237	17%	38,7	-7%	28,1	-17%						
N34Z - Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheit...	3.312	4%	16,8	-5%	34,6	16%						
N38Z - Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operative...	440	15%	29,3	-2%	39,5	-21%						
N60A - Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane...	8.514	13%	11,9	-1%	24,4	-5%						
N60B - Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane...	28.877	-1%	3,5	-5%	24,7	-5%						
N61Z - Infektion und Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane	12.642	1%	4,1	-2%	17,6	3%						
N62A - Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der we...	7.645	-8%	3,0	-8%	19,4	2%						
N62B - Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der we...	13.694	0%	1,8	-4%	17,9	1%						
N62C - Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der we...	1.437	-2%	28,8	7%	29,5	-1%						
O01B - Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnose...	7.240	7%	16,0	-4%	24,1	8%						
O01C - Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diagnosen, Schw...	2.102	20%	11,3	-6%	16,9	-8%						
O01D - Sekundäre Sectio caesarea m. mehr. kompl. Diagn...	14.518	-7%	7,7	-7%	16,5	5%						
O01E - Sekundäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnos...	25.569	16%	6,3	-7%	14,3	0%						
O01F - Primäre Sectio caesarea ohne auß. schwere CC. mit kon...	68.971	-1%	6,1	-8%	14,3	0%						
O01G - Primäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose...	19.131	-8%	6,1	-9%	15,7	-1%						
O01H - Primäre Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose...	70.614	-1%	5,2	-9%	14,4	0%						
O02A - Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur...	1.306	2%	8,7	2%	26,7	2%						
O02B - Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur...	17.605	0%	4,5	-2%	13,5	1%						
O02Z - Extraktengraviddilat	11.681	0%	3,3	-7%	17,6	0%						
O04A - Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR...	321	13%	7,4	-1%	18,6	2%						
O04B - Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR...	3.497	2%	3,0	-4%	17,3	4%						
O05A - Cerclage und Muttermundverschluss	2.486	-7%	11,1	-4%	21,1	7%						
O05B - Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft ohne C...	1.882	0%	4,2	6%	20,8	3%						
O06Z - Intrauterine Therapie des Feten	703	-58%	4,2	-50%	116,1	123%						
O40Z - Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürett...	30.118	-8%	1,8	1%	19,0	0%						
O60A - Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diag...	1.543	5%	17,6	-1%	24,9	17%						
O60B - Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diag...	17.183	6%	5,4	-4%	15,2	2%						
O60C - Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer ...	79.428	1%	4,3	-4%	14,3	1%						
O60D - Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose	327.051	-4%	3,4	-3%	13,2	-1%						
O61Z - Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne O...	13.134	6%	3,8	-4%	18,5	1%						
O62Z - Drohender Abort	23.333	-3%	4,0	-6%	18,9	4%						
O63Z - Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürett...	3.056	15%	1,9	-1%	19,6	2%						
O64A - Frustrierte Weihen, mehr als ein Belegtag	28.821	-13%	6,2	-7%	16,4	2%						
O64B - Frustrierte Weihen, ein Belegtag	19.664	-5%	1,0	0%	15,8	-1%						
O65A - Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit außers...	14.214	31%	8,8	-4%	18,5	2%						
O65B - Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit auß. so...	36.921	10%	4,2	-6%	17,6	1%						
O66C - Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne außers...	90.660	3%	3,0	-5%	16,0	0%						
P01Z - Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit s...	80	11%	2,3	-10%	81,8	17%						
P02A - Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen...	111	8%	85,3	-9%	67,3	-13%						
P02B - Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen...	228	-2%	34,6	0%	92,9	8%						
P02C - Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ...	310	-4%	24,2	2%	75,5	-15%						
P03A - Neugeborenes, Aufnahmezeitpunkt 1000 - 1499 g mit signi...	591	21%	73,2	-2%	32,2	10%						
P03B - Neugeborenes, Aufnahmezeitpunkt 1000 - 1499 g mit signi...	1.119	12%	51,4	0%	27,1	5%						
P03C - Neugeborenes, Aufnahmezeitpunkt 1000 - 1499 g mit signi...	935	14%	48,9	0%	25,6	-5%						

Quelle:

IGES



Tabelle 206: G-DRG-Kennzahlen XXII

G-DRG	Fallzahl		VWD (Tage)		Entfernung (km)		FZ nach KH-Größe		VWD nach KH-Größe		KH(%) nach KH-Größe	
	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)
P04A - Neugeborenes, Aufnahmezeit 1500 - 1999 g mit signi...	315	33%	57,2	-6%	36,7	4%						
P04B - Neugeborenes, Aufnahmezeit 1500 - 1999 g mit signi...	773	5%	36,2	-4%	28,3	3%						
P04C - Neugeborenes, Aufnahmezeit 1500 - 1999 g mit signi...	459	25%	33,3	0%	30,4	15%						
P05A - Neugeborenes, Aufnahmezeit 2000 - 2499 g mit signi...	542	9%	42,0	-7%	36,7	9%						
P05B - Neugeborenes, Aufnahmezeit 2000 - 2499 g mit signi...	375	-6%	25,1	-11%	33,0	2%						
P05C - Neugeborenes, Aufnahmezeit 2000 - 2499 g mit signi...	396	15%	19,6	1%	30,4	16%						
P06A - Neugeborenes, Aufnahmezeit > 2499 g mit signifikant...	1.142	7%	31,5	-12%	45,8	-9%						
P06B - Neugeborenes, Aufnahmezeit > 2499 g mit signifikant...	1.089	-7%	20,4	2%	40,0	-1%						
P06C - Neugeborenes, Aufnahmezeit > 2499 g mit signifikant...	1.382	5%	10,1	-1%	29,1	-5%						
P60A - Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne sig...	974	-7%	1,3	0%	30,6	-5%						
P60B - Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne sig...	1.667	2%	2,0	-4%	25,4	5%						
P60C - Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne sig...	14.340	10%	1,4	-6%	14,6	2%						
P61A - Neugeborenes, Aufnahmezeit < 600 g mit signifikant...	197	12%	119,7	-5%	36,0	12%						
P61B - Neugeborenes, Aufnahmezeit < 600 g ohne signifikant...	268	23%	85,7	-10%	25,6	-16%						
P61C - Neugeborenes, Aufnahmezeit 600 - 749 g mit signifi...	281	16%	116,8	5%	34,5	16%						
P61D - Neugeborenes, Aufnahmezeit 600 - 749 g ohne signifi...	490	6%	80,2	-3%	29,5	-5%						
P61E - Neugeborenes, Aufnahmezeit < 750 g, verstorben < 2...	137	9%	12,6	-7%	36,7	2%						
P62A - Neugeborenes, Aufnahmezeit 750 - 874 g mit signifi...	161	8%	98,4	10%	36,4	-4%						
P62B - Neugeborenes, Aufnahmezeit 750 - 874 g ohne signifi...	564	14%	75,1	0%	30,0	13%						
P62C - Neugeborenes, Aufnahmezeit 875 - 999 g mit signifi...	147	11%	83,9	0%	41,2	2%						
P62D - Neugeborenes, Aufnahmezeit 875 - 999 g ohne signifi...	910	9%	66,0	-3%	28,8	-6%						
P62E - Neugeborenes, Aufnahmezeit 750 - 899 g, verstorben...	32	-33%	12,8	-1%	29,0	-25%						
P63Z - Neugeborenes, Aufnahmezeit 1000 - 1249 g ohne signi...	801	9%	44,9	0%	25,2	9%						
P64Z - Neugeborenes, Aufnahmezeit 1250 - 1499 g ohne signi...	1.963	-2%	36,4	-3%	23,0	9%						
P65A - Neugeborenes, Aufnahmezeit 1500 - 1999 g ohne signi...	1.341	-2%	31,2	0%	22,6	2%						
P65B - Neugeborenes, Aufnahmezeit 1500 - 1999 g ohne signi...	2.864	4%	26,1	-4%	20,7	5%						
P65C - Neugeborenes, Aufnahmezeit 1500 - 1999 g ohne signi...	4.040	-1%	20,8	-3%	18,6	-1%						
P65D - Neugeborenes, Aufnahmezeit 1500 - 1999 g ohne signi...	516	-13%	13,2	-5%	17,2	2%						
P66A - Neugeborenes, Aufnahmezeit 2000 - 2499 g ohne signi...	1.701	-3%	18,8	-5%	22,1	9%						
P66B - Neugeborenes, Aufnahmezeit 2000 - 2499 g ohne signi...	4.607	3%	15,2	-2%	19,9	2%						
P66C - Neugeborenes, Aufnahmezeit 2000 - 2499 g ohne signi...	11.419	0%	11,7	-2%	18,3	2%						
P66D - Neugeborenes, Aufnahmezeit 2000 - 2499 g ohne signi...	18.632	5%	5,4	-5%	15,8	1%						
P67A - Neugeborenes, Aufnahmezeit > 2499 g ohne signifika...	7.071	-5%	11,4	-4%	20,5	1%						
P67B - Neugeborenes, Aufnahmezeit > 2499 g ohne signifika...	26.889	-2%	6,9	-2%	17,2	1%						
P67C - Neugeborenes, Aufnahmezeit > 2499 g ohne signifika...	59.074	-4%	5,3	-4%	15,0	-2%						
P67D - Neugeborener Einling, Aufnahmezeit > 2499 g ohne O...	532.543	-1%	3,5	-4%	13,5	0%						
Q01Z - Eingriffe an der Milz	1.920	-2%	11,9	-6%	30,5	-6%						
Q02A - Verschiedene OR-Verfahren bei Krankheiten des Blutes...	3.173	13%	18,0	-9%	21,6	-6%						
Q02B - Verschiedene OR-Verfahren bei Krankheiten des Blutes...	377	6%	6,4	6%	60,5	-14%						
Q02C - Verschiedene OR-Verfahren bei Krankheiten des Blutes...	7.306	11%	6,8	-11%	28,0	-2%						
Q03A - Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blut...	287	-7%	5,7	-3%	27,3	18%						
Q03B - Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blut...	4.474	-3%	3,8	-11%	20,8	0%						
Q60A - Erkrankungen des retikulohämatologischen Systems, des I...	225	-12%	8,0	1%	36,2	8%						
Q60B - Erkrankungen des retikulohämatologischen Systems, des I...	414	-10%	5,1	-16%	25,7	-27%						
Q60C - Erkrankungen des retikulohämatologischen Systems, des I...	36.731	-1%	6,5	-6%	21,7	-5%						
Q60D - Erkrankungen des retikulohämatologischen Systems, des I...	2.998	-10%	3,8	-2%	21,5	-5%						
Q60E - Erkrankungen des retikulohämatologischen Systems, des I...	3.091	-1%	3,4	-5%	23,8	8%						

Quelle:

IGES

Tabelle 207: G-DRG-Kennzahlen XXIII

G-DRG	Fallzahl		WVD (Tage)		Entfernung (km)		FZ nach KH-Größe		WVD nach KH-Größe		KH(%) nach KH-Größe	
	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)
O61A - Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose...	14.699	+24%	9,5	-6%	13,4	+2%						
O61B - Erkrankungen der Erythrozyten mit komplexer Diagnose	5.846	1%	8,5	-6%	14,9	-4%						
O61C - Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose...	910	-13%	2,9	+4%	31,5	-3%						
O61D - Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose...	7.367	1%	6,7	-6%	19,5	+3%						
O61E - Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose...	50.038	0%	5,4	-6%	14,6	+1%						
R01A - Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit ä...	911	+17%	26,6	-9%	27,9	+12%						
R01B - Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit ä...	794	+24%	25,4	-6%	24,1	+9%						
R01C - Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne ä...	791	9%	12,4	-1%	27,5	-4%						
R01D - Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne ä...	1.800	3%	8,2	-10%	23,9	+2%						
R02Z - Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komp...	894	+15%	22,4	-6%	42,0	+3%						
R03A - Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit ...	1.523	9%	24,6	-5%	24,0	-2%						
R04A - Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bes...	1.553	3%	13,9	-7%	30,8	+3%						
R04B - Andere hämatologische und solide Neubildungen mit and...	907	+13%	10,2	-9%	22,4	-10%						
R05Z - Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neub...	1.189	+14%	36,6	-3%	27,4	-7%						
R06Z - Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neub...	1.294	-7%	23,9	-6%	31,9	-6%						
R07A - Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neub...	751	+13%	14,5	+5%	23,9	-7%						
R07B - Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neub...	1.944	-2%	7,8	-4%	28,9	-1%						
R11A - Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit ...	1.585	+10%	15,7	-6%	23,4	-1%						
R11B - Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne...	2.584	2%	7,9	-14%	25,4	-4%						
R11C - Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne ä...	2.818	4%	6,4	-11%	21,8	-2%						
R12A - Andere hämatologische und solide Neubildungen mit gro...	989	+12%	19,0	-10%	28,9	0%						
R12B - Andere hämatologische und solide Neubildungen mit gro...	3.928	+10%	9,3	-12%	40,0	+10%						
R13C - Andere hämatologische und solide Neubildungen mit gro...	3.676	1%	7,5	-10%	28,5	-5%						
R13Z - Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bes...	2.587	-4%	5,8	-7%	33,9	+7%						
R14Z - Andere hämatologische und solide Neubildungen mit and...	2.026	-1%	5,1	-5%	23,7	-15%						
R16Z - Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff be...	376	0%	37,1	-3%	40,1	+24%						
R36Z - Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 828 Aufwands...	360	+10%	43,6	-8%	38,5	-2%						
R60A - Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie	732	6%	55,9	+4%	32,5	-6%						
R60B - Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie...	4.057	+18%	30,0	-3%	32,7	-5%						
R60C - Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie...	1.369	4%	23,0	-7%	31,8	-10%						
R60D - Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie...	154	-21%	10,4	+42%	38,5	-12%						
R60E - Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie...	4.091	+11%	12,2	-8%	24,9	-4%						
R60F - Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemoth...	1.019	5%	7,2	-1%	29,5	-10%						
R60G - Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Di...	2.616	-6%	6,4	-6%	21,4	-6%						
R61A - Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Sepsis oder kom...	4.540	3%	23,6	-2%	27,8	0%						
R61B - Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne k...	2.892	+24%	18,3	-6%	28,4	-7%						
R61C - Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne k...	218	6%	8,3	0%	47,2	+4%						
R61D - Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne k...	11.494	+15%	12,1	-5%	22,2	+1%						
R61E - Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne k...	5.615	+10%	9,8	-8%	26,7	+1%						
R61F - Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne k...	499	7%	4,8	-15%	37,1	-6%						
R61G - Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne k...	20.038	4%	5,8	-7%	27,5	-2%						
R61H - Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne k...	33.504	-11%	5,7	-7%	22,9	-1%						
R62A - Andere hämatologische und solide Neubildungen mit kom...	1.603	-6%	14,4	0%	22,8	-10%						
R62B - Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne ko...	4.588	0%	10,1	-6%	22,3	-2%						
R62C - Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne ko...	10.880	-12%	6,3	-5%	24,7	-5%						
R63A - Andere akute Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie	413	2%	55,6	+5%	36,3	-6%						
R63B - Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, m...	855	+22%	27,5	-4%	36,2	-1%						

Quelle:

IGES

Tabelle 208: G-DRG-Kennzahlen XXIV

G-DRG	Fallzahl		VWD (Tage)		Entfernung (km)		FZ nach KH-Größe		VWD nach KH-Größe		KH(%) nach KH-Größe	
	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)
R63C - Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, m...	272	4%	15,8	-15%	35,3	-24%						
R63D - Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherap...	1.438	-6%	13,7	-1%	37,2	0%						
R63E - Andere akute Leukämie mit intensiver oder mäßig kompl...	260	6%	11,5	-12%	31,7	-16%						
R63F - Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse...	658	-10%	9,8	2%	35,1	-3%						
R63G - Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, o...	716	-10%	7,2	0%	37,0	-15%						
R63H - Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherap...	2.800	-15%	4,5	-3%	35,1	-3%						
R63I - Andere akute Leukämie mit lokaler Chemotherapie oder ...	672	-21%	5,1	1%	26,9	8%						
R65A - Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungs...	4.292	-8%	1,0	0%	34,6	2%						
R65B - Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungs...	27.346	-1%	1,0	0%	24,0	3%						
S01Z - HIV-Krankheit mit OR-Prozedur	459	-3%	16,8	1%	29,2	-8%						
S60Z - HIV-Krankheit, ein Belegungstag	387	-3%	1,0	0%	30,1	20%						
S62Z - Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit	390	-7%	13,2	7%	42,3	29%						
S63A - Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose un...	285	-2%	26,1	0%	27,5	-12%						
S63B - Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose od...	1.782	-14%	11,8	-6%	25,9	-7%						
S65A - Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV...	459	21%	15,5	4%	32,6	18%						
S65B - Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV...	945	-8%	7,8	-3%	30,5	-6%						
T01A - OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankhei...	3.426	16%	27,1	-3%	30,7	7%						
T01B - OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankhei...	4.039	18%	21,1	-4%	19,1	2%						
T01C - OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankhei...	16.637	9%	13,0	-2%	23,2	1%						
T36Z - Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwands...	1.260	24%	28,7	-1%	22,4	-3%						
T60A - Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zus...	3.862	30%	17,6	-8%	23,7	-1%						
T60B - Sepsis mit kompliz. Konstell. od. Z. n. Organtra...	1.457	7%	11,3	-6%	25,4	-22%						
T60C - Sepsis mit kompliz. Konstell. oder bei Z. n. Organtra...	27.189	3%	13,9	-8%	15,4	1%						
T60D - Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Z...	1.430	-3%	8,0	-4%	24,3	-4%						
T60E - Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Z...	25.125	3%	9,3	-8%	17,0	8%						
T60F - Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme	7.474	5%	11,0	0%	15,1	1%						
T61A - Postoperative und posttraumatische Infektionen mit ko...	228	9%	6,5	-6%	30,1	20%						
T61B - Postoperative und posttraumatische Infektionen ohne k...	11.551	2%	6,5	-6%	21,3	4%						
T62A - Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder ...	2.825	-16%	7,8	-6%	18,8	-6%						
T62B - Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder ...	5.675	-13%	4,2	-9%	22,4	-1%						
T63A - Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation	900	17%	12,5	-4%	61,0	8%						
T63B - Virale Erkrankung bei Infektion mit Zytomegalieviren ...	847	11%	10,9	8%	23,6	5%						
T63C - Andere virale Erkrankungen	22.751	-4%	4,2	-1%	21,7	8%						
T64A - Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komp...	2.859	12%	8,2	-5%	32,7	16%						
T64B - Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komp...	7.272	1%	8,6	-3%	25,0	-5%						
T64C - Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten ohne komp...	32.985	11%	6,1	0%	19,2	3%						
T77Z - Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei l...	2.635	4%	20,9	0%	17,3	-2%						
U01Z - Geschlechtsunwandelnde Operation	821	17%	11,0	-4%	230,7	-6%						
U40Z - Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei...	873	4%	20,2	-3%	15,2	-6%						
U41Z - Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychos...	3.855	27%	24,4	3%	47,0	-15%						
U42Z - Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankhei...	4.081	68%	18,4	-11%	75,8	-20%						
U43Z - Psychosomatische Therapie, Alter < 18 Jahre	1.215	41%	36,5	-10%	65,7	-24%						
U60A - Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter < ...	4.162	7%	1,0	0%	31,3	13%						
U60B - Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter > ...	15.000	4%	6,3	-9%	24,1	-3%						
U61Z - Schizophrenie, wahnhafte und akut psychotische Störungen	1.833	-10%	10,752	-14%	18,4	0%						
U63Z - Schwere affektive Störungen	10.752	-14%	7,4	-15%	18,4	0%						
U64Z - Angststörungen oder andere affektive und somatoforme ...	32.165	0%	5,7	-3%	25,2	15%						

Quelle:

IGES

Tabelle 209: G-DRG-Kennzahlen XXV

G-DRG	Fallzahl		VWD (Tage)		Entfernung (km)		FZ nach KH-Größe		VWD nach KH-Größe		KH(%) nach KH-Größe	
	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)
U66Z - Ess-, Zwiangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute ...	15.536	-4%	6,3	-8%	26,1	-3%						
V40Z - Qualifizierter Erztug	7.338	10%	6,9	-4%	30,2	2%						
V60A - Alkoholtinktion und Alkoholtug oder Störungen ...	9.727	-2%	6,9	-3%	18,7	4%						
V60B - Alkoholtinktion und Alkoholtug oder Störungen ...	22.631	2%	5,8	-3%	18,8	1%						
V60C - Alkoholtinktion und Alkoholtug oder Störungen ...	104.742	4%	2,0	-10%	21,6	3%						
V61Z - Drogenintinktion und -entzug	2.886	10%	4,8	-3%	23,4	2%						
V63Z - Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit	3.254	12%	4,1	33%	27,2	13%						
V64Z - Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikament...	12.647	12%	2,0	-10%	21,8	5%						
W01A - Polyttrauma mit Beatmung oder Kraniotomie, mit Frühre...	82	28%	67,2	-4%	50,5	-3%						
W01B - Polyttrauma mit Beatmung oder Kraniotomie, ohne Frühre...	521	-11%	30,3	-2%	49,2	5%						
W01C - Polyttrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, ohne Frühre...	2.081	-8%	23,9	-1%	44,8	-4%						
W02A - Polyttrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extre...	985	1%	29,4	-3%	40,4	-1%						
W02B - Polyttrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Extre...	1.945	9%	20,3	-6%	25,2	-6%						
W04A - Polyttrauma mit anderen OR-Prozeduren, mit komplizier...	290	9%	24,7	5%	44,1	15%						
W04B - Polyttrauma mit anderen OR-Prozeduren, ohne komplizier...	1.589	-2%	17,6	0%	42,2	-1%						
W05Z - Frührehabilitation bei Polyttrauma mit OR-Prozedur	42	14%	72,8	1%	46,2	-20%						
W36Z - Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 828 Aufwands...	459	20%	38,3	-6%	49,7	7%						
W40Z - Frührehabilitation bei Polyttrauma	300	12%	46,4	-6%	75,5	1%						
W60Z - Polyttrauma, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme	971	-2%	1,4	1%	36,7	-6%						
W61A - Polyttrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizier...	872	5%	10,4	-10%	35,7	6%						
W61B - Polyttrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizier...	2.131	3%	10,9	-2%	30,3	3%						
X01A - Rekonstruktive Operation bei Verletzungen mit kompliz...	3.136	4%	28,5	-6%	24,1	-6%						
X01B - Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne kompliz...	9.051	10%	11,8	-4%	26,8	-4%						
X01C - Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne kompliz...	1.844	-9%	5,6	-13%	28,9	-4%						
X04Z - Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität	2.476	-6%	6,2	-6%	28,3	-2%						
X05A - Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit kompliz...	2.003	15%	3,8	-9%	27,1	-8%						
X05B - Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne kompliz...	1.643	-7%	2,9	-3%	28,4	-10%						
X06A - Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerer...	4.899	13%	14,3	-5%	24,5	3%						
X06B - Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerer...	16.019	4%	6,0	-11%	24,0	-1%						
X06C - Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerer...	12.911	2%	3,8	-7%	26,7	3%						
X07A - Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replan...	101	-25%	20,1	1%	53,2	-10%						
X07B - Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replan...	642	-17%	8,8	1%	41,9	-9%						
X33Z - Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, ...	213	-15%	37,9	4%	37,2	-14%						
X60Z - Verletzungen und allergische Reaktionen	49.609	-2%	2,5	-2%	23,4	-3%						
X62Z - Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikam...	115.858	-1%	3,0	-5%	20,7	1%						
X64Z - Andere Krankheit, verursacht durch Verletzung, Vergift...	16.814	14%	1,8	-1%	29,4	-3%						
Y07Z - Operative Eingriffe oder Beatmung > 95 Stunden bei sc...	425	0%	39,4	2%	74,0	-4%						
Y02A - Andere Verletzungen mit Hauttransplantation bei Sept...	201	6%	37,4	-4%	40,3	-17%						
Y02B - Andere Verletzungen mit Hauttransplantation außer b...	672	37%	18,1	-10%	48,1	7%						
Y02C - Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation ohne auß...	2.571	33%	9,9	-16%	34,2	-7%						
Y03A - Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter < ...	387	6%	8,9	-12%	27,9	-4%						
Y03B - Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter > ...	920	-1%	14,4	-5%	23,8	-5%						
Y67Z - Schwere Verbrennungen	34	-25%	14,9	0%	53,8	-9%						
Y62A - Andere Verbrennungen, Alter < 6 Jahre	2.125	-10%	5,2	-6%	25,1	-1%						
Y62B - Andere Verbrennungen, Alter > 6 Jahre	3.742	-2%	6,1	-5%	26,3	-3%						
Y63Z - Verbrennungen, ein Belegungsstag	2.450	10%	1,0	0%	30,1	-19%						
Z01A - OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruch...	454	30%	8,9	-20%	45,9	-11%						

Quelle:

IGES

Tabelle 210: G-DRG-Kennzahlen XXVI

G-DRG	Fallzahl		WVD (Tage)		Entfernung (km)		FZ nach KH-Größe		WVD nach KH-Größe		KH(%) nach KH-Größe	
	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)	2010	Δ 08-10 (%)
Z01B - OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme einer Organtransplantation führen	3.397	-2%	4,6	-6%	27,5	-6%						
Z02Z - Lebertransplantation (Lebertransplantation)	69	57%	10,8	-9%	164,7	0%						
Z03Z - Nierentransplantation (Lebertransplantation)	626	14%	8,7	-2%	86,5	-10%						
Z41Z - Knochenmarktransplantation bei Eigenspende	14	-22%	2,9	-20%	51,2	-29%						
Z42Z - Stammzelltransplantation bei Fremdspende	357	-12%	2,3	-4%	114,6	7%						
Z43Z - Knochenmarktransplantation bei Fremdspende	147	-11%	2,4	19%	124,1	38%						
Z44Z - Multimodale Schmerztherapie bei Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinträchtigen	1.487	169%	13,3	-8%	32,2	-29%						
Z64A - Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinträchtigen	1.799	117%	2,5	-3%	40,3	3%						
Z64B - Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinträchtigen	47.994	2%	2,3	-1%	36,0	-2%						
Z65Z - Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlungen	33.475	8%	4,9	-9%	24,3	3%						
Z66Z - Vorbereitung zur Lebertransplantation	527	10%	2,3	5%	100,4	-6%						
901A - Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	1.110	18%	27,7	-10%	21,1	-9%						
901B - Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	4.498	8%	22,2	-4%	23,9	0%						
901C - Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	1.416	21%	17,7	-10%	24,9	-10%						
901D - Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	28.154	7%	14,7	-5%	23,5	2%						
902Z - Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	10.616	11%	11,1	-6%	22,9	0%						
960Z - Nicht gruppierbar	131	-32%	5,8	6%	22,6	79%						
961Z - Unzulässige Hauptdiagnose	539	-6%	8,9	1%	27,4	-13%						
962Z - Unzulässige geburtschirurgische Diagnosekombination	314	-11%	4,0	-1%	12,5	9%						
963Z - Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht	80	-22%	7,5	-1%	31,2	38%						

Quelle: IGES

## Anhang G Kennzahlen zur Entwicklung der poststationären Mortalität

Eine Übersicht über ausgewählte Kennzahlen zur stationären und poststationären Mortalität auf Ebene der Basis-DRGs zeigen die folgenden Tabellen.

Berücksichtigt werden ausschließlich Basis-DRGs mit mindestens 100 stationär oder innerhalb von 30 Tagen poststationär Verstorbenen in der Stichprobe in jeweils allen drei Jahren des Berichtszeitraumes (2008, 2009, 2010). Hiervon sind 229 Basis-DRGs betroffen.

Die berichteten Fallzahlen berücksichtigen alle vollstationär behandelten Fälle des jeweiligen Jahres. Die Mortalitätsraten und die standardisierten Mortalitätsratios beziehen sich hingegen auf die Stichprobe der GKV-Routinedatenauswertung im Rahmen der G-DRG-Begleitforschung.

Dargestellt werden folgende Kennzahlen für die Basis-DRGs:

- Fallzahl im Jahr 2010
- Prozentuale Veränderung der Fallzahl im Berichtszeitraum 2008 bis 2010
- Rohe Mortalitätsraten des Jahres 2010 des Zeitraumes des stationären Aufenthaltes, des Zeitraums von Entlassung bis 30 Tage nach Entlassung, des Zeitraums von 30 bis 90 Tagen nach Entlassung und des Zeitraums von 90 bis 365 Tage nach Entlassung in Form eines gestapelten Balkendiagramms
- Standardisierte Mortalitätsratios im Jahr 2010 der stationären und poststationären Mortalität im Zeitraum bis 30, 90 bzw. 365 Tage nach Entlassung (die Skala reicht von 0,5 bis 1,5; der blaue Querstrich entspricht dem Wert eins; das 95% Konfidenzintervall ist als hellgrüner Balken dargestellt; die jeweilige SMR entspricht dem horizontalen Balken; dieser ist dunkelgrün bei einem signifikanten Rückgang der Mortalität, orange bei einem signifikantem Anstieg der Mortalität und grau bei nicht signifikanten Veränderungen); Basisjahr der SMR ist 2008

Veränderungen der Leistungsdokumentation können dazu führen, dass die Patientenkollektive und somit auch die poststationären Mortalitätsraten einer Basis-DRG im Zeitverlauf nicht uneingeschränkt miteinander vergleichbar sind. Dies ist bei der Interpretation der nachfolgenden Kennzahlen zu beachten.

Tabelle 211: Kennzahlen der Mortalitätsentwicklung nach Basis-DRGs I (G-DRG-System Version 2010; Referenzjahr 2008; 2010)

Basis-DRG	Fallzahl		08-10 (%)	Mortalitätsrate (2010)			
	2010	08-10 (%)		stat.	30-90	90-365	90-365
A06 - Beatmung > 1799 Stunden	1.511	9%					
A07 - Beatmung > 999 und < 1800 Stunden	6.481	6%					
A09 - Beatmung > 499 und < 1000 Stunden	22.149	6%					
A11 - Beatmung > 249 und < 500 Stunden	28.728	5%					
A13 - Beatmung > 95 und < 250 Stunden	47.067	3%					
A36 - Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei bestimmten...	1.894	14%					
A32 - Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation	17.128	10%					
B03 - Operative Eingriffe bei nicht akuter Para- / Tetraplegie oder Eingriffe an...	4.988	5%					
B04 - Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen	28.043	-2%					
B15 - Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als...	3.407	3%					
B16 - Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als...	7.090	3%					
B20 - Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation	31.034	-1%					
B38 - Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte oder > 552 Au...	2.392	9%					
B39 - Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR...	7.422	17%					
B42 - Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 ...	5.636	8%					
B43 - Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr a...	11.121	8%					
B44 - Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Str...	42.188	7%					
B61 - Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks außer bei Transplantation	15.414	1%					
B63 - Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion	30.646	-7%					
B64 - Delirium	14.257	5%					
B66 - Neubildungen des Nervensystems oder Stupor und Koma, nicht traumatisch bedingt	38.604	1%					
B67 - Morbus Parkinson	31.350	0%					
B69 - Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse	104.988	-2%					
B70 - Apoplexie	239.042	1%					
B71 - Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven	76.970	2%					
B72 - Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis	19.976	1%					
B75 - Fieberkrämpfe	20.159	-6%					
B76 - Anfälle	146.381	1%					
B78 - Intrakranielle Verletzung	22.865	3%					
B80 - Andere Kopfverletzungen	203.080	3%					
B81 - Andere Erkrankungen des Nervensystems	53.324	7%					
B85 - Degenerative Krankheiten des Nervensystems oder zerebrale Lähmungen	37.518	0%					
D15 - Tracheostomie oder Implantation einer Kiefergelenkprothese	2.397	-2%					
D20 - Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohrs, der Nase...	9.718	5%					
D60 - Bosartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals	30.886	2%					
D62 - Epistaxis oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Aller > ...	65.829	-4%					
D66 - Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals	29.098	2%					
E02 - Andere OR-Verfahren an den Atmungsorganen	31.875	13%					
E05 - Andere große Eingriffe am Thorax	25.127	2%					
E08 - Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	16.518	6%					
E36 - Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte oder hochaufw...	4.484	8%					
E40 - Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden oder...	16.873	9%					
E42 - Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Str...	9.755	19%					
E62 - Komplexe Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	5.910	12%					
E64 - Respiratorische Insuffizienz oder Lungenembolie	70.951	4%					
E65 - Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung oder Bronchitis und Asthma bronch...	176.058	4%					

Quelle:

IGES; GKV-Routinedatenauswertung

Tabelle 212: Kennzahlen der Mortalitätsentwicklung nach Basis-DRGs II (G-DRG-System Version 2010; Referenzjahr 2008; 2010)

Basis-DRG	Fallzahl		08-10 (%)	Mortalitätsrate (2010)				SMR (stationär und poststationär)			
	2010	08-10 (%)		stat., 1-30, 30-90, 90-365 Tage poststat.	30 Tage poststat.	90 Tage poststat.	365 Tage poststat.				
E66 - Schweres Thoraxtrauma	32.719	4%									
E69 - Bronchitis und Asthma bronchiale oder Beschwerden und Symptome der Atmung ...	157.022	0%									
E71 - Neubildungen der Atmungsorgane	176.405	-2%									
E73 - Pleurerguss	11.323	2%									
E74 - Interstitielle Lungenerkrankung	20.189	1%									
E75 - Andere Krankheiten der Atmungsorgane oder Beschwerden und Symptome der Atm...	34.128	5%									
E76 - Tuberkulose oder Pneumothorax	17.948	1%									
E77 - Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	283.679	4%									
F01 - Neuplantation Kardioventr / Dehnbilator (AICD) oder Implantation eine...	27.468	10%									
F03 - Herzklappenergriff mit Herz-Lungen-Maschine	27.219	-1%									
F06 - Koronare Bypass-Operation	35.041	-5%									
F07 - Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine	11.516	2%									
F08 - Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine	47.365	-2%									
F09 - Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine	4.748	-1%									
F12 - Implantation eines Herzschrittmachers	72.948	4%									
F13 - Amputation bei Kreislaufkrankungen an oberer Extremität und Zehen	9.380	3%									
F14 - Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriff...	13.798	8%									
F15 - Perkutane Koronarangioplastie m. komplizierender Konstellation od. m. komp...	2.790	11%									
F21 - Andere OR-Prozeduren bei Krasslaufkrankungen	17.369	7%									
F24 - Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Int...	41.643	8%									
F28 - Amputation außer an oberer Extremität und Zehen	13.823	-2%									
F36 - Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 562 Aufwandspunkte mit bestimmter...	4.722	11%									
F41 - Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt	24.445	2%									
F43 - Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	12.873	2%									
F46 - Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr a...	26.511	3%									
F48 - Gefäßliche förmelhabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Stör...	20.142	15%									
F49 - Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt	232.177	4%									
F52 - Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose oder intrakoronarer B...	57.495	0%									
F54 - Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe ohne kompliz. Konstell., ohne Revis...	46.370	4%									
F56 - Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention oder Kyoplastie	48.097	5%									
F59 - Mäßig komplexe Gefäßeingriffe oder komplexe Gefäßeingriffe ohne komplizier...	79.463	7%									
F60 - Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik	61.641	-4%									
F61 - Inflektöse Endokarditis	3.984	0%									
F62 - Herzinsuffizienz und Schock	311.046	1%									
F63 - Venenthrombose	45.135	-3%									
F65 - Periphere Gefäßkrankheiten	63.782	-1%									
F66 - Koronarteriosklerose	80.685	-6%									
F67 - Hypertonie	222.283	2%									
F69 - Herzklappenerkrankungen	22.903	2%									
F70 - Schwere Arrhythmie und Herzstillstand	19.160	0%									
F71 - Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen	259.908	4%									
F72 - Instabile Angina pectoris	52.470	-8%									
F73 - Synkope und Kollaps	181.324	-2%									
F74 - Thoraxschmerz	102.660	4%									
F75 - Andere Krankheiten des Kreislaufsystems	39.977	1%									
F77 - Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störun...	4.359	15%									

Quelle:

IGES; GKV-Routinedatenauswertung



Tabelle 213: Kennzahlen der Mortalitätsentwicklung nach Basis-DRGs III (G-DRG-System Version 2010; Referenzjahr 2008; 2010)

Basis-DRG	Fallzahl		08-10 (%)	Mortalitätsrate (2010)				SMR (stationär und poststationär)			
	2010	08-10 (%)		stat., 1-30, 30-90, 90-365 Tage poststat.	30 Tage poststat.	90 Tage poststat.	365 Tage poststat.				
G02 - Komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder bestimmte Eingriffe an Dünn...	25.117	-2%									
G03 - Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe ...	8.268	-3%									
G04 - Adresiole an Magen, Ösophagus und Duodenum oder mit äußerst schweren oder ...	15.802	5%									
G12 - Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen	20.985	2%									
G13 - Andere Eingriffe an Darm oder Enteroostoma mit äußerst schweren CC	3.802	8%									
G16 - Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff	7.363	-9%									
G17 - Andere Rektumresektion ohne bestimmtem Eingriff	23.192	3%									
G18 - Eingriffe an Dünn- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alt...	85.950	0%									
G19 - Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fe...	19.011	0%									
G24 - Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien und anderen Hernien, Aller > ...	131.150	-1%									
G27 - Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, meh...	3.601	-2%									
G29 - Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane ...	12.540	-2%									
G36 - Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte oder hochaufw...	1.754	5%									
G38 - Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankh...	1.981	2%									
G40 - Komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Kr...	1.253	8%									
G46 - Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane oder Gastroskop...	65.345	3%									
G47 - Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, ohne äu...	28.674	0%									
G48 - Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff...	36.565	0%									
G50 - Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopie bei nicht schweren Krankheit...	13.602	5%									
G52 - Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Stör...	6.862	19%									
G60 - Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane	123.609	-6%									
G64 - Eitrige Darmkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauung...	27.465	5%									
G65 - Obstruktion des Verdauungstraktes	73.502	0%									
G66 - Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Aller > 65 Jahre und mit CC	10.821	4%									
G67 - Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungso...	738.119	0%									
G70 - Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC	14.223	2%									
G71 - Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane	71.196	0%									
G72 - Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdomin...	117.440	0%									
G73 - Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, me...	23.604	-3%									
G77 - Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störn...	2.831	18%									
H05 - Laparomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen	5.015	-5%									
H06 - Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas	7.643	13%									
H07 - Cholezystektomie	13.493	-8%									
H08 - Laparoskopische Cholezystektomie	146.590	1%									
H09 - Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen	9.464	4%									
H12 - Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System	7.864	2%									
H06 - Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei Krankheits...	1.361	6%									
H40 - Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung	4.369	-2%									
H41 - ERCP	100.228	4%									
H60 - Leberzirrhose und bestimmte nichtinfraktöse Hepatitiden mit äußerst schwer...	24.973	14%									
H61 - Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas	57.062	1%									
H62 - Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung oder Leberzirrhose un...	68.912	-4%									
H63 - Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und besli...	27.853	-3%									
H64 - Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen	34.885	2%									
H78 - Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an h...	793	17%									
I02 - Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit komplizierender Konis...	11.453	4%									

Quelle:

IGES; GKV-Routinedatenauswertung

Tabelle 214: Kennzahlen der Mortalitätsentwicklung nach Basis-DRGs IV (G-DRG-System Version 2010; Referenzjahr 2008; 2010)

Basis-DRG	Fallzahl		08-10 (%)	Mortalitätsentwicklung (2010)			
	2010	08-10 (%)		30 Tage poststat.	90 Tage poststat.	365 Tage poststat.	SMR (stationär und poststationär)
I03 - Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit komplizierender Diagnose oder Ar...	15.638	0%					
I05 - Anderer großer Gelenkersatz oder Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohn...	43.647	8%					
I07 - Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelet-System und Bänd...	1.792	-5%					
I08 - Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur oder Ersatz des Hüftgelenkes mit ...	116.398	4%					
I09 - Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule	83.146	12%					
I10 - Andere Eingriffe an der Wirbelsäule	143.576	4%					
I12 - Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am...	13.929	1%					
I13 - Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk	183.949	9%					
I21 - Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk und ...	108.922	12%					
I26 - Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 562 Aufwandspunkte oder hochaufwä...	1.497	10%					
I34 - Geiatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozed...	16.318	14%					
I39 - Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelet-System un...	4.541	8%					
I41 - Geiatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Stör...	44.483	10%					
I44 - Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk	149.343	1%					
I47 - Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne A...	161.385	0%					
I54 - Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelet-System un...	5.013	-1%					
I65 - Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur	30.614	2%					
I66 - Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals	87.014	3%					
I68 - Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenber...	361.843	7%					
I69 - Knochenkrankheiten und spezifische Anthropathien oder Muskel- und Sehnenl...	91.964	-1%					
I71 - Muskel- und Sehnerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauc...	32.975	10%					
I72 - Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimhäuten mit äußerst schweren ode...	4.334	3%					
I73 - Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes	17.128	1%					
I75 - Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprungg...	31.987	1%					
I76 - Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder septische Arthritis	16.583	-1%					
I77 - Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und S...	23.501	0%					
J02 - Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus...	9.200	3%					
J03 - Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Eh...	3.958	2%					
J08 - Andere Hauttransplantation od. Debridement mit kompl. Diagnose oder mit Ei...	16.342	15%					
J11 - Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma	78.966	2%					
J18 - Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut u...	1.992	-1%					
J60 - Hautulcus	7.816	1%					
J61 - Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungsstag oder Hautulcus be...	58.714	1%					
J62 - Bösartige Neubildungen der Mamma	41.432	-11%					
J64 - Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut	106.347	1%					
J65 - Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma	122.542	7%					
K01 - Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen	24.506	2%					
K09 - Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten	12.341	-2%					
K25 - Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit OR-Prozedur bei endokr...	3.117	8%					
K60 - Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen	141.080	0%					
K62 - Verschiedene Stoffwechselerkrankungen	126.684	10%					
K64 - Endokrinopathien	31.603	-2%					
L03 - Nieren-, Ureter- und große Harnblasenergieffe bei Neubildung, Alter < 19 ...	12.805	6%					
L06 - Kleine Eingriffe an der Harnblase	47.866	-1%					
L09 - Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane	16.912	-1%					
L12 - Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ei...	1.912	4%					

Quelle:

IGES; GKV-Routinedatenauswertung

Tabelle 215: Kennzahlen der Mortalitätsentwicklung nach Basis-DRGs V (G-DRG-System Version 2010; Referenzjahr 2008; 2010)

Basis-DRG	Fallzahl		Mortalitätsrate (2010) stat., 1-30, 30-90, 90-365 Tage poststat.	SMR (stationär und poststationär)		
	2010	08-10 (%)		30 Tage poststat.	90 Tage poststat.	365 Tage poststat.
L18 - Komplexe transurethrale, perkutan-transientale und and. retroperitoneale Ei...	15.553	7%				
L20 - Transurethrale Eingriffe außer Prostatektomie und komplexe Utereros...	132.845	4%				
L36 - Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 55z Aufwandspunkte bei Krankheit...	839	5%				
L44 - Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Stör...	4.043	32%				
L60 - Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegtag	69.554	7%				
L62 - Neubildungen der Harnorgane	32.662	-2%				
L63 - Infektionen der Harnorgane	154.977	4%				
L64 - Harnsteine und Harnwegsobstruktion oder Urethrastrikur, andere leichte bi...	141.971	4%				
L68 - Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane	18.169	3%				
L69 - Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegtag	11.569	2%				
L70 - Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegtag oder Niereninsu...	12.362	6%				
L71 - Niereninsuffizienz, ein Belegtag mit Dialyse	1.245	5%				
M02 - Transurethrale Prostatektomie	54.846	-2%				
M60 - Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane	42.485	-2%				
N11 - Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen	3.156	-2%				
N60 - Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane	37.391	-3%				
P60 - Neugeborenes, verstorben oder verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifik...	16.981	5%				
Q02 - Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden O...	10.856	6%				
O60 - Erkrankungen des reikubothelialis Systems, des Immunsystems und Gern...	43.459	-1%				
O61 - Erkrankungen der Erythrozyten	78.860	2%				
R01 - Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren	4.286	5%				
R04 - Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderen OR-Prozeduren, m...	2.460	3%				
R07 - Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als...	2.695	1%				
R11 - Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren	6.987	2%				
R12 - Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren	8.593	3%				
R60 - Akute myeloische Leukämie	14.038	3%				
R61 - Lymphom und nicht akute Leukämie	78.800	0%				
R62 - Andere hämatologische und solide Neubildungen	17.071	-4%				
R63 - Andere akute Leukämie	8.084	-4%				
R65 - Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegtag	31.638	-1%				
T01 - OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten	24.102	5%				
T36 - Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 55z Aufwandspunkte bei infektiöse...	1.260	11%				
T60 - Sepsis	66.537	7%				
T62 - Fieber unbekannter Ursache	8.500	-7%				
T64 - Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten	43.116	4%				
T77 - Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei infektiösen und parasi...	2.635	18%				
V60 - Alkoholintoxikation und Alkoholelitzug oder Störungen durch Alkoholmissbrau...	137.100	0%				
V60 - Polytrauma, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme	971	-1%				
X06 - Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen	33.829	2%				
X60 - Verletzungen und allergische Reaktionen	49.609	-1%				
X62 - Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Sub...	115.858	-1%				
X64 - Andere Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung	16.814	7%				
Z65 - Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung	33.475	4%				
901 - Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	35.178	4%				
902 - Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	10.616	5%				

Quelle:

IGES; GKV-Routinedatenauswertung

# Anhang H Erhebungsbogen Krankenhausbefragung

Abbildung 159: Fragebogen Krankenhausbefragung (I)

5		6																																																																																																									
<p><b>G-DRG-Begleitforschung</b></p> <p style="text-align: right;">KHXXXX</p>	<p><b>1 Allgemeine Angaben zu Ihrem Krankenhaus</b></p>	<p>2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010</p>																																																																																																									
<p><b>1A</b> Bitte geben Sie an, in welchem Bundesland sich Ihr Krankenhaus befindet:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Bundesland</td><td></td></tr> <tr><td>Baden-Württemberg</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>1</sub></td></tr> <tr><td>Bayern</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>2</sub></td></tr> <tr><td>Berlin</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>3</sub></td></tr> <tr><td>Brandenburg</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>4</sub></td></tr> <tr><td>Bremen</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>5</sub></td></tr> <tr><td>Hamburg</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>6</sub></td></tr> <tr><td>Hessen</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>7</sub></td></tr> <tr><td>Mecklenburg-Vorpommern</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>8</sub></td></tr> <tr><td>Niedersachsen</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>9</sub></td></tr> <tr><td>Nordrhein-Westfalen</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>10</sub></td></tr> <tr><td>Rheinland-Pfalz</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>11</sub></td></tr> <tr><td>Saarland</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>12</sub></td></tr> <tr><td>Sachsen</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>13</sub></td></tr> <tr><td>Sachsen-Anhalt</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>14</sub></td></tr> <tr><td>Schleswig-Holstein</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>15</sub></td></tr> <tr><td>Thüringen</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>16</sub></td></tr> </table>	Bundesland		Baden-Württemberg	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Bayern	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Berlin	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Brandenburg	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	Bremen	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	Hamburg	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	Hessen	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	Mecklenburg-Vorpommern	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>	Niedersachsen	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	Nordrhein-Westfalen	<input type="checkbox"/> <sub>10</sub>	Rheinland-Pfalz	<input type="checkbox"/> <sub>11</sub>	Saarland	<input type="checkbox"/> <sub>12</sub>	Sachsen	<input type="checkbox"/> <sub>13</sub>	Sachsen-Anhalt	<input type="checkbox"/> <sub>14</sub>	Schleswig-Holstein	<input type="checkbox"/> <sub>15</sub>	Thüringen	<input type="checkbox"/> <sub>16</sub>	<p><b>1B</b> Bitte geben Sie an, welcher Bettengrößeklasse (jahresdurchschnittlich vollstationär aufgestellte Betten) Ihr Krankenhaus in den jeweiligen Jahren zuzuordnen war:</p> <p>► <i>Ausführthweis: Definitivische Abgrenzung wie in den Meldungen zur Krankenhausstatistik der Länder.</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>2008</th> <th>2009</th> <th>2010</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">Bettengrößeklasse im Jahresdurchschnitt (einfach- oder aufgestellte Betten)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>1</sub></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>1</sub></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>1</sub></td> </tr> <tr> <td colspan="3">bis 49 Betten</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>2</sub></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>2</sub></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>2</sub></td> </tr> <tr> <td colspan="3">50 bis 99 Betten</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>3</sub></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>3</sub></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>3</sub></td> </tr> <tr> <td colspan="3">100 bis 149 Betten</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>4</sub></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>4</sub></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>4</sub></td> </tr> <tr> <td colspan="3">150 bis 199 Betten</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>5</sub></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>5</sub></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>5</sub></td> </tr> <tr> <td colspan="3">200 bis 299 Betten</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>6</sub></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>6</sub></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>6</sub></td> </tr> <tr> <td colspan="3">300 bis 399 Betten</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>7</sub></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>7</sub></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>7</sub></td> </tr> <tr> <td colspan="3">400 bis 499 Betten</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>8</sub></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>8</sub></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>8</sub></td> </tr> <tr> <td colspan="3">500 bis 599 Betten</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>9</sub></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>9</sub></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>9</sub></td> </tr> <tr> <td colspan="3">600 bis 799 Betten</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>10</sub></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>10</sub></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>10</sub></td> </tr> <tr> <td colspan="3">800 bis 999 Betten</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>11</sub></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>11</sub></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <sub>11</sub></td> </tr> <tr> <td colspan="3">1.000 und mehr Betten</td> </tr> </tbody> </table>	2008	2009	2010	Bettengrößeklasse im Jahresdurchschnitt (einfach- oder aufgestellte Betten)			<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	bis 49 Betten			<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	50 bis 99 Betten			<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	100 bis 149 Betten			<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	150 bis 199 Betten			<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	200 bis 299 Betten			<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	300 bis 399 Betten			<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	400 bis 499 Betten			<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>	500 bis 599 Betten			<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	600 bis 799 Betten			<input type="checkbox"/> <sub>10</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>10</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>10</sub>	800 bis 999 Betten			<input type="checkbox"/> <sub>11</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>11</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>11</sub>	1.000 und mehr Betten		
Bundesland																																																																																																											
Baden-Württemberg	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>																																																																																																										
Bayern	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>																																																																																																										
Berlin	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>																																																																																																										
Brandenburg	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>																																																																																																										
Bremen	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>																																																																																																										
Hamburg	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>																																																																																																										
Hessen	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>																																																																																																										
Mecklenburg-Vorpommern	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>																																																																																																										
Niedersachsen	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>																																																																																																										
Nordrhein-Westfalen	<input type="checkbox"/> <sub>10</sub>																																																																																																										
Rheinland-Pfalz	<input type="checkbox"/> <sub>11</sub>																																																																																																										
Saarland	<input type="checkbox"/> <sub>12</sub>																																																																																																										
Sachsen	<input type="checkbox"/> <sub>13</sub>																																																																																																										
Sachsen-Anhalt	<input type="checkbox"/> <sub>14</sub>																																																																																																										
Schleswig-Holstein	<input type="checkbox"/> <sub>15</sub>																																																																																																										
Thüringen	<input type="checkbox"/> <sub>16</sub>																																																																																																										
2008	2009	2010																																																																																																									
Bettengrößeklasse im Jahresdurchschnitt (einfach- oder aufgestellte Betten)																																																																																																											
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>																																																																																																									
bis 49 Betten																																																																																																											
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>																																																																																																									
50 bis 99 Betten																																																																																																											
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>																																																																																																									
100 bis 149 Betten																																																																																																											
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>																																																																																																									
150 bis 199 Betten																																																																																																											
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>																																																																																																									
200 bis 299 Betten																																																																																																											
<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>																																																																																																									
300 bis 399 Betten																																																																																																											
<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>																																																																																																									
400 bis 499 Betten																																																																																																											
<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>																																																																																																									
500 bis 599 Betten																																																																																																											
<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>																																																																																																									
600 bis 799 Betten																																																																																																											
<input type="checkbox"/> <sub>10</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>10</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>10</sub>																																																																																																									
800 bis 999 Betten																																																																																																											
<input type="checkbox"/> <sub>11</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>11</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>11</sub>																																																																																																									
1.000 und mehr Betten																																																																																																											
<p>© IGES Institut 2012</p> <p>Krankenhausbefragung</p> <p>G-DRG-Begleitforschung</p>	<p><b>1C</b> Bitte geben Sie an, um welchen Prozentsatz sich die Anzahl der in Ihrem Krankenhaus aufgestellten Betten (jahresdurchschnittlich vollstationär aufgestellte Betten) zwischen 2008 und 2010 verändert hat:</p> <p>Zwischen 2008 und 2010 hat sich die Anzahl der aufgestellten Betten um <input type="text"/> % verringert <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>, erhöht <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> oder nicht verändert <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>.</p>	<p>2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010</p> <p>© IGES Institut 2012</p> <p>Krankenhausbefragung</p> <p>G-DRG-Begleitforschung</p>																																																																																																									

Quelle: IGES

Abbildung 160: Fragebogen Krankenhausbefragung (II)

7	<p style="text-align: center;">2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010</p> <p><b>1D</b> Bitte geben Sie an, welcher Fallzahlgrößenklasse Ihr Krankenhaus in den jeweiligen Jahren zuzuordnen war:</p> <p>► <b>Ausfüllhinweis:</b> Die Zuordnung eines Falles zu einem Jahr erfolgt nach dem Datum der Entlassung.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Anzahl der vollstationären Fälle</th> <th>2008</th> <th>2009</th> <th>2010</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>&lt; 2.500 vollstationäre Fälle</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>2.500 bis &lt; 5.000 vollstationäre Fälle</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>5.000 bis &lt; 10.000 vollstationäre Fälle</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>10.000 bis &lt; 20.000 vollstationäre Fälle</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td>20.000 bis &lt; 40.000 vollstationäre Fälle</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 5</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 5</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> <tr> <td>&gt; 40.000 vollstationäre Fälle</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 6</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 6</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 6</td> </tr> </tbody> </table>	Anzahl der vollstationären Fälle	2008	2009	2010	< 2.500 vollstationäre Fälle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	2.500 bis < 5.000 vollstationäre Fälle	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	5.000 bis < 10.000 vollstationäre Fälle	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	10.000 bis < 20.000 vollstationäre Fälle	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	20.000 bis < 40.000 vollstationäre Fälle	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	> 40.000 vollstationäre Fälle	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	8
Anzahl der vollstationären Fälle	2008	2009	2010																											
< 2.500 vollstationäre Fälle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1																											
2.500 bis < 5.000 vollstationäre Fälle	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2																											
5.000 bis < 10.000 vollstationäre Fälle	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3																											
10.000 bis < 20.000 vollstationäre Fälle	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4																											
20.000 bis < 40.000 vollstationäre Fälle	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5																											
> 40.000 vollstationäre Fälle	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6																											
7	<p style="text-align: center;">2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010</p> <p><b>1E</b> Bitte geben Sie an, um welchen Prozentsatz sich die Anzahl der in Ihrem Krankenhaus behandelten vollstationären Fälle zwischen 2008 und 2010 verändert hat:</p> <p>Zwischen 2008 und 2010 hat sich die Anzahl der behandelten vollstationären Fälle</p> <p style="text-align: center;">um <input type="text"/> %</p> <p style="text-align: center;">verringert <input type="checkbox"/> erhöht <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">nicht verändert <input type="checkbox"/></p>	8																												
7	<p style="text-align: center;">2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010</p> <p><b>1F</b> Bitte geben Sie an, in welchem Jahr Ihr Krankenhaus zum überwiegenden Teil auf die Echtsabrechnung nach G-DRG umgestiegen ist:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Jahr des Umstiegs auf Echtsabrechnung nach G-DRG:</th> <th>2003</th> <th>2004</th> <th>2005</th> <th>2006</th> <th>2007</th> <th>2008</th> <th>2009</th> <th>2010</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 5</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 6</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 7</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 8</td> </tr> </tbody> </table>	Jahr des Umstiegs auf Echtsabrechnung nach G-DRG:	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	8										
Jahr des Umstiegs auf Echtsabrechnung nach G-DRG:	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010																						
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8																						
8	<p style="text-align: center;">2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010</p> <p><b>1G</b> Bitte geben Sie den Anteil der vollstationären Fälle an allen vollstationären Fällen Ihres Krankenhauses an, der in den jeweiligen Jahren über G-DRG abgerechnet wurde:</p> <p>► <b>Ausfüllhinweis:</b> Die Zuordnung eines Falles zu einem Jahr erfolgt nach dem Datum der Entlassung. Sofern Sie einen Teil Ihrer Fälle nach der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, berücksichtigen Sie diese Fälle nicht bei der Festlegung der Fallzahlgrößenklassen. Das Gesamtergebnis des Krankenhauses zu berechnen und nicht nur auf den nach G-DRG abrechnenden Bereich zu beschränken.</p> <p>Seitdem Sie einen Teil Ihrer Fälle nach der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, berücksichtigen Sie diese Fälle nicht bei der Festlegung der Fallzahlgrößenklassen. Das Gesamtergebnis des Krankenhauses zu berechnen und nicht nur auf den nach G-DRG abrechnenden Bereich zu beschränken.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Anteil der über G-DRG abgerechneten vollstationären Fälle an allen vollstationären Fällen</th> <th>2008</th> <th>2009</th> <th>2010</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>weniger als 50 %</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>50 % bis &lt; 80 %</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>80 % bis &lt; 90 %</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>90 % bis 100 %</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>!</b> Wenn Sie in allen abgefragten Jahren weniger als 50 % Ihrer vollstationären Fälle nach G-DRG abgerechnet haben, beantworten Sie bitte nur die Fragen des Themenblocks 1: Allgemeine Angaben zu Ihrem Krankenhaus, d.h. die Fragen bis einschließlich 1K.</p>	Anteil der über G-DRG abgerechneten vollstationären Fälle an allen vollstationären Fällen	2008	2009	2010	weniger als 50 %	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	50 % bis < 80 %	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	80 % bis < 90 %	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	90 % bis 100 %	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	8								
Anteil der über G-DRG abgerechneten vollstationären Fälle an allen vollstationären Fällen	2008	2009	2010																											
weniger als 50 %	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1																											
50 % bis < 80 %	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2																											
80 % bis < 90 %	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3																											
90 % bis 100 %	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4																											
8	<p style="text-align: center;">2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010</p> <p><b>1H</b> Bitte geben Sie an, in welcher Case-Mix-Index-Klasse Ihr Krankenhaus in den jeweiligen Jahren lag:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Case-Mix-Index-Klasse</th> <th>2008</th> <th>2009</th> <th>2010</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>&lt; 0,9</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>0,9 bis unter 1,0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>1,0 bis unter 1,1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>1,1 bis unter 1,2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td>1,2 bis unter 1,3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 5</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 5</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> <tr> <td>&gt;= 1,3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 6</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 6</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 6</td> </tr> </tbody> </table>	Case-Mix-Index-Klasse	2008	2009	2010	< 0,9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	0,9 bis unter 1,0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	1,0 bis unter 1,1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	1,1 bis unter 1,2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	1,2 bis unter 1,3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	>= 1,3	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	8
Case-Mix-Index-Klasse	2008	2009	2010																											
< 0,9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1																											
0,9 bis unter 1,0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2																											
1,0 bis unter 1,1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3																											
1,1 bis unter 1,2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4																											
1,2 bis unter 1,3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5																											
>= 1,3	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6																											

Quelle:

IGES

© IGES Institut 2012

Krankenhausbefragung

G-DRG-Begleitforschung

G-DRG-Begleitforschung

Krankenhausbefragung

© IGES Institut 2012

Abbildung 161: Fragebogen Krankenhausbefragung (III)

9		10		2010		2009		2008		2007		2006		2005		2004		2003		2002	
<b>2 Kooperationen Ihres Krankenhauses mit anderen Krankenhäusern</b>																					
<p><b>2A</b> Bitte geben Sie an, ob und in welchem Rahmen Sie im Zeitraum von 2008 bis 2010 institutionalisierte Formen von Kooperationen mit anderen Krankenhäusern gebildet haben.                  ► <i>Ausfüllhinweis: Mehrnennungen sind möglich.</i></p>																					
<b>Kooperationsfelder</b>																					
											nicht-medizinischer Bereich (z. B. Küche, Einkauf)										
											sekundär-medizinischer Bereich (z. B. Labor, Apotheke)										
medizinische Kernleistung																					
<b>Institutionalisierung der Kooperation im Rahmen</b>																					
vertraglicher Vereinbarungen																					
von Holdingstrukturen																					
von Fusionen																					
Benennen Sie bitte kurz die Inhalte der aus Ihrer Sicht wichtigsten Kooperationen →																					
keine Kooperation mit anderen Krankenhäusern im Zeitraum von 2008 bis 2010																					

9		10		2010		2009		2008		2007		2006		2005		2004		2003		2002	
<b>11</b> Bitte geben Sie die Art des Trägers Ihres Krankenhauses in den jeweiligen Jahren an: ► <i>Ausfüllhinweis: Definitionische Abgrenzung wie in den Meldungen zur Krankenhausstatistik der Länder.</i>																					
<b>Art des Trägers</b>																					
Freigemeinnütziger Träger																					
Öffentlicher Träger																					
Privater Träger																					
<b>1J</b> Bitte geben Sie an, ob in den jeweiligen Jahren ein Wechsel in der Trägerschaft Ihres Krankenhauses stattgefunden hat:																					
<b>Trägerwechsel in 2008</b>																					
ja																					
nein																					
<b>Trägerwechsel in 2009</b>																					
ja																					
nein																					
<b>Trägerwechsel in 2010</b>																					
ja																					
nein																					
<b>1K</b> Bitte geben Sie an, ob Ihr Krankenhaus in den jeweiligen Jahren ein positives, ausgeglichenes oder negatives Jahresergebnis erzielt hat:																					
<b>Jahresergebnis</b>																					
Jahresüberschuss																					
Ausgeglichenes Ergebnis (+/-0,5 % des Umsatzes)																					
Jahresföhrbeitrag																					

Quelle: IGES

Abbildung 162: Fragebogen Krankenhausbefragung (IV)

11	12																																																																											
<p><b>3 Personal Ihres Krankenhauses</b></p> <p>2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010</p> <p><b>3A</b> Bitte geben Sie an, wie hoch die Fluktuationsquote in den einzelnen Dienststellen und über alle Dienststellen in den jeweiligen Jahren in Ihrem Krankenhaus war.                  ► <b>Ausfüllhinweis:</b> Berechnen Sie die Fluktuationsquote bitte nach folgender Formel und beachten Sie, dass sich die Angaben auf die Anzahl der Mitarbeiter und nicht auf die Vollzeitäquivalente (VZA) beziehen:  <math display="block">\text{Fluktuationsquote [in \%]} = \frac{\text{Personalabgänge in der jeweiligen Dienststelle im Bezugsjahr}}{\text{Personalbestand in der jeweiligen Dienststelle am 01.01. des Bezugsjahres} + \text{Personalausgänge in der jeweiligen Dienststelle im Bezugsjahr}} \times 100</math></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Dienstort</th> <th>Fluktuationsquote 2008</th> <th>Fluktuationsquote 2010</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ärztlicher Dienst</td> <td>____, ____%</td> <td>____, ____%</td> </tr> <tr> <td>Pflegedienst</td> <td>____, ____%</td> <td>____, ____%</td> </tr> <tr> <td>Personal weiterer Dienststellen</td> <td>____, ____%</td> <td>____, ____%</td> </tr> <tr> <td><b>Alle Dienststellen</b></td> <td>____, ____%</td> <td>____, ____%</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>3B</b> Bitte geben Sie an, bei wie vielen Jahren die durchschnittliche Betriebszugehörigkeit der Mitarbeiter/innen Ihres Krankenhauses zu den Stichtagen 31.12.2008 und 31.12.2010 lag:                  Durchschnittliche Betriebszugehörigkeit der Mitarbeiter am 31.12.2008: ____ Jahre                  Durchschnittliche Betriebszugehörigkeit der Mitarbeiter am 31.12.2010: ____ Jahre</p>	Dienstort	Fluktuationsquote 2008	Fluktuationsquote 2010	Ärztlicher Dienst	____, ____%	____, ____%	Pflegedienst	____, ____%	____, ____%	Personal weiterer Dienststellen	____, ____%	____, ____%	<b>Alle Dienststellen</b>	____, ____%	____, ____%	<p><b>4 Aufbauorganisation Ihres Krankenhauses</b></p> <p>2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010</p> <p><b>4A</b> Bitte geben Sie an, ob in Ihrem Krankenhaus die folgenden Abteilungen/Positionen aufgebaut und im Zeitraum von 2008 bis 2010 weiterentwickelt wurden:                  ► <b>Ausfüllhinweis:</b> Bitte nehmen Sie weiterführende Angaben zu Veränderungen im Zeitraum von 2008 bis 2010 (z.B. Outsourcing) unter Frage 4 C vor.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Die Abteilungen/Positionen</th> <th>Medizincontrolling</th> <th>Dokumentationsassistenten</th> <th>Entlassungsmanagement</th> <th>Qualitätsmanagement</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>wurden in unserem Krankenhaus bis zum Jahr 2010 (ggf. auch darüber hinaus) nicht vorgehalten:                      ► weiter mit Frage 4B</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>wurden bereits vor 2004 aufgebaut</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>wurden in den Jahren 2004 oder 2005 aufgebaut</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>wurden in den Jahren 2006 oder 2007 aufgebaut</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>wurden vor 2008 geschlossen/abgebaut:                      ► weiter mit Frage 4B</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>wurden im Zeitraum 2008 bis 2010:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>• neu aufgebaut</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• erweitert</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• reduziert</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• nicht verändert</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Zu welchem Anteil war das G-DRG-System für den Aufbau und die Weiterentwicklung der Abteilungen/Positionen im Zeitraum 2008 bis 2010 ausschlaggebend?</td> <td>____%</td> <td>____%</td> <td>____%</td> <td>____%</td> </tr> </tbody> </table>	Die Abteilungen/Positionen	Medizincontrolling	Dokumentationsassistenten	Entlassungsmanagement	Qualitätsmanagement	wurden in unserem Krankenhaus bis zum Jahr 2010 (ggf. auch darüber hinaus) nicht vorgehalten: ► weiter mit Frage 4B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wurden bereits vor 2004 aufgebaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wurden in den Jahren 2004 oder 2005 aufgebaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wurden in den Jahren 2006 oder 2007 aufgebaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wurden vor 2008 geschlossen/abgebaut: ► weiter mit Frage 4B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wurden im Zeitraum 2008 bis 2010:					• neu aufgebaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• erweitert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• reduziert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• nicht verändert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu welchem Anteil war das G-DRG-System für den Aufbau und die Weiterentwicklung der Abteilungen/Positionen im Zeitraum 2008 bis 2010 ausschlaggebend?	____%	____%	____%	____%
Dienstort	Fluktuationsquote 2008	Fluktuationsquote 2010																																																																										
Ärztlicher Dienst	____, ____%	____, ____%																																																																										
Pflegedienst	____, ____%	____, ____%																																																																										
Personal weiterer Dienststellen	____, ____%	____, ____%																																																																										
<b>Alle Dienststellen</b>	____, ____%	____, ____%																																																																										
Die Abteilungen/Positionen	Medizincontrolling	Dokumentationsassistenten	Entlassungsmanagement	Qualitätsmanagement																																																																								
wurden in unserem Krankenhaus bis zum Jahr 2010 (ggf. auch darüber hinaus) nicht vorgehalten: ► weiter mit Frage 4B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
wurden bereits vor 2004 aufgebaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
wurden in den Jahren 2004 oder 2005 aufgebaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
wurden in den Jahren 2006 oder 2007 aufgebaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
wurden vor 2008 geschlossen/abgebaut: ► weiter mit Frage 4B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
wurden im Zeitraum 2008 bis 2010:																																																																												
• neu aufgebaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
• erweitert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
• reduziert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
• nicht verändert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
Zu welchem Anteil war das G-DRG-System für den Aufbau und die Weiterentwicklung der Abteilungen/Positionen im Zeitraum 2008 bis 2010 ausschlaggebend?	____%	____%	____%	____%																																																																								
© IGES Institut 2012	Krankenhausbefragung																																																																											
G-DRG-Begleitforschung	© IGES Institut 2012																																																																											

Quelle:

IGES

Abbildung 163: Fragebogen Krankenhausbefragung (V)

13		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<p><b>4B</b> Bitte geben Sie an, ob in Ihrem Krankenhaus – neben den in Frage 4A genannten – weitere nicht-medizinische Abteilungen/Positionen maßgeblich aufgrund des G-DRG-Systems aufgebaut oder weiterentwickelt wurden:                  ▶ <b>Ausfüllhinweis:</b> Bitte nehmen Sie weiterführende Angaben zu Veränderungen im Zeitraum von 2008 bis 2010 (z.B. Outsourcing) unter Frage 4C vor.</p>										
<p>Es wurden <b>keine weiteren nicht-medizinischen Abteilungen/Positionen</b> aufgebaut oder weiterentwickelt:                  ▶ weiter mit Frage 4C <input type="checkbox"/></p>										
<p>Die Abteilungen/Positionen: <input type="checkbox"/> Weiter: <input type="checkbox"/> Weiter: <input type="checkbox"/> Weiter: <input type="checkbox"/></p>										
<p>wurden bereits <b>vor 2004</b> aufgebaut <input type="checkbox"/></p>										
<p>wurden in den Jahren <b>2004 oder 2005</b> aufgebaut <input type="checkbox"/></p>										
<p>wurden in den Jahren <b>2006 oder 2007</b> aufgebaut <input type="checkbox"/></p>										
<p>wurden <b>vor 2008</b> geschlossen/abgebaut:                  ▶ weiter mit Frage 4C <input type="checkbox"/></p>										
<p>wurden <b>im Zeitraum 2008 bis 2010</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• neu aufgebaut <input type="checkbox"/></li> <li>• erweitert <input type="checkbox"/></li> <li>• reduziert <input type="checkbox"/></li> <li>• nicht verändert <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>Zu welchem Anteil war das <b>G-DRG-System</b> für den Aufbau und die Weiterentwicklung der Abteilungen/Positionen <b>im Zeitraum 2008 bis 2010 ausschlaggebend?</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %</p>										

14		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<p><b>4C.1</b> Bitte geben Sie an, welche wesentlichen Veränderungen im Zeitraum von 2008 bis 2010 in der Aufbauorganisation des medizinischen Bereichs Ihres Krankenhauses vorgenommen wurden:                  ▶ <b>Ausfüllhinweis:</b> Bitte beachten Sie, dass die Summe aller Anteile in der Spalte 100% ergeben muss.</p>										
<p>Es wurden <b>keine wesentlichen Veränderungen</b> im Zeitraum von 2008 bis 2010 in der Aufbauorganisation des medizinischen und pflegerischen Bereichs vorgenommen: <input type="checkbox"/></p>										
<p>Wesentliche Veränderungsmaßnahmen in der Aufbauorganisation des <b>medizinischen Bereichs</b>:                  1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %</p>										
<p>Das <b>G-DRG-System</b> setzt Anreize für eine wirtschaftlichere innerbetriebliche Leistungserstellung: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %</p>										
<p>Das <b>G-DRG-System</b> setzt Anreize für die Gewährleistung einer höheren Versorgungsqualität: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %</p>										
<p>Sonstige aus dem <b>G-DRG-System</b> resultierende Anreize: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %</p>										
<p>Gründe, die <b>weitgehend unabhängig</b> vom G-DRG-System sind (z. B. allg. Reorganisationsbedarf): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %</p>										
<p><b>Gesamt:</b> = <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %</p>										
<p>Das <b>G-DRG-System</b> setzt Anreize für eine wirtschaftlichere innerbetriebliche Leistungserstellung: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %</p>										
<p>Das <b>G-DRG-System</b> setzt Anreize für die Gewährleistung einer höheren Versorgungsqualität: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %</p>										
<p>Sonstige aus dem <b>G-DRG-System</b> resultierende Anreize: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %</p>										
<p>Gründe, die <b>weitgehend unabhängig</b> vom G-DRG-System sind (z. B. allg. Reorganisationsbedarf): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %</p>										
<p><b>Gesamt:</b> = <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %</p>										

Quelle: IGES



Abbildung 164: Fragebogen Krankenhausbefragung (VI)

15		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010																																																		
<b>5 Ablauforganisation Ihres Krankenhauses</b>																																																												
<p>5A Bitte geben Sie an, ob im Zeitraum von 2008 bis 2010 Veränderungen der Ablauforganisation in Ihrem Krankenhaus vorgenommen wurden und welchen Umfang diese hatten:</p> <p style="text-align: center;"><b>Veränderungen der Ablauforganisation bezogen auf...</b></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Umfang der Veränderungen</th> <th style="width: 5%;">2002</th> <th style="width: 5%;">2003</th> <th style="width: 5%;">2004</th> <th style="width: 5%;">2005</th> <th style="width: 5%;">2006</th> <th style="width: 5%;">2007</th> <th style="width: 5%;">2008</th> <th style="width: 5%;">2009</th> <th style="width: 5%;">2010</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>weiterentwicklung der fachbereichs-übergreifenden Zusammenarbeit</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Einsatz von EDV (z. B. zur Prozessunterstützung)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Anwendung von Controlling-Instrumenten</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Implementierung Klinischer Pfade</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>umfassend (gesamtes Krankenhaus) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>partiell (einzelne Bereiche des Krankenhauses) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>gering <input type="checkbox"/> 3</p> <p>keine Veränderungen <input type="checkbox"/> 4</p> <p>▶ weiter mit Frage 5C</p> <p>Kurzbeschreibung der Veränderungen: <input type="text"/></p>											Umfang der Veränderungen	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	weiterentwicklung der fachbereichs-übergreifenden Zusammenarbeit										Einsatz von EDV (z. B. zur Prozessunterstützung)										Anwendung von Controlling-Instrumenten										Implementierung Klinischer Pfade									
Umfang der Veränderungen	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010																																																			
weiterentwicklung der fachbereichs-übergreifenden Zusammenarbeit																																																												
Einsatz von EDV (z. B. zur Prozessunterstützung)																																																												
Anwendung von Controlling-Instrumenten																																																												
Implementierung Klinischer Pfade																																																												
<p>5B Bitte schätzen Sie ein, zu welchen Anteilen die folgenden Gründe ausschlaggebend für die vorgenannten Veränderungen in der Ablauforganisation im Zeitraum von 2008 bis 2010 waren:</p> <p>▶ <b>Ausfüllhinweis:</b> Bitte beachten Sie, dass die Summe aller Anteile in den einzelnen Spalten 100% ergeben muss.</p> <p style="text-align: center;"><b>Veränderungen der Ablauforganisation bezogen auf...</b></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Gründe</th> <th style="width: 5%;">2002</th> <th style="width: 5%;">2003</th> <th style="width: 5%;">2004</th> <th style="width: 5%;">2005</th> <th style="width: 5%;">2006</th> <th style="width: 5%;">2007</th> <th style="width: 5%;">2008</th> <th style="width: 5%;">2009</th> <th style="width: 5%;">2010</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Weiterentwicklung der fachbereichs-übergreifenden Zusammenarbeit</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Einsatz von EDV (z. B. zur Prozessunterstützung)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Anwendung von Controlling-Instrumenten</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Implementierung Klinischer Pfade</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Das G-DRG-System setzt Anreize für eine wirtschaftlichere innerbetriebliche Leistungserstellung. <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Das G-DRG-System setzt Anreize für die Gewährleistung einer höheren Versorgungsqualität. <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Sonstige aus dem G-DRG-System resultierende Anreize: <input type="text"/></p> <p>Gründe, die weitgehend unabhängig vom G-DRG-System sind (z. B. allg. Reorganisationsbedarf): <input type="text"/></p> <p><b>Gesamt:</b> = <input type="text"/>%</p>											Gründe	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Weiterentwicklung der fachbereichs-übergreifenden Zusammenarbeit										Einsatz von EDV (z. B. zur Prozessunterstützung)										Anwendung von Controlling-Instrumenten										Implementierung Klinischer Pfade									
Gründe	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010																																																			
Weiterentwicklung der fachbereichs-übergreifenden Zusammenarbeit																																																												
Einsatz von EDV (z. B. zur Prozessunterstützung)																																																												
Anwendung von Controlling-Instrumenten																																																												
Implementierung Klinischer Pfade																																																												
<p>4C.2 Bitte geben Sie an, welche wesentlichen Veränderungen im Zeitraum von 2008 bis 2010 in der Aufbauorganisation des sekundär-medizinischen Bereichs (z. B. Labor, Apotheke) und des nicht-medizinischen Bereichs (z. B. Küche, Einleuf) Ihres Krankenhauses vorgenommen wurden:</p> <p>▶ <b>Ausfüllhinweis:</b> Bitte beachten Sie, dass die Summe aller Anteile in der Spalte 100% ergeben muss.</p> <p>Es wurden <b>keine</b> wesentlichen Veränderungen im Zeitraum von 2008 bis 2010 in der Aufbauorganisation des sekundär-medizinischen und des nicht-medizinischen Bereichs vorgenommen: <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Wesentliche Veränderungsmaßnahmen in der Aufbauorganisation Ihres Krankenhauses im <b>sekundär-medizinischen</b> und <b>nicht-medizinischen Bereich:</b></p> <p>1. <input type="text"/></p> <p>2. <input type="text"/></p> <p><b>Gesamt:</b> = <input type="text"/>%</p>																																																												

Quelle:

IGES

Abbildung 165: Fragebogen Krankenhausbefragung (VII)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010																																																				
17	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;">2002</td> <td style="width: 5%;">2003</td> <td style="width: 5%;">2004</td> <td style="width: 5%;">2005</td> <td style="width: 5%;">2006</td> <td style="width: 5%;">2007</td> <td style="width: 5%;">2008</td> <td style="width: 5%;">2009</td> <td style="width: 5%;">2010</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>6</b></td> <td colspan="9" style="text-align: center;"><b>Klinische Pfade in Ihrem Krankenhaus</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>6A</b></td> <td colspan="9"> <p>Bitte geben Sie an, für wie viele Indikationsbereiche (z. B. HiFi, JEP), die vorwiegend über G-DRG abgerechnet werden, in Ihrem Krankenhaus in den jeweiligen Jahren Klinische Pfade implementiert waren:</p> <p>► <b>Ausfüllhinweis:</b> Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen nur für die Klinischen Pfade, die folgende Anforderungen erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eindeutig definierte Fall- bzw. Patientengruppe</li> <li>• Multidisziplinäre Ausrichtung</li> <li>• Fixierung der Versorgungsziele und der Hauptbestandteile der Versorgung basierend auf EBM (evidence-based medicine)</li> <li>• Dokumentation von Abweichungen</li> <li>• Regelmäßige Evaluation</li> </ul> <p>In den Jahren 2008 bis 2010 waren <b>KEINE</b> Klinischen Pfade implementiert: <input type="checkbox"/>, (weiter mit Frage 7A)</p> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>6B</b></td> <td colspan="9"> <p>Bitte geben Sie an, wie viele der vollstationären Fälle, in Ihrem Krankenhaus in den jeweiligen Jahren über Klinische Pfade behandelt wurden und welchen Anteil diese an allen vollstationären Fällen hatten:</p> <p>► <b>Ausfüllhinweis:</b> Bitte geben Sie die Anteile ganzzahlig gerundet an.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;">2008</td> <td style="width: 5%;">2009</td> <td style="width: 5%;">2010</td> </tr> <tr> <td>Anzahl der vollstationären Fälle, die über Klinische Pfade behandelt wurden:</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>Anteil der vollstationären Fälle, die über Klinische Pfade behandelt wurden, an allen vollstationären Fällen des Krankenhauses:</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _  %</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _  %</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _  %</td> </tr> </table> <p>Die Anzahl der über Klinische Pfade behandelten vollstationären Fälle kann für das jeweilige Jahr nicht ermittelt werden.</p> </td> </tr> </table>										2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	<b>6</b>	<b>Klinische Pfade in Ihrem Krankenhaus</b>									<b>6A</b>	<p>Bitte geben Sie an, für wie viele Indikationsbereiche (z. B. HiFi, JEP), die vorwiegend über G-DRG abgerechnet werden, in Ihrem Krankenhaus in den jeweiligen Jahren Klinische Pfade implementiert waren:</p> <p>► <b>Ausfüllhinweis:</b> Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen nur für die Klinischen Pfade, die folgende Anforderungen erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eindeutig definierte Fall- bzw. Patientengruppe</li> <li>• Multidisziplinäre Ausrichtung</li> <li>• Fixierung der Versorgungsziele und der Hauptbestandteile der Versorgung basierend auf EBM (evidence-based medicine)</li> <li>• Dokumentation von Abweichungen</li> <li>• Regelmäßige Evaluation</li> </ul> <p>In den Jahren 2008 bis 2010 waren <b>KEINE</b> Klinischen Pfade implementiert: <input type="checkbox"/>, (weiter mit Frage 7A)</p>									<b>6B</b>	<p>Bitte geben Sie an, wie viele der vollstationären Fälle, in Ihrem Krankenhaus in den jeweiligen Jahren über Klinische Pfade behandelt wurden und welchen Anteil diese an allen vollstationären Fällen hatten:</p> <p>► <b>Ausfüllhinweis:</b> Bitte geben Sie die Anteile ganzzahlig gerundet an.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;">2008</td> <td style="width: 5%;">2009</td> <td style="width: 5%;">2010</td> </tr> <tr> <td>Anzahl der vollstationären Fälle, die über Klinische Pfade behandelt wurden:</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>Anteil der vollstationären Fälle, die über Klinische Pfade behandelt wurden, an allen vollstationären Fällen des Krankenhauses:</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _  %</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _  %</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _  %</td> </tr> </table> <p>Die Anzahl der über Klinische Pfade behandelten vollstationären Fälle kann für das jeweilige Jahr nicht ermittelt werden.</p>										2008	2009	2010	Anzahl der vollstationären Fälle, die über Klinische Pfade behandelt wurden:	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	Anteil der vollstationären Fälle, die über Klinische Pfade behandelt wurden, an allen vollstationären Fällen des Krankenhauses:	_ _ _  %	_ _ _  %	_ _ _  %
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010																																																				
<b>6</b>	<b>Klinische Pfade in Ihrem Krankenhaus</b>																																																												
<b>6A</b>	<p>Bitte geben Sie an, für wie viele Indikationsbereiche (z. B. HiFi, JEP), die vorwiegend über G-DRG abgerechnet werden, in Ihrem Krankenhaus in den jeweiligen Jahren Klinische Pfade implementiert waren:</p> <p>► <b>Ausfüllhinweis:</b> Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen nur für die Klinischen Pfade, die folgende Anforderungen erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eindeutig definierte Fall- bzw. Patientengruppe</li> <li>• Multidisziplinäre Ausrichtung</li> <li>• Fixierung der Versorgungsziele und der Hauptbestandteile der Versorgung basierend auf EBM (evidence-based medicine)</li> <li>• Dokumentation von Abweichungen</li> <li>• Regelmäßige Evaluation</li> </ul> <p>In den Jahren 2008 bis 2010 waren <b>KEINE</b> Klinischen Pfade implementiert: <input type="checkbox"/>, (weiter mit Frage 7A)</p>																																																												
<b>6B</b>	<p>Bitte geben Sie an, wie viele der vollstationären Fälle, in Ihrem Krankenhaus in den jeweiligen Jahren über Klinische Pfade behandelt wurden und welchen Anteil diese an allen vollstationären Fällen hatten:</p> <p>► <b>Ausfüllhinweis:</b> Bitte geben Sie die Anteile ganzzahlig gerundet an.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;">2008</td> <td style="width: 5%;">2009</td> <td style="width: 5%;">2010</td> </tr> <tr> <td>Anzahl der vollstationären Fälle, die über Klinische Pfade behandelt wurden:</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>Anteil der vollstationären Fälle, die über Klinische Pfade behandelt wurden, an allen vollstationären Fällen des Krankenhauses:</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _  %</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _  %</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _  %</td> </tr> </table> <p>Die Anzahl der über Klinische Pfade behandelten vollstationären Fälle kann für das jeweilige Jahr nicht ermittelt werden.</p>										2008	2009	2010	Anzahl der vollstationären Fälle, die über Klinische Pfade behandelt wurden:	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	Anteil der vollstationären Fälle, die über Klinische Pfade behandelt wurden, an allen vollstationären Fällen des Krankenhauses:	_ _ _  %	_ _ _  %	_ _ _  %																																								
	2008	2009	2010																																																										
Anzahl der vollstationären Fälle, die über Klinische Pfade behandelt wurden:	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _																																																										
Anteil der vollstationären Fälle, die über Klinische Pfade behandelt wurden, an allen vollstationären Fällen des Krankenhauses:	_ _ _  %	_ _ _  %	_ _ _  %																																																										

| 18 | |   |   |          |          |      |      |      |      |      |      |  |      |      |      |  |         |         |         |   |          |          |          | |---|---|----------|----------|------|------|------|------|------|------|--|------|------|------|--|---------|---------|---------|---|----------|----------|----------| |   | 2002  | 2003     | 2004     | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |  |      |      |      |  |         |         |         |   |          |          |          | | <b>6</b>  | <b>Klinische Pfade in Ihrem Krankenhaus</b>   |          |          |      |      |      |      |      |      |  |      |      |      |  |         |         |         |   |          |          |          | | <b>6A</b>   | <p>Bitte geben Sie an, für wie viele Indikationsbereiche (z. B. HiFi, JEP), die vorwiegend über G-DRG abgerechnet werden, in Ihrem Krankenhaus in den jeweiligen Jahren Klinische Pfade implementiert waren:</p> <p>► <b>Ausfüllhinweis:</b> Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen nur für die Klinischen Pfade, die folgende Anforderungen erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eindeutig definierte Fall- bzw. Patientengruppe</li> <li>• Multidisziplinäre Ausrichtung</li> <li>• Fixierung der Versorgungsziele und der Hauptbestandteile der Versorgung basierend auf EBM (evidence-based medicine)</li> <li>• Dokumentation von Abweichungen</li> <li>• Regelmäßige Evaluation</li> </ul> <p>In den Jahren 2008 bis 2010 waren <b>KEINE</b> Klinischen Pfade implementiert: <input type="checkbox"/>, (weiter mit Frage 7A)</p>  |          |          |      |      |      |      |      |      |  |      |      |      |  |         |         |         |   |          |          |          | | <b>6B</b>   | <p>Bitte geben Sie an, wie viele der vollstationären Fälle, in Ihrem Krankenhaus in den jeweiligen Jahren über Klinische Pfade behandelt wurden und welchen Anteil diese an allen vollstationären Fällen hatten:</p> <p>► <b>Ausfüllhinweis:</b> Bitte geben Sie die Anteile ganzzahlig gerundet an.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;">2008</td> <td style="width: 5%;">2009</td> <td style="width: 5%;">2010</td> </tr> <tr> <td>Anzahl der vollstationären Fälle, die über Klinische Pfade behandelt wurden:</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>Anteil der vollstationären Fälle, die über Klinische Pfade behandelt wurden, an allen vollstationären Fällen des Krankenhauses:</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _  %</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _  %</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _  %</td> </tr> </table> <p>Die Anzahl der über Klinische Pfade behandelten vollstationären Fälle kann für das jeweilige Jahr nicht ermittelt werden.</p> |          |          |      |      |      |      |      |      |  | 2008 | 2009 | 2010 | Anzahl der vollstationären Fälle, die über Klinische Pfade behandelt wurden: | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | Anteil der vollstationären Fälle, die über Klinische Pfade behandelt wurden, an allen vollstationären Fällen des Krankenhauses: | _ _ _  % | _ _ _  % | _ _ _  % | |   | 2008  | 2009     | 2010     |      |      |      |      |      |      |  |      |      |      |  |         |         |         |   |          |          |          | | Anzahl der vollstationären Fälle, die über Klinische Pfade behandelt wurden:  | _ _ _ _   | _ _ _ _  | _ _ _ _  |      |      |      |      |      |      |  |      |      |      |  |         |         |         |   |          |          |          | | Anteil der vollstationären Fälle, die über Klinische Pfade behandelt wurden, an allen vollstationären Fällen des Krankenhauses: | _ _ _  %  | _ _ _  % | _ _ _  % |      |      |      |      |      |      |  |      |      |      |  |         |         |         |   |          |          |          | | | | | | | | | |

Quelle:

IGES

Abbildung 166: Fragebogen Krankenhausbefragung (VIII)

19	20		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010																																								
<b>7 Qualitätsmanagement in Ihrem Krankenhaus</b>																																																			
<b>7A</b>	<p>Bitte geben Sie an, wie viel Personal in Ihrem Krankenhaus im jeweiligen Jahr im Qualitätsmanagement tätig war:</p> <p>► <i>Ausführhinweis: Angaben bitte in jahresdurchschnittlichen Vollzeitäquivalenten (VZÄ). Definitorische Abgrenzung wie in den Meldungen zur Krankenhausstatistik der Länder. Wird Personal für Aufgaben des Qualitätsmanagements in einer Zentrale für mehrere Krankenhäuser beschäftigt, bitten wir Sie, den auf Ihr Krankenhaus entfallenden Personalanteil anzugeben.</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">2008</th> <th style="text-align: center;">2009</th> <th style="text-align: center;">2010</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Im Qualitätsmanagement tätiges Personal in VZA</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Überwiegend mit Aufgaben des Qualitätsmanagements betrautes Personal in VZA:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Insgesamt mit Aufgaben des Qualitätsmanagements betrautes Personal in VZA:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Anteil des insgesamt mit Aufgaben des Qualitätsmanagements betrauten Personals in VZA an allen Beschäftigten Ihres Krankenhauses in VZA:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>												2008	2009	2010	Im Qualitätsmanagement tätiges Personal in VZA				Überwiegend mit Aufgaben des Qualitätsmanagements betrautes Personal in VZA:				Insgesamt mit Aufgaben des Qualitätsmanagements betrautes Personal in VZA:				Anteil des insgesamt mit Aufgaben des Qualitätsmanagements betrauten Personals in VZA an allen Beschäftigten Ihres Krankenhauses in VZA:																							
	2008	2009	2010																																																
Im Qualitätsmanagement tätiges Personal in VZA																																																			
Überwiegend mit Aufgaben des Qualitätsmanagements betrautes Personal in VZA:																																																			
Insgesamt mit Aufgaben des Qualitätsmanagements betrautes Personal in VZA:																																																			
Anteil des insgesamt mit Aufgaben des Qualitätsmanagements betrauten Personals in VZA an allen Beschäftigten Ihres Krankenhauses in VZA:																																																			
<b>7B</b>	<p>Bitte geben Sie an, nach welchem Verfahren Ihr (gesamtes) Krankenhaus in den jeweiligen Jahren zertifiziert war:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">2008</th> <th style="text-align: center;">2009</th> <th style="text-align: center;">2010</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>keine Zertifizierung (auch nicht für einzelne (Fach-)Abteilungen) ► weiter mit Frage 7C</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Zertifizierung für einzelne (Fach-)Abteilungen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>Zertifizierung für das gesamte Krankenhaus:</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DIN EN ISO 9000 ff.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>KTOproCumCert</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Krankenhauszertifizierung der Joint Commission International Accreditation</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Anderes externes Zertifizierungsverfahren: .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Bitte geben Sie an, ob und in welchem Ausmaß das G-DRG-System für die vorgenommene(n) Zertifizierung(en) ausschlaggebend war?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">maßgeblich <input type="checkbox"/></th> <th style="text-align: center;">teilweise <input type="checkbox"/></th> <th style="text-align: center;">nicht ausschlaggebend <input type="checkbox"/></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>												2008	2009	2010	keine Zertifizierung (auch nicht für einzelne (Fach-)Abteilungen) ► weiter mit Frage 7C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zertifizierung für einzelne (Fach-)Abteilungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Zertifizierung für das gesamte Krankenhaus:</b>				DIN EN ISO 9000 ff.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KTOproCumCert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhauszertifizierung der Joint Commission International Accreditation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anderes externes Zertifizierungsverfahren: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		maßgeblich <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>	nicht ausschlaggebend <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2008	2009	2010																																																
keine Zertifizierung (auch nicht für einzelne (Fach-)Abteilungen) ► weiter mit Frage 7C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
Zertifizierung für einzelne (Fach-)Abteilungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
<b>Zertifizierung für das gesamte Krankenhaus:</b>																																																			
DIN EN ISO 9000 ff.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
KTOproCumCert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
Krankenhauszertifizierung der Joint Commission International Accreditation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
Anderes externes Zertifizierungsverfahren: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
	maßgeblich <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>	nicht ausschlaggebend <input type="checkbox"/>																																																
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																

© IGES Institut 2012

Krankenhausbefragung

G-DRG-Begleitforschung

G-DRG-Begleitforschung

Krankenhausbefragung

G-DRG-Begleitforschung

© IGES Institut 2012

Krankenhausbefragung

G-DRG-Begleitforschung

Quelle: IGES

Abbildung 167: Fragebogen Krankenhausbefragung (IX)

<p style="text-align: center;">21</p> <p style="text-align: center;"><b>8</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Erfösstruktur Ihres Krankenhauses</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 5%;">2002</th> <th style="width: 5%;">2003</th> <th style="width: 5%;">2004</th> <th style="width: 5%;">2005</th> <th style="width: 5%;">2006</th> <th style="width: 5%;">2007</th> <th style="width: 5%;">2008</th> <th style="width: 5%;">2009</th> <th style="width: 5%;">2010</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>8A</b></td> <td colspan="9">Bitte geben Sie an, zu welchen Anteilen sich die Erlöse der einzelnen Kontengruppen 40 bis 43 auf die Erlössumme der Kontengruppen 40 bis 43 nach KHBV in den jeweiligen Jahren verteilt haben:                      ▶ <b>Ausfüllhinweis:</b> Die Erlössummen für die einzelnen Kontengruppen können i. d. Regel dem Jahresabschluss bzw. der Gewinn- und Verlustrechnung entnommen werden.                      Bitte beachten Sie, dass die Summe aller Anteile in den einzelnen Spalten 100% ergeben muss.</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="9" style="text-align: center;"><b>Kontengruppen</b></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="4"></td> <td style="text-align: center;"><b>2008</b></td> <td colspan="4"></td> <td style="text-align: center;"><b>2010</b></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="4">Anteil der Erlöse aus Krankenhausleistungen (Kontengruppe 40) an der Erlössumme der Kontengruppen 40 bis 43:</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _  %</td> <td colspan="4"></td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _  %</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="4">Anteil der Erlöse aus Wahlleistungen (Kontengruppe 41) an der Erlössumme der Kontengruppen 40 bis 43:</td> <td style="text-align: center;">+  _ _ _ _  %</td> <td colspan="4"></td> <td style="text-align: center;">+  _ _ _ _  %</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="4">Anteil der Erlöse aus ambulanten Leistungen des Krankenhauses (Kontengruppe 42) an der Erlössumme der Kontengruppen 40 bis 43:</td> <td style="text-align: center;">+  _ _ _ _  %</td> <td colspan="4"></td> <td style="text-align: center;">+  _ _ _ _  %</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="4">Anteil der Nutzungsentgelte der Ärzte (Kontengruppe 43) an der Erlössumme der Kontengruppen 40 bis 43:</td> <td style="text-align: center;">+  _ _ _ _  %</td> <td colspan="4"></td> <td style="text-align: center;">+  _ _ _ _  %</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="4"><b>Gesamt:</b></td> <td colspan="5" style="text-align: center;">=  100  %</td> <td style="text-align: center;">=  100  %</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>8B</b></p> <p>Bitte geben Sie an, welche Erlöse Ihr Krankenhaus – gerundet auf volle Tausend Euro – aus ambulanten Operationen nach § 115b SGB V in den jeweiligen Jahren erzielt hat:          ▶ <b>Ausfüllhinweis:</b> Nach KHBV sind die Erlöse aus ambulanten Operationen nach § 115b SGB V auf einem Konto in der Kontenuntergruppe 422 zu verbuchen.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 5%;">2002</th> <th style="width: 5%;">2003</th> <th style="width: 5%;">2004</th> <th style="width: 5%;">2005</th> <th style="width: 5%;">2006</th> <th style="width: 5%;">2007</th> <th style="width: 5%;">2008</th> <th style="width: 5%;">2009</th> <th style="width: 5%;">2010</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td colspan="4"></td> <td style="text-align: center;"><b>2008</b></td> <td colspan="4"></td> <td style="text-align: center;"><b>2010</b></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="4">Erlöse aus ambulanten Operationen nach § 115b SGB V:</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _  Tsd. €</td> <td colspan="4"></td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _  Tsd. €</td> </tr> </tbody> </table>		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	<b>8A</b>	Bitte geben Sie an, zu welchen Anteilen sich die Erlöse der einzelnen Kontengruppen 40 bis 43 auf die Erlössumme der Kontengruppen 40 bis 43 nach KHBV in den jeweiligen Jahren verteilt haben: ▶ <b>Ausfüllhinweis:</b> Die Erlössummen für die einzelnen Kontengruppen können i. d. Regel dem Jahresabschluss bzw. der Gewinn- und Verlustrechnung entnommen werden. Bitte beachten Sie, dass die Summe aller Anteile in den einzelnen Spalten 100% ergeben muss.										<b>Kontengruppen</b>														<b>2008</b>					<b>2010</b>		Anteil der Erlöse aus Krankenhausleistungen (Kontengruppe 40) an der Erlössumme der Kontengruppen 40 bis 43:				_ _ _ _  %					_ _ _ _  %		Anteil der Erlöse aus Wahlleistungen (Kontengruppe 41) an der Erlössumme der Kontengruppen 40 bis 43:				+  _ _ _ _  %					+  _ _ _ _  %		Anteil der Erlöse aus ambulanten Leistungen des Krankenhauses (Kontengruppe 42) an der Erlössumme der Kontengruppen 40 bis 43:				+  _ _ _ _  %					+  _ _ _ _  %		Anteil der Nutzungsentgelte der Ärzte (Kontengruppe 43) an der Erlössumme der Kontengruppen 40 bis 43:				+  _ _ _ _  %					+  _ _ _ _  %		<b>Gesamt:</b>				=  100  %					=  100  %		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010						<b>2008</b>					<b>2010</b>		Erlöse aus ambulanten Operationen nach § 115b SGB V:				_ _ _ _  Tsd. €					_ _ _ _  Tsd. €	<p style="text-align: center;">22</p> <p style="text-align: center;"><b>7C</b></p> <p>Bitte geben Sie an, welche Strukturen und Instrumente des Qualitätsmanagements in Ihrem Krankenhaus in den jeweiligen Jahren etabliert waren:  <b>Strukturen und Instrumente des Qualitätsmanagements</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 5%;">2002</th> <th style="width: 5%;">2003</th> <th style="width: 5%;">2004</th> <th style="width: 5%;">2005</th> <th style="width: 5%;">2006</th> <th style="width: 5%;">2007</th> <th style="width: 5%;">2008</th> <th style="width: 5%;">2009</th> <th style="width: 5%;">2010</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Qualitätsmanagementbeauftragter/(-in)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Qualitätsmanagementkommission</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Schriftlich fixierte Dokumente des Qualitätsmanagements (z. B. QM-Handbuch, Verfahrensweisungen)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Qualitätszirkel</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Weiter: .....</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td colspan="10">keine Strukturen und Instrumente des Qualitätsmanagements etabliert</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>7D</b></p> <p>Bitte geben Sie an, ob Sie im Zeitraum von 2008 bis 2010 Ihr hausinternes Qualitätsmanagement insgesamt (weiter) ausgebaut haben:          nein <input type="checkbox"/>      ▶ weiter mit Frage 8A          ja <input type="checkbox"/>      ▶ weiter mit Frage 7E</p> <p><b>7E</b></p> <p>Bitte geben Sie an, zu welchen Anteilen die folgenden Gründe für den Ausbau Ihres hausinternen Qualitätsmanagements im Zeitraum von 2008 bis 2010 ausschlaggebend waren:          ▶ <b>Ausfüllhinweis:</b> Bitte beachten Sie, dass die Summe aller Anteile in der Spalte 100% ergeben muss.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 5%;">2002</th> <th style="width: 5%;">2003</th> <th style="width: 5%;">2004</th> <th style="width: 5%;">2005</th> <th style="width: 5%;">2006</th> <th style="width: 5%;">2007</th> <th style="width: 5%;">2008</th> <th style="width: 5%;">2009</th> <th style="width: 5%;">2010</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Gründe für den Ausbau des Qualitätsmanagements</b></td> <td colspan="9" style="text-align: center;"><b>Zeitraum 2008 bis 2010</b></td> </tr> <tr> <td>Gesetzliche Vorgaben des SGB V (z. B. § 137):</td> <td colspan="9" style="text-align: center;"> _ _ _  %</td> </tr> <tr> <td>Aus dem G-DRG-System resultierende Qualitätsimpulse:</td> <td colspan="9" style="text-align: center;">+  _ _ _  %</td> </tr> <tr> <td>Aus dem G-DRG-System resultierende Wirtschaftlichkeitsimpulse:</td> <td colspan="9" style="text-align: center;">+  _ _ _  %</td> </tr> <tr> <td>Erhöhung der Attraktivität des Krankenhauses (Marketing):</td> <td colspan="9" style="text-align: center;">+  _ _ _  %</td> </tr> <tr> <td>Allgemeine Qualitätspolitik des Krankenhauses:</td> <td colspan="9" style="text-align: center;">+  _ _ _  %</td> </tr> <tr> <td>Weiter: .....</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td><b>Gesamt:</b></td> <td colspan="9" style="text-align: center;">=  100  %</td> </tr> </tbody> </table>		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Qualitätsmanagementbeauftragter/(-in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qualitätsmanagementkommission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schriftlich fixierte Dokumente des Qualitätsmanagements (z. B. QM-Handbuch, Verfahrensweisungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qualitätszirkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weiter: .....										keine Strukturen und Instrumente des Qualitätsmanagements etabliert											2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	<b>Gründe für den Ausbau des Qualitätsmanagements</b>	<b>Zeitraum 2008 bis 2010</b>									Gesetzliche Vorgaben des SGB V (z. B. § 137):	_ _ _  %									Aus dem G-DRG-System resultierende Qualitätsimpulse:	+  _ _ _  %									Aus dem G-DRG-System resultierende Wirtschaftlichkeitsimpulse:	+  _ _ _  %									Erhöhung der Attraktivität des Krankenhauses (Marketing):	+  _ _ _  %									Allgemeine Qualitätspolitik des Krankenhauses:	+  _ _ _  %									Weiter: .....										<b>Gesamt:</b>	=  100  %								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010																																																																																																																																																																																																																																																																																								
<b>8A</b>	Bitte geben Sie an, zu welchen Anteilen sich die Erlöse der einzelnen Kontengruppen 40 bis 43 auf die Erlössumme der Kontengruppen 40 bis 43 nach KHBV in den jeweiligen Jahren verteilt haben: ▶ <b>Ausfüllhinweis:</b> Die Erlössummen für die einzelnen Kontengruppen können i. d. Regel dem Jahresabschluss bzw. der Gewinn- und Verlustrechnung entnommen werden. Bitte beachten Sie, dass die Summe aller Anteile in den einzelnen Spalten 100% ergeben muss.																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	<b>Kontengruppen</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																
					<b>2008</b>					<b>2010</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	Anteil der Erlöse aus Krankenhausleistungen (Kontengruppe 40) an der Erlössumme der Kontengruppen 40 bis 43:				_ _ _ _  %					_ _ _ _  %																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	Anteil der Erlöse aus Wahlleistungen (Kontengruppe 41) an der Erlössumme der Kontengruppen 40 bis 43:				+  _ _ _ _  %					+  _ _ _ _  %																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	Anteil der Erlöse aus ambulanten Leistungen des Krankenhauses (Kontengruppe 42) an der Erlössumme der Kontengruppen 40 bis 43:				+  _ _ _ _  %					+  _ _ _ _  %																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	Anteil der Nutzungsentgelte der Ärzte (Kontengruppe 43) an der Erlössumme der Kontengruppen 40 bis 43:				+  _ _ _ _  %					+  _ _ _ _  %																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	<b>Gesamt:</b>				=  100  %					=  100  %																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010																																																																																																																																																																																																																																																																																								
					<b>2008</b>					<b>2010</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	Erlöse aus ambulanten Operationen nach § 115b SGB V:				_ _ _ _  Tsd. €					_ _ _ _  Tsd. €																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Qualitätsmanagementbeauftragter/(-in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Qualitätsmanagementkommission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Schriftlich fixierte Dokumente des Qualitätsmanagements (z. B. QM-Handbuch, Verfahrensweisungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Qualitätszirkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Weiter: .....																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
keine Strukturen und Instrumente des Qualitätsmanagements etabliert																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010																																																																																																																																																																																																																																																																																								
<b>Gründe für den Ausbau des Qualitätsmanagements</b>	<b>Zeitraum 2008 bis 2010</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Gesetzliche Vorgaben des SGB V (z. B. § 137):	_ _ _  %																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Aus dem G-DRG-System resultierende Qualitätsimpulse:	+  _ _ _  %																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Aus dem G-DRG-System resultierende Wirtschaftlichkeitsimpulse:	+  _ _ _  %																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Erhöhung der Attraktivität des Krankenhauses (Marketing):	+  _ _ _  %																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Allgemeine Qualitätspolitik des Krankenhauses:	+  _ _ _  %																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Weiter: .....																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
<b>Gesamt:</b>	=  100  %																																																																																																																																																																																																																																																																																																

Quelle:

IGES

Abbildung 168: Fragebogen Krankenhausbefragung (X)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
<b>9</b>	<b>Investitionsverhalten Ihres Krankenhauses</b>	24									
<b>9C</b>	<p>Bitte schätzen Sie ein, zu welchen Anteilen die folgenden Gründe ausschlaggebend für die vorgenannten Investitionen in den einzelnen Bereichen im Zeitraum von 2008 bis 2010 waren:                      ▶ <b>Ausfüllhinweis:</b> Bitte beachten Sie, dass die Summe aller Anteile in den einzelnen Spalten 100% ergeben muss.</p>										
	<p><b>Gründe</b></p> <p>Das <b>G-DRG-System</b> setzt Anreize für eine wirtschaftlichere innerbetriebliche Leistungserstellung.</p> <p>Das <b>G-DRG-System</b> setzt Anreize für die Gewährleistung einer höheren Versorgungsqualität.</p> <p>Das <b>G-DRG-System</b> stellt spezielle Anforderungen an Abrechnungs- und Dokumentationsvorgänge.</p> <p>Sonstige aus dem <b>G-DRG-System</b> resultierende Anreize.</p> <p>Gründe, die <b>weitgehend unabhängig</b> vom G-DRG-System (z.B. sich auf Leistungsbedarf, auf andere Behandlungsmöglichkeiten) sind.</p>	Investitionen in...									
		Personalressourcen			Informationstechnologie			Gebäude			(Medizin-)Technik
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
		+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %			+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %</			

Abbildung 169: Fragebogen Krankenhausbefragung (XI)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010			
9D	Bitte geben Sie an, ob Sie einzelne medizinisch-technische Großgeräte im Zeitraum von 2008 bis 2010 neu angeschafft haben und ob Sie diese in Kooperation mit anderen Leistungserbringern nutzen: ▶ <b>Ausfüllhinweis:</b> Geräte gemäß der Systematik des Statistischen Bundesamtes.	Neuschaffung durch Ihr Krankenhaus im Zeitraum 2008 bis 2010 nein ja ▶ Nutzung der Geräte nach Neuschaffung in anderen Krankenhausern niedergelassenen Ärzten/MVZ											
	Geräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Computer-Tomographen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Dialysegeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Digitale Subtraktions-Angiographiegeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Gammakameras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Herz-Lungen-Maschinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Kernspin-Tomographen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Linksherzkatheter-Messplätze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Linearbeschleuniger (Krebsbeschleuniger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Positronen-Emissions-Computer-Tomographen (PET)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Stoßwellenlithotripter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Tele-Kobalt-Therapiegeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10 Rahmenbedingungen für die Einführung von Innovationen in Ihrem Krankenhaus		Bitte geben Sie an, wie viele Anfragen für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) Ihr Krankenhaus für die jeweiligen Jahre gestellt hat: ▶ <b>Ausfüllhinweis:</b> Mit Status 1 werden angefragte Methoden/Leistungen bezeichnet, welche die Kriterien der NUB-Vereinbarung erfüllen. Für diese Methoden/Leistungen ist gemäß § 1 Abs. 1 der NUB-Vereinbarung für das jeweilige Jahr die Vereinbarung eines Krankenhausindividuellen Entgelts gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgeltG möglich.											
	keine Anfrage gestellt ▶ weiter mit Frage 10B				für 2008			für 2009			für 2010		
	Anzahl der angefragten Methoden/Leistungen:				□ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub>			□ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub>			□ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub>		
	davon: Anzahl der von Ihrem Krankenhaus angefragten Methoden/Leistungen mit Status 1 bewertet wurden:				□ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub>			□ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub>			□ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub>		
	davon: Anzahl der in die Entgeltverhandlung eingereichten NUB:				□ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub>			□ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub>			□ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub>		
	davon: Anzahl der NUB, für die ein krankenhaushausindividuelles Entgelt vereinbart wurde:				□ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub>			□ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub>			□ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub>		
	Datum der Vereinbarung Krankenhausindividueller Entgelte für angefragte NUB:				□ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub>			□ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub>			□ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub> □ <sub>1</sub>		
					T T / M M / J J			T T / M M / J J			T T / M M / J J		

Quelle:

IGES

© IGES Institut 2012

Krankenhausbefragung

G-DRG-Begleitforschung

G-DRG-Begleitforschung

Krankenhausbefragung

© IGES Institut 2012

Abbildung 170: Fragebogen Krankenhausbefragung (XII)

27

2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010

**10B** Bitte benennen Sie die Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), die für Ihr Krankenhaus im Jahr 2008 am relevantesten waren, insbesondere hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen und strategischen Bedeutung (maximal 10 Eintragungen):

► **Ausfüllhinweis:** Bitte tragen Sie in das Freifeld jeweils die Nummer der NUB ein (s. S. 30 des Fragebogens). Bitte beachten Sie, dass ausschließlich von Ihrem Krankenhaus erbrachte NUB mit Status 1 angegeben werden können, unabhängig davon, ob Ihr Krankenhaus selbst für die jeweilige Methode/Leistung am NUB-Verfahren teilgenommen hat oder ein Entgelt vereinbart wurde.

(weiter mit Frage 10C)

**Im Jahr 2008 wurden KEINE NUB erbracht:**

Nr. der NUB mit Status 1 (gemäß der Tabelle auf S. 30)	Wie oft wurde die NUB im Jahr 2008 in Ihrem Krankenhaus erbracht? (Fallzahl)		Hat Ihr Krankenhaus selbst diese NUB angefragt?		Hat Ihr Krankenhaus für diese NUB ein Entgelt vereinbart?	
	nein	ja	nein	ja	nein	ja
1)	□ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □
2)	□ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □
3)	□ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □
4)	□ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □
5)	□ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □
6)	□ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □
7)	□ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □
8)	□ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □
9)	□ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □
10)	□ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □

28

2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010

**10C** Bitte benennen Sie die Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), die für Ihr Krankenhaus im Jahr 2009 am relevantesten waren, insbesondere hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen und strategischen Bedeutung (maximal 10 Eintragungen):

► **Ausfüllhinweis:** Bitte tragen Sie in das Freifeld jeweils die Nummer der NUB ein (s. S. 30 des Fragebogens). Bitte beachten Sie, dass ausschließlich von Ihrem Krankenhaus erbrachte NUB mit Status 1 angegeben werden können, unabhängig davon, ob Ihr Krankenhaus selbst für die jeweilige Methode/Leistung am NUB-Verfahren teilgenommen hat oder ein Entgelt vereinbart wurde.

(weiter mit Frage 10D)

**Im Jahr 2009 wurden KEINE NUB erbracht:**

Nr. der NUB mit Status 1 (gemäß der Tabelle auf S. 30)	Wie oft wurde die NUB im Jahr 2009 in Ihrem Krankenhaus erbracht? (Fallzahl)		Hat Ihr Krankenhaus selbst diese NUB angefragt?		Hat Ihr Krankenhaus für diese NUB ein Entgelt vereinbart?	
	nein	ja	nein	ja	nein	ja
1)	□ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □
2)	□ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □
3)	□ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □
4)	□ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □
5)	□ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □
6)	□ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □
7)	□ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □
8)	□ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □
9)	□ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □
10)	□ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □

© IGES Institut 2012

Krankenhausbefragung

G-DRG-Begleitforschung

© IGES Institut 2012

Krankenhausbefragung

G-DRG-Begleitforschung

© IGES Institut 2012

Krankenhausbefragung

G-DRG-Begleitforschung

Quelle:

IGES





Abbildung 172: Fragebogen Krankenhausbefragung (XIV)

31	32	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010																																																																																																																											
<p><b>11 Ambulante Leistungen in Ihrem Krankenhaus</b></p> <p>Bitte geben Sie an, wie viele Fälle in Ihrem Krankenhaus in den jeweiligen Jahren ambulant behandelt wurden und schätzen Sie bitte ein, ob das G-DRG-System maßgeblich für die Fallzahlenentwicklung gewesen ist.</p> <p>► <b>Ausfüllhinweis:</b> Bitte machen Sie nur Angaben zu den unten aufgelisteten Ambulanzen; nicht berücksichtigt werden z.B. Fälle in Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V oder in Privatambulanz.</p>																																																																																																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="10">Anzahl der behandelten Fälle</th> <th rowspan="2">Sehen Sie das G-DRG-System als maßgebliche Ursache für die Entwicklung der Fallzahlen?</th> </tr> <tr> <th>nicht vor-gehalten</th> <th>2008</th> <th>2009</th> <th>2010</th> <th>ja</th> <th>nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Ambulante Behandlung</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vorstationäre Behandlung ohne anschließenden stationären Aufenthalt (§ 115a SGB V)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ambulante Operationen (§ 115b SGB V)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ermächtigung zur ambulanten Behandlung bei Unheilbarkeit (§ 116a SGB V)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ambulante Behandlung (§ 116b Abs. 2 ff. SGB V)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hochschulambulanz (§ 119 Abs. 1 S. 1 SGB V) oder Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ambulanz im Rahmen von DMPs (§ 118 Abs. 1 Nr. 1 S. 1 SGB V) i.V.m. § 137g SGB V</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ambulanz im Rahmen eines Vertrags zur Integrierten Versorgung (§ 140b SGB V)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>													Anzahl der behandelten Fälle										Sehen Sie das G-DRG-System als maßgebliche Ursache für die Entwicklung der Fallzahlen?	nicht vor-gehalten	2008	2009	2010	ja	nein	<b>Ambulante Behandlung</b>													Vorstationäre Behandlung ohne anschließenden stationären Aufenthalt (§ 115a SGB V)	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ambulante Operationen (§ 115b SGB V)	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung bei Unheilbarkeit (§ 116a SGB V)	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ambulante Behandlung (§ 116b Abs. 2 ff. SGB V)	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hochschulambulanz (§ 119 Abs. 1 S. 1 SGB V) oder Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ambulanz im Rahmen von DMPs (§ 118 Abs. 1 Nr. 1 S. 1 SGB V) i.V.m. § 137g SGB V	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ambulanz im Rahmen eines Vertrags zur Integrierten Versorgung (§ 140b SGB V)	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anzahl der behandelten Fälle										Sehen Sie das G-DRG-System als maßgebliche Ursache für die Entwicklung der Fallzahlen?																																																																																																																										
	nicht vor-gehalten	2008	2009	2010	ja	nein																																																																																																																															
<b>Ambulante Behandlung</b>																																																																																																																																					
Vorstationäre Behandlung ohne anschließenden stationären Aufenthalt (§ 115a SGB V)	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
Ambulante Operationen (§ 115b SGB V)	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
Ermächtigung zur ambulanten Behandlung bei Unheilbarkeit (§ 116a SGB V)	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
Ambulante Behandlung (§ 116b Abs. 2 ff. SGB V)	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
Hochschulambulanz (§ 119 Abs. 1 S. 1 SGB V) oder Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
Ambulanz im Rahmen von DMPs (§ 118 Abs. 1 Nr. 1 S. 1 SGB V) i.V.m. § 137g SGB V	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
Ambulanz im Rahmen eines Vertrags zur Integrierten Versorgung (§ 140b SGB V)	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																									
<p><b>11B</b> Bitte geben Sie an, wie viele Fälle in den jeweiligen Jahren in der Notfallaufnahme im Rahmen der Notfallversorgung Ihres Krankenhauses behandelt wurden:</p> <p>► <b>Ausfüllhinweis:</b> Bitte zählen Sie jeden ambulanten Kontakt eines Patienten einzeln.</p>																																																																																																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">2008</th> <th colspan="2">2009</th> <th colspan="2">2010</th> <th rowspan="2">daraus resultierte eine Fallzahl...</th> </tr> <tr> <th>ja</th> <th>nein</th> <th>ja</th> <th>nein</th> <th>ja</th> <th>nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Teilnahme an der Notfallversorgung durch eigene Notfallaufnahme (und nicht nur durch eine generelle Notfallbereitschaft)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fälle in der Notfallaufnahme</td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td>     </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="8"> <p>Benennen Sie bitte die aus Ihrer Sicht zentralen Gründe für die Fallzahlenentwicklung in der Notfallaufnahme im Rahmen der Notfallversorgung Ihres Krankenhauses zwischen 2008 und 2010 (z.B. regionale Neustrukturierung der ambulanten Notfallversorgung, Veränderung der Öffnungszeiten Ihrer Notfalambulanzen etc):</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> <p>1. ....</p> <p>2. ....</p> <p>3. ....</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> <p>Bitte schätzen Sie zusätzlich ein, ob das G-DRG-System ausschlaggebend für die Fallzahlenentwicklung in der Notfallaufnahme im Rahmen der Notfallversorgung zwischen 2008 und 2010 gewesen ist:</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> <p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p> <p>unentschieden <input type="checkbox"/></p> </td> </tr> </tbody></table>													2008		2009		2010		daraus resultierte eine Fallzahl...	ja	nein	ja	nein	ja	nein	Teilnahme an der Notfallversorgung durch eigene Notfallaufnahme (und nicht nur durch eine generelle Notfallbereitschaft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Fälle in der Notfallaufnahme								<p>Benennen Sie bitte die aus Ihrer Sicht zentralen Gründe für die Fallzahlenentwicklung in der Notfallaufnahme im Rahmen der Notfallversorgung Ihres Krankenhauses zwischen 2008 und 2010 (z.B. regionale Neustrukturierung der ambulanten Notfallversorgung, Veränderung der Öffnungszeiten Ihrer Notfalambulanzen etc):</p>								<p>1. ....</p> <p>2. ....</p> <p>3. ....</p>								<p>Bitte schätzen Sie zusätzlich ein, ob das G-DRG-System ausschlaggebend für die Fallzahlenentwicklung in der Notfallaufnahme im Rahmen der Notfallversorgung zwischen 2008 und 2010 gewesen ist:</p>								<p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p> <p>unentschieden <input type="checkbox"/></p>																																																																			
	2008		2009		2010		daraus resultierte eine Fallzahl...																																																																																																																														
	ja	nein	ja	nein	ja	nein																																																																																																																															
Teilnahme an der Notfallversorgung durch eigene Notfallaufnahme (und nicht nur durch eine generelle Notfallbereitschaft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																															
Fälle in der Notfallaufnahme																																																																																																																																					
<p>Benennen Sie bitte die aus Ihrer Sicht zentralen Gründe für die Fallzahlenentwicklung in der Notfallaufnahme im Rahmen der Notfallversorgung Ihres Krankenhauses zwischen 2008 und 2010 (z.B. regionale Neustrukturierung der ambulanten Notfallversorgung, Veränderung der Öffnungszeiten Ihrer Notfalambulanzen etc):</p>																																																																																																																																					
<p>1. ....</p> <p>2. ....</p> <p>3. ....</p>																																																																																																																																					
<p>Bitte schätzen Sie zusätzlich ein, ob das G-DRG-System ausschlaggebend für die Fallzahlenentwicklung in der Notfallaufnahme im Rahmen der Notfallversorgung zwischen 2008 und 2010 gewesen ist:</p>																																																																																																																																					
<p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p> <p>unentschieden <input type="checkbox"/></p>																																																																																																																																					

Quelle:

IGES

\* Hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen

Abbildung 173: Fragebogen Krankenhausbefragung (XV)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
12	<b>Prüfverhalten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Ihrem Krankenhaus</b>	34									
	12A Bitte geben Sie an, wie viele Prüfungen der MDK auf Grundlage des § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V (Einzelprüfung) im Jahr 2009 – differenziert nach Kassenarten – in Ihrem Krankenhaus durchgeführt hat sowie in welchem Umfang und mit welchen Begründungen Rechnungskorrekturen erfolgt sind:	34									
Jahr 2009	<p>Summe der vollstationären Fälle mit MDK-Prüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V für die jeweilige Kassenart</p> <p>darunter Anzahl Fälle mit Rechnungskorrektur aufgrund...</p> <p>Anteil der gesamten Fälle an allen vollstationären Fällen der jeweiligen Kassenart</p>	<p>Bitte beachten Sie, dass die Summe der Zahlen in diesem Spaltenkopf nicht mit der Summe der Zahlen in den Spalten für die jeweilige Kassenart übereinstimmen muss!</p>									
		<p>Summe der vollstationären Fälle mit MDK-Prüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V für die jeweilige Kassenart</p> <p>darunter Anzahl Fälle mit Rechnungskorrektur aufgrund...</p> <p>Anteil der gesamten Fälle an allen vollstationären Fällen der jeweiligen Kassenart</p>	<p>Bitte beachten Sie, dass die Summe der Zahlen in diesem Spaltenkopf nicht mit der Summe der Zahlen in den Spalten für die jeweilige Kassenart übereinstimmen muss!</p>								
Alle Kassenarten gesamt											
davon:											
Betriebskranken-											
kassen											
Ersatz-											
kassen											
Innungs-											
kranken-											
kassen											
Knapp-											
schaft/											
Seekran-											
kenkasse											
Landwirt-											
schaftl.											
Kranken-											
kassen											
Orts-											
kranken-											
kassen											

Quelle:

IGES

Abbildung 174: Fragebogen Krankenhausbefragung (XVI)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<p>36</p> <p>12D Bitte geben Sie an, wie viele Prüfungen der MDK auf Grundlage des § 17c Abs. 2 KHG (Stichprobenprüfung) in den jeweiligen Jahren in Ihrem Krankenhaus durchgeführt hat und in welchem Umfang Rechnungs Korrekturen erfolgt sind:</p> <p>In den Jahren 2008, 2009 und 2010 wurden in unserem Krankenhaus keine Prüfungen auf Grundlage des § 17c Abs. 2 KHG (Stichprobenprüfung) durchgeführt. <input type="checkbox"/> , weiter mit Frage 12E</p>										
<p>Bitte beschreiben Sie, dass die Summe der Fälle mit Rechnungs Korrektur aufgrund der primären Fehlbelegung sekundärer Fehlbelegung der Kodierqualität</p> <p>Summe der vollstationären Fälle mit MDK-Prüfung nach § 275 Abs. 1 Nr.1 SGB V für die jeweilige Kassensart</p> <p>davon Anzahl Fälle mit erfolgreicher Rechnungs Korrektur</p> <p>Anteil der geprüften vollstationären Fälle an allen vollstationär behandelten Fällen:</p>										
<p>12E Bitte geben Sie an, welcher Zeitaufwand in Ihrem Krankenhaus für die Vorbereitung, Begleitung und Nachbereitung der MDK-Prüfungen aufgewendet wurde.</p> <p>► <b>Ausfüllhinweis:</b> Angaben bitte in jahresdurchschnittlichen Vollequivalenten (VZÄ);</p> <p>Definitivische Abgrenzung wie in den Meldungen zur Krankenhausstatistik der Länder:</p> <p>Beantwortung der Frage bitte insgesamt für Einzelbeurteilungen auf Grundlage des § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V und Stichprobenprüfungen auf Grundlage des § 17c Abs. 2 KHG.</p>										
<p>Insgesamt mit der Vorbereitung, Begleitung und Nachbereitung der MDK-Prüfungen befasstes Personal in VZÄ:</p> <p>Anteil des insgesamt mit der Vorbereitung, Begleitung und Nachbereitung des MDK-Prüfungen befassten Personals in VZÄ an allen Beschäftigten Ihres Krankenhauses in VZÄ:</p>										

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<p>35</p> <p>12C Bitte geben Sie an, wie viele Prüfungen der MDK auf Grundlage des § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V (Einzelprüfung) im Jahr 2010 – differenziert nach Kassensarten – in Ihrem Krankenhaus durchgeführt hat sowie in welchem Umfang und mit welchen Begründungen Rechnungs Korrekturen erfolgt sind:</p>										
<p><b>Jahr 2010</b></p> <p>Summe der vollstationären Fälle mit MDK-Prüfung nach § 275 Abs. 1 Nr.1 SGB V für die jeweilige Kassensart</p> <p>davon Anzahl Fälle mit erfolgreicher Rechnungs Korrektur</p> <p>Anteil der geprüften vollstationären Fälle an allen vollstationär behandelten Fällen der jeweiligen Kassensart</p>										
<p>darunter Anzahl Fälle mit Rechnungs Korrektur aufgrund...</p> <p>primärer Fehlbelegung</p> <p>sekundärer Fehlbelegung</p> <p>der Kodierqualität</p>										
<p>Alle Kassensarten gesamt</p> <p>davon:</p> <p>Betriebskrankenkassen</p> <p>Ersatzkassen</p> <p>Innungskrankenkassen</p> <p>Knappschaft/Seebrankenkasse</p> <p>Landwirtschaftl. Krankenkassen</p> <p>Ortskrankenkassen</p>										

Quelle: IGES

Abbildung 175: Fragebogen Krankenhausbefragung (XVII)

37																																		
2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010																										
<p><b>12F</b> Bitte geben Sie an, um welchen durchschnittlichen Eurobetrag die Rechnungen der Fälle mit erfolgter Rechnungs Korrektur in den jeweiligen Jahren korrigiert wurden und bei wie vielen Fällen eine Rechnungs Korrektur zugunsten Ihres Krankenhauses erfolgt ist:</p> <p>► <b>Ausfüllhinweis:</b> <i>Beantwortung der Frage bitte insgesamt für Einzelfallprüfungen auf Grundlage des § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V und Stichprobenprüfungen auf Grundlage des § 17c Abs. 2 KHG;</i></p> <p><i>* Sofern der durchschnittliche Rechnungskorrekturbetrag in einzelnen Jahren positiv, d. h. zugunsten Ihres Krankenhauses ausfällt, ändern Sie das Vorzeichen bitte deutlich erkennbar in ein +.</i></p>																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2008</th> <th>2009</th> <th>2010</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Durchschnittlicher Rechnungskorrekturbetrag aller Fälle mit erfolgter Rechnungs Korrektur nach MDK-Prüfung:</b></td> <td>-  . . . .  €</td> <td>-  . . . .  €</td> <td>-  . . . .  €</td> </tr> <tr> <td><b>darunter:</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>Durchschnittlicher Rechnungskorrekturbetrag der Fälle mit erfolgter Rechnungs Korrektur zu Lasten Ihres Krankenhauses:</b></td> <td>-  . . . .  €</td> <td>-  . . . .  €</td> <td>-  . . . .  €</td> </tr> <tr> <td><b>Durchschnittlicher Rechnungskorrekturbetrag der Fälle mit erfolgter Rechnungs Korrektur zugunsten Ihres Krankenhauses:</b></td> <td> . . . .  €</td> <td> . . . .  €</td> <td> . . . .  €</td> </tr> <tr> <td>↳ <b>Anzahl der Fälle mit erfolgter Rechnungs Korrektur zugunsten Ihres Krankenhauses:</b></td> <td> . . . .</td> <td> . . . .</td> <td> . . . .</td> </tr> </tbody> </table>												2008	2009	2010	<b>Durchschnittlicher Rechnungskorrekturbetrag aller Fälle mit erfolgter Rechnungs Korrektur nach MDK-Prüfung:</b>	-  . . . .  €	-  . . . .  €	-  . . . .  €	<b>darunter:</b>				<b>Durchschnittlicher Rechnungskorrekturbetrag der Fälle mit erfolgter Rechnungs Korrektur zu Lasten Ihres Krankenhauses:</b>	-  . . . .  €	-  . . . .  €	-  . . . .  €	<b>Durchschnittlicher Rechnungskorrekturbetrag der Fälle mit erfolgter Rechnungs Korrektur zugunsten Ihres Krankenhauses:</b>	. . . .  €	. . . .  €	. . . .  €	↳ <b>Anzahl der Fälle mit erfolgter Rechnungs Korrektur zugunsten Ihres Krankenhauses:</b>	. . . .	. . . .	. . . .
	2008	2009	2010																															
<b>Durchschnittlicher Rechnungskorrekturbetrag aller Fälle mit erfolgter Rechnungs Korrektur nach MDK-Prüfung:</b>	-  . . . .  €	-  . . . .  €	-  . . . .  €																															
<b>darunter:</b>																																		
<b>Durchschnittlicher Rechnungskorrekturbetrag der Fälle mit erfolgter Rechnungs Korrektur zu Lasten Ihres Krankenhauses:</b>	-  . . . .  €	-  . . . .  €	-  . . . .  €																															
<b>Durchschnittlicher Rechnungskorrekturbetrag der Fälle mit erfolgter Rechnungs Korrektur zugunsten Ihres Krankenhauses:</b>	. . . .  €	. . . .  €	. . . .  €																															
↳ <b>Anzahl der Fälle mit erfolgter Rechnungs Korrektur zugunsten Ihres Krankenhauses:</b>	. . . .	. . . .	. . . .																															
<p>© IGES Institut 2012</p> <p style="text-align: center;">Krankenhausbefragung</p> <p style="text-align: right;">G-DRG-Begleitforschung</p>																																		

Quelle:

IGES

## Glossar

### Abschläge

Sofern ein Behandlungsfall im G-DRG-System eine definierte Verweildauer-grenze einer Fallpauschale unterschreitet (die untere Grenzverweildauer), erfolgt ein tagesbezogener Abschlag auf die jeweilige Fallpauschale. Für die G-DRGs sind im Fallpauschalen-Katalog diese Verweildauergrenzen bzw. der erste Tag mit einem Abschlag festgelegt. Für einige G-DRGs existiert eine solche untere Grenzverweildauer nicht. Im Fall einer externen Verlegung in ein anderes Krankenhaus erfolgt bei Unterschreitung der im G-DRG-Katalog definierten mittleren Verweildauer ein G-DRG-spezifischer Abschlag auf die Bewertungsrelation, sofern die G-DRG nicht von dieser Regelung ausgenommen ist.

### Arzt-Patienten-Kontakt

Ein Arzt-Patienten-Kontakt im vertragsärztlichen Bereich ist ein direkter (persönlicher) oder indirekter (z. B. telefonischer) Kontakt zwischen Arzt und Patient, für den bis 2007 spezifische Abrechnungspositionen für den Vertragsarzt vorhanden waren (Ordinations- und Konsultationskomplexe des EBM).

### Australian Refined Diagnosis-Related Groups (AR-DRG)

Das australische AR-DRG-System wurde als Ausgangsbasis für das G-DRG-System (German Diagnosis-Related Groups) verwendet. Bei dem ersten Fallpauschalen-Katalog in Deutschland handelte es sich im Kern um eine Übersetzung des AR-DRG-Systems in der Version 4.1. Seither wurde das G-DRG-System kontinuierlich an die deutsche Versorgungsrealität angepasst und unterscheidet sich heute deutlich von dem AR-DRG-System, das ebenfalls weiterentwickelt wurde.

### Basis-DRG (A-DRG)

Eine Basis-DRG (A-DRG) wird regelhaft über eine Hauptdiagnose oder eine Prozedur bestimmt. Im Gruppierungsalgorithmus erfolgt die Ermittlung der Basis-DRG nach der MDC-Zuordnung. Basis-DRGs können aufgrund eines unterschiedlichen Ressourcenverbrauchs in G-DRGs differenziert werden. Im G-DRG-System 2010 existieren höchstens 9 G-DRGs innerhalb einer Basis-DRG (B70 [Apoplexie] und R63 [Andere akute Leukämie]). Die Kennzeichnung der G-DRGs erfolgt anhand des Buchstabens an der vierten Stelle. Hierbei steht A für den höchsten Ressourcenverbrauch innerhalb der Basis-DRG

und absteigend bis maximal zum Buchstaben I für geringere Ressourcenverbräuche. Der Buchstabe Z bedeutet, dass die Basis-DRG nicht in verschiedene G-DRGs aufgeteilt ist.

### Basisfallwert

Der Basisfallwert eines Krankenhauses entspricht dem Betrag, mit dem die Bewertungsrelation eines Behandlungsfalles multipliziert wird, um den Erlös einer Krankenhausbehandlung in Euro zu ermitteln. Der Basisfallwert der Krankenhäuser wurde in den Jahren 2005 bis 2009 im Rahmen der Konvergenzphase an den landesweiten Basisfallwert angeglichen. Seit 2010 gilt für alle Krankenhäuser eines Bundeslandes ein einheitlicher Basisfallwert. In den Jahren 2010 bis 2014 werden die Landesbasisfallwerte in jährlichen Schritten in Richtung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertkorridors angeglichen.

### Behandlungspfad

Behandlungspfade (auch Klinische Pfade) sind Handlungsleitlinien für die medizinische Behandlung von Patienten, die in qualitativer, ökonomischer und zeitlicher Hinsicht ein als optimal angesehenes Behandlungsergebnis beschreiben. Sie gelten für eindeutig definierte Patientengruppen und sind berufsgruppen-, fachabteilungs- und ggf. sektorübergreifend ausgerichtet. Außerdem erlauben sie die Dokumentation von Abweichungen und sollten regelmäßig evaluiert und ggf. angepasst werden.

### Benchmarking

Benchmarking bezeichnet den Vergleich des eigenen Unternehmens (oder der eigenen Abteilung) im Hinblick z. B. auf die Qualität und die Kosten von Leistungen, Produkten und Prozessen mit anderen (konkurrierenden) Unternehmen oder Abteilungen anhand einer strukturierten Systematik zur Aufdeckung von Verbesserungspotenzialen.

### Besondere Einrichtungen

Krankenhäuser oder organisatorisch abgrenzbare Teile von Krankenhäusern können gem. § 17b Abs. 1 S. 15 KHG zeitlich befristet aus dem G-DRG-System ausgenommen werden, wenn ihre Leistungen wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aufgrund der Versorgungsstruktur mit G-DRGs nicht sachgerecht vergütet werden können (besondere Einrichtungen). Für Leistungen besonderer Einrichtungen können fall- oder tagesbezogene Entgelte vereinbart werden.

Die Selbstverwaltungspartner treffen seit 2006 jährlich eine Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen (VBE).

## Bewertungsrelation

Im Fallpauschalen-Katalog ist für jede G-DRG eine Bewertungsrelation (auch Relativgewicht) hinterlegt. Diese entspricht dem durchschnittlichen ökonomischen Schweregrad der Fallpauschale. Es erfolgt eine Normierung anhand des durchschnittlichen ökonomischen Schweregrades aller Behandlungsfälle (entsprechend einer Bewertungsrelation von circa 1,0). Somit bestimmt die Bewertungsrelation das wertmäßige Verhältnis der G-DRGs zueinander. Durch Multiplikation der Bewertungsrelation einer G-DRG mit dem Basisfallwert errechnet sich der G-DRG-Erlös eines Behandlungsfalles in Euro.

## Bundespfllegesatzverordnung (BPfIV)

Die Bundespfllegesatzverordnung regelt die Vergütung voll- und teilstationärer Leistungen der Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen, die nicht in den Anwendungsbereich des KHEntgG (G-DRG-Vergütungssystem) fallen. Sie gilt insbesondere für psychiatrische Krankenhäuser und selbstständige, gebietsärztlich geleitete psychiatrische Abteilungen sowie Einrichtungen der Psychosomatik und psychotherapeutischen Medizin und regelt auch die Einführung des Vergütungssystems nach § 17d KHG (Psych-Entgeltssystem)

## Case-Mix (CM)

Die Addition der Bewertungsrelationen aller stationären Behandlungsfälle einer Population in einem Zeitraum (z. B. alle Fälle einer Abteilung, eines Krankenhauses, eines Bundeslandes etc. innerhalb eines Jahres) ergibt den Case-Mix (CM). Dieser entspricht dem gesamten bewerteten Ressourceneinsatz, gemessen anhand des G-DRG-Systems in der jeweiligen Version.

## Case-Mix-Index (CMI)

Der Case-Mix-Index beschreibt den durchschnittlichen Schweregrad der betrachteten Behandlungsfälle und somit auch den durchschnittlichen bewerteten Ressourceneinsatz für diese Fälle. Er wird berechnet, indem der Case-Mix (Summe der Bewertungsrelationen aller Behandlungsfälle eines Zeitabschnitts) durch die Anzahl der Behandlungsfälle in diesem Zeitabschnitt dividiert wird.

## Komplikation und/oder Komorbidität (CC) [Complication and/or Comorbidity]

Komplikationen und/oder Komorbiditäten sind dokumentierte Nebendiagnosen, die bei der G-DRG-Gruppierung berücksichtigt werden, da sie in der Regel einen erhöhten Ressourcenverbrauch bedingen (siehe auch Komplikations- und Komorbiditätslevel [CCL]).

### Komplikations- und Komorbiditätslevel (CCL) [Complication and Comorbidity Level]

Alle dokumentierten Nebendiagnosen eines Patienten sind mit einem Schweregrad bewertet. Dieser CCL-Wert kann ganzzahlige Werte zwischen null und vier annehmen und in Abhängigkeit von der Basis-DRG schwanken. Ein CCL-Wert von null steht für keine Komplikation oder Komorbidität, ein CCL-Wert von vier für eine äußerst schwere Komplikation oder Komorbidität (siehe auch Patientenbezogener klinischer Schweregrad [PCCL]).

### Deutsche Kodierrichtlinien (DKR)

Für eine leistungsgerechte Krankenhausvergütung müssen vergleichbare Behandlungsfälle derselben G-DRG zugeordnet werden. Die einheitliche Anwendung von Diagnose- und Prozedurenklassifikation im Rahmen der Dokumentation ist in den Deutschen Kodierrichtlinien geregelt, die jährlich von den Selbstverwaltungspartnern und dem InEK weiterentwickelt und angepasst werden. Die Deutschen Kodierrichtlinien gliedern sich in die Allgemeinen Kodierrichtlinien (für Diagnosen und für Prozeduren) und in die Speziellen Kodierrichtlinien, die spezielle Fallkonstellationen und ggf. auch notwendige Abweichungen von den Allgemeinen Kodierrichtlinien beschreiben.

### Deutsche Krankenhausgesellschaft

Siehe Selbstverwaltung ([www.dkgev.de](http://www.dkgev.de))

### Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information ([www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)) ist eine nachgeordnete Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit. Das DIMDI ist Herausgeber amtlicher Klassifikationen zur Dokumentation von Diagnosen und Operationen (z. B. ICD-10-GM und OPS) und stellt zudem spezielle Informationssysteme und Datenbanken bereit, etwa für Medizinprodukte oder Arzneimittel.



## Diagnose

### Hauptdiagnose (HD)

Die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) definieren die Hauptdiagnose als „die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist“. Jedem Behandlungsfall wird genau eine Hauptdiagnose zugeordnet.

### Nebendiagnose (ND)

Bei einer Nebendiagnose handelt es sich um eine „Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt“. Einem Behandlungsfall können keine, aber auch mehrere Nebendiagnosen zugeordnet werden.

### Diagnosis-Related Group (DRG)

DRGs (Diagnosebezogene Fallgruppen) werden in Deutschland zur Vergütung von Krankenhausfällen eingesetzt. Dabei werden die Patienten u. a. auf der Basis von medizinischen (Diagnosen, durchgeführte Prozeduren) und demographischen Faktoren (Alter, Geschlecht) einer DRG zugeordnet (Patientenklassifikationssystem). Eine DRG fasst Behandlungsfälle zusammen, die medizinisch vergleichbar und in Bezug auf den ökonomischen Aufwand möglichst homogen sind. Die Bewertungsrelation, die für jede DRG festgelegt ist, bildet die Grundlage für die Vergütung des Behandlungsfalles.

### DRG-Creep

DRG-Creep (Upcoding) bezeichnet bewusst vorgenommene Veränderungen der dokumentierten Fallschwere eines Patienten, um eine G-DRG mit einer höheren Bewertungsrelation zu erreichen. Folglich kommt es zu einer Case-Mix-Erhöhung, die jedoch nicht auf einer realen Veränderung der Fallschwere basiert. Eine solche Veränderung des Case-Mix, ohne reale Veränderung der Fallschwere, kann auch durch eine Verbesserung der Dokumentation (Rightcoding) zustande kommen.

### DRG-Notation

Die G-DRGs folgen einer vierstelligen Notation. Dabei steht der führende Buchstabe für die Hauptdiagnosegruppe oder die Prä-MDC bzw. die Ziffer 9 für Fehler-DRGs und sonstige DRGs. Die folgenden beiden Ziffern definieren, mit Ausnahme der MDCs 5 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems), 8 (Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) und der Prä-MDC, die Zuordnung zu einer Partition und gemeinsam mit dem ersten Buchstaben die Basis-DRG. Der Buchstabe an der vierten Stel-

le der G-DRG-Notation definiert das Vorhandensein bzw. die Zahl der Aufteilungen (sogenannte „Splits“) einer Basis-DRG in G-DRGs aufgrund des Ressourcenverbrauchs. Hierbei steht der Buchstabe A für die ressourcenaufwändigste G-DRG und die Buchstaben B bis I (G-DRG-System 2010) absteigend für ressourcenärmere G-DRGs. Der Buchstabe Z definiert G-DRGs, deren Basis-DRG nicht weiter untergliedert ist.

### Duale Krankenhausfinanzierung

Die Krankenhausfinanzierung erfolgt in Deutschland durch Krankenkassenbeiträge bzw. Krankenversicherungsprämien (Finanzierung der Betriebskosten) und durch Steuermittel (Finanzierung der Investitionskosten). Daher wird von einem dualen Finanzierungssystem gesprochen. Daneben existieren jedoch auch weitere Finanzierungsformen wie z. B. Zuzahlungen der Patienten.

### Effektive Bewertungsrelation (Nettobewertungsrelation)

Die effektive Bewertungsrelation entspricht der Bewertungsrelation der G-DRG des Behandlungsfalles zuzüglich bzw. abzüglich der zusätzlichen Entgelte oder Abschläge bei Anwendung der Regelungen der Fallpauschalenverordnung (z. B. Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer, zusätzliche Entgelte bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer). Durch Multiplikation der effektiven Bewertungsrelation mit dem Basisfallwert errechnet sich der tatsächliche G-DRG-Erlös. Additive Vergütungskomponenten (Zusatzentgelte oder Entgelte für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)) können den reinen G-DRG-Erlös ergänzen, um eine sachgerechtere Vergütung der Behandlungsfälle zu ermöglichen.

### Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab ist der Leistungskatalog in der ambulanten (vertragsärztlichen) Versorgung. Gleichzeitig bestimmt er durch Punktzahlen das wertmäßige Verhältnis der Leistungen zueinander. Die Bewertung der Leistungen erfolgt seit 2009 mit einem „Orientierungspunktwert“ von derzeit 3,5048 Cent (2012). Daneben besteht ein Instrument zur Mengensteuerung der Leistungen in Form von arzt- und praxisindividuellen Regelleistungsvolumen. Die Leistungsabrechnung erfolgt zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Kassenärztlichen Vereinigungen. Das in einem KV-Bereich zur Verfügung stehende Honorarvolumen (Gesamtvergütung) wird anhand der abgerechneten Leistungen durch den EBM auf die Vertragsärzte verteilt.

### Fall (vollstationärer Behandlungsfall)

Jede abgerechnete vollstationäre G-DRG zählt als ein Fall (vgl. § 8 FPV (2010)). Bei Fallzusammenführungen aufgrund einer Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus (§ 2 FPV (2010)) oder einer Rückverlegung erfolgt gem.

§ 3 Abs. 3 FPV (2010) eine Zusammenfassung der einzelnen Krankenhausaufenthalte zu einem Fall; es wird lediglich eine Fallpauschale abgerechnet. Ein stationärer Behandlungsfall entspricht regelmäßig dem stationären Aufenthalt einer Person in einem Krankenhaus. Eine Person kann in einem Jahr jedoch mehrere stationäre Fälle aufweisen. Eine Zusammenführung der verschiedenen Fälle einer Person ist anhand der für die G-DRG-Begleitforschung vorliegenden Daten nicht möglich.

### Fehler-DRG

Im Fallpauschalen-Katalog der G-DRG-Version 2010 existieren 9 Fehler-DRGs und sonstige DRGs, denen fehlerhaft kodierte, nicht zulässige oder nicht gruppierbare Behandlungsfälle zugeordnet werden. So kann gewährleistet werden, dass alle behandelten Fälle einer G-DRG zugewiesen werden können.

### German Diagnosis-Related Groups (G-DRG)

Die deutsche DRG-Version wird als G-DRG-System (German Diagnosis-Related Group) bezeichnet. Sie basiert auf einer australischen DRG-Version (AR-DRG-Version 4.1) und wurde kontinuierlich an die deutsche Versorgungsrealität angepasst. Das G-DRG-System der Version 2010 umfasst insgesamt 1.200 G-DRG-Fallpauschalen.

### GKV-Spitzenverband

Siehe Selbstverwaltung ([www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de))

### Grouper

Grouper bezeichnet eine Software, die die stationären Behandlungsfälle anhand eines definierten Zuordnungsalgorithmus (der in seinen Grundzügen in den Definitionshandbüchern der jeweiligen G-DRG-Version dargestellt ist [s. [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)]) den G-DRGs zuordnet. Anhand definierter Eingangsvariablen (z. B. Alter, Geschlecht, Hauptdiagnose, Verweildauer, Beatmungszeit) erfolgt die Zuordnung zu einer G-DRG. Das InEK zertifiziert Grouper, die die Behandlungsfälle fehlerfrei den G-DRGs zuordnen. Generell ist unter einem Grouper eine Klassifikationssoftware zu verstehen, die Fälle (ambulant oder stationär) oder Versicherte anhand eines Zuordnungsalgorithmus definierten Klassen zuordnet. Grouper werden im bundesdeutschen Gesundheitswesen z. B. auch zur Zuordnung von Versicherten in Hierarchische Morbiditätsgruppen (morbidityorientierter Risikostrukturausgleich) und zur Zuordnung in Condition Categories (Fortschreibung der [ambulanten] Gesamtvergütung) eingesetzt. Ein solcher Grouper soll ab dem Jahr 2013 auch zur Ermittlung der pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) und deren Vergütungsstufen im Bereich der psychiatrischen und psychosoma-

tischen Versorgung eingesetzt werden.

### Hauptdiagnosegruppe (MDC) [Major Diagnostic Category]

Die 25 Hauptdiagnosegruppen des G-DRG-Systems gliedern das G-DRG-System nach Körpersystem oder Erkrankungsursache in Kategorien. Daneben existieren noch die beiden Kategorien „Prä-MDC“ sowie „Fehler-DRGs und sonstige DRGs“.

### ICD-10-GM

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision, German Modification ist die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen für die stationäre Versorgung (vgl. § 301 Abs. 2 SGB V) und für die Abrechnung der stationären Leistungen anhand von G-DRGs. Die ICD-10-GM wird kontinuierlich an die medizinische Entwicklung und an die Erfordernisse des G-DRG-Systems angepasst. Hierzu wird jährlich eine aktualisierte Version der ICD-10-GM durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) veröffentlicht.

### Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK GmbH)

Die Partner der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen haben im Jahr 2001 das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK; [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)) gegründet. Das InEK unterstützte die Selbstverwaltungspartner bei der Einführung und seither bei der Weiterentwicklung und Pflege des G-DRG-Systems. Des Weiteren entwickelt das InEK das Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen und kalkuliert leistungsorientierte Investitionspauschalen.

### Investitionspauschalen

Für zugelassene Krankenhäuser soll ab dem Jahr 2012 (für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ab 2014) eine Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ermöglicht werden.

Hierzu werden Investitionsbewertungsrelationen durch das InEK entwickelt und auf Grundlage des jährlichen Investitionsbedarfs der Krankenhäuser und den damit verbundenen Investitionskosten für die voll- und teilstationären Leistungen zunächst jährlich fallbezogen kalkuliert. Die Investitionsbewertungsrelationen werden im DRG Fallpauschalen-Katalog ausgewiesen. Um Verzerrungen innerhalb einer G-DRG-Fallgruppe zu vermeiden (z. B. wenn nur bei einem Teil der Patienten innerhalb einer G-DRG ein Gerät genutzt wird), ist eine Differenzierung von Fallgruppen (zunächst max. 30 zusätzliche Fallgruppen) möglich.

Ähnlich dem G-DRG-System soll zur Berechnung der Investitionspauschale diese bundeseinheitliche Investitionsbewertungsrelation mit einem bundes-

landspezifischen Investitionsfallwert multipliziert werden.

Die Länder können eigenständig zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen und dem derzeitigen System einer Einzelförderung von Investitionen gem. § 9 Abs. 1 und 2 KHG und einer Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter gem. § 9 Abs. 3 KHG entscheiden.

### Kalkulationskrankenhäuser

Die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems basiert auf den Kosten- und Leistungsdaten einer Stichprobe deutscher Krankenhäuser. Die Teilnahme an der Kalkulation ist freiwillig und wird in Abhängigkeit von Anzahl und Qualität der übermittelten Datensätze seit 2005 pauschaliert vergütet. Für die Kalkulation des G-DRG-Systems 2010 stellten 253 Kalkulationskrankenhäuser Daten bereit.

Die Kostendaten werden im Rahmen eines Ist-Kosten-Ansatzes auf Vollkostenbasis anhand der Vorschriften eines Kalkulationshandbuches einheitlich in den Kalkulationskrankenhäusern ermittelt.

### Konvergenzphase

Die G-DRG-Einführung erfolgte nach einem optionalen Jahr (2003) ab 2004 für alle Krankenhäuser verpflichtend und zunächst budgetneutral.

Die Konvergenzphase entspricht der schrittweisen Heranführung der krankenhausindividuellen Vergütungshöhe (Basisfallwert) an ein landeseinheitliches G-DRG-Preisniveau (Landesbasisfallwert). Die Konvergenzphase begann im Jahr 2005 und wurde im Jahr 2010 abgeschlossen (beinhaltete somit bis zu sechs Schritte). Hierbei wurde insbesondere eine auf die Dauer der Konvergenzphase begrenzte Verlustobergrenze eingeführt (die sich von 1% im Jahr 2005 auf 3% im Jahr 2009 erhöhte), um Budgetabsenkungen zu begrenzen.

### Krankenhausplanung

Um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen, stellen die Länder Krankenhauspläne auf. Näheres zu Form und Inhalt der Krankenhauspläne ist in den Krankenhausgesetzen der Länder bestimmt. Unterschiede bestehen u. a. hinsichtlich des Grades der Planungstiefe.

Mit Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan kommt ein Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen zustande. Zudem ergibt sich hieraus für das Krankenhaus ein Anspruch auf die Förderung der Investitionskosten durch die Länder.

Die klassische Krankenhausplanung ist eine detaillierte Kapazitätsplanung, bei der bedarfsgerechte Bettenkapazitäten (nach medizinischen Fachgebieten) bestimmt werden. Diese Detailplanung wird durch eine Verringerung der Rege- lungstiefe zunehmend in Rahmenplanungen überführt, die den Krankenhäu-

sern erweiterte Ausgestaltungsspielräume lassen.

### Leistungsverlagerung

Leistungsverlagerung bezeichnet die Effekte der Verlagerung von Leistungen aus einem oder in einen Leistungssektor (z. B. vom stationären Sektor in den vertragsärztlichen Versorgungsbereich oder umgekehrt). Ursächlich für Leistungsverlagerungen können neben dem medizinisch-technischen Fortschritt auch die Anreize der jeweiligen Vergütungssystematiken oder normative Vorgaben sein. Leistungsverlagerungen können im System der vertragsärztlichen Versorgung bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs gem. § 87a Abs. 4 Nr. 4 SGB V berücksichtigt werden.

### Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK; [www.mdk.de](http://www.mdk.de)) ist eine Gemeinschaftseinrichtung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung und berät diese in allgemeinen Grundsatzfragen. Außerdem nimmt der MDK die Aufgabe von Einzelfallbegutachtungen und gutachterlichen Stellungnahmen zu versichertenbezogenen Sachverhalten wahr. Organisiert ist der MDK auf Landesebene jeweils als eigenständige Arbeitsgemeinschaft.

### Mindestmengenleistungen

Mit Einführung des G-DRG-Systems wurden für einzelne planbare Leistungen, bei denen ein Zusammenhang von Menge und Qualität nachgewiesen wurde, Leistungsmindestmengen festgelegt, die ein Krankenhaus jährlich erbringen muss (§ 137 Abs. 3 Nr. 2 SGB V). Wird die erforderliche Mindestmenge voraussichtlich nicht erreicht, dürfen die Leistungen nicht erbracht werden. Die Mindestmengenleistungen sind i. d. R. durch OPS-Kodes definiert.

### Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (M-RSA)

Mit Einführung der Wahlfreiheit für alle Krankenkassenmitglieder wurde 1994 flankierend ein Finanzausgleichssystem (Risikostrukturausgleich [RSA]) in der GKV eingeführt. Hierdurch sollen krankenkassenspezifische Ungleichverteilungen der Morbidität der Versicherten, der mitversicherten Familienangehörigen und der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder einer Krankenkasse ausgeglichen werden, um einen fairen Wettbewerb um Versicherte zu ermöglichen. Um die Genauigkeit des Risikostrukturausgleichs zu erhöhen, wurde er im Jahr 2009 durch die Berücksichtigung ausgewählter Krankheiten der Versicherten erweitert (morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich [M-RSA]). Die Höhe der Zuweisungen an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds wird vom Bundesversicherungsamt ([www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de)) auf Grundlage dieses morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ermittelt.

## Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)

Seit 2005 können für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die durch Fallpauschalen und Zusatzentgelte noch nicht sachgerecht vergütet werden können, zu deren Ergänzung fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte vereinbart werden. Im Rahmen des NUB-Verfahrens prüft das InEK, ob für das anfragende Krankenhaus die entsprechenden Anforderungen an Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erfüllt sind.

## Nichtoperative Prozedur (NonOR-Procedure)

Gemäß dem AR-DRG-System (Version 4.1) erfolgt die Zuordnung zu einer Partition anhand der erbrachten Prozeduren (Operationen) in die chirurgische, die andere oder die medizinische Partition. Wird für ein Behandlungsverfahren ein Operationssaal benötigt, spricht man von einer Operating Room Procedure (OR-Procedure). Bei einer als NonOR-Procedure definierten Prozedur wird kein Operationssaal für die Behandlung der Patienten benötigt. Nichtoperative Prozeduren im Sinne des G-DRG-Systems können jedoch auch in einem OP-Saal durchgeführt werden.

## Operative Prozedur (OR-Procedure)

Siehe Nichtoperative Prozedur (NonOR-Procedure)

## OPS

Der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) wird für die Verschlüsselung medizinischer Prozeduren verwendet. Im Krankenhaus wird er u. a. gem. § 301 Abs. 2 SGB V zur Dokumentation der durchgeführten Operationen und Prozeduren verwendet.

## Partition

Die Hauptdiagnose ordnet im G-DRG-System einen Behandlungsfall regelmäßig einer Hauptdiagnosegruppe (MDC) zu. Die Untergliederung der G-DRGs innerhalb der MDC erfolgt anhand der durchgeführten Prozedur in maximal drei Partitionen („chirurgische“, „andere“ und „medizinische“). Verantwortlich für die Eingruppierung in eine Partition ist das Vorliegen bzw. das Fehlen von OR- oder NonOR-Prozeduren.

### Patientenbezogener klinischer Schweregrad (PCCL) [Patient Clinical Complexity Level]

Der PCCL stellt die Aggregation aller CCLs eines Patienten anhand eines Berechnungsalgorithmus dar. Er bezeichnet somit den patientenbezogenen Gesamtschweregrad. Der PCCL kann Werte zwischen 0 und 4 annehmen und wird in vielen Basis-DRGs zur Zuordnung zu einer G-DRG verwendet.

### Pauschalierende Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)

Für vollstationäre und teilstationäre Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, die nicht in das G-DRG-System einbezogen wurden, soll im Jahr 2013 über einen Zeitraum von insgesamt neun Jahren ein pauschalierendes Entgeltsystem eingeführt werden. Die ersten vier Jahre sind budgetneutral ausgestaltet (davon sind die ersten beiden Jahre optional) und daran schließt sich eine 5-jährige Konvergenzphase an.

Im Unterschied zum G-DRG-System soll dieses Psych-Entgeltsystem auf tagesbezogenen Pauschalen basieren, insbesondere, um Anreize für frühzeitige Entlassungen der Patienten zu vermeiden. Die Definition der Entgelte und deren Relativgewichte sind bundeseinheitlich festzulegen. Wie im G-DRG-System wird in Ausnahmefällen die Möglichkeit zur Vereinbarung von Zusatzentgelten und zur befristeten Herausnahme von besonderen Einrichtungen (deren Leistungen noch nicht sachgerecht mit den Entgelten vergütet werden können) bestehen.

Um eine einheitliche Diagnosedokumentation zu gewährleisten, wurden die Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych) vereinbart. Zur verbesserten Abbildung psychiatrischer Leistungen im Entgeltsystem wurden zudem im OPS-Katalog neue OPS-Kodes eingeführt.

### PKV-Verband

Siehe Selbstverwaltung ([www.pkv.de](http://www.pkv.de))



## Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Krankenhaus

Krankenhäuser sind gesetzlich verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln und sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Maßnahmen der externen Qualitätssicherung ermöglichen den Vergleich gleichartiger Leistungen verschiedener Institutionen, um die Leistung der Krankenhäuser in Deutschland qualitativ zu verbessern.

Spezifische Regelungen u. a. zu Mindestmengen oder zur Veröffentlichung der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser ergänzen diese Regelungen.

## Selbstverwaltung

Bei den Partnern der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, die für die Entwicklung, Einführung und die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems verantwortlich sind, handelt es sich um die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), den GKV-Spitzenverband und den Verband der privaten Krankenversicherung. Unter Selbstverwaltung wird allgemein die Aufgabenübertragung i. d. R. des Staates an Organisationen oder Institutionen verstanden, um diesen von Aufgaben, etwa Verwaltungsaufgaben, zu entlasten und den Betroffenen eine eigenverantwortliche Gestaltung zu ermöglichen.

## Standardisierte Mortalitätsratio (SMR)

Die standardisierte Mortalitätsratio [Standardized Mortality Ratio] ist das Verhältnis der tatsächlichen Anzahl von Todesfällen der untersuchten Population zu der erwarteten Zahl von Todesfällen, ermittelt anhand der altersspezifischen Sterberaten einer Standardbevölkerung und der Bevölkerungsstruktur der untersuchten Population. Der Erwartungswert entspricht somit der Anzahl von Sterbefällen, die man in der Standardbevölkerung erwarten würde.

Ein SMR-Wert von 1 bedeutet, dass die Zahl der Sterbefälle der erwarteten Anzahl entspricht. Ein SMR-Wert größer 1 deutet auf eine höhere, ein SMR-Wert kleiner 1 auf eine niedrigere Sterberate hin.

## Systemzuschlag

Zur Finanzierung der Entwicklung, Einführung und laufenden Pflege des Vergütungssystems durch das InEK und für die Zahlungen an die an der G-DRG-Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser wird für jeden abgerechneten voll- oder teilstationären Krankenhausfall ein Systemzuschlag erhoben (2010: 99 Cent). Hiervon entfallen 0,75 Cent auf die pauschalierten Zahlungen für die Teilnahme von Krankenhäusern an der Kalkulation und 24 Cent auf den Zuschlag für die Finanzierung des InEK.

### Verweildauer (VWD)

Die Ermittlung der Verweildauer geschieht anhand der Regelungen der Fallpauschalenvereinbarung. Danach werden der Aufnahmetag und jeder weitere Tag des stationären Aufenthaltes gezählt, nicht jedoch der Verlegungs- oder Entlassungstag. Wird ein Patient am gleichen Tag aufgenommen und entlassen, beträgt die Verweildauer einen Tag. Im Fallpauschalen-Katalog sind für die G-DRGs in der Regel eine mittlere Verweildauer sowie der erste Tag mit einem Abschlag bzw. der erste Tag mit einem zusätzlichen Entgelt hinterlegt.

### Zusatzentgelt (ZE)

Zur Ergänzung der Fallpauschalen können in eng begrenzten Ausnahmefällen seit 2004 Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbart werden. Zusatzentgelte stellen somit neben den G-DRGs eine zusätzliche Entgeltart dar. Im G-DRG-System 2010 betrug die Anzahl der bundesweit bewerteten Zusatzentgelte 81, hinzu kamen 62 Zusatzentgelte, die krankenhausesindividuell zu vereinbaren waren.





## Sachverzeichnis

- Abrechnungsregeln ..... 30–31, 47  
 Altersstandardisierung ..... 69–71  
 Ambulante Leistungen  
   Leistungen nach § 115a SGB V ..... 337–41  
   Leistungen nach § 115b SGB V ..... 316–19,  
     337–41, 344–52  
   Leistungen nach § 140b SGB V ..... 337–41  
   Notfallaufnahme ..... 341–44  
 Ambulante Operationen .....  
   ..... *s. Ambulante Leistungen*  
 Begleitforschung  
   Befragung Krankenhäuser ..... 48–56  
   Befragung MDK ..... 56–58  
   Datengrundlage ..... 38  
   Datentreuhänder ..... 49  
   Evaluationsdesign ..... 35  
   Routinedatenauswertung GKV ..... 58–63  
 Behandlungspfade ..... 142–45, 363–66, 476  
 Belegabteilungen ..... 154, 172, 179  
 Belegungstage ..... 112, 118, 145–67  
 Bettenzahl ..... 85–95  
 Bewertungsrelation ..... 17–21, 185  
 Bezugsgröße ..... 17  
 BQS-Qualitätsindikatoren ..... 67–68, 366–98  
 Brustkrebs ..... 284  
 Case-Mix ..... 43, 71–76, 145–67, 184–93  
 Case-Mix-Index ..... 47, 167–77, 442–45  
 CCL ..... *s. G-DRG-System*  
 Diagnosen  
   Hauptdiagnosen ..... 16, 217–20  
   Nebendiagnosen ..... 15, 16  
 Dienstarten  
   Ärztlicher Dienst ..... 105, 293  
   Funktionsdienst ..... 106, 293  
   Medizinisch-technischer Dienst ..... 106, 293  
   Pflegedienst ..... 106, 293  
 Dokumentationsassistenten ..... 138, 434  
 Entlassungsmanagement ..... 138, 434  
 Fachabteilungen ..... 96–100  
 Facharztquote ..... 356  
 Fahrtstrecke ..... *s. Zugang*  
 Fahrzeit ..... *s. Zugang*  
 Fallkosten ..... 285–90, 453–54  
 Fallpauschalen-Katalog ..... *s. G-DRG-System*  
 Fallzahl ..... 145–67, 177–218, 442–45  
 Fallzusammenführung ..... 22, 47, 146  
 G-DRG-System  
   CCL ..... 15  
   Daten ..... 39  
   Fallpauschalen-Katalog ..... 26  
   Klassifikationssystem ..... 13–15  
   Kostenkalkulation ..... 27, 45  
   MDC ..... 14  
   Notation ..... 15–16  
   Partition ..... 14  
   PCCL ..... 15  
   Schweregrad ..... 15  
   Vergütung ..... 17–25  
   Vorschlagsverfahren ..... 24, 43  
 Geoinformationssystem ..... 77  
 Großgeräte ..... 128–37, 312, 439–40  
 Grouper ..... 13, 41  
 Hauptdiagnosen ..... *s. Diagnosen*  
 Häusliche Krankenpflege ..... 320, 352–55, 471  
 Herzinfarkt ..... 279  
 Herzinsuffizienz ..... 281  
 InEK ..... 7  
 Innovationen ..... 29, 82  
 Integrierte Versorgung .....  
   ..... *s. Ambulante Leistungen*  
 Investitionsquote ..... 301–6, 456  
 Katalogeffekt ..... 44–47  
 Kodiereffekt ..... 44  
 Kodierqualität ..... 424–27  
 Kodierrichtlinien ..... 16, 41, 42, 147, 259  
 Kodierverhalten ..... 44, 277  
 Komorbidität ..... *s. Nebendiagnose*  
 Komponentenerlegung ..... 71–76, 184–93  
 Konvergenzphase ..... 8  
 Kosten  
   Betriebskosten ..... 284–301, 453  
   Personalkosten ..... 291–96, 299, 454  
   Sachkosten ..... 291–92, 296–301, 455–56  
 Kostenkalkulation ..... *s. G-DRG-System*  
 Krankenhaus  
   Erlöse ..... 314–19, 459  
   Investitionen ..... 306–13, 456–58  
   Kooperation ..... 101–4, 312, 433  
   Personal ..... 105–10, 435–38  
   Planung ..... 81, 265, 338  
 Landesbasisfallwert ..... 8  
 Leistungsspektrum ..... 177–224, 445–47

- Leistungsverlagerung..... 319–55, 461–73  
 Lungenkrebs..... 283  
 MDC .....s. *G-DRG-System*  
 MDK ..... 414–15  
   Einzelfallprüfung ..... 416–27, 485–88  
   Fehlbelegung..... 415, 424–27  
   Prüfquote..... 418–23  
   Rechnungskorrektur ..... 418, 423–27, 486  
   Stichprobenprüfung ..... 418, 427  
 Medizincontrolling..... 138  
 Mitarbeiterzufriedenheit..... 412–14, 484  
 Mortalität, poststationäre..... 401–10, 479–81  
 MVZ..... 312  
 Nebendiagnosen .....s. *Diagnosen*  
 NUB ..... 24, 31, 211–17  
 Organisationsentwicklung  
   Ablauforganisation..... 142–45, 435  
   Aufbauorganisation ..... 137–42, 433–35  
 Outsourcing..... 141, 455  
 Patientenzufriedenheit ..... 411–12, 482–83  
 PCCL.....s. *G-DRG-System*  
 Personal  
   Betriebszugehörigkeit ..... 126–27, 437  
   Fluktuation ..... 124–26, 437  
   Qualifizierungsmaßnahmen..... 306–9, 312  
 Personalinanspruchnahme  
   Krankenhäuser ..... 110–24, 436–38  
   Rehabilitationseinrichtungen . 331–34, 463  
 Prozeduren..... 13, 220–24  
 Qualität  
   Ergebnisqualität ..... 366–401, 474–75  
   Prozessqualität ..... 366–98, 475  
   Strukturqualität ..... 355–63  
 Qualitätsmanagement... 145, 358–63, 434, 476  
 Rehabilitation ..... 320–37, 462–64  
 Relativgewicht .....s. *Bewertungsrelation*  
 Revisionsoperationen ..... 398–401, 474  
 Risikoselektion ..... 29  
 Schenkelhalsfraktur ..... 280  
 Schlaganfall ..... 278  
 Selbstverwaltung..... 7  
 Spezialisierung ..... 245–64, 448–49  
 Störvariablen..... 79–84  
 Struktureffekt..... 184  
 Strukturkomponente ..... 72  
 Verlegungen ..... 224–45, 448–49  
 Verweildauer..... 167–77, 442–45  
 Vorstationäre Behandlung..... s. *Ambulante Leistungen*  
 Wiederaufnahme..... s. *Fallzusammenführung*  
 Zentrenbildung ..... 139, 433  
 Zertifizierung ..... 358–60, 477  
 Zugang  
   zu stationären Leistungen .....  
     ..... 78, 264–84, 450–52  
 Zusatzentgelte..... 23–24, 31, 205–11, 447

