



Krankenhaus-Directory 2018 – DRG-Krankenhäuser im Vergleich

Carina Mostert und Andreas Pritzkau

Elektronisches Zusatzmaterial Die Online-Version dieses Kapitels (https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_22) enthält Zusatzmaterial, das den Nutzern zur Verfügung steht.

© Der/die Autor(en) 2020

J. Klauber et al. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2020*, https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_22

■ ■ Zusammenfassung

Das Directory deutscher Krankenhäuser bietet eine jährlich aktualisierte Übersicht stationärer Leistungserbringer. Die Darstellung umfasst unter anderem Informationen zur Struktur des vereinbarten Leistungsangebots, zum Grad der Spezialisierung, zur regionalen Marktpositionierung und Wettbewerbssituation sowie Informationen zur Ergebnisqualität nach dem Verfahren Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR). Insgesamt finden mehr als 1.300 Krankenhäuser Eingang, zu denen eine Budgetvereinbarung für das Jahr 2018 oder QSR-Behandlungsergebnisse vorliegen.

The Directory of German Hospitals provides an annually updated overview of inpatient service providers. It includes information on the structure of the agreed range of services, the degree of specialisation, regional market positioning and competitive situation as well as information on the outcome quality according to QSR, a quality reporting procedure based on routine data of the health care funds. In total, the directory includes more than 1,300 hospitals for which a budget agreement for the year 2018 or QSR treatment outcomes are available.

Das jährliche Directory deutscher Krankenhäuser stellt Eckdaten aus den Aufstellungen der Entgelte und Budgetermittlung (AEB) gemäß Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) dar. Den Darstellungen liegen Vereinbarungsdaten und nicht die tatsächlich erbrachten Leistungen der jeweiligen Einrichtung zugrunde. Insgesamt finden mehr als 1.300 Krankenhäuser Eingang, zu denen eine Vereinbarung oder QSR-Behandlungsergebnisse vorliegen. Das Krankenhaus-Directory finden Sie unter https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_22.

Die einzelnen Spalten des Directories haben folgende Bedeutung:

■ ■ Krankenhausname

Mit einem * gekennzeichnete Einrichtungen haben nach Abschluss der Vereinbarung 2018

mit einem anderen Krankenhaus fusioniert oder wurden geschlossen.

■ ■ Betten

Jedes Krankenhaus wird nach seiner Bettenzahl klassifiziert und einer von sechs Kategorien zugeordnet. Die verwendeten Symbole bedeuten Folgendes:

- < 50 = unter 50 Betten
- < 100 = 50 bis unter 100 Betten
- < 200 = 100 bis unter 200 Betten
- < 500 = 200 bis unter 500 Betten
- < 1.000 = 500 bis unter 1.000 Betten
- > 1.000 = über 1.000 Betten

Die Angaben stammen überwiegend aus dem Jahr 2018, andernfalls aus den Vorjahren.

■ ■ Träger

In dieser Spalte wird die Trägerschaft des Krankenhauses mit folgenden Abkürzungen geklärt:

- ö für öffentlich
- fg für freigemeinnützig
- p für privat

■ ■ Z-Bax (Zahlbasisfallwert)

Der Basisfallwert ist der Eurobetrag, der multipliziert mit der Bewertungsrelation den Preis einer DRG-Fallpauschale festlegt. Für die Vergütung der Krankenhaussfälle einer laufenden Periode ist der Zahlbasisfallwert maßgeblich, der auch Transferzahlungen aus vergangenen Perioden, sogenannte Erlösausgleiche, berücksichtigt. Außerdem dient der Zahlbasisfallwert auch der sachgerechten Umsetzung unterjährig vereinbarter Gesamtjahreswerte. Der gemittelte Zahlbasisfallwert (Z-Bax) ist ein Indikator für das tatsächlich herrschende Preisniveau des Jahres für Krankenhausleistungen, die nach DRGs vergütet werden.¹ Der Z-Bax umfasst

¹ Der bundesweite Z-Bax steht wochenaktuell unter www.wido.de als Download zur Verfügung.

alle relevanten Zu- und Abschlagstatbestände. Deren Vergütung wird ebenfalls je Bewertungsrelation, also analog dem Basisfallwert ausgedrückt (Friedrich et al. 2010).²

In der Spalte für den Basisfallwert ist ein „BE“ zu finden, wenn das gesamte Krankenhaus 2018 keine DRG-Entgelte vereinbart hat, z. B. auf Basis der Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen 2018, und es somit als Ganzes von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen ausgenommen ist.

■ ■ Casemix

Der Casemix ist die Summe aller Bewertungsrelationen einer Einrichtung. Jedes Krankenhaus wird anhand des vereinbarten Casemix klassifiziert und einer von sechs Kategorien zugeordnet. Die verwendeten Symbole bedeuten Folgendes:

- < 1.000 = unter 1.000 Bewertungsrelationen
- < 5.000 = 1.000 bis unter 5.000 Bewertungsrelationen
- < 10.000 = 5.000 bis unter 10.000 Bewertungsrelationen
- < 20.000 = 10.000 bis unter 20.000 Bewertungsrelationen
- < 50.000 = 20.000 bis unter 50.000 Bewertungsrelationen

> 50.000 = über 50.000 Bewertungsrelationen

■ ■ CMI (Casemix-Index)

Der Casemix-Index (CMI) beschreibt die mittlere Fallschwere eines Krankenhauses. Er berechnet sich aus dem Quotienten des Casemix (Summe aller Bewertungsrelationen eines Krankenhauses) und der Gesamtzahl der über DRGs abgerechneten Fälle eines Krankenhauses. Der hier ausgewiesene CMI enthält keine teilstationären DRGs.

■ ■ Abw. CMI Land

Für jede Einrichtung wird der individuelle CMI mit dem entsprechenden Landeswert verglichen. Die Abweichungen sind mit folgenden Symbolen gekennzeichnet:

- +++ = Abweichung vom Landeswert von über 20 %
- ++ = Abweichung vom Landeswert von 10 % bis unter 20 %
- + = Abweichung vom Landeswert von 0 % bis unter 10 %
- = Abweichung vom Landeswert von 0 % bis über –10 %
- = Abweichung vom Landeswert von –10 % bis über –20 %
- = Abweichung vom Landeswert von unter –20 %

² Alle fallbezogenen Zuschläge werden bei Anrechnung im Z-Bax durch den vereinbarten CMI des Hauses dividiert. Die berücksichtigten Zu- und Abschläge lauten z. Zt.: Zuschlag Ausbildung, Investitionszuschlag, Zu- und Abschlag Qualität, Sicherstellungszuschlag, Zuschlag für Vorhaltekosten Besonderer Einrichtungen, Abschlag Tariferhöhung, Abschlag für Mehrleistungen, Abschlag für Nichtteilnahme am DTA, Zu- und Abschlag für die (Nicht-) Teilnahme an der Notfallversorgung, Ausgleiche, Konvergenz Besondere Einrichtungen, Pflegesonderprogramm, Hygieneförderprogramm, Mehrkosten G-BA, Fixkostendegressionsabschlag, Versorgungszuschlag, Pflegezuschlag sowie Zuschläge für Klinische Sektionen, einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme und bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Unberücksichtigt bleiben Zuschläge für Begleitpersonen, Zentren und Schwerpunkte und Telematik.

■ ■ Vereinbarter Spezialisierungsgrad im DRG-Bereich (Gini-Koeffizient)

Die Werte beschreiben den Grad der Spezialisierung für DRG-Leistungen des jeweiligen Krankenhauses anhand des Gini-Koeffizienten. Die Ermittlung erfolgt auf der Ebene Basis-DRG (ADRG). Der Gini-Koeffizient ist eine Maßzahl für die (Un)gleichverteilung innerhalb einer Grundgesamtheit. Sind die Leistungen eines Krankenhauses über alle Basis-DRGs gleich verteilt, liegt keine Spezialisierung vor. Verteilen sich die Fälle auf nur wenige Basis-DRGs und ist die Verteilung somit sehr ungleich, kann das Krankenhaus als spezialisiert

Tabelle 22.1 Verteilung der vereinbarten Fallzahlen 2018 auf Fallzahl-Quintile für die 25 häufigsten vollstationären Basis-DRGs der operativen Partition

ADRG	Beschreibung	MDC	Parti- tion	Fallzahl	An- zahl KH	Anteil KH in %	Ø Fall- zahl	1. Quintil		2. Quintil		3. Quintil		4. Quintil		5. Quintil	
								Fall- zahl	Fall- zahl- anteil in %	Fall- zahl	Fall- zahl- anteil in %	Ø Fall- zahl	Fall- zahl- anteil in %	Ø Fall- zahl	Fall- zahl- anteil in %	Ø Fall- zahl	Fall- zahl- anteil in %
O01	Sectio caesarea	14	O	200.837	569	47	353	784	44	418	24	265	15	189	11	107	6
I47	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	8	O	181.866	876	73	208	518	50	228	22	149	14	99	10	41	4
G24	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien u. and. Hernien, Alt. > 0 J. od. beidseit. Eingr. bei Leisten- und Schenkelhernien, Alt. > 0 J. u. < 56 J. oder Eingr. bei Leisten- u. Schenkelhernien, Alt. > 55 J.	6	O	161.664	877	73	184	372	41	216	23	161	17	115	12	56	6
L20	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien	11	O	147.659	501	42	295	687	47	414	28	271	18	93	6	6	0
I44	Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation/-revision am Kniegelenk	8	O	146.246	810	67	181	450	50	206	23	130	14	82	9	34	4
I10	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule	8	O	142.381	777	65	183	524	57	233	26	115	13	38	4	4	0

Tabelle 22.1 (Fortsetzung)																	
ADRG	Beschreibung	MDC	Parti- tion	Fallzahl	An- zahl KH	Anteil KH in %	Ø Fall- zahl	1. Quintil		2. Quintil		3. Quintil		4. Quintil		5. Quintil	
								Fall- zahl	Fall- zahl- anteil in %	Ø Fall- zahl	Fall- zahl- anteil in %						
F59	Gefäßeingriffe ohne kompli- zierende Konstellation	5	0	141.481	709	59	200	548	55	272	27	135	14	38	4	2	0
I13	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk	8	0	140.927	912	76	155	349	45	184	24	123	16	81	10	35	5
H08	Laparoskopische Cholezysto- tektomie	7	0	136.447	840	70	162	314	39	197	24	147	18	106	13	48	6
D30	Tonsillektomie außer bei bösarziger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC	3	0	111.904	567	47	197	697	71	199	20	64	6	20	2	3	0
F58	Perkutane Koronarangi- plastie	5	0	111.479	575	48	194	489	50	230	24	147	15	86	9	18	2
J11	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma	9	0	98.725	968	80	102	313	62	97	19	58	11	32	6	8	2
I08	Andere Eingriffe an Hüftge- lenk und Femur	8	0	95.700	904	75	106	247	47	125	24	84	16	53	10	20	4
I20	Eingriffe am Fuß	8	0	91.452	928	77	99	270	55	106	21	63	13	38	8	16	3
G26	Andere Eingriffe am Anus	6	0	91.291	872	72	105	255	49	119	23	80	15	49	9	19	4

Tabelle 22.1 (Fortsetzung)																	
ADRG	Beschreibung	MDC	Parti- tion	Fallzahl	An- zahl KH	Anteil KH in %	Ø Fall- zahl	1. Quintil		2. Quintil		3. Quintil		4. Quintil		5. Quintil	
								Ø Fall- zahl	Fall- zahl- anteil in %								
I21	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule oder komplexe Eingriffe an Ellenbogen-gelenk und Unterarm oder bestimmte Eingriffe an der Klavikula	8	0	86.318	908	75	95	210	44	115	24	79	17	51	11	19	4
F52	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose	5	0	84.501	580	48	146	327	45	185	25	129	18	75	10	13	2
G23	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiole- se außer bei Peritonitis, oh- ne äußerst schwere oder schwere CC	6	0	83.674	855	71	98	201	41	117	24	87	18	60	12	24	5
D06	Eingriffe an Nasenneben- höhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen	3	0	81.356	514	43	158	499	63	189	24	72	9	26	3	4	1
I09	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule	8	0	80.415	779	65	103	287	56	124	24	65	13	31	6	9	2

Tabelle 22.1 (Fortsetzung)																	
ADRG	Beschreibung	MDC	Parti- tion	Fallzahl	An- zahl KH	Anteil KH in %	Ø Fall- zahl	1. Quintil		2. Quintil		3. Quintil		4. Quintil		5. Quintil	
								Fall- zahl	Anteil in %	Ø Fall- zahl	Anteil in %						
I29	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula	8	0	74.417	890	74	84	238	57	87	21	51	12	30	7	12	3
F50	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie	5	0	73.725	335	28	220	632	57	253	23	139	13	61	6	16	1
I32	Eingriffe an Handgelenk und Hand	8	0	72.893	898	75	81	279	69	77	19	32	8	14	3	4	1
C08	Extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE)	2	0	70.830	217	18	326	928	58	407	25	211	13	61	4	9	1
F12	Implantation eines Herzschrittmachers	5	0	69.637	764	63	91	218	48	114	25	73	16	38	8	12	3

Ø = Durchschnitt; n = 1.203 Vereinbarungen des Jahres 2018
Krankenhaus-Report 2020

Tabelle 22.2 Verteilung der vereinbarten Fallzahlen 2018 auf Fallzahl-Quintile für die 25 häufigsten vollstationären Basis-DRGs der medizinischen Partition

ADRG	Beschreibung	MDC	Parti- tion	Fallzahl	An- zahl KH	Anteil KH in %	1. Quintil		2. Quintil		3. Quintil		4. Quintil		5. Quintil		
							Ø Fall- zahl	Fall- zahl- anteil in %									
G67	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	6	M	700.320	1.009	84	694	1.513	44	906	26	629	18	373	11	46	1
P67	Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2.499 g	15	M	629.693	600	50	1.049	2.279	43	1.277	24	831	16	582	11	279	5
O60	Vaginale Entbindung	14	M	429.568	572	48	751	1.581	42	895	24	609	16	429	11	233	6
I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich	8	M	359.856	1.077	89	334	859	52	401	24	245	15	134	8	29	2
F62	Herzinsuffizienz und Schock	5	M	308.313	969	80	318	672	42	399	25	279	18	184	12	56	3
E79	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	4	M	271.502	986	82	275	621	45	342	25	229	17	145	11	37	3
L90	Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse	11	M	270.257	133	11	2.032	6.699	67	2.758	28	347	3	163	2	51	0
F71	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen	5	M	251.070	964	80	260	620	48	336	26	209	16	114	9	22	2
B70	Apoplexie	1	M	201.184	983	82	205	680	67	247	24	63	6	25	2	7	1

Tabelle 22.2 (Fortsetzung)																	
ADRG	Beschreibung	MDC	Parti- tion	Fallzahl	An- zahl KH	Anteil KH in %	Ø Fall- zahl	1. Quintil		2. Quintil		3. Quintil		4. Quintil		5. Quintil	
								Fall- zahl	Anteil in %	Ø Fall- zahl	Anteil in %						
B80	Andere Kopfverletzungen	1	M	198.175	907	75	219	588	54	261	24	147	13	79	7	15	1
O65	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme	14	M	191.451	690	57	277	673	48	359	26	225	16	120	9	11	1
F67	Hypertonie	5	M	190.682	959	80	199	431	43	246	25	175	18	116	12	26	3
E65	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung	4	M	189.592	959	80	198	476	48	231	23	157	16	97	10	27	3
E69	Bronchitis und Asthma bronchiale	4	M	178.675	967	80	185	432	47	240	26	144	16	84	9	23	2
L64	Harnsteine und Harnwegs- obstruktion	11	M	167.319	919	76	182	548	60	232	26	82	9	37	4	10	1
K62	Verschiedene Stoffwechsel- erkrankungen	10	M	160.825	996	83	161	343	43	206	25	146	18	92	11	19	2
F73	Synkope und Kollaps	5	M	154.895	993	82	156	346	44	200	26	133	17	80	10	20	3
L63	Infektionen der Harnorgane	11	M	154.548	966	80	160	369	46	209	26	130	16	73	9	17	2
E71	Neubildungen der At- mungsorgane	4	M	143.539	939	78	153	556	73	126	16	52	7	24	3	6	1
J65	Verletzung der Haut, Unter- haut und Mamma	9	M	141.975	945	78	150	388	52	181	24	110	15	61	8	12	2
K60	Diabetes mellitus	10	M	123.754	979	81	126	346	55	138	22	85	13	50	8	12	2

Tabelle 22.2 (Fortsetzung)																	
ADRG	Beschreibung	MDC	Parti- tion	Fallzahl	An- zahl KH	Anteil KH in %	Ø Fall- zahl	1. Quintil		2. Quintil		3. Quintil		4. Quintil		5. Quintil	
								Ø Fall- zahl	Fall- zahl- anteil in %								
D61	Gleichgewichtsstörung, Hörverlust und Tinnitus	3	M	123.049	958	80	128	349	54	154	24	81	13	45	7	13	2
B76	Anfälle	1	M	122.680	949	79	129	416	64	164	25	49	8	13	2	3	1
J64	Infektion/Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus	9	M	122.066	1.030	86	119	289	49	146	25	93	16	55	9	9	1
G72	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdau- ungsorgane	6	M	116.756	939	78	124	288	46	161	26	101	16	58	9	14	2

Ø = Durchschnitt; n = 1.203 Vereinbarungen des Jahres 2018
Krankenhaus-Report 2020

gelten. Ein Gini-Koeffizient von 1 resultierte aus einer maximalen Spezialisierung auf nur eine Leistung, ein Wert von 0 entspräche einer identischen Fallzahl in allen Basis-DRGs.

Aus dem Grad der Spezialisierung der Krankenhäuser lassen sich nur wenige Rückschlüsse auf die Zentralisierung der Leistungserbringung ziehen. Die [Tab. 22.1](#) und [22.2](#) illustrieren die Verteilung der Fallzahlen je vollstationäre Basis-DRG (s. u.) der operativen bzw. der medizinischen Partition auf die vorliegenden Vereinbarungen. Langversionen der Tabellen mit allen vollstationären Basis-DRGs sind als elektronisches Zusatzmaterial unter https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_22 (Tab 22.a und 22.b) zu finden. Die Darstellung erfolgt nach Fallzahlquintilen. Die Spalten zum ersten Quintil geben z. B. darüber Auskunft, welchen Anteil die 20 % der Krankenhäuser mit den größten Fallzahlen am Gesamtaufkommen haben. Die Spalten zum fünften Quintil geben u. a. Hinweise, in welchen Basis-DRGs die 20 % der Krankenhäuser mit den geringsten Fallzahlen die entsprechende Leistung nur sehr selten erbringen. Die Darstellung beschränkt sich auf die jeweils 25 fallzahlstärksten Basis-DRGs.

■ ■ Leistungsdichte Basis-DRGs

Es wird jeweils angegeben, wie viele Basis-DRGs (ADRGs) jeweils 25 %, 50 % und 75 % aller Leistungen eines Hauses ausmachen. Basis-DRGs stellen eine Obergruppe für eine oder mehrere DRGs dar, die durch die gleichen Diagnosen- und/oder Prozedurencodes definiert sind. DRGs innerhalb einer Basis-DRG unterscheiden sich in ihrem Ressourcenverbrauch bzw. ihrem Schweregrad. In der G-DRG Version 2018 gibt es 563 Basis-DRGs, davon drei nicht bewertete Fehler-DRGs und eine teilstationäre DRG.

■ ■ TOP 3 MDC

In einer weiteren Annäherung an das DRG-Leistungsspektrum eines Hauses werden die fünf jeweils stärksten Hauptdiagnosegruppen (MDCs; Major Diagnostic Categories) mit ihrer Nummer sowie dem jeweiligen Prozentan-

teil an sämtlichen DRG-Leistungen dokumentiert. Die Nummern der MDCs bedeuten Folgendes:

- 1 Pre-MDC
 - 1 Krankheiten und Störungen des Nervensystems
 - 2 Krankheiten und Störungen des Auges
 - 3 Krankheiten und Störungen im HNO-Bereich
 - 4 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
 - 5 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
 - 6 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
 - 7 Krankheiten und Störungen am hepatobiliären System und Pankreas
 - 8 Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
 - 9 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
 - 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
 - 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane
 - 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
 - 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
 - 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
 - 15 Neugeborene
 - 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems
 - 17 Hämatologische und solide Neubildungen
 - 18 Infektiöse und parasitäre Krankheiten

- 19 Psychiatrische Krankheiten und Störungen
- 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen
- 21 Verletzungen, Vergiftungen und toxische Nebenwirkungen von Drogen und Medikamenten
- 22 Verbrennungen
- 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und andere Inanspruchnahmen des Gesundheitswesens
- 24 Sonstige DRGs

■ ■ Partitionen in % (Verteilung über die Partitionen)

Eine MDC kann in drei Partitionen aufgeteilt sein:

- DRGs liegen in der chirurgischen Partition, wenn sie eine Prozedur beinhalten, für die ein OP-Saal erforderlich ist.
- DRGs der anderen Partition beinhalten Prozeduren, die in der Regel diagnostische Maßnahmen abbilden und für die kein OP-Saal erforderlich ist.
- DRGs der medizinischen Partition beinhalten keine relevanten Prozeduren.

Die Abkürzungen der Partitionen bedeuten Folgendes:

- o = operativ
- a = andere
- m = medizinisch

■ ■ Budget-Anteile ZE/SE

Für Leistungen, die mit DRGs noch nicht sachgerecht vergütet werden, können die Vertragspartner individuelle Leistungskomplexe und Entgelte vereinbaren. Dazu gehören im Jahr 2018 u. a. 45 DRGs (davon drei teilstationäre), zu denen keine sachgerechte Bewertungsrelation durch das InEK ermittelt werden konnte, aber auch Leistungen in besonderen Einrich-

tungen und teilstationäre Behandlung.³ Die Spalte Budgetanteil SE beschreibt den Anteil solcher tages- oder fallbezogenen Leistungen am Gesamtbudget aus DRGs, Zusatzentgelten und sonstigen Entgelten. Dieser Budgetanteil ist von der Vergütung nach DRGs sowie der Budgetkonvergenz ausgenommen.

Zusatzentgelte können neben DRG-Fallpauschalen sowie tages- und fallbezogenen sonstigen Entgelten zusätzlich abgerechnet werden. Über die 94 vom InEK kalkulierten und bundeseinheitlich vergüteten hinaus können weitere hausindividuelle Zusatzentgelte vereinbart werden.

■ ■ Bes. Leist. (B/N/H/P)

In mit einem „B“ gekennzeichneten Häusern sind Leistungsbereiche vereinbart, die nach der Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen – VBE 2018 – von der Abrechnung nach DRG-Fallpauschalen und der Budgetkonvergenz ausgenommen sind. „N“ markiert Einrichtungen, in denen 2018 Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (NUB) vereinbart wurden. „H“ kennzeichnet Krankenhäuser, in denen Zusatzentgelte für hochspezialisierte Leistungen nach § 6 Abs. 2a des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart wurden. „P“ markiert Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Fachabteilung.

■ ■ Notfall

In dieser Spalte findet sich ein „N“, sofern für das Krankenhaus im Jahr 2018 ein Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung vereinbart wurde.

■ ■ AOK-Patientenwege (PKW-km) (Med/oQ)

Für jede Einrichtung wird auf Basis der AOK-Krankenhäuserfälle mit Abrechnung nach Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) die maximale PKW-Strecke in km für die 50 % (in der

³ Die Regelungen finden sich im Detail in § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes.

Spalte Med für Median) bzw. 75 % (in der Spalte oQ für oberes Quartil) der AOK-Versicherten mit der kürzesten Fahrtstrecke dargestellt. Als Startpunkt des Patientenwegs gilt der geographische Mittelpunkt des 5-stelligen PLZ-Gebiets des Patientenwohnorts, als Endpunkt die vollständige Adresse des Krankenhauses.

■ ■ **Vereinbarte regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis von 10, 20 und 30 km (Marktanteil/HHI)**

Die Spalten beschreiben die regionale Markt- und Wettbewerbssituation des jeweiligen Krankenhauses für DRG-Leistungen im Luftlinienumkreis von 10, 20 und 30 km anhand der Kennzahlen Marktanteil und dem Herfindahl-Hirschman-Index (HHI).

Der ausgewiesene regionale Marktanteil eines Krankenhauses basiert auf den dort konkret vereinbarten Leistungen. Eine Einrichtung in einer Region mit hoher Krankenhausedichte kann also auch einen relativ hohen Marktanteil aufweisen, sofern es Leistungen erbringt, die in der Region ansonsten selten bzw. in geringem Umfang vereinbart sind.

Der Herfindahl-Hirschman-Index ist eine Kennzahl zur Konzentrationsmessung in einem Markt bzw. in einer Marktregion und spiegelt so die Wettbewerbsintensität wider. Er ist als Summe der quadrierten Marktanteile aller Teilnehmer in einer Region definiert und kann die Werte zwischen 0 und 1 annehmen, wobei der Wert 1 als Synonym für eine Monopolstellung keinem Wettbewerb entspricht. Verteilen sich in einer Wettbewerbsregion die Leistungen gleichmäßig auf zwei Anbieter, so haben beide einen Marktanteil von 50 %, der quadrierte Marktanteil beträgt jeweils 0,25 und der HHI als Summe der quadrierten Marktanteile ist 0,50. Verteilen sich die Leistungen aber nicht gleichmäßig auf die zwei Anbieter, sondern im Verhältnis 99 % zu 1 %, so nimmt der HHI einen Wert in der Nähe von 1 ein und spiegelt so die monopolistische Angebotsstruktur wider.

Um unerwünschte Effekte aus noch nicht geschlossenen Vereinbarungen zu minimieren,

basieren die Marktdaten abweichend von den übrigen Werten in der Tabelle aus der Vorjahres-Budgetrunde.

■ ■ **Infozeile Bundesland**

Die Darstellung ist sortiert nach Bundesländern und dem Namen des Standortes. Für jedes Bundesland werden in einer Zeile die gewichteten Mittelwerte CMI, Anteile der Partitionen an Gesamtfällen, Leistungsdichte Basis-DRG, Top MDC, Budgetanteile von Zusatzentgelten und sonstigen Entgelten sowie die Anzahl der Krankenhäuser mit vereinbarten besonderen Leistungen dargestellt.

■ ■ **QSR-Behandlungsergebnisse**

Das QSR-Verfahren der AOK ist ein Verfahren zur Qualitätsmessung von Krankenhausbehandlungen. Die Abkürzung QSR steht für „Qualitätssicherung mit Routinedaten“. Im QSR-Verfahren kann durch die konsequente Analyse der Behandlung und des Überlebensstatus bis zu einem Jahr nach der Erstoperation auch die langfristige Behandlungsqualität gemessen werden. Zur Berechnung der Qualitätsindikatoren werden Abrechnungs- bzw. Routinedaten verwendet. Diese werden den Krankenkassen automatisch vom Krankenhaus übermittelt, um die Behandlung eines Patienten in Rechnung zu stellen, oder liegen der Krankenkasse bereits in den Versichertenstammdaten vor.

Im Krankenhaus-Directory stehen die krankenhausbezogenen Ergebnisse für folgende Leistungsbereiche zur Verfügung: Einsetzen einer Endoprothese oder osteosynthetische Versorgung nach einem hüftgelenknahen Oberschenkelbruch, Einsetzen einer Hüftendoprothese bei Coxarthrose (Hüft-EP), Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks bei Gonarthrose (Knie-EP), Gallenblasenentfernung bei Gallensteinen, Blinddarmentfernung, Operation bei gutartiger Prostatavergrößerung, Prostataentfernung bei Prostatakrebs, therapeutische Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt, Verschluss einer Leistenhernie und Hüftprothesenwechsel

(nicht bei Knochenbruch oder Infektion). Das aktuelle Verfahrensjahr 2019 umfasst den Berichtszeitraum 2015 bis 2017 mit 2018 zur Nachbeobachtung der Patienten.

Die klinikbezogenen QSR-Ergebnisse werden auch im AOK-Krankenhausnavigator auf Basis der Weissen Liste frei zugänglich veröffentlicht.⁴

Literatur

Friedrich J, Leber WD, Wolff J (2010) Basisfallwerte – zur Preis- und Produktivitätsentwicklung stationärer Leistungen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2010. Schattauer, Stuttgart, S 122–147

⁴ <https://weisse-liste.krankenhaus.aok.de/>

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

