Krankenhaus-Directory 2019 – DRG-Krankenhäuser im Vergleich

Carina Mostert und Andreas Pritzkau

Ergänzende Information Die elektronische Version dieses Kapitels enthält Zusatzmaterial, auf das über folgenden Link zugegriffen werden kann https://doi.org/10.1007/978-3-662-62708-2_22.

© Der/die Autor(en) 2021

J. Klauber et al. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2021*, https://doi.org/10.1007/978-3-662-62708-2_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 2019 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 method of quality reporting based on routine data of health care funds. In total, more than 1,300 hospitals have been included for which a budget agreement for the year 2019 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/10.1007/978-3-662-62708-2_22.

Die einzelnen Spalten des Directories haben folgende Bedeutung:

■ ■ Krankenhausname

Mit einem * gekennzeichnete Einrichtungen haben nach Abschluss der Vereinbarung 2019

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 2019, andernfalls aus den Vorjahren.

■ ■ Träger

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

- 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 alle relevanten Zu- und Abschlagstatbestände.

¹ Der bundesweite Z-Bax steht wochenaktuell unter <https://www.wido.de/publikationen-produkte/z-bax/> als Download zur Verfügung.

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 2019 keine DRG-Entgelte vereinbart hat, z. B. auf Basis der Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen 2019, 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 %

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

Die Werte beschreiben den Grad der Spezialisierung für DRG-Leistungen des jeweiligen Krankenhauses anhand des Gini-Koeffizienten. Die Ermittlung erfolgt auf der Ebene Basis-DRG (A-DRG). Der Gini-Koeffizient ist eine Maßzahl für die (Un)gleichverteilung innerhalb einer Grundgesamtheit. Sind die Leistungen eines Krankenhauses über alle Basis-DRGs gleich verteilt, liegt keine Spezialisierung vor. Verteilen sich die Fälle auf nur wenige Basis-DRGs und ist die Verteilung somit sehr ungleich, kann das Krankenhaus als spezialisiert gelten. Ein Gini-Koeffizient von 1 resultierte aus einer maximalen Spezialisierung auf nur eine Leistung, ein Wert von 0 entspräche einer identischen Fallzahl in allen Basis-DRGs.

² Alle fallbezogenen Zuschläge werden bei Anrechnung im Z-Bax durch den vereinbarten CMI des Hauses dividiert. Die berücksichtigten Zu- und Abschläge lauten bis 2019: Zuschlag Ausbildung, Investitionszuschlag, Zu- und Abschlag Qualität, Sicherstellungszuschlag, Zuschlag für Vorhaltekosten Besonderer Einrichtungen, Abschlag Tarifierhöhung, Abschlag für Mehrleistungen, Abschlag für Nichtteilnahme am DTA, Zu- und Abschlag für die (Nicht-)Teilnahme an der Notfallversorgung, Ausgleich, Konvergenz Besondere Einrichtungen, Pflegesonderprogramm, Hygieneförderprogramm, Mehrkosten G-BA, Fixkostendegressionsabschlag, Versorgungszuschlag, Pflegezuschlag sowie Zuschläge für Klinische Sektionen, für einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme und zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Unberücksichtigt bleiben Zuschläge für Begleitpersonen, Zentren und Schwerpunkte und Telematik.

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. 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 (A-DRGs) 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. ihres Schweregrads. In der G-DRG Version 2019 gibt es 561 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 Category) mit ihrer Nummer sowie dem jeweiligen Prozentanteil 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

Tabelle 22.1 Verteilung der vereinbarten Fallzahlen 2019 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	
								Ø 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 %	Ø Fall- zahl	Fall- zahl- anteil in %
O01	Sectio caesarea	14	O	181.258	530	46	342	758	44	400	23	263	15	185	11	103	6
I47	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	8	O	174.649	829	72	211	537	51	229	22	148	14	99	9	39	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	154.473	826	72	187	370	40	221	24	164	17	121	13	58	6
L20	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien	11	O	144.908	480	42	302	702	47	432	29	279	18	93	6	5	0
I44	Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation/-revision am Kniegelenk	8	O	138.090	762	66	181	459	51	204	23	128	14	80	9	34	4
I13	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk	8	O	133.266	865	75	154	349	45	186	24	122	16	79	10	34	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 in %	Ø Fall- zahl	Fall- zahl in %	Ø Fall- zahl	Fall- zahl in %	Ø Fall- zahl	Fall- zahl in %	Ø Fall- zahl	Fall- zahl in %
I10	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule	8	O	133.218	743	65	179	513	57	228	26	110	12	39	4	4	0
F59	Gefäßeingriffe ohne kompli- zierende Konstellation	5	O	132.918	663	58	200	540	54	271	27	145	15	41	4	3	0
H08	Laparoskopische Cholezysto- tektomie	7	O	129.395	791	69	164	311	38	198	24	147	18	109	13	52	6
F58	Perkutane Koronarangio- plastie	5	O	102.736	565	49	182	449	49	218	24	143	16	84	9	15	2
D30	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC	3	O	96.620	506	44	191	677	71	192	20	60	6	19	2	3	0
J11	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma	9	O	89.702	911	79	98	298	61	96	19	58	12	31	6	8	2
I08	Andere Eingriffe an Hüftge- lenk und Femur	8	O	89.666	854	74	105	241	46	125	24	84	16	54	10	21	4
I20	Eingriffe am Fuß	8	O	85.667	877	76	98	276	57	100	21	60	12	37	8	15	3
G26	Andere Eingriffe am Anus	6	O	83.573	822	72	102	245	48	117	23	77	15	49	10	20	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 %	Ø 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 %
I21	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder bestimmte Eingriffe an der Klavikula	8	O	81.751	860	75	95	207	44	116	24	80	17	52	11	20	4
F52	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose	5	O	78.240	567	49	138	307	45	177	26	121	17	71	10	13	2
I09	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule	8	O	78.110	747	65	105	293	56	126	24	65	12	30	6	8	1
G23	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC	6	O	75.318	808	70	93	190	41	114	25	84	18	56	12	22	5
D06	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen	3	O	74.942	479	42	156	514	66	175	22	65	8	23	3	4	0

Tabelle 22.2 Verteilung der vereinbarten Fallzahlen 2019 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 %	Ø Fall- zahl	1. Quintil		2. Quintil		3. Quintil		4. Quintil		5. Quintil	
								Ø Fall- zahl	Fall- zahl in %	Ø Fall- zahl	Fall- zahl in %	Ø Fall- zahl	Fall- zahl in %	Ø Fall- zahl	Fall- zahl in %	Ø Fall- zahl	Fall- zahl in %
G67	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkerkrankung und ver- schiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	6	M	658.733	960	84	686	1.489	43	894	26	623	18	377	11	48	1
P67	Neugeborener Einling, Aufnahmeweight > 2.499 g	15	M	579.337	552	48	1.050	2.255	43	1.268	24	825	16	591	11	295	6
O60	Vaginale Entbindung	14	M	394.447	531	46	743	1.536	42	902	24	597	16	436	12	236	6
I68	Nicht operativ behan- delte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäu- lenbereich	8	M	327.648	1.021	89	321	836	52	384	24	231	14	125	8	27	2
F62	Herzinsuffizienz und Schock	5	M	299.768	929	81	323	679	42	412	26	285	18	185	11	51	3
E79	Infektionen und Entzündun- gen der Atmungsorgane	4	M	249.796	943	82	265	602	46	331	25	218	16	137	10	35	3
F71	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungs- leitungsstörungen	5	M	235.724	908	79	260	615	47	334	26	207	16	115	9	25	2
L90	Niereninsuffizienz, teilsta- tionär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse	11	M	233.686	117	10	1.997	6.584	68	2.640	27	335	3	154	2	47	0
B70	Apoplexie	1	M	184.023	939	82	196	658	67	236	24	58	6	21	2	6	1
B80	Andere Kopfverletzungen	1	M	182.242	878	76	208	561	54	252	24	140	14	72	7	10	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	
								Ø 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 %	Ø Fall- zahl	Fall- zahl anteil in %
F67	Hypertonie	5	M	179.897	908	79	198	428	43	242	24	175	18	116	12	28	3
E65	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung	4	M	172.514	913	80	189	445	47	225	24	151	16	93	10	28	3
O65	Andere vorgeburtliche sta- tionäre Aufnahme	14	M	171.146	653	57	262	646	49	341	26	210	16	103	8	6	0
L64	Harnsteine und Harnwegs- obstruktion	11	M	158.939	877	76	181	554	61	230	26	76	8	35	4	9	1
E69	Bronchitis und Asthma bronchiale	4	M	158.459	918	80	173	412	48	222	26	131	15	77	9	21	2
K62	Verschiedene Stoffwechsel- erkrankungen	10	M	153.533	946	82	162	338	42	208	26	148	18	97	12	20	3
L63	Infektionen der Harnorgane	11	M	150.870	921	80	164	377	46	213	26	132	16	77	9	19	2
F73	Synkope und Kollaps	5	M	138.915	947	82	147	330	45	188	26	122	17	75	10	16	2
J65	Verletzung der Haut, Unter- haut und Mamma	9	M	131.235	907	79	145	372	52	173	24	109	15	58	8	10	1
E71	Neubildungen der Atmungs- organe	4	M	131.090	890	78	147	534	72	123	17	50	7	23	3	6	1
K60	Diabetes mellitus	10	M	114.350	931	81	123	339	55	132	21	81	13	49	8	12	2
J64	Infektion/Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus	9	M	113.870	978	85	116	281	48	144	25	94	16	54	9	8	1

■ ■ 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 2019 u. a. 45 DRGs (davon drei teilstationäre), zu denen keine sachgerechte Bewertungsrelation durch das InEK ermittelt werden konnte, aber auch Leistungen in besonderen Einrichtungen und teilstationäre Behandlung.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 93 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 2019 – von der Abrechnung nach DRG-Fallpauschalen und der Budgetkonvergenz ausgenommen sind. „N“ markiert Einrichtungen, in denen 2019 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 finden sich Informationen zu für das Budgetjahr 2019 vereinbarten Zu- bzw. Abschlägen für die Teilnahme an der Notfallversorgung. Falls zu einem IK mehrere Standorte gehören, welche unterschiedliche Kriterien der Notfallstufenvergütungsvereinbarung⁴ erfüllen, wird die höchste Stufe angezeigt. Es wird unterschieden, ob das Krankenhaus ein Zuschlag für die Teilnahme an der Basisnotfallversorgung (Stufe 1), an der erweiterten Notfallversorgung (Stufe 2) bzw. der Versorgung von Schwerverletzten oder der umfassenden Notfallversorgung (Stufe 3) erhält. Bei Krankenhäusern, bei denen kein Standort die Kriterien für eine allgemeine Notfallstufe erfüllt wird ausgewiesen, ob für sie ein separater Zuschlag für die Vorhaltung spezieller Notfallversorgungsangebote oder ein Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung vereinbart wurde.

Die Abkürzungen für die vereinbarten Zu- bzw. Abschläge zur Teilnahme an der Notfallversorgung bedeuten Folgendes:

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

4 Grundlage ist die „Vereinbarung über Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntG i. V. m. § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufenvergütungsvereinbarung)“ vom 10.12.2018.

- 1 = Basisnotfallversorgung
- 2 = Erweiterte Notfallversorgung und/oder Versorgung von Schwerverletzten
- 3 = Umfassende Notfallversorgung
- C = Versorgung von Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit)
- K = Kindernotfallversorgung
- S = Versorgung von Schlaganfällen (Stroke Unit)
- N = Nicht-Teilnahme
- Leer = keine Information vorhanden oder abschlagsbefreiter Spezialversorger

■ AOK-Patientenwege (PKW-km) (Med/oQ)

Für jede Einrichtung wird auf Basis der AOK-Krankenhausfälle mit Abrechnung nach Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) die maximale PKW-Strecke in km für die 50 % (in der Spalte Med für Median) bzw. 75 % (in der Spalte oQ für oberes Quartil) der AOK-Versicherten mit der kürzesten Fahrtstrecke dargestellt. Als Startpunkt des Patientenwegs gilt der geografische 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 Krankenhausdichte kann also auch einen relativ hohen Marktanteil aufweisen, sofern es Leistungen erbringt, die in der Region ansonsten selten bzw. in geringem Umfang vereinbart sind.

Der Herfindahl-Hirschman-Index ist eine Kennzahl zur Konzentrationsmessung in einem Markt bzw. in einer Marktregion und

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

Um unerwünschte Effekte aus noch nicht geschlossenen Vereinbarungen zu minimieren, basieren die Marktdaten abweichend von den übrigen Werten in der Tabelle aus der 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 Pati-

enten in Rechnung zu stellen, oder liegen der Krankenkasse bereits in den Versichertenstammdaten vor.

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

Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt. Das aktuelle Verfahrensjahr 2020 umfasst den Berichtszeitraum 2016 bis 2018 (Ausnahme: Knieprothesenwechsel 2014 bis 2018) mit 2019 zur Nachbeobachtung der Patienten.

Die klinikbezogenen QSR-Ergebnisse werden auch in der Krankenhaussuche im AOK-Gesundheitsnavigator frei zugänglich veröffentlicht.⁵

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

⁵ <https://www.aok.de/pk/uni/medizin-versorgung/krankenhaussuche/>

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.