



DRG-Krankenhäuser im Vergleich

Elektronisches Zusatzmaterial Die elektronische Version dieses Kapitels enthält Zusatzmaterial, das den Nutzern zur Verfügung steht unter https://doi.org/10.1007/978-3-662-58225-1_20 und unter www.springer.com/book/9783662582244.

Jörg Friedrich

© Der/die Autor(en) 2019

J. Klauber et al. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2019*

https://doi.org/10.1007/978-3-662-58225-1_20

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 1.400 Krankenhäuser Eingang, zu denen eine Budgetvereinbarung für das Jahr 2017 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 1,400 hospitals have been included for which a budget agreement for the year 2017 or QSR treatment outcomes are available.

20.1 Krankenhaus-Directory

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 1.400 Krankenhäuser Eingang, zu denen eine Vereinbarung oder QSR-Behandlungsergebnisse vorliegen. Das Krankenhaus-Directory finden Sie unter www.springer.com/book/9783662582244.

Die einzelnen Spalten des Directories haben folgende Bedeutung:

■ Krankenhausname

Mit einem * gekennzeichnete Einrichtungen haben nach Abschluss der Vereinbarung 2017 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 2017, 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 Krankenhausfälle 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. 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 2017 keine DRG-Entgelte vereinbart hat, z. B. auf Basis der Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen 2017, 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)

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

2 Alle fallbezogenen Zuschläge werden bei Anrechnung im Z-Bax durch den vereinbarten CMI des Hauses dividiert. Der tagesbezogene Investitionszuschlag wird näherungsweise über die mittlere Verweildauer der vereinbarten DRGs ermittelt. Die berücksichtigten Zuschläge im Z-Bax lauten z. Zt.: Zuschlag Abschaffung des Arztes im Praktikum (AiP), Zuschlag Finanzierung von Arbeitszeitverbesserungen (AZV), Zuschlag Ausbildungsfinanzierung, Investitionszuschlag, Zuschlag Qualitätssicherungszuschlag, Sicherstellungszuschlag, Zuschlag Zentren und Schwerpunkte, Zuschlag Vorhaltekosten Besonderer Einrichtungen, Abschlag Tarifierhöhung, Abschlag für Anschubfinanzierung Integrierter Versorgung, Abschlag für vereinbarte Mehrleistungen, Fixkostendegressionsabschlag, Abschlag Nichtteilnahme am Datenträgeraustausch, Abschlag Nichtteilnahme an Notfallversorgung, Sanierungsabschlag, Ausgleiche, Kappung, Versorgungszuschlag, Konvergenzverlängerung, Zuschlag für Mehrkosten aus GBA-Richtlinien und Konvergenz Besondere Einrichtungen.

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, so 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.

Aus dem Grad der Spezialisierung der Krankenhäuser lassen sich nur wenige Rückschlüsse auf die Zentralisierung der Leistungserbringung ziehen. ■ Tab. 20.1 und ■ Tab. 20.2 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, mit wie vielen Basis-DRGs (A-DRGs) jeweils 25 %, 50 % und 75 % aller Leistungen eines Hauses erreicht werden. 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 2017 gibt es 558 Basis-DRGs, davon zwei 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 Stoffwechselerkrankungen
 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

Tab. 20.1 Verteilung der vereinbarten Fallzahlen 2017 auf Fallzahl-Quintile für die 25 häufigsten vollstationären Basis-DRGs der operativen Partition

ADRG	Beschreibung	MDC	Parti- tion	Fallzahl	Anzahl KH	Anteil KH in %	Durch- schn. Fall- zahl	1. Quintil		2. Quintil		3. Quintil		4. Quintil		5. Quintil	
								Durch- schn. Fallzahl	Fallzahl- anteil in %	Durch- schn. Fallzahl	Fallzahl- anteil in %	Durch- schn. Fallzahl	Fallzahl- anteil in %	Durch- schn. Fallzahl	Fallzahl- anteil in %	Durch- schn. Fallzahl	Fallzahl- anteil in %
O01	Sectio caesarea	14	O	192.994	574	47	336	737	44	398	24	252	182	11	110	7	
I47	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrolyse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	8	O	168.099	882	72	191	471	50	209	22	142	92	10	37	4	
G24	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien u. and. Hernien, Alt.>0J. od. beidseit. Ingr. bei Leisten- und Schenkelhernien, Alt.>0J. u. <56J. oder Ingr. bei Leisten- u. Schenkelhernien, Alt.>55J.	6	O	158.423	881	72	180	360	40	212	24	159	113	13	53	6	
L20	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien	11	O	145.305	496	40	293	667	46	412	28	272	101	7	8	1	
I10	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule	8	O	140.674	787	64	179	521	59	220	25	110	37	4	3	0	
I13	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk	8	O	139.097	919	75	151	341	45	181	24	124	79	10	32	4	
I44	Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation/-revision am Kniegelenk	8	O	138.443	814	66	170	418	49	197	23	123	78	9	34	4	
H08	Laparoskopische Cholezystektomie	7	O	134.135	848	69	158	303	38	191	24	144	104	13	47	6	
F59	Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation	5	O	133.676	698	57	192	521	55	262	27	131	38	4	3	0	
D30	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC	3	O	111.556	581	47	192	667	70	198	21	68	21	2	3	0	

F58	Perkutane Koronarangioplastie	5	0	106.612	575	47	185	459	49	227	24	143	15	84	9	15	2
I08	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur	8	0	97.562	909	74	107	245	46	129	24	85	16	56	10	21	4
I20	Eingriffe am Fuß	8	0	92.549	933	76	99	272	55	106	21	63	13	38	8	17	3
J11	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma	9	0	90.473	980	80	92	272	59	95	21	56	12	31	7	8	2
G26	Andere Eingriffe am Anus	6	0	88.215	873	71	101	242	48	114	23	78	16	49	10	20	4
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	0	85.483	920	75	93	203	44	115	25	79	17	51	11	17	4
F52	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose	5	0	83.387	585	48	143	323	45	187	26	125	18	69	10	9	1
G23	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC	6	0	82.386	864	70	95	197	41	115	24	85	18	57	12	22	5
D06	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen	3	0	81.251	527	43	154	487	64	180	24	69	9	27	3	4	1
I09	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule	8	0	77.668	778	63	100	282	57	120	24	60	12	28	6	8	2
I29	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula	8	0	71.975	891	73	81	227	56	85	21	51	13	29	7	12	3
I32	Eingriffe an Handgelenk und Hand	8	0	69.890	898	73	78	266	68	73	19	32	8	14	4	4	1
F12	Implantation eines Herzschrittmachers	5	0	69.108	774	63	89	209	47	116	26	72	16	38	8	12	3
C08	Extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE)	2	0	65.374	214	17	305	842	55	392	26	215	14	64	4	7	0
F50	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie	5	0	63.572	319	26	199	572	58	233	23	123	12	52	5	13	1
n = 1.228 Vereinbarungen des Jahres 2018																	

Tab. 20.2 Verteilung der vereinbarten Fallzahlen 2017 auf Fallzahl-Quintile für die 25 häufigsten vollstationären Basis-DRGs der medizinischen Partition

ADRG	Beschreibung	MDC	Parti- tion	Fallzahl	Anzahl KH	Anteil KH in %	Durch- schn. Fall- zahl	1. Quintil		2. Quintil		3. Quintil		4. Quintil		5. Quintil	
								Durch- schn. Fallzahl	Fallzahl- anteil in %	Durch- schn. Fallzahl	Fallzahl- anteil in %	Durch- schn. Fallzahl	Fallzahl- anteil in %	Durch- schn. Fallzahl	Fallzahl- anteil in %	Durch- schn. Fallzahl	Fallzahl- anteil in %
G67	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	6	M	699.972	1.034	84	677	1.488	44	895	26	609	18	357	11	33	1
P67	Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht >2499g	15	M	599.250	606	49	989	2.102	43	1.216	25	782	16	554	11	281	6
O60	Vaginale Entbindung	14	M	404.569	577	47	701	1.453	42	845	24	567	16	403	11	230	7
I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich	8	M	352.898	1.099	89	321	825	51	392	24	236	15	127	8	24	2
F62	Herzinsuffizienz und Schock	5	M	306.195	990	81	309	655	42	391	25	268	17	181	12	52	3
L90	Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter >14Jahre ohne Peritonealdialyse	11	M	271.139	132	11	2.054	6.899	69	2.673	27	299	3	149	1	40	0
E79	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	4	M	255.739	1.001	82	255	576	45	321	25	214	17	130	10	33	3
F71	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen	5	M	250.004	988	80	253	604	48	329	26	203	16	109	9	19	1
B70	Apoplexie	1	M	199.812	995	81	201	666	66	240	24	64	6	27	3	7	1
F67	Hypertonie	5	M	198.644	979	80	203	440	43	256	25	178	18	115	11	24	2
B80	Andere Kopfverletzungen	1	M	195.681	912	74	215	572	54	263	25	143	13	77	7	15	1
O65	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme	14	M	193.919	701	57	277	658	48	361	26	233	17	119	9	11	1

E65	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung	4	M	182.063	979	80	186	438	47	223	24	150	16	93	10	26	3
E69	Bronchitis und Asthma bronchiale	4	M	176.173	1.000	81	176	422	48	228	26	135	15	77	9	19	2
L64	Harnsteine und Harnwegs-obstruktion	11	M	160.480	933	76	172	517	60	219	26	77	9	35	4	9	1
F73	Synkope und Kollaps	5	M	155.346	1.005	82	155	344	45	200	26	132	17	79	10	18	2
K62	Verschiedene Stoffwechsel-erkrankungen	10	M	148.387	1.019	83	146	310	43	189	26	133	18	80	11	16	2
L63	Infektionen der Harnorgane	11	M	148.130	981	80	151	349	46	200	26	122	16	68	9	16	2
E71	Neubildungen der Atmungs- organe	4	M	142.127	957	78	149	544	73	120	16	49	7	23	3	6	1
J65	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma	9	M	136.962	960	78	143	367	51	175	25	104	15	58	8	10	1
D61	Gleichgewichtsstörung, Hörverlust oder Tinnitus	3	M	125.489	992	81	127	345	55	151	24	81	13	43	7	11	2
B76	Anfälle	1	M	121.417	969	79	125	407	65	156	25	47	7	13	2	3	1
K60	Diabetes mellitus	10	M	119.970	995	81	121	328	54	132	22	82	14	50	8	12	2
G72	Andere leichte bismoderate Erkrankungen der Verdauungs- organe	6	M	117.867	937	76	126	288	46	163	26	102	16	60	9	15	2
J64	Infektion/Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus	9	M	117.770	1.050	86	112	271	48	138	25	91	16	52	9	8	1

n = 1.228 Vereinbarungen des Jahres 2017

■ 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 2017 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 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 Einrich-

tungen – VBE 2017 – von der Abrechnung nach DRG-Fallpauschalen und der Budgetkonvergenz ausgenommen sind. „N“ markiert Einrichtungen, in denen 2017 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 2017 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 (KHEntG) 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 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

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

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 krankenspezifischen 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), Gallenblasentfernung bei Gallensteinen, Blinddarmentfernung, Operation bei gutartiger Prostatavergrößerung, Prostataentfernung bei Prostatakrebs und therapeutische Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt. Das aktuelle Verfahrensjahr 2017 umfasst den Berichtszeitraum 2014 bis 2016 mit 2017 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 www.aok.de/krankenhausnavi

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.

