

Einführung

Gregor Leclerque und Jürgen Klauber

Regionalität ist ein facettenreicher und zunehmend gewichtiger Faktor bei der Beurteilung und Gestaltung der Gesundheitsversorgung. In der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion des Jahres 2011 zeigt sich dies einerseits daran, dass die Sicherstellung der regionalen Versorgung im ländlichen Raum einen wesentlichen Schwerpunkt der Gesetzgebung zum Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) darstellt. Zum anderen musste eine Betriebskrankenkasse im Wesentlichen deshalb geschlossen werden, weil sie aufgrund ihrer Versichertenstruktur an eine umfangreiche und kostenintensive großstädtische Angebotsstruktur gebunden war.

In der Tat unterscheiden sich die bestehenden Angebotsstrukturen erheblich. Zwangsläufig ist auch die Rolle der Krankenhäuser verschieden, je nachdem, ob sie sich in einem Ballungsgebiet mit einem umfassenden – mitunter zu umfassenden – Angebot an niedergelassenen Ärzten bewegen oder ob sie in einer ländlichen Region in weitaus stärkerem Maße Notfallversorgung und reguläre ambulante Leistungen übernehmen und erbringen müssen. Unterschiedliche Aufgaben haben für die Kliniken jeweils auch spezifische betriebswirtschaftliche Implikationen und unterschiedliche Perspektiven vor dem Hintergrund der regionalen Angebotsstruktur und der demografischen Entwicklung.

Große regionale Varianzen zeigen sich ebenfalls, wie auch international zu beobachten, bei der Inanspruchnahme stationärer Leistungen. Mitunter unterscheidet sich – auch bei Berücksichtigung anderer Determinanten – die Häufigkeit, mit der bestimmte Eingriffe in der Regionalperspektive erbracht werden, um ein Vielfaches. Neben Unterschieden in der Morbidität sowie sozioökonomischen Merkmalen sind angebotsseitige Effekte, aber auch medizinische Schulen und regional etablierte Behandlungsgepflogenheiten als Erklärungsparameter in Betracht zu ziehen.

An dem Begriff Regionalität hängen neben Angebot und Inanspruchnahme von stationären Leistungen viele weitere Fragestellungen an die künftige Ausgestaltung des Gesundheitssystems: Wie und in welcher regionalen Abgrenzung soll Bedarfsplanung zukünftig erfolgen? Wie sollen die Kompetenzen der gesundheitspolitischen Akteure in regionaler Sicht organisiert werden? Will man mehr Wettbewerb im Krankenhausmarkt erreichen, indem Direktverträge ermöglicht werden, und wie sind dann regionale Wettbewerbsräume abzugrenzen? Wie stellt sich die Qualität der Gesundheitsversorgung in der Regionalperspektive dar?

Die große Bedeutung der Regionalität im Gesundheitswesen allgemein und in der stationären Versorgung im Besonderen war Anlass für die Herausgeber, zentrale Aspekte dieses Themas in einem Schwerpunkt vertieft zu behandeln. Darüber hinaus widmen sich weitere Beiträge im Diskussionsteil Einzelthemen von besonderer Relevanz und Aktualität.

Schwerpunkt: Regionalität

Regionalität – Anmerkungen aus ordnungspolitischer Sicht

Regionalität gewinnt zunehmend auch in der gesundheitspolitischen Diskussion an Bedeutung, wie zwei aktuelle Beispiele aus dem Jahr 2011 zeigen: die Schließung der City BKK und die Gesetzgebung zum Versorgungsstrukturgesetz. So ist die Schließung der City BKK mit ihrem Schwerpunkt in Berlin und Hamburg augenfällig mit Regionalfragen einer großstädtischen Versorgungsstruktur verknüpft. Trotz einer weitgehend einheitlichen Regelungslandschaft existieren Unterschiede in den Deckungsquoten, verstanden als das Verhältnis von Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu den tatsächlichen Leistungsausgaben. Insbesondere die Leistungsausgaben weisen dabei regionale Divergenzen auf, Unterdeckungen finden sich tendenziell vor allem in städtischen Verdichtungsgebieten. Dabei stellt sich die Frage, inwieweit Akteure vor Ort auf die Höhe dieser Ausgaben einwirken können. Den Krankenkassen steht dafür heute nur ein sehr begrenztes Instrumentarium zur Verfügung. Daran ändert auch das Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wenig. Obgleich dieses Gesetzesvorhaben einer „Flexibilisierung und Regionalisierung“ das Wort redet, ist es aus Sicht der Autoren ungeeignet, Lösungen für einen stärker versorgungsorientierten Krankenkassenwettbewerb in regionaler Sicht zu schaffen. (*Beitrag Jacobs/Schröder/Wasem*)

Regionale Unterschiede in der stationären Versorgung: Das ländliche Krankenhaus im Fokus

Es bestehen merkliche regionale Unterschiede in der Krankenhausedichte. Dies ist angesichts großer Unterschiede in der Bevölkerungsdichte auch nicht verwunderlich. Es stellt sich allerdings die Frage, wie zukünftig eine wohnortnahe stationäre Versorgung sichergestellt werden kann, insbesondere vor dem Hintergrund der sich abzeichnenden demografischen Entwicklung. Eine Betrachtung nach Standort und Trägerschaft zeigt, dass vor allem kleinere Häuser bis 300 Betten im ländlichen Raum, dabei in erster Linie die kommunalen Einrichtungen, wirtschaftlich schlechter dastehen als andere Häuser. Hier ist es nicht unwahrscheinlich, dass ein demografisch bedingter Rückgang der Bevölkerung und damit der Nachfrage nach Krankenhausleistungen die wirtschaftliche Grundlage solcher Häuser weiter erodieren lässt. Dies wäre dann problematisch, wenn die medizinische Versorgung der verbliebenen Bevölkerung hierunter litte. Tatsächlich bestehen jedoch viele Ansatzpunkte – namentlich die Neuausrichtung der Arbeitsteilung zwischen stationärem und ambulantem Bereich und die Bildung größerer ländlicher Grundversorger –, die Versorgung auch in einem solchen Falle zu gewährleisten. Für erfolgreiche Beispiele braucht man nicht einmal ins Ausland zu gehen; vor allem in den neuen Bundesländern gibt es ländliche Regionen, in denen mittels größerer, qualitativ hochwertiger Grundversorger eine wohnortnahe medizinische Versorgung sichergestellt wird. (*Beitrag Augurzky/Beivers/Schmitz*)

Geografische Variationen in der stationären Versorgung: Internationale Erfahrungen

Bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen lassen sich markante Unterschiede zwischen den Regionen feststellen. Diese bleiben auch erhalten, wenn man

z. B. Determinanten wie Alter und Geschlecht berücksichtigt. Zugleich erweisen sich die beobachteten Divergenzen häufig im Zeitverlauf als ausgesprochen konstant. In der internationalen Fachliteratur werden verschiedene Erklärungsansätze diskutiert, beispielsweise bedarfsseitige und angebotsseitige Faktoren, das Fehlen klarer medizinischer Leitlinien oder unterschiedliche medizinische Schulen wie auch weitere sozialstrukturelle Unterschiede. Angesichts des komplexen Wirkungszusammenhangs verschiedenster Einflussfaktoren ist eine einfache Aufklärung solcher Unterschiede nicht zu erwarten. Dennoch liegt hier ein relevantes Problemfeld vor, das auf entsprechenden weiteren Forschungsbedarf verweist, deuten doch die regionalen Divergenzen auf Unterschiede in der Behandlung hin, die vermutlich teilweise nicht angemessen sind. Dahinter verbergen sich entweder eine suboptimale Versorgung der Patienten oder ein ineffizienter Einsatz knapper Ressourcen. Im schlimmsten Falle kann beides gleichzeitig der Fall sein. (*Beitrag Storz-Pfennig*)

Regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Hüft- und Knieendoprothesen

Die regionalen Unterschiede in der Inanspruchnahme von Leistungen in Deutschland lassen sich beispielhaft anhand der Hüft- und Knieendoprothesen zeigen. Solche Unterschiede zwischen Regionen existieren sowohl auf Bundesland- als auch auf Kreisebene. Sie reichen bei der kleinräumigen Analyse bei den Männern für die Hüftendoprothesen bis zum Faktor 2,6 und bei den Kniegelenkendoprothesen bis zum Faktor 4,3. Dieses Phänomen zeigt sich in dieser Form auch in anderen Ländern. Belegbare Unterschiede in der Morbidität allein können diese Inanspruchnahmeunterschiede nicht erklären. Über die deskriptive Darstellung von Versorgungsunterschieden in Deutschland hinaus besteht weiterer Analysebedarf, der eine Reihe möglicher Erklärungsmodelle berücksichtigen muss. Zu nennen sind neben Morbiditätsunterschieden der Einfluss angebotsseitiger Faktoren, unterschiedliche Versorgungsroutinen und medizinische Schulen wie auch der Einfluss unterschiedlicher Patienteninformation, die zu bestimmten Erwartungshaltungen beziehungsweise einem bestimmten Inanspruchnahmeverhalten seitens der Patienten führen. (*Beitrag Schäfer/Jeszenszky/Günther/Malzahn/Niethard*)

Regionale Unterschiede bei Hysterektomien und Ovariektomien

Auch hinsichtlich der Fallhäufigkeit medizinischer Eingriffe in der operativen Gynäkologie gibt es regional sehr große Unterschiede. Dies lässt sich beispielsweise anhand der Hysterektomien und Ovariektomien zeigen. In einigen Regionen wird ein Vielfaches desjenigen erbracht, was in anderen Regionen üblich ist. Das Ausmaß dieser Unterschiede fällt je nach Regionseinteilung unterschiedlich hoch aus, die Grundtendenz deutlicher Unterschiede bleibt jedoch immer erhalten. Sie reichen bei der Aufteilung Deutschlands in 100 gleich große Regionen bis zum Faktor 2,6 bei Hysterektomien und bis zum Faktor 3,4 bei den Ovariektomien. Doch nicht nur bei der Leistungserbringung, auch hinsichtlich der Versorgungsstruktur gibt es entsprechende Unterschiede. So variiert die Zahl der gynäkologischen Betten bezogen auf die Frauen zwischen den Regionen um mehr als das Vierfache. Die Analyse eines möglichen Zusammenhangs zwischen der vorgehaltenen Zahl von gynäkologischen Betten und der beobachteten Fallhäufigkeit mit dem hier gewählten Modell ergibt keinen Nachweis für eine Angebotsinduzierung. (*Beitrag Geraedts/Malik*)

Regionale Unterschiede und deren Determinanten im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie

In den Jahren 2007 bis 2009 hat die Anzahl der Cage-Implantationen und der Implantationen von Bandscheibenprothesen stark zugenommen. Gleichzeitig ist das Durchschnittsalter der behandelten Patienten gestiegen. Auch für diese Indikationen bestehen große regionale Unterschiede in den Operationshäufigkeiten nach Altersstandardisierung, die beim Vergleich der 10 Prozent der Kreise mit den niedrigsten Werten mit den 10 Prozent der Kreise mit den höchsten Werten bei den Cage-Implantationen den Faktor 4,8 und bei den Bandscheibenprothesen den Faktor 12,8 erreichen. Zudem untersucht der Beitrag auf der Basis eines linearen Regressionsmodells den Einfluss verschiedener Faktoren auf die regionale Variation, wobei die Erklärungskraft der betrachteten Einflussgrößen insgesamt gering ist. Hinsichtlich angebotsseitiger Einflüsse lässt sich eine geringe positive Wirkung der Anzahl der stationären Bettenzahlen auf die Operationsrate von Cage-Implantationen feststellen; andere Faktoren – wie beispielsweise die Anzahl der Krankenhäuser oder der niedergelassenen Fachärzte – zeigen keinen signifikanten Einfluss. Da auch der Erklärungsgehalt weiterer sozioökonomischer Gegebenheiten sehr gering ist, stehen vor allem „surgical signatures“, d. h. unterschiedliche regional wirksame stabile Traditionen im Behandlungsgeschehen, z. B. aufgrund fehlender ausreichend konsentierter Behandlungsleitlinien, wie auch das Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung als weiter zu untersuchende Erklärungsmuster im Raum. (*Beitrag Fürstenberg/Zich/Haustein*)

Erreichbarkeit von Krankenhäusern

In der öffentlichen Darstellung finden sich immer wieder auch Berichte über einen angeblich drohenden Zusammenbruch der stationären Versorgung in einigen Regionen Deutschlands. Feststellen lässt sich gegenwärtig allerdings, dass sich trotz gesunkener Gesamtzahl der Kliniken die Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung – gemessen am Anteil der Bevölkerung mit bestimmten Fahrzeiten ins nächste Krankenhaus – seit 2003 praktisch nicht verändert hat. Nach wie vor findet sich ein dichtes Grundversorgungsnetz, 73,2% der Bevölkerung erreichen das nächste Krankenhaus in 10 und 97,5% in 20 Minuten. Die sich abzeichnenden demografischen Entwicklungen bis 2030, insbesondere der regional unterschiedliche Bevölkerungsrückgang einerseits und der Fallzahlenanstieg infolge gesellschaftlicher Alterung andererseits, könnten gegebenenfalls in einigen Gebieten zu einer reduzierten Erreichbarkeit führen. Dabei sind allerdings die zahlreichen Möglichkeiten, dieser Entwicklung entgegenzuwirken, nicht berücksichtigt. Neben einer besseren Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor und der allgemeinen Verbesserung der Verkehrsinfrastruktur kann die Versorgung der Bevölkerung insbesondere dadurch flächendeckend sichergestellt und verbessert werden, dass die regionale Krankenhausplanung konsequent auf Mittel- und Oberzentren (rund 1 000 Gemeinden) ausgerichtet wird. Dies würde eine gute Erreichbarkeit der Grundversorgung garantieren. Im Extremfall wäre dabei ggf. eine Reduzierung auf ca. 400 Mittelzentren denkbar. (*Beitrag Spangenberg*)

Auswirkungen einer Zentralisierung von Leistungen auf die Flächendeckung der Versorgung – Ergebnisse aus einem Modell zur Zentrenbildung

Der Beitrag befasst sich mit der Frage der Unterstützung der Krankenhausstandortplanung auf Basis einer empirischen Methode. Anhand einzelner Indikationen aus dem Bereich der Onkologie beziehungsweise Wirbelsäulenchirurgie wird im geografischen Modell aufgezeigt, welche Auswirkungen auf die Wegezeiten zu den Krankenhäusern eine Erhöhung der Mindestfallzahlen und damit eine Konzentration auf eine geringere Anzahl von Standorten hätte. Durch die schrittweise Erhöhung der Mindestfallzahl lassen sich der Konzentrationsprozess sowie die hieraus resultierenden Fahrtzeiten für potenzielle Patienten anschaulich darstellen. Dabei sind erwartungsgemäß bei hochspezialisierten Leistungen deutlich stärkere Effekte auszumachen als bei weniger spezialisierten. Bei Letzteren ist eine stärkere Zentrenbildung mitunter nur mit einer geringfügig längeren Fahrtzeit verbunden. Letztlich ist die Definition konkreter Mindestmengen und die hiermit zusammenhängende Festlegung vertretbarer Wegezeiten freilich eine politische Entscheidung. *(Beitrag Längen/Büscher)*

Direktverträge für stationäre Leistungen – Chance für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit im Krankenhausektor

Bislang führen vertragswettbewerbliche Ansätze im deutschen Gesundheitssystem ein Schattendasein. Insbesondere im stationären Bereich sind Vertragsmöglichkeiten außerhalb des kollektivvertraglichen Rahmens so gut wie nicht existent, auch wenn vor Jahren schon Modelle des selektiven Kontrahierens für elektive Leistungen politisch diskutiert wurden. Der Beitrag zeigt auf, wie ein solcher Wettbewerb als Wettbewerb um die beste Versorgungsqualität unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten ausgestaltet werden kann. In der Diskussion werden zahlreiche Argumente gegen die Möglichkeit von Direktverträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen angeführt. Tatsächlich sollten eine Reihe von Bedingungen erfüllt sein, namentlich die Gewährleistung von Qualitätsstandards, die Sicherstellung der Erreichbarkeit und die Existenz einer hinreichenden Anzahl von Krankenhäusern, um eine zu starke Anbieterkonzentration zu verhindern. Hinsichtlich mancher Leistung sind diese Bedingungen für eine Einführung selektiver Verträge in der Tat nicht erfüllt, mitunter nur in bestimmten Regionen, mitunter generell. Es besteht jedoch, wie sich an Beispielen belegen lässt, substanzieller Gestaltungsraum für den Einstieg in Direktverträge, insbesondere in Ballungsgebieten mit einer dichten Anbieterstruktur, hier analysiert für Knieendoprothesen und Geburten in Hessen. Hier wäre es durchaus denkbar, dass Kostenträger und Leistungserbringer selektive Versorgungsverträge vereinbaren und hierüber sowohl die Qualität als auch die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung fördern und grundsätzlich einen positiven Wettbewerb gleichermaßen zwischen den Krankenhäusern als auch zwischen den Krankenkassen stärken. *(Beitrag Göbel/Wolff)*

Regionalität – wettbewerbliche Überlegungen zum Krankenhausmarkt

Der Charakter von Krankenhäusern als Wirtschaftsbetriebe wirft einerseits die Frage nach der Wettbewerbskontrolle auf. Andererseits bewegen sich Krankenhäuser in einem hochgradig regulierten Markt. Insbesondere die Krankenhausplanung in Verbindung mit der Investitionsfinanzierung, die im Rahmen des dualen Finanzie-

runssystemen in der Verantwortung der Länder liegt, schafft wettbewerbspolitisch eine besondere Situation. Der Marktzutritt ist im Krankenhausmarkt stark eingeschränkt; auch dem internen Wachstum sind aufgrund bestehender Regulierungen, beispielsweise des Mehr- und Mindererlösausgleichs, enge Grenzen gesetzt. Das Augenmerk der Wettbewerbspolitik richtet sich dementsprechend in den vergangenen Jahren vornehmlich auf die Fusionskontrolle. Dabei wird die Frage aufgeworfen, ob angesichts der auf kleinräumig konstituierte regionale Räume ausgerichteten akutstationären Versorgung die Aufgreifschwelle in der Fusionskontrolle derzeit nicht zu hoch gesetzt sind und damit regional relevante Marktmacht nicht in ausreichendem Maße erfassen. (*Beitrag Coenen/Haucap/Herr*)

Technische Effizienz deutscher Krankenhäuser. Einfluss von Trägerschaft, Rechtsform und regionalem Wettbewerb

Dieser Beitrag befasst sich mit Fragen von Effizienzunterschieden und der Effizienzentwicklung der deutschen Krankenhäuser und untersucht determinierende Faktoren. Anknüpfend an einen Beitrag aus dem Krankenhaus-Report 2010 geschieht dies auf Basis einer Effizienzfrontanalyse für die Jahre 2002 bis 2008. Dabei ist im Durchschnitt der Krankenhäuser in diesem Zeitraum ein deutlicher Anstieg der Effizienz erkennbar, insbesondere im Jahr 2003, dem Jahr des optionalen Einstiegs in die DRG-basierte Vergütung. In der Regionalbetrachtung weist lediglich das Saarland einen leichten Rückgang auf. Krankenhäuser in privater Trägerschaft konnten ihren moderaten Effizienzvorsprung über die Jahre behaupten. Auf der Grundlage dieser Analyse lassen sich dann mittels einer Regressionsrechnung interne und externe Faktoren bestimmen, mit denen Effizienzunterschiede einhergehen. Dabei kann insbesondere auch die komplexe Beziehung zwischen dem regionalen Wettbewerb auf dem Markt für Krankenhausleistungen und der Effizienz untersucht werden. (*Beitrag Karmann/Robra/Topf/Werblow*)

Der Einfluss der Ärztedichte auf ambulant-sensitive Krankenhaufälle

Zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor besteht bekanntermaßen sowohl eine substitutive als auch eine komplementäre Beziehung. Insofern ist es interessant zu untersuchen, welche Auswirkungen der ambulante Sektor auf die Zahl vermeidbarer Krankenhaufälle in einer Region besitzt. Zunächst ist festzustellen, dass gemessen an dem zugrunde gelegten Indikationskatalog des National Health Service die Zahl vermeidbarer Krankenhauseinweisungen regional erheblich variiert. Die Analyse auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte zeigt für die Männer im Zeitraum 2005 bis 2008 Unterschiede bis zum Faktor 4,9. Unterstellt man, dass der Katalog so für Deutschland zutrifft und eine ähnliche Dimension für die nicht betrachteten Fälle der Frauen gilt, sind danach in Deutschland pro Jahr insgesamt rund 10% der Krankenhaufälle vermeidbar. Untersucht man nun den Zusammenhang mit der ambulanten Ärztedichte, kann festgestellt werden, dass hier offenkundig verschiedene Effekte zusammenwirken. Zum einen verweist die Analyse darauf, dass eine niedrige Ärztedichte zu einer erhöhten Zahl vermeidbarer Krankenhaufälle führen kann. Hier wird eine Versorgung von Patienten, die grundsätzlich ambulant hätte erbracht werden können, durch Krankenhäuser wahrgenommen. Andererseits kann auch eine überdurchschnittliche hohe Dichte niedergelassener Ärzte zu einem Anstieg vermeidbarer Krankenhauseinweisungen führen. Hier ist

eine angebotsinduzierte Nachfrage zu vermuten. Hinsichtlich des tatsächlichen Zusammenhangs lassen sich je nach Arztgruppe und Indikation allerdings große Unterschiede ausmachen. (*Beitrag Sundmacher/Busse*)

Zur Diskussion

Spezialärztliche Versorgung – Plädoyer für eine Neuordnung

Die strikte Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor als historisch gewachsenem Spezifikum des deutschen Gesundheitssystems ist ein Dauerbrenner der gesundheitspolitischen Reformdiskussion. Tatsächlich sind in den vergangenen Jahrzehnten zahlreiche Sonderregelungen geschaffen worden, um den Krankenhäusern zu ermöglichen, neben stationären auch ambulante Leistungen zu erbringen. Dies hat freilich zu einem bunten Nebeneinander verschiedenster Formen der „spezialärztlichen“ Versorgung geführt, aus denen in vielen Bereichen Inkonsistenzen und Unklarheiten resultieren. Neben unklaren Abgrenzungen von Leistungskatalogen und Erbringungszuständigkeiten sind insbesondere auch eine Vielfalt an Regelungsformen zur Vergütung gewachsen. Institutionelle Gegebenheiten erschweren dabei die Systematisierung. Mittlerweile ist das Finanzvolumen ambulanter Krankenhausleistungen erheblich gewachsen und lag 2010 bei rund 4 Milliarden Euro. Der Beitrag zeigt den Weg zu einer Neuordnung der spezialärztlichen Versorgung im Sinne eines weiten Begriffsverständnisses auf, das die verschiedenen Spielarten spezialärztlicher Versorgung umfasst. Der im Versorgungsstrukturgesetz gewählte Ansatz, beschränkt auf den § 116 b SGB V ohne ausreichende kollektive Regulierung und ohne Schaffung der Möglichkeit für vertragswettbewerbliche Ansätze, wird als klar unzureichend benannt. Im Rahmen der skizzierten umfassenden Lösung würden sich insbesondere auch Optionen bieten, Direktverträge für Teile des Katalogs des ambulanten Operierens (§ 115 b SGB V) zu implementieren. (*Beitrag Klein-Hitpaß/Leber*)

Pay for Performance – Einsparungen und Bonuszahlungen am Beispiel Hüftendoprothesen-Implantation

Pay for Performance, also die Berücksichtigung der Qualität der Leistung bei der Vergütung von erbrachten Leistungen, ist seit langem ein vieldiskutiertes und mittlerweile auch in zahlreichen Ländern erprobtes Verfahren. Aus Sicht der Autoren kann jedoch nur ein Ansatz sinnvoll sein, der auf Ergebnisqualität fokussiert, die klar indikationsbezogen nachgewiesen wird. Sie verfeinern ein schon im Krankenhaus-Report 2011 skizziertes Modell, aufsetzend auf dem Verfahren Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) der AOK. Am Beispiel der Hüftendoprothetik wird ermittelt, wie sich Folgekosten entwickeln, wenn Krankenhäuser bessere oder schlechtere Qualität aufweisen, wobei erwartungsgemäß die Folgekosten bei Häusern guter Qualität niedriger liegen. Ausgehend von diesem Analyseergebnis werden Vergütungsmodelle diskutiert, bei denen im Rahmen von Direktverträgen Krankenhäuser an den durch gute Qualität erzielten Einsparungen partizipieren können und mit denen zugleich Anreize gesetzt werden sollen, für die betrachtete Indikation Fälle in diese Häuser mit besserer Versorgungsqualität umzusteuern. (*Beitrag Malzahn/Günster/Fahlenbrach*)

Technologische Innovationen und DRGs: Ein Vergleich der Vergütungsinstrumente in elf europäischen Ländern

Die Frage, wie technologische Innovationen in die medizinische Versorgung im Krankenhaus Eingang finden und wie sie sich verbreiten, hängt nicht zuletzt davon ab, wie neue Verfahren im Vergütungssystem berücksichtigt werden. Die hier vorgelegte Untersuchung vergleicht elf Länder auf der Basis des EuroDRG-Projekts. Im internationalen Vergleich lässt sich feststellen, dass die einzelnen Länder sehr unterschiedlich mit diesem Thema umgehen. Viele, aber nicht alle Länder nutzen kurzfristige Vergütungsinstrumente, die die DRG-basierte Vergütung ergänzen. Alle untersuchten Länder nutzen langfristige Strategien, um technologische Innovationen in ihr Vergütungssystem zu integrieren. Die dokumentierte große Unterschiedlichkeit der Vorgehensweisen verweist auf weiteren Forschungsbedarf. Im Fokus weiterer vergleichender Analysen sollten die Wirkungen der unterschiedlichen Vergütungsansätze auf die Diffusion technologischer Innovationen ebenso stehen wie auch die weiteren systematischen Unterschiede, z. B. hinsichtlich des Eingangs von technologischen Innovationen in den Leistungskatalog oder des Aktualisierungsrhythmus abrechnungsrelevanter Klassifikationssysteme. *(Beitrag Scheller-Kreinsen/Quentin/Reiche/Röttger/Geissler/Busse)*

Einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung der Gallenblasentfernung auf der Basis von Routinedaten

In diesem Beitrag wird erstmals für Deutschland ein Qualitätsmessverfahren zur Feststellung von Ergebnisqualität bei der Gallenblasentfernung unter Einbeziehung der postoperativen Entwicklung auf Basis von Routinedaten vorgestellt. Er skizziert damit zugleich den fachlichen Rahmen der Erweiterung des Klinikvergleichs im AOK-Krankenhausnavigator in der Weissen Liste auf der Basis des Verfahrens Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) um vergleichende Indikatoren der Ergebnisqualität für die Gallenblasentfernung. Für die betrachteten Qualitätsindikatoren zeigen sich dabei große Unterschiede zwischen den Kliniken; auch bei der Ermittlung eines allgemeinen risikoadjustierten Qualitätsindex zeigen sich deutliche Unterschiede. Eine Differenzierung nach Raumordnungstypen gibt erste Hinweise auf ein mögliches Qualitätsdefizit in ländlichen Peripherieräumen, wobei hierzu jedoch noch weiterer Untersuchungsbedarf besteht. *(Beitrag Heller/Jeschke)*

Krankenhauspolitische Chronik, Daten und Analysen, Directory

Die Krankenhausbudgets 2009 und 2010 unter dem Einfluss des KHRG

Im Jahr 2009 war seitens des Gesetzgebers durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) eine Reihe von Maßnahmen getroffen worden, die sich budgeterhöhend ausgewirkt haben. Die Krankenhausbudgets sind von 2008 nach 2009 trotz nachträglich beschlossener kostendämpfender Maßnahmen dann auch sehr deutlich um circa 7% gestiegen. 2010 hat sich dieser Zuwachs etwas abgeschwächt. Er bleibt mit fast 6% aber immer noch deutlich höher als in den Jahren vor Einführung des KHRG. Für die Kliniken bedeutete dies allein im Jahr 2010 einen Mittelzuwachs von ungefähr drei Milliarden Euro. Dabei wirken sowohl ein Preisanstieg von 2,5% als auch eine deutliche Fallzahlerhöhung (1,6%) und eine Verschiebung der Leistungs-

struktur hin zu höher vergüteten Leistungen (1,7%) gleichermaßen in Richtung der beobachteten Budgetausweitung. (*Beitrag Kramer/Leclerque/Friedrich*)

Wie in jedem Jahr enthält der Krankenhaus-Report 2012 die **Krankenhauspolitische Chronik** (*Beitrag Burmann/Bürger*). Sie umfasst für einen Jahreszeitraum alle wichtigen Ereignisse im Krankenhausbereich und schreibt damit die langjährige Chronik fort. Die vollständige Chronik seit dem Jahr 2000 ist im Internetportal zum Krankenhaus-Report verfügbar.

Darüber hinaus enthält der Report den üblichen umfassenden Datenteil mit Übersichten, Auswertungen und **Analysen auf Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes**. In bewährter Tradition geben diese Beiträge Aufschluss über die Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser (*Beitrag Bölt*) und über die Diagnosen beziehungsweise Prozeduren der Krankenhauspatienten sowohl auf Basis der Diagnosestatistik der Krankenhäuser (*Beitrag Schelhase*) als auch der fallpauschalenbezogenen Statistik nach § 21 KHEntgG (*Beitrag Spindler*).

Im **Krankenhaus-Directory** finden sich Angaben zu Grunddaten, Leistungsmengen und Preisen für circa 1 600 Krankenhäuser. Die aktuelle Ausgabe des Directory wurde überdies um weitere krankenhausbegogene Qualitätsinformationen erweitert. Neu ist ebenfalls die Angabe von Informationen zu Patientenwegen und von regionalen Marktanteilen der einzelnen Kliniken.