



Edition

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band XXVI

Bernard Braun

Rolf Müller

Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung

Ergebnisse einer Längsschnittanalyse von GKV-Routinedaten
und einer Patientenbefragung

Schwäbisch Gmünd

Juni 2003

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band XXVI

Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung

Die Deutsche Bibliothek – CPI-Einheitsaufnahme

Gmünder Ersatzkasse:

Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung / [Hrsg.: GEK, Gmünder ErsatzKasse.

Autoren: Bernard Braun, Rolf Müller: Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen]. - Sankt Augustin: Asgard-Verl. Hippe. 2003.

(GEK-Edition; Bd. XXVI)

ISBN 3-537-44026-X

- Herausgeber: GEK – Gmünder ErsatzKasse -
Bereich Gesundheitsanalyse
Gottlieb-Daimler-Straße 19
73529 Schwäbisch Gmünd -
Telefon (07171) 801-0
<http://www.gek.de>
- Autoren: Bernard Braun, Rolf Müller
Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen.
Forschungseinheit „Gesundheitspolitik und Evaluation
medizinischer Versorgung“
Parkallee 39, 28209 Bremen
- Verlag Asgard-Verlag, Einsteinstraße 10,
53757 St. Augustin

Inhalt

1	ZUM GESUNDHEITSPOLITISCHEM HINTERGRUND DIESER STUDIE ODER: WARUM GERADE JETZT UNTERSUCHUNGEN ÜBER DIE QUALITÄT DER STATIONÄREN BEHANDLUNG BEI UNTERSCHIEDLICHEN VERGÜTUNGSFORMEN?	9
1.1	Quantitative Eckdaten zur stationären Versorgung.....	13
1.2	Kurzer Abriss der Vergütungs-Reform für stationäre Behandlungen	17
1.3	Erwartungen, Hoffnungen und Befürchtungen zu den Auswirkungen einer Fallpauschalen-Vergütungsordnung im Krankenhaus.....	24
1.4	Fragestellungen dieser Studie	30
2	KRANKENHAUSBEHANDLUNG AUS PATIENTENSICHT - ERGEBNISSE EINER PATIENTENBEFRAGUNG.....	32
2.1	Methodische und inhaltliche Vorüberlegungen und Vorgehensweise.....	32
2.1.1	Inhaltliche Dimensionen und Entwicklung des Fragebogens	33
2.2	Ausgewählte soziale Merkmale der Untersuchungsgruppe und ihrer Versorgungsstrukturen	38
2.3	Erfahrungen und Wahrnehmungen von Krankenhauspatienten.....	43
2.3.1	Art und Häufigkeit der gesundheitlichen Anlässe für den letzten und vorherige Krankenhausaufenthalte	43
2.3.2	Behandlungsorte während des letzten Krankenhausaufenthalts	46
2.3.3	Dauer der Krankenhausaufenthalte.....	47
	2.3.3.1 Dauer früherer Krankenhausaufenthalte.....	47
	2.3.3.2 Dauer des aktuellen Krankenhausaufenthalts.....	50

2.3.4	Strukturdaten nach Vergütungsform.....	56
2.3.5	Strukturmerkmale der in Anspruch genommenen Krankenhäusern	56
2.3.6	Probleme bei früheren Zugängen zur stationären Behandlung	62
2.3.7	Zugang zur aktuellen stationären Behandlung	63
2.3.8	Erwartungen an die Art der stationären Behandlung	67
2.3.9	Erfahrungen bei der Aufnahme.....	72
2.3.10	Bestätigung der Einweisungsdiagnosen.....	80
2.3.11	Gesamterfahrungen der stationären Behandlung	80
2.3.12	Vertrauen in Akteure und Institution	88
2.3.13	Weiterempfehlung des Krankenhauses	94
2.3.14	Ausgewählte Aspekte der Prozessqualität stationärer Behandlung.....	97
2.3.14.1	Organisationsformen der ärztlichen Betreuung.....	97
2.3.14.2	Patienteninformation über die Behandlung im Krankenhaus.....	98
2.3.14.3	Umgang mit Schmerzen	100
2.3.14.4	Präsenz und Kooperation von Ärzten und Pflegekräften	103
2.3.14.5	Umgang mit Ängsten und Befürchtungen.....	109
2.3.14.6	Beteiligung von Angehörigen in der stationären Behandlung.....	112
2.3.14.7	Mitbestimmung von Patienten bei der Behandlung	115
2.3.14.8	Durchführung von Untersuchungen im Krankenhaus	118
2.3.14.9	Vorbereitung auf die Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus	119
2.3.15	Ausgewählte Aspekte der Ergebnisqualität stationärer Behandlung.....	130
2.3.15.1	Bewertung des gesundheitlichen Erfolgs der stationären Behandlung	



Edition

2.3.15.2	Umfang des nachstationären Behandlungs-, Hilfe- und Unterstützungsbedarf und seine Befriedigung.....	133
2.3.15.3	Krankschreibung nach Krankenhausentlassung.....	138
2.3.15.4	Häufigkeit und Probleme nachstationärer Arztkontakte	141
2.4	Informationsinteressen und -wünsche für Krankenhausaufenthalte	143
3	VERGLEICHENDE ANALYSE DER AKTUELLEN KRANKENHAUSVERSORGUNG MIT FALLPAUSCHALEN- ODER TAGESSATZVERGÜTUNG	146
3.1	Soziodemografische und gesundheitliche Strukturmerkmale von Fallpauschalen- und Tagessatzpatienten	147
3.2	Quantitative und qualitative Auswirkungen der Vergütungsformen	152
3.3	Vorteile der Fallpauschalenvergütung durch Selektion von Erkrankungen und Patienten?	154
3.4	Multivariate Analysen des Einflusses der Vergütungsform auf wichtige Elemente der Prozess- und Ergebnisqualität aus Patientensicht	158
4	VERGLEICHENDE ANALYSE DER VERSORGUNGSQUALITÄT IN KRANKENHÄUSERN UNTERSCHIEDLICHER TRÄGERFORM.....	164
5	ANALYSEN STATIONÄRER BEHANDLUNGEN MIT ROUTINEDATEN.....	167
5.1	Die Daten	168
5.2	Erster Überblick	175
5.2.1	Verweildauern	175

5.2.2	Rehospitalisierung	177
5.2.3	Anzahl der Aufenthalte	178
5.2.4	Gesamtdauer	180
5.2.5	Diagnosezahlen	182
5.3	Diagnosemix bei Fallpauschalen und bei Tagessätzen.....	184
5.4	Verweildauer im Krankenhaus	187
5.5	Erneute Aufnahme – Rehospitalisierung.....	201
5.6	Verweildauer in Reha-Maßnahmen	219
5.7	Zusammenfassung der Analysen stationärer Behandlungen mit Routinedaten	221
6	ZUSAMMENFASSUNG	225
7	GRUNDAUSZÄHLUNG DER PATIENTENBEFRAGUNG	227
8	VERZEICHNISSE	246
8.1	Tabellen	246
8.2	Abbildungen	247
8.3	Übersichten.....	254
8.4	Abkürzungsverzeichnis	255
9	LITERATURVERZEICHNIS.....	256

Vorwort von Dieter Hebel, Vorstandsvorsitzender der GEK

Die englische Abkürzung DRG ("Diagnosis Related Groups") steht in Deutschland aktuell für ein Reformvorhaben, das spätestens ab 1. Januar 2004 massive Änderungen im Abrechnungssystem der deutschen Krankenhäuser nach sich ziehen wird. Die große Mehrzahl der Krankenhausfälle wird zukünftig nach einem Fallpauschalsystem (den so genannten DRGs) bezahlt. Das bedeutet für die Krankenhäuser eine Umstellung, denn bisher machten sie den größten Teil ihres Umsatzes mit Pflegesätzen auf Tagesbasis: Je länger ein Patient blieb, desto höher die Rechnung.

Patienten im Krankenhaus haben mit diesen Änderungen im Finanzierungsmodus auf den ersten Blick nichts zu tun. Sie können und sollen sich auf das Gesundwerden konzentrieren, denn die Abrechnung mit dem Krankenhaus erledigt ihre Krankenkasse für sie.

Die hier vorgelegte Untersuchung befasst sich gleichwohl mit der Frage, ob der Wechsel zu einer fast durchgehend an Fallpauschalen ausgerichteten Krankenhausfinanzierung für die Patienten Konsequenzen haben wird. Zunächst mag die Fragestellung ungewöhnlich erscheinen, schließlich lassen sich die beiden Sphären der Leistungserbringung einerseits und der Finanzierung andererseits im Krankenhaus gedanklich trennen. Tatsächlich aber ist das moderne Krankenhaus ein Wirtschaftsunternehmen, in dem die erbrachten Leistungen auch daraufhin untersucht werden müssen, ob sie sich "rechnen".

Die GEK als Anwalt ihrer Versicherten kann dies nicht unberührt lassen. Ob unsere Versicherten im Krankenhaus gut versorgt werden oder nicht, und ob sich daran bei einer so massiven Finanzierungsreform wie bei der jetzt bevor stehenden etwas ändert, ist für die GEK von hoher Wichtigkeit zu erfahren und zu erforschen.

Das Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen hat deshalb in unserem Auftrag repräsentativ ausgewählte GEK-Versicherte nach ihren Erfahrungen befragt, die kurz zuvor im Krankenhaus stationär behandelt wurden. Zugleich haben die Wissenschaftler eine Analyse der anonymisierten GEK-Abrechnungsdaten aus dem Krankenhausbereich durchgeführt, die wichtige Rückschlüsse über eine große Zahl weiterer Patienten erlaubt, ohne diese selbst befragen zu müssen.

Einige zentrale Ergebnisse in Kurzform lauten:

- Der Trend zur so genannten Rehospitalisierung ist ungebrochen. Ein jährlich wachsender Teil der behandelten Patienten ist nach einer gewissen Zeit wieder im

Krankenhaus anzutreffen. Es stellt sich die Frage nach den Gründen dafür, und mehr noch die Frage, in welchem Maße dieses Phänomen ab 2004 nach der DRG-Einführung zunehmen wird?

- 3 % der Befragten fühlen sich im Krankenhaus abgewiesen oder "von Tür zu Tür" geschickt. Eine (noch) erfreulich kleine Zahl, oder ein Zeichen dafür, dass auch in Deutschland Rationierung praktiziert wird?
- 9,1 % der Befragten beurteilten den Informationsstand der sie behandelnden Krankenhausärzten kritisch. Diese Patienten erklären, dass der Informationsfluss z.B. über Vorerkrankungen vom ambulanten Bereich in den stationären Sektor nicht funktioniere. Für die GEK ist das eine klare Bestätigung, dass bei der von uns seit Jahren angemahnten besseren Verzahnung der Sektoren im Gesundheitswesen unverändert Handlungsbedarf besteht.
- Zahlreiche Befragte klagten über eine vielfach nicht stattfindende oder unzureichende Vorbereitung auf die Zeit nach dem Krankenhaus. 15,8 % erfuhren nicht, auf welche Warnsignale sie achten sollten und 29,3 % bekamen keine Hinweise wie sie sich bei ihrer Genesung selber helfen können. Ohne eine gute Vorbereitung auf den Alltag ist die weitere Verringerung der Verweildauer im Krankenhaus aber problematisch.
- Mit dem Stichwort "Technik verdrängt im Krankenhaus die Betreuung" sahen 12,6 % der Befragten ihren Krankenhausaufenthalt zutreffend beschrieben. 11,6 % der Antwortenden erklärten, sie hätten sich im Krankenhaus "wie eine Nummer" gefühlt.
- 85 % sagten, sie würden das Krankenhaus, aus dem sie vor kurzem entlassen wurden, weiter empfehlen. Ein respektabler Wert, einerseits – aber wie verhält es sich mit den restlichen 15 %?

Ich wünsche dem Buch viele interessierte Leser für ein spannendes Thema. Die GEK wird diese Fragestellungen weiter verfolgen und nach der flächendeckenden DRG-Einführung ab Januar 2004 weitere Untersuchungen in diesem Bereich anstellen.

Schwäbisch Gmünd, im Juni 2003



1 Zum gesundheitspolitischem Hintergrund dieser Studie oder: Warum gerade jetzt Untersuchungen über die Qualität der stationären Behandlung bei unterschiedlichen Vergütungsformen?¹

Angesichts der u.a. auf die ambulante Versorgung fokussierten gesundheitspolitischen Absichten des Entwurfs eines „Gesundheitsmodernisierungsgesetzes“ und einer Fülle zusätzlicher Expertenvorschläge und „Überlegungen“ stellt sich die Frage, ob man sich dann auch noch mit Gegenwart und Zukunft der stationären Behandlung beschäftigen muss.

Wir meinen ja und zwar aus mehreren Gründen:

- Die Ausgaben für stationäre Behandlungen stellen den größten Einzelposten der GKV-Ausgaben dar und im Krankenhaus arbeiten insgesamt die relativ meisten Gesundheitsdienstleister. Im Durchschnitt hat jeder 9. Bundesbürger mindestens einmal im Jahr Kontakt mit einer stationären Versorgungseinrichtung. Genauer zu wissen welche Über-, Unter- und Fehlversorgung es auch im Krankenhaus gibt und wie die Qualität dieser Versorgung aus Sicht von Patienten² oder auch der Ärzte und Pflegenden im Krankenhaus aussieht, ist eine der wichtigsten Voraus-

¹ Diese Untersuchungen und die rasche Vorlage ihrer Ergebnisse wären ohne die Unterstützung Dritter nicht möglich gewesen. Stellvertretend möchten wir uns bei Gerold Höger und Ulrich Kaiser von der GEK dafür bedanken, dass sie uns geduldig und zügig über die Fülle und Aussagefähigkeit der Routinedaten informierten und uns diese auch in einer auswertbaren Form lieferten. Außerdem danken wir Beiden für die Transparenz, die sie uns im Feld der rechtlichen und organisatorischen Bedingungen der Vergütung stationärer Leistungen verschafften. Stefan Dudey von der GEK und Rainer Müller vom ZeS sind wir für ihre Bereitschaft dankbar, immer wieder die zahlreichen Vorfassungen dieses Textes auf sachliche Stimmigkeit und inhaltliche Verständlichkeit hin zu überprüfen und uns nicht nur vor dem Absturz in manche argumentativen Abgründe bewahrt, sondern uns auch Mut zum Weiterschreiben gegeben sowie zahlreiche wertvolle inhaltliche Hinweise geliefert zu haben. Alle dennoch vorhandenen Unzulänglichkeiten sind aber ausschließlich den Verfassern anzulasten.

² Natürlich meinen wir auch Patientinnen oder später Ärztinnen, wenn wir von Patienten und Ärzten schreiben und hinter den Pflegenden oder Pflegekräften verbergen sich Schwestern und Pfleger. Trotzdem verzichten wir wegen der besseren Lesbarkeit auf die mit der Nennung beider Geschlechter verbundenen Wortanhäufungen.

setzungen für mehr Effektivität, Wirtschaftlichkeit und damit verbunden einer evtl. Kostensenkung.

- Die jetzt (2003/2004) laufende Einführung von DRG-Fallpauschalen für die Vergütung fast aller Krankenhausfälle hat ab 1996 eine Vorstufe gehabt. Mit einer Novellierung der Bundespflegesatzverordnung wurde der bis dahin vorherrschende für ein Krankenhaus einheitliche tagesgleiche Pflegesatz durch eine wesentlich differenziertere Entgeltstruktur ersetzt, die unter anderem für bestimmte Fälle erstmals das Element der Fallpauschalen enthielt. Diese besondere Konstellation bietet **erstens** und erstmalig die Möglichkeit die Folgen der Krankenhauspolitik der letzten Jahre durch eine differenzierte sozialwissenschaftliche Analyse der Routinedaten und eine Befragung von Krankenhauspatienten zu untersuchen. Dies gilt speziell für die nicht mehr lange bestehende Möglichkeit, die Auswirkungen der tagesgleichen Pflegesatz-Welt und der Fallpauschalenbedingungen auf die Versorgungsqualität wie die medizinische und pflegerische Dienstleistungsarbeit vergleichend zu messen. Auch wenn der Übergang von der 2002 bereits für rund ein Viertel der Krankenhausbehandlungsfälle geltenden Fallpauschalenvergütung zum DRG-System ohne eine systematische Evaluation der Anpassungsprozesse und Sichtweisenänderungen seit 1996 vollzogen wurde, soll die Möglichkeit, dies aktuell und pragmatisch nachzuholen, genutzt werden. Wir wissen also genauer und allgemeingültiger als vor diesen Analysen, wo die derzeitige Krankenhausvergütungsreform die stationären Institutionen, beruflichen Akteure und Patienten „abholt“. Dabei werden **zweitens** erste empirische Orientierungsmarken für die immer wilder wuchernde, massiv interessengeleitete und hochspekulative Debatte um die Art und Richtung erwünschter und unerwünschter Auswirkungen der DRGs gewonnen. **Drittens** aber sind die Analysen der jetzigen subjektiven Erfahrungen und Wahrnehmungen von Patienten und Krankenhauspersonal und der derzeitigen Steuerungsprozesse und Strukturen im Krankenhaus eine wichtige Basis für die zukünftige seriöse Analysierbarkeit von Veränderungen durch die DRG-Einführung. Wer jetzt nicht wenigstens grob die Ausgangslage vor den in der Tat massiven Eingriffe in Strukturen und professionelles Handeln misst, wird auch künftig nur mehr oder weniger plausible Spekulationen über die Richtung und Intensität von DRG-bedingte Veränderungen, ob Verbesserungen oder Verschlechterungen, anstellen können.

Den Antworten auf diese Fragen nähert sich diese Studie auf zwei Wegen: Erstens nutzen wir die in der GEK seit Ende der 80er Jahre sorgfältig aufgebaute individuenbezo-

gene³ Dokumentation der Inanspruchnahme verschiedener Leistungen, darunter auch aller stationärer Leistungen. Damit können nicht nur die Anzahl und die Art einzelner Fälle untersucht werden, sondern individuelle Fallverläufe bzw. Behandlungsgeschichten. Dies bedeutet die Möglichkeit, heraus zu bekommen, wie oft ein Individuum z.B. innerhalb der letzten 5 Jahre mit welcher Diagnose und wie lange in welchen Krankenhäusern war und vor allem wie viele der stationär Behandelten kurze Zeit nach ihrer Entlassung erneut behandelt werden mussten. Da die GEK wie andere Krankenkassen auch für eine rasch zunehmende Anzahl der stationären Fälle eine Fülle von Daten zu Behandlungsdetails des Krankenhausaufenthalts erhält, die so genannten „301er“-Daten⁴ kann über eine Reihe intertemporaler Vergleiche (Vergleich von Fallpauschalenfällen im Jahre 2002 mit Tagessatzfällen im Jahre 1995) und einer Analyse der Verhältnisse im Jahr 2002 genauer nach Unterschieden des Verlaufs von unterschiedlich vergüteten stationären Behandlungsfällen und möglichen spezifischen Auswirkungen der Fallpauschalenvergütung gesucht werden.

Mit den von für diesen Versorgungsbereich erstmalig durchgeführten personenbezogenen Längsschnittanalysen können besser als mit den bisher überwiegenden Querschnitts- und Fallanalysen kumulative Entwicklungen und Behandlungsstrategien in der stationären Versorgung untersucht werden.

Zweitens fragten wir eine Stichprobe von 30-80-jährigen GEK-Versicherten, die zuletzt Ende 2002 in einem Akutkrankenhaus stationär behandelt wurden, nach ihren dortigen

³ Individuenbezogen bedeutet, dass innerhalb dieses Datensatzes jeder Person, die bei der GEK versichert ist, zufällig und ohne jeden Bezug zur Versicherungsnummer auf der Versichertenkarte eine weitere laufende Nummer vergeben wird, unter der dann alle verfügbaren Merkmale (z.B. das Geburtsjahr oder das Geschlecht) und Leistungsdaten (z.B. Beginndatum einer Krankschreibung oder Diagnose eines Krankenhausaufenthalts) zusammengeführt werden. So kann man genau untersuchen, wie oft und mit welchen Krankheiten ein GEK-Versicherter z.B. im Krankenhaus lag und von welcher Art von Ärzten (auch hier ist kein Personenbezug möglich) er welche Arzneimittel verordnet bekam. Wer sich namentlich z.B. hinter der laufenden Nummer 4578 befindet, kann und will kein Außenstehender jemals erfahren.

⁴ Der § 301 SGB V regelt die elektronische Übermittlung definierter Datensätze zu Krankenhausaufnahmeanzeigen, Verlängerungsanzeigen, Entlassungsanzeigen, Rechnungssätzen usw. Für die Krankenhäuser, die an diesem elektronischen Austausch noch nicht teilnehmen, sondern den Krankenkassen weiterhin Papier einreichen, besteht die Möglichkeit, dass die Krankenkasse diese vom Umfang her gleichwertigen Papier-Informationen manuell erfasst und damit den Umfang der maschinell verwertbaren Datensätze vergrößert.

Erwartungen, Erfahrungen und Wahrnehmungen sowie nach möglichen Problemen des Zugangs und vor allem auch nach ihren nachstationären Erfahrungen. Es überwiegen also Beobachtungsfragen und nicht die für Marketingzwecke weit verbreiteten und beliebten aber meist aussageschwachen allgemeinen Zufriedenheitsfragen. Um auch auf der Basis von Patientenantworten nach möglicherweise spezifischen Effekten der Vergütungsformen suchen zu können, wurde über die 301-er-Daten für jeden Befragten festgestellt, ob der letzte Krankenhausaufenthalt mit einem tagesgleichen Pflegesatz oder einer Fallpauschale vergütet wurde.

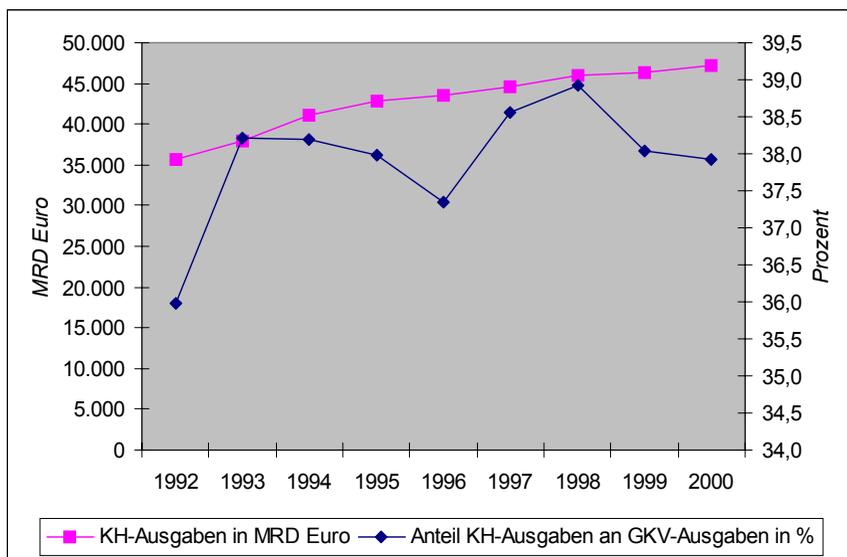
Nachdem die Krankenhauspatientenbefragung durchgeführt und ausgewertet ist, sind wir in der Lage, sogar noch einen

- **vierten** inhaltlich wichtigen Grund für die Notwendigkeit und Dringlichkeit der vorliegenden Studie zu benennen. Trotz aller öffentlichen Rhetorik über die Notwendigkeit patientenorientierter Gesundheitspolitik und -versorgung (Stichwort: „informed decision making“) besteht nämlich ein akuter Mangel an Untersuchungen, die flächendeckend und halbwegs repräsentativ die Erwartungen, Beobachtungen, Erfahrungen und Bewertungen der Patienten erheben und offen und öffentlich in die Programmentwicklung und Entscheidungsfindung der professionellen Akteure des Gesundheitswesens einbringen. Dies gilt auch für die stationäre Versorgung. Um nicht missverstanden zu werden: Es gibt durchaus für einzelne Krankenhäuser, Arten von Krankenhäusern oder Regionen gute Patientenbefragungen mit interessanten und auch praktisch wirksamen Ergebnissen (vgl. die Beispiele in Satzinger et al. 2001). Es gibt sogar inhaltlich gut konzipierte krankenhausesübergreifende Befragungen von Patienten. Da diese Befragungen aber bisher fast ausschließlich von privaten und nicht von öffentlichen (z.B. Ministerien und GKV) Einrichtungen in Auftrag gegeben oder von privaten Instituten durchgeführt wurden, bleiben ihre Ergebnisse meist systematisch nichtöffentlich. Die meisten flächendeckenden Erkenntnisse stellen das gut gehütete Betriebskapital privater Anbieter von Krankenhausanalysen und -beratung dar und werden im Rahmen deren Benchmarkingangebote einzelwirtschaftlich genutzt. Dies ist aber wohlgermerkt nicht diesen privaten Anbietern vorzuhalten, sondern ausschließlich den genannten öffentlichen Akteuren, die selber nichts tun, die öffentliche Transparenz über die Prozesse im Krankenhaus zu verbessern. Auch wir können mangels öffentlich zugänglicher, aktueller oder veralteter Vergleichszahlen an vielen Stellen nicht sagen, ob ein Anteil von Patienten mit erfolgreicher Schmerztherapie oder mit der Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden unzufriedener Patienten besorgnis-

erregend hoch oder normal bzw. konstant ist. Da unsere Befragung von Patienten aber bis zum Jahre 2006 noch zweimal inhaltlich identisch durchgeführt werden soll, liefern wir mit den hier vorgelegten Ergebnisse zum ersten Mal für 30-80-jährige Krankenhauspatienten öffentliche flächendeckende Bezugszahlen.

1.1 Quantitative Eckdaten zur stationären Versorgung

Abbildung 1: Absolute und relative Ausgaben für die Behandlung in Krankenhäusern 1992 bis 2000 (Statistisches Bundesamt 2002)



Die Ausgaben für akute stationäre Behandlungen stellen den absolut und relativ größten Einzelposten der Leistungsausgaben der GKV wie der PKV dar. Wenn man sich seit Anfang der 90er Jahre gesamtdeutsche Zahlen ansieht, steigen die Gesamtausgaben für stationäre Behandlung (nach der neuen Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes) von absolut 35,6 MRD Euro im Jahre 1992 auf 47,2 MRD Euro in 2000. Die Erwartungen oder Hoffnungen, die Ausgaben würden z.B. durch die zwischenzeitliche Einführung der Pflegeversicherung und die Verlagerung von Langzeit-Pflegebedürftigen aus dem Akut-Krankenhaus in die ambulante oder stationäre Pflege,

der Einführung und raschen Zunahme ambulanter Operationen oder im Gefolge der langjährigen „ambulant-vor-stationär“-Debatte sinken, erwiesen sich als trügerisch. Im Gesamtzeitraum stieg ihr relativer Anteil von 36 auf 37,9 % an, was aber nicht linear erfolgte. Zwischen 1998 und 2000 sank der Anteil sogar, woran sich nach ersten statistischen Vorabmeldungen für 2001 nichts änderte.

Ein Blick auf weitere Eckdaten der stationären Versorgung zeigt, dass sich nicht nur monetäre, sondern zahlreiche andere Leistungsindikatoren erheblich und anhaltend verändern.

Tabelle 1: Ausgewählte Eckdaten zur Anzahl der Krankenhäuser und zum Umfang der stationären Behandlung 1990-2001

	<i>Krankenhäuser</i>	<i>Betten</i>	<i>Pflegetage</i>	<i>Fälle</i>
1990	2.447	685.976	209.826.153	13.776.912
1991	2.411	665.565	203.551.823	13.924.907
1992	2.381	646.995	198.027.691	14.233.471
1993	2.354	628.658	189.934.787	14.385.416
1994	2.337	618.176	185.178.403	14.626.639
1995	2.325	609.123	181.697.182	15.001.593
1996	2.269	593.743	174.313.488	15.231.877
1997	2.258	580.425	170.918.633	15.510.578
1998	2.263	571.629	170.906.121	15.952.070
1999	2.252	565.268	168.863.896	16.260.785
2000	2.242	559.651	167.012.964	16.486.672
2001	2.240	552.680	162.795.299	16.583.906

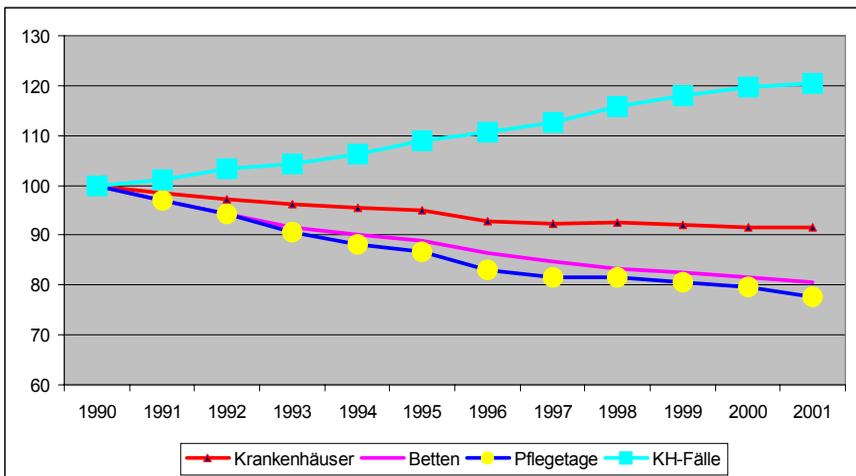
In der Tabelle 1 sind einige dieser Indikatoren für den Zeitraum 1990 bis 2001 zusammengestellt. In der Abbildung 1 sind die Trends dieser Leistungsindikatoren nochmals optisch dargestellt.

Bei einer im Prinzip nahezu unveränderten Anzahl von Einwohnern und Krankenversicherten sinkt die Zahl der Krankenhäuser um rund 200 und die der vorhandenen Betten über 130.000. In beiden Fällen handelt es sich um stabile Trends. Auch die Pflegetage in Krankenhäusern nehmen kontinuierlich ab. Eine stetige, aber gegen Ende des Betrachtungszeitraums geringer werdende Zunahme gibt es nur bei der Anzahl der Fälle.

Auch wenn z.B. der so genannte „Bettenabbau“, der langjährig den Dreh- und Angelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion über die stationäre Versorgung darstellte und wichtigere Fragen wie die nach der Wirksamkeit und Effizienz von stationärer Be-

handlung verdrängte, erfolgreich zu sein scheint, kommen internationale Vergleiche zum Schluss, dies könne lediglich der Einstieg in eine richtige „Rosskur“ sein. Der derzeitige Mittelwert von 7 Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner (bei rd. 82 Millionen Einwohnern) liege immer noch beträchtlich über dem von vier Betten pro 1.000 Einwohner in anderen Ländern Europas, den USA, Kanada und Australien. Würde man diese „Überkapazität“ von 175 % abbauen – so die Berechnungen einer Studie des von Karl Lauterbach geleiteten Kölner Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE) – könnten 1.410 Kliniken geschlossen und 231.651 Krankenhausbetten eingespart werden, ohne dass der Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung beeinträchtigt würde (nach: Ärzte Zeitung v. 2.10. 2002).

Abbildung 2: Entwicklung ausgewählter Indikatoren der stationären Versorgung 1990-2001 (1990=100)

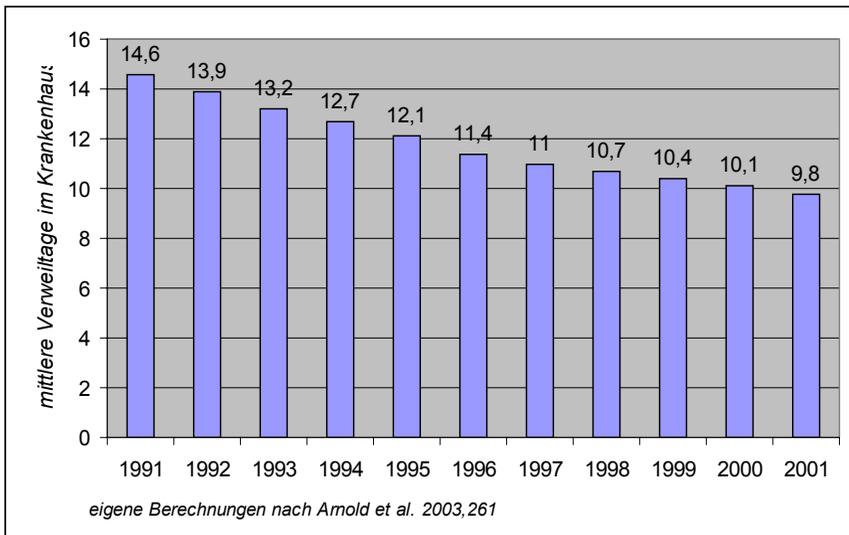


Das Zusammenwirken dieser und weiterer Indikatoren bestimmt wesentlich einen zentralen Indikator der Krankenhausentwicklung wie der krankenhauspolitischen Debatte: die mittlere Verweildauer. Sie nimmt seit Anfang der 90er Jahre von einem hohen Niveau startend kontinuierlich um 30,8 % ab. Diese Abnahme ist das Ergebnis einer Reihe unterschiedlicher Veränderungen: Zum ersten sind daran Effizienzverbesserungen der stationären Behandlung durch medizinisch-technische Fortschritte, organisatorische Verbesserungen und möglicherweise auch die in diesem Zeitraum eingeführte Fallpau-

schalenvergütung beteiligt. Anteil haben aber zum zweiten auch Verlagerungen von zuvor stationär erbrachten diagnostischen und therapeutischen Leistungen in den ambulanten Bereich. Drittens gibt es aber Verlagerungen von Behandlungsleistungen (z.B. Diagnostik und Wundversorgung) in den vor- und nachstationären Bereich. Zum vierten gab es schließlich Veränderungen der Messgröße Verweildauer, die dazu führten, dass manche Krankenhausaufenthalte von einem bis zu vier Tagen nicht als Verweildauer in stationärer Behandlung gezählt werden.

Ein mehrfach erklärtes Ziel der flächendeckenden Einführung von DRGs ist die weitere Senkung dieses Wertes auf ein international (vgl. dazu u.a. Stapf-Finé / Schölkopf 2003) verbreitetes Niveau von 6 bis 7 Tagen.

Abbildung 3: Entwicklung der mittleren Verweildauer pro Fall in Akutkrankenhäusern 1991-2001



Neben der Relevanz, die der Krankenhausbereich volkswirtschaftlich und für die Finanzlage der GKV besitzt, steht die Bedeutung im Arbeit- bzw. Beschäftigungsmarkt. Mehr als ein Fünftel der insgesamt etwas über 4 Millionen im engeren und erweiterten Gesundheitswesen beschäftigten Personen und damit fast 3 % aller Erwerbstätigen in Deutschland arbeiten 2001 im Krankenhaus.

Entgegen des allgemeinen Trends einer leichten Zunahme der im Gesundheitswesen beschäftigten Personen sinkt die Gesamtzahl der Krankenhausbeschäftigten seit Jahren. Es handelt sich dabei, wie die Tabelle 2 zeigt, um das Resultat mehrerer gegenläufiger Entwicklungen. Während die Anzahl der Pflegekräfte von 1993 bis 1996 noch ansteigt, sinkt sie seitdem kontinuierlich und erreicht 2001 nahezu das quantitative Niveau des Ausgangsjahres. Dabei sind noch nicht die internen Verschiebungen des Verhältnisses von vollsexaminierten und angelernten Pflegekräften berücksichtigt. Diesen Entwicklungen bei den Pflegekräften steht ein kontinuierliches Wachstum des ärztlichen Personals der Krankenhäuser gegenüber. Schon diese wenigen Zahlen indizieren eine Reihe bereits erfolgter Veränderungen der Arbeits- und Dienstleistungssituation im Krankenhaus.

Ein Teil der sinkenden Beschäftigtenzahl beruht schließlich auf dem Abbau technischen Personals im Rahmen eines zunehmenden Outsourcings technischer Leistungen.

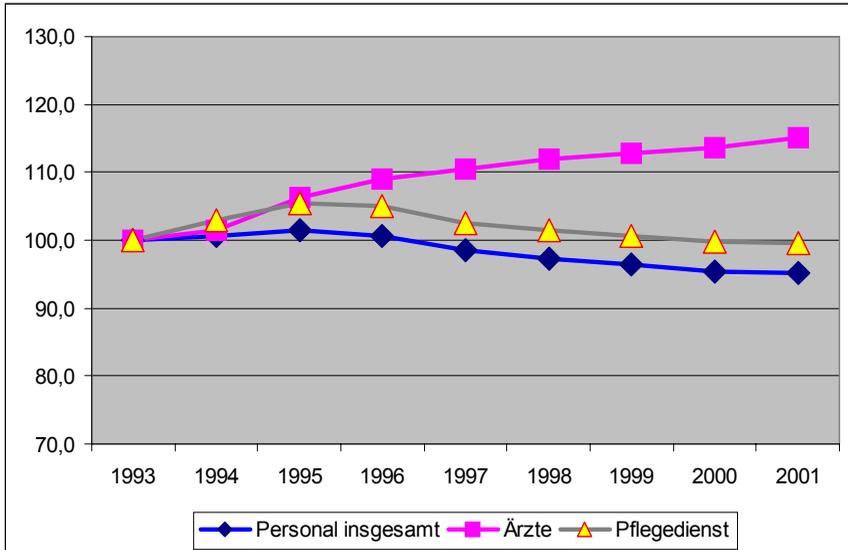
Tabelle 2: Entwicklung der personellen Ausstattung von Krankenhäusern 1993-2001

	<i>Personal insges.</i>	<i>Ärzte</i>	<i>Pflegedienst</i>
1993	875.115	95.640	332.724
1994	880.150	97.105	342.324
1995	887.564	101.590	350.571
1996	880.000	104.352	349.423
1997	861.549	105.618	341.138
1998	850.948	107.106	337.716
1999	843.452	107.900	334.890
2000	834.585	108.696	332.269
2001	832.530	110.152	331.472

1.2 Kurzer Abriss der Vergütungs-Reform für stationäre Behandlungen

Bei dem seit 1.1.2003 in zahlreichen deutschen Krankenhäusern angelaufenen Einführungs-, Einstimmungs- und Testprozess von DRGs und der für den 1.1. 2004 gesetzlich beschlossenen Einführung für die meisten stationär behandelten Erkrankungen in allen Akutkrankenhäusern handelt es sich nicht um einen völligen Neubeginn der Vergütungsformen.

Abbildung 4: Entwicklung ausgewählter Indikatoren der personellen Ausstattung von Krankenhäusern 1993-2001 (1993=100)



Wie die Übersicht 1 zeigt, ist die ab dem 1.1. 2004 für fast alle Indikationen (Ausnahme: psychiatrische und bestimmte psychosomatische Erkrankungen) verschwindende Vergütungsform der tagesgleichen Pflegesätze (im folgenden der Einfachheit halber meistens mit Tagessatz abgekürzt; auch die Patienten, deren Behandlung mit tagesgleichen Pflegesätzen bezahlt wurde, werden der Einfachheit halber meistens als Tagessatzpatienten oder eben als Fallpauschalenpatienten bezeichnet) auch erst 1972 gesetzlich eingeführt worden. Nicht nur durch die ausländischen Konzepte und Erfahrungen mit Kopf- oder Fallpauschalen, sondern auch durch die merklichen Anreize der Tagessätze zur gesundheitlich nicht notwendigen Ausdehnung oder auf hohem Niveau erfolgenden Stabilisierung der Verweildauern forciert, gibt es langjährige Debatten darüber, wie diese ökonomisch und gesundheitlich (Problem der Hospitalisierung) unerwünschten Auswirkungen vermieden werden könnten. Die 1986 eingeführten Sonderentgelte und vor allem die ab 1996 durch die Bundespflegesatzverordnung eröffnete Möglichkeit, stationäre Behandlungen vermehrt mit Fallpauschalen zu vergüten, waren dann praktische Versuche, die Defizite der Tagessatz-Vergütung zu kompensieren. Dazwischen gab und gibt es alternativ oder zusätzlich zu den an den einzelnen Behand-

lungsfällen ansetzenden Versuchen, die Mengen und Ausgaben stationärer Behandlung zu reduzieren, noch Anläufe dies durch eine Budgetierung der gesamten Krankenhausausgaben zu erreichen. Einen solchen Anlauf nahm z.B. das Gesundheitsstrukturgesetz aus dem Jahre 1993.

Übersicht 1: Kurze historische Entwicklung der Krankenhausvergütungsreformen 1972 bis 2003 (Simon o.J.)

- **1972 - Einführung des allgemeinen tagesgleichen Pflegesatzes**
(KHG 1972)
- **1983 - Erste DRG-Fallpauschalen in den USA**
(HCFA-DRGs für die über 65jährigen Medicare Patienten)
- **1986 - BRD: Einführung erster pauschalierter Vergütungen**
(Sonderentgelte)
- **ab Ende der 80er Jahre internationaler Trend zu DRGs**
- **1992 - GSG: Auftrag zur Entwicklung eines Neuen Entgeltsystems**
- **1996 - Einführung des Neuen Entgeltsystems**
 - Basis- und Abteilungspflegesätze
 - Sonderentgelte und Fallpauschalen (Ende der 90er Jahre durchschnittl. 25% der Krankenhausbudgets)
- **2000 - Gesundheitsreformgesetz: DRG-Fallpauschalensystem ab 2003**
- **2000 - Spitzenverbände: Orientierung an den australischen AR-DRGs**
- **2002 - Verabschiedung des Fallpauschalengesetzes (FPG)**
- **2003 - Beginn des Umstiegs auf DRGs**

Bei der Fallpauschale handelt es sich um einen „Festpreis für eine klar umrissene Krankenhausbehandlung. Der Definition liegt entweder eine konkrete Leistung (z.B. ein operativer Eingriff) oder eine bestimmte Diagnose bei einer spezifischen Erkrankung zugrunde. In Deutschland gibt es rund 60 verschiedene Fallpauschalen, die durch Leistungen definiert sind und sich fast alle auf operative Verfahren beziehen.“ (AOK o.J. Stichwort: Fallpauschalen)

Zu den stationären Behandlungen oder Prozeduren, die zur Zeit mit einer Fallpauschale bezahlt werden, gehören so unterschiedlich häufige und aufwändige Leistungen wie

Kataraktoperationen, das Strippen von Krampfadern, eine Lebertransplantation bei Leberzirrhose und ein großer Teil des geburtshilflichen Geschehens.⁵

Bereits vier Jahre nach dem praktischen Start von Fallpauschalen traf das erste Gesundheitsreformgesetz der rot-grünen Bundesregierung im Jahre 2000 die Entscheidung, an die Stelle des sich etablierenden Mischsystems ein flächendeckendes Fast-Monosystem der Vergütung zu setzen. Ohne zuvor die Auswirkungen des Fallpauschalensystems auf die Arbeitsbedingungen der pflegerischen und medizinischen Beschäftigten im Krankenhaus und die Leistungsqualität für die Patienten auch nur im Ansatz sozial- und arbeitswissenschaftlich evaluiert zu haben (Simon 2001, 7ff.)⁶ entstand auf der Basis internationaler, vorrangig australischer Erfahrungen, ein für die Verhältnisse der stationären Versorgung in Deutschland adaptiertes Modell.⁷ Das DRG-Modell setzt zwar konzeptionell an den Fallpauschalen an und funktioniert ähnlich wie diese, geht aber letztlich an vielen Punkten weit über deren Instrumentarien und Wirkweise hinaus. Dabei handelt es sich aber nicht um die Reformfreudigkeit der Politik, sondern auch um die Folge der Unfähigkeit der Selbstverwaltung, das System der Fallpauschalen und Sonderentgelte weiter zu entwickeln. Weder von den Fachgesellschaften der Ärzte, den Krankenhäusern noch von Seite der Krankenkassen ist ein nach § 17 Abs. 2a KHG möglich gewesener Vorstoß zur Weiterentwicklung unternommen worden.

Stark vereinfacht dargestellt bilden DRGs Erkrankungen mit einem vergleichbaren Behandlungsaufwand als Fallgruppe ab, die mit einem einheitlichen Betrag vergütet wird,

⁵ Die vollständige Liste der „alten“ Fallpauschalen sowie der neuen DRG-Fallpauschalen einschließlich genauer Leistungsbeschreibungen und Angaben zu den verschiedenen Verweildauerwerten, die der Vergütung zugrunde liegen, findet sich u.a. auf der Homepage des Ersatzkassenverbandes: www.vdak-aev.de/krankenhaus.htm. Dort gibt es auch Links zu einer explosionsartig zunehmenden Anzahl von Material- und Informationsquellen zum Thema DRG.

⁶ Die von der Bundesregierung in der Vorlage ihres DRG-Gesetzentwurfes geäußerte Gewissheit, das „Mischsystem von Fallpauschalen, Sonderentgelten und tagesgleichen Pflegesätzen“ habe „sich nicht bewährt“ (BT-Drucksache 14/6893, 26) kann sich also nicht auf eine solide Evaluation stützen. Simon verweist auch darauf, dass die CDU/FDP-Regierung vor 1998 aktiv verhindert hatte, dass es zu einer sozialwissenschaftlichen Analyse der Auswirkungen von Fallpauschalen auf die Patientenversorgung kam.

⁷ Historisch war es so, dass es einen langen Diskussionsprozess unter Einbezug von Krankenkassen und der DKG gab, an dessen Ende zwischen vielen Alternativen die Entscheidung für die Entwicklung von „German Refined DRGs“ (G-DRG) aus dem australischen Modell stand. Siehe dazu auch <http://www.g-drg.de/>.

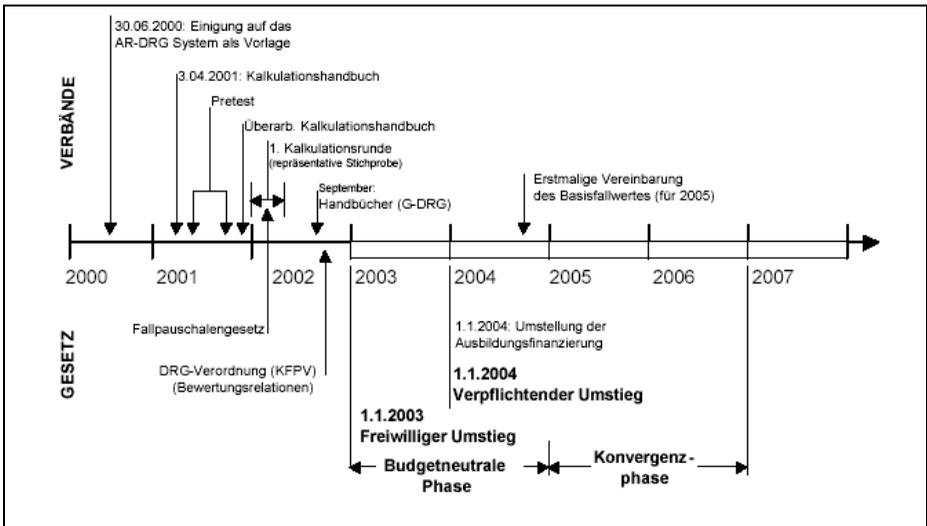
der die durchschnittlichen Behandlungskosten abdecken soll. Kriterien für die Eingruppierung der Patienten sind der Operationsschlüssel (OPS), bei nicht operativen Behandlungen die Hauptdiagnose sowie Nebendiagnosen, Alter, Geschlecht und Verweildauer. Das jetzt in Deutschland angepasst einzuführende australische Patientenklassifikationssystem, die Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRG) basieren auf 23 vorwiegend organbezogenen Hauptdiagnosegruppen. Diese werden in drei Bereiche untergliedert. Für jede Hauptdiagnosegruppe besteht eine Liste von Hauptdiagnosen. Für Ausnahmefälle, in der Regel besonders aufwändige und teure Behandlungen wie beispielsweise Transplantationen, gibt es direkte DRGs (Pre-DRGs). Fälle, die nicht in diese Schemata passen und zugeordnet werden können, werden in so genannte Fehler-DRGs eingestuft. Bestimmte Indikationen, im wesentlichen die Behandlung psychiatrischer Erkrankungen, sind aus dem DRG-System ausgenommen. Für diese Erkrankungen werden als nach wie vor tagesgleiche Pflegesätze abgerechnet. Dabei ergibt sich folgendes inhaltliche Problem: Es gibt diverse Erkrankungen, die nur zu Beginn der Akutphase somatisch behandelt werden (müssen), aber psychosomatischen oder psychiatrischen Ursprungs sind. Entsprechen den derzeit gültigen Kodierrichtlinien für DRGs erfolgt die Zuordnung zu einer DRG anhand der Hauptdiagnose, die kausal zum Akutaufenthalt führt. Die Risikosituation, es mit einem somatisch eingeordneten Fall zu tun zu haben, der sich nach wenigen Tagen möglicherweise in einen in der Regel wesentlich aufwändigeren psychosomatischen Fall verwandelt, den man dann aber nicht mehr als solchen abrechnen kann, entsteht in der Krankenhauspraxis der Anreiz, viele Fälle „für alle Fälle“ sofort psychiatrisch zu diagnostizieren und auf die DRG-freie psychiatrische Abteilungen einzuweisen. Auch Vorhalteleistungen der Krankenhäuser wie z.B. die Notfallversorgung und die Ausbildung von Personal werden nicht im Rahmen des DRG-Systems, sondern über bundeseinheitlich vereinbarte Zuschläge vergütet.

Nach der Anpassung der AR-DRGs an die deutschen Verhältnisse existieren zur Zeit insgesamt 641 stationäre und teilstationäre Fallgruppen oder Basis-DRGs.

Ein zentraler Unterschied zwischen bisherigem Fallpauschalen- und künftigen DRG-System liegt in der medizinischen Differenzierung nach fünf Schweregradstufen. Bei der Eingruppierung spielen Begleiterkrankungen die zentrale Rolle. Die medizinischen Unterschiede werden entsprechend ihrer Ressourcenintensität zu ökonomisch abrechenbaren Fallgruppen zusammengefasst. Für jede Basis-DRG gibt es aber eine Begrenzung auf maximal drei abrechenbare Fallgruppen. Da der höchste Schweregrad einer Fallgruppe zu einem Vielfachen der Vergütung der Basisfallgruppe führen kann,

hängt von der Identifikation und Dokumentation der Gesamtmorbidität jedes Patienten bzw. des Schweregrades seiner Behandlung ein wesentlicher Teil der künftigen wirtschaftlichen Stabilität eines Krankenhauses ab. Nichtdokumentierte, aber trotzdem behandelte Nebenerkrankungen werden im DRG-System nicht vergütet.

Übersicht 2: Fahrplan der DRG-Einführung als Anpassung eines „lernenden Systems“ (Simon o.J.)



Der genaue Kostenaufwand des Krankenhausaufenthalts einer bestimmten DRG-Gruppe wird durch das relative Kostenverhältnis dieser Behandlung zu einer theoretisch definierten Basisgröße 1,0 dargestellt. Diese Basisgröße 1,0 stellt die empirisch ermittelten durchschnittlichen Behandlungskosten eines Falles dar. Weniger aufwändige Fälle liegen unter, aufwändigere Fälle über dem Wert 1,0. Diese Relativgewichte sollen jährlich empirisch überprüft und bei Bedarf neu vereinbart werden. Die im Jahre 2003 gültigen Relativgewichte wurden auf der Basis der Daten des gesamten Jahres 2001 gebildet. Die Preise der einzelnen DRGs werden schließlich durch die Multiplikation des Relativgewichts mit der so genannten Base-Rate ermittelt. Diese Base-Rate oder auch Basis-Fallwert ist der Wert, der für die Behandlung des speziellen Falles mit dem Gewicht 1,0 festgelegt worden ist. Die Höhe dieses bundeseinheitlichen Basis-

Fallwertes variiert und soll jährlich bis zum 30. September für das folgende Jahr vereinbart werden.

Anders als bei vielen anderen gesundheitspolitischen Reformversuchen wurde für die Einführung des DRG-Systems per Gesetz ein fast schon generalstabsmäßig wirkender mehrjähriger Konzeptualisierungs-, Explorations- und Implementationsprozess vorge-schrieben. Die Einführung der zahlreichen neuen Normen, Standards, Sicht- und Hand-lungsweisen wird außerdem vom Aufbau einer personell und finanziell aufwändigen „DRG-Normierungs- und Datenbürokratie“ in jedem Krankenhaus und auf Bundesebe-ne (z.B. DRG-Institut) begleitet und unterstützt. Hinzu kommen eine Fülle meist priva-ter Unternehmen, die an der Entwicklung von Software zur Berechnung von DRGs (z.B. die so genannten Grouper-Programme) und der späteren Kontrolle des DRG-Alltags im einzelnen Krankenhaus beteiligt oder jetzt und künftig in der Mehrzahl der kleineren und mittleren Krankenhäuser beratend und weiterbildend tätig sind.

Die wichtigsten bisherigen, gegenwärtigen und zukünftigen Etappen dieses umfangrei-chen Strukturveränderungsprozesses in einem so zentralen Bereich des deutschen Ge-sundheitswesens zeigt die Übersicht 2. Zu den Beweggründen und einigen wichtigen Details dieses mehrstufigen und vorübergehend auch „neutralen“ Implementationspro-zesses führte die Bundesregierung in der Begründung des Gesetzentwurfes folgendes aus: „Die zweijährige ‚budgetneutrale‘ Einführungsphase in den Jahren 2003 und 2004, in der die Höhe der Krankenhausbudgets noch nicht durch das neue Fallpauschalensys-tem bestimmt wird, ermöglicht es den einzelnen Krankenhäusern, sich auf die künftige Veränderung ihres Erlösbudgets einzustellen. Krankenhäuser, die erst 2004 das neue Entgeltsystem anwenden, haben ein budgetneutrales Jahr zur Verfügung. Für 2005 wird erstmals ein landesweit gültiger Basisfallwert vereinbart ...Der landesweit vereinbarte Basisfallwert wird als einheitlicher Festpreis (Einheitspreis) vorgegeben. ... Ebenfalls für 2005 wird die Verhandlung des Erlösbudgets des einzelnen Krankenhauses auf die neue DRG-Systematik umgestellt. Grundsätzlich gilt die Formel ‚Menge x Preis‘. ... Allerdings wird das so ermittelte DRG-Erlösvolumen nicht sofort für die Krankenhäu-ser wirksam. Um Krankenhäusern, deren Basisfallwert im Jahr 2005 noch über dem landesweiten Basisfallwert liegt, mehr Zeit für eine Anpassung ihrer Leistungs- und Kostenstrukturen zu geben, werden die Erlösbudgets in den Jahren 2005 und 2006 nur schrittweise auf das neue einheitliche DRG-Preisniveau abgesenkt (sog. Konvergenz-phase).“ (Bundestagsdrucksache 14/6893, 27)

Anders als bei vielen anderen Umgestaltungsversuchen der letzten Jahrzehnte schreibt das Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002⁸ im neuen § 17b Abs. 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vor, „eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung durch (zu führen)“. Diese soll „auch die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und den Umfang von Leistungsverlagerungen zu untersuchen.“ Finanziert aus einem schon jetzt erhobenen Zuschlag zu jeder Krankenhausbehandlung verlangt das Gesetz die Ergebnisse dieser Begleitforschung 2005 in einem „Bericht“ zu veröffentlichen.

1.3 Erwartungen, Hoffnungen und Befürchtungen zu den Auswirkungen einer Fallpauschalen-Vergütungsordnung im Krankenhaus

Wie bei einer Reform, die so tief in die Strukturen und Verhaltensgewohnheiten eines großen Teilbereichs der gesundheitlichen Versorgung eingreift, gar nicht anders zu erwarten war, gab und gibt es zu seinen Auswirkungen eine Flut von positiven Versprechungen und Erwartungen wie negativen Befürchtungen. Eine Reihe von seriösen Bilanzen und Szenarien bezieht ihre empirische Evidenz entweder aus der Analyse internationaler Erfahrungen mit der DRG-Einführung (z.B. Lauterbach/Lüngen 2001) oder aus einer qualitativen sozialwissenschaftlichen Untersuchung der Auswirkungen des bisherigen Fallpauschalensystem auf die Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern (Simon 2001, Kühn/Simon 2001). Daneben stehen aber auch spekulative „Schnellschüsse“⁹. Letztere tragen eher zur Stimmungsmache pro oder contra DRG bei als zu einer profunden Meinungsbildung.

⁸ Ausgeschrieben heißt dieses Gesetz „Gesetz zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäusern (Fallpauschalengesetz – FPG)“ und wirkt sich auf mehrere andere Gesetze wie z.B. das SGB V, das Krankenhausfinanzierungsgesetz oder die Bundespflegeverordnung aus.

⁹ Ein typisches Beispiel, das mehr Handfestes versprechen als es dann tatsächlich halten kann, ist Müller (2001). Dort werden Erkenntnisse über die Auswirkungen von DRGs auf die „Versorgungsverläufe älterer und alter Menschen“ (so der Titel des Buches von Müller) versprochen. Dabei handelt es sich um nichts anderes als plausible Schlussfolgerungen aus der Konfrontation von Versorgungsbedarfen mit aus dem Ausland bekannten und für Deutschland vermuteten Effekten von DRGs oder Beobachtungen in den wenigen deutschen Krankenhäusern, die vor 2003 und in wachsender Anzahl in diesem Jahr erste Erfahrungen sammeln bzw. zukünftige Konditionen antizipieren und in Handlungskonzepte und –weisen einbeziehen.

Wir beschränken uns in diesem Abschnitt auf eine knappe aber möglichst vollständige Darstellung der bisherigen Bilanzierungsversuche. Viel interessanter ist es für die Analyseziele unserer Studie, ob sich nicht bereits jetzt Mängel oder Vorzüge der stationären Behandlung finden lassen, deren Eintreten erst in der Folge der DRG-Einführung befürchtet oder erwartet werden.

Wir beginnen mit den Beweggründen, welche die Bundesregierung seit 2000 dazu gebracht haben, das DRG-System zu konzipieren und einzuführen. In der Begründung des Entwurfes für das Gesundheitsreformgesetz 2000 heißt es etwa: Es werden "weitreichende Strukturveränderungen im Krankenhausbereich und eine Reduzierung der Bettenzahlen angestrebt. Sie sind Voraussetzung dafür, dass die Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Zukunft stabil gehalten werden können (...) Von den Krankenhäusern und deren Beschäftigten müssen zum Teil erhebliche Veränderungen und Flexibilität erwartet werden" (Begründung Regierungsentwurf GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000, BT-Drs. 14/1245: 113).

In der 2001 vorgelegten Begründung zum Entwurf des Fallpauschalengesetz heißt es vertiefend: „Das neue Entgeltsystem soll das Leistungsgeschehen im Krankenhausbereich transparenter machen, die Wirtschaftlichkeit fördern und die im System tagesgleicher Pflegesätze angelegten Fehlanreize insbesondere zur Verlängerung der Verweildauer beseitigen. Die direkte Verknüpfung der erbrachten Leistungen mit der Vergütung soll dazu beitragen, dass die Ressourcen krankenhausesintern wie auch krankenhausesübergreifend bedarfsgerechter und effizienter eingesetzt werden. Das neue Entgeltsystem soll vor allem auch dazu beitragen, dass die in der bisherigen Budgetsystematik angelegten Hemmnisse für einen leistungsorientierten Fluss der Finanzmittel abgebaut werden. Das Geld soll den Leistungen folgen können. Die leistungsorientierte Vergütung der Krankenhäuser wird zu mehr Wettbewerb und zu einer stärker am tatsächlichen Bedarf orientierten Entwicklung der Leistungsstrukturen und Leistungskapazitäten führen. Einen besonderen Stellenwert in einem Fallpauschalensystem hat die Qualitätssicherung. Die dazu vorgesehenen Instrumente zusammen mit der Transparenz der Leistungen werden zu einer deutlichen Verbesserung der Qualität in der stationären Versorgung führen.“ (BT-Drucksache 14/6893, 26)

Die ab 1996 begonnenen Einführung von Fallpauschalen für heute ca. ein Viertel und die ab 2004 für rund 90 % aller stationären Behandlungen geplante Einführung von DRGs erfolgte wegen der vermuteten oder nachgewiesenen Fülle unerwünschter finanzieller wie gesundheitlicher Auswirkungen der bis dominierenden Vergütungsform der tagesgleichen Pflegesätze.

Die zahlreichen tagesgleichen Pflegesätze, die sich genau genommen aus dem Basispflegesatz („Hotelleistung“ des Krankenhauses) und dem Abteilungspflegesatz für sächliche und medizinische Leistungen zusammensetzen, betragen 2000 bei steigender Tendenz durchschnittlich 309 Euro (Statistisches Bundesamt 2002). Sie werden unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung und weiteren Besonderheiten des Patienten bezahlt. Diese Vergütungsform vernachlässigte einerseits die Leistungsgerechtigkeit und reizte andererseits zu einer gesundheitlich nicht oder wohl zumindest nicht immer begründeten Ausdehnung der Verweildauer an. Dies führte sowohl zu einer im internationalen Vergleich langen mittleren Verweildauer (vgl. dazu Angaben im vorherigen Abschnitt) und u.a. dadurch verursacht zu den auf hohem Niveau weiter ansteigenden GKV-Ausgaben für stationäre Versorgung. Die Tagessatzvergütung hat aber auch unerwünschte qualitative Auswirkungen auf die Prozess- und Ergebnisqualität der stationären Behandlung. Da das gesamte Morbiditätsrisiko, also auch das der Folgen von schlechter Behandlung (z.B. Komplikationen oder Infektionen im Krankenhaus) auf der Krankenkassenseite liegt, besteht generell nur ein geringer Anreiz für eine flächendeckende Qualitätssicherung. Hinzu kommt, dass lange Liegezeiten sowohl durch die oftmals damit assoziierte passivierende Behandlung der Patienten als auch durch die klassische Hospitalisierung eher hemmend auf einen zügigen Genesungsprozess einwirken und auch die mittelfristigen Heilungschancen der Patienten beeinträchtigen.

Mit der Einführung von weitgehend verweildauerunabhängigen Vergütungsformen der Krankenhauskosten¹⁰ wird das Morbiditätsrisiko weitgehend an die Krankenhäuser übertragen. Außerdem werden wesentliche Anreize für Verhaltensweisen beseitigt, die zu den gerade aufgezählten unerwünschten Wirkungen führten.

Genau so wie die Tagessatzvergütung haben aber auch Fallpauschalenvergütungen nicht nur erwünschte, sondern auch unerwünschte Auswirkungen. In der dazu mit einer gewissen Verspätung anlaufenden Diskussion kristallisieren sich eine Reihe von Befürchtungen aber auch Hoffnungen heraus. Ein Teil der in der Übersicht 3 zusammengestellten Erwartungen oder Befürchtungen lässt sich schließlich auch bereits heute und durch eine Analyse der dieser Studie zu Grunde liegenden Datenquellen auf empirische Evidenz untersuchen.

¹⁰ Ohne darauf hier im Detail einzugehen, möchten wir auf die Möglichkeiten hinweisen, die untere wie obere Grenzverweildauer zur Steuerung eskalierender Fälle zu nutzen. Dies dürfte aber finanziell meist unattraktiv sein.

Übersicht 3: Versorgungsbezogene Effekte der Ökonomisierung des Krankenhauses durch Fallpauschalenvergütung (Simon 2001)

- ◆ Risikoselektion: Verweigerung und Verschiebung von Behandlungen aus wirtschaftlichen Gründen (z.B. Budgeterschöpfung oder unkalkulierbares Kostenrisiko),
- ◆ Verweigerung der Aufnahme oder Verschiebung von Notfallpatienten,
- ◆ Drehtüreffekte: Kurzfristige Entlassung und Wiederaufnahme bzw. Rehospitalisierung von Patienten mit dem Ziel einer Aufspaltung der Behandlung in verschiedene Episoden und einer insgesamt höheren Vergütung,
- ◆ Durchführung medizinisch nicht notwendiger Operationen zur Erzielung höherer oder zusätzlicher Vergütungen,
- ◆ Einsatz suboptimaler Verfahren zum Erzielen von Überschüssen oder Vermeiden von Unterdeckungen,
- ◆ Medizinisch nicht notwendige Verlegung in pflegeintensivere und teurere Intensivstation,
- ◆ Solange es parallele Vergütungsformen gibt: Verlängerung der Verweildauer im Tagessatzbereich, um Verweildauerrückgänge im Fallpauschalenbereich zu kompensieren,
- ◆ Verlegung von „aufwändigen“ Patienten in andere Krankenhäuser,
- ◆ Für den Genesungsprozess zu frühe Entlassung („blutig Entlassene“),
- ◆ Unkoordinierte und sachlich nicht abgesicherte Verschiebung von Teilen der stationären Behandlungsnotwendigkeiten in den ambulanten Bereich,
- ◆ Nahtlose, zügige aber zu frühzeitige Überleitung in Rehabilitationsmaßnahmen und dortige Zunahme akutmedizinischer Aufgaben.

Für eine Reihe dieser Punkte gibt es auch empirische Belege aus dem amerikanischen Medicare-System, das auf über anderthalb Jahrzehnte Erfahrungen zurückblicken kann. Vor einer 1:1-Übernahme dieser positiven oder negativen Effekte und Erfahrungen in die innerdeutsche Debatte muss allerdings aus mehreren Gründen gewarnt werden. Zum einen unterscheiden sich die beiden Gesundheitssysteme z.B. was den Stellenwert des Krankenhauses in der Gesamt-Behandlungskette angeht erheblich. Zum anderen spielt sich im Medicare-System nur ein Teil der stationären Behandlung ab, während das DRG-System in Deutschland praktisch für die 90 % der Bevölkerung, die in der GKV versichert sind und ihre stationäre Behandlung installiert werden soll.

Übersicht 4: Empirische Anreiz- und Verteilungswirkungen von DRGs im Medicare-System der USA (Lauterbach/Lüngen 2001, 41ff.)

- ◆ Reduzierung der Verweildauer (u.a. durch gezielte Aufnahme von Patienten mit geringeren Schwierigkeitsgraden, frühere Verlegung in Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen),
- ◆ Erhöhung des Case-Mix-Indexes,
- ◆ Reduzierung der diagnostischen Maßnahmen,
- ◆ Zergliederung von stationären Aufenthalten in mehrere Einzelaufenthalte,
- ◆ Überweisung von Patienten mit hohem finanziellen Risiko in andere stationäre Einrichtungen,
- ◆ Erhöhung der Krankenhausgewinne bei - entgegen der Erwartung - größeren Krankenhäusern,
- ◆ Umschichtung des Personals in Richtung nachgefragter und profitabler Leistungsbereiche,
- ◆ Ausweitung der vor- und nachstationären Behandlung,
- ◆ Verstärkung der ambulanten Behandlung,
- ◆ Verstärkte Vernetzung in vertikaler Hinsicht, um komplette Patientenkarrerien abdecken zu können,
- ◆ Verstärkung öffentlichkeitswirksamer Maßnahmen zur Bindung von Patienten in profitable Leistungsbereiche,
- ◆ Finanzieller Druck auf Lieferanten von Medizinprodukten,
- ◆ Reduzierung von „freiwilligen“ Aktivitäten wie Ausbildung und klinische Forschung und
- ◆ Gesamtwirtschaftlich keine absolute Verminderung der stationären Ausgaben, sondern „nur“ eine Reduzierung der Steigerungsraten.

Da auch die Protagonisten der DRG-Vergütung eine Reihe der unerwünschten Auswirkungen fürchteten, soll ihnen durch eine Reihe qualitätssichernder Maßnahmen gesteuert werden. Dazu zählen an erster Stelle die ab 2005 (erstmalig für das Jahr 2004) alle 2 Jahre von den Krankenkassen u.a. im Internet zu veröffentlichenden Qualitätsberichte nach § 137 Abs. 1 Nr. 6 SGB V. In diesen Berichten soll über den Stand der Qualitätssicherung und die Art und Anzahl der in den einzelnen Krankenhäusern erbrachten Leistungen berichtet werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können auf Basis der Berichte für ihre ambulant tätigen Ärzte und die Krankenkassen für ihre Ver-

sicherten vergleichend über Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen.

Zusätzlich müssen nach § 137 Abs. 1 SGB V bis 2003 Vereinbarungen über die von Krankenhäusern zu erbringenden Mindestmengen einzelner planbaren Leistungen erfolgen, da Häuser, die diese Mengen ab 2004 voraussichtlich nicht erbringen können, sie ab 2004 auch nicht mehr anbieten dürfen. Dem liegt die zwar plausible aber auch nicht unproblematische¹¹ Annahme zu Grunde, wer z.B. viele Entbindungen gemacht habe, könne dies besser als andere Ärzte oder Hebammen, die relativ wenige Kinder entbunden haben.

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) soll nach § 17c KHG gezielt kontrollieren, ob es Fehlbelegungen, vorzeitige Verlegungen und Entlassungen und nicht ordnungsgemäße Abrechnungen gibt. Außerdem soll er nach § 8 Abs. 5 KHEntG verstärkt auf Wiederaufnahme von Patienten wegen Komplikationen achten. Geschieht dies innerhalb der so genannten Grenzverweildauer, darf keine erneute Fallpauschale berechnet werden, sondern muss das Krankenhaus mit der bereits erhaltenen ersten Zahlung auch die durch eigene Qualitätsmängel (so jedenfalls die Annahme) entstandenen Folgeprobleme finanzieren.

Auf die häufig befürchteten Probleme für die Kontinuität der Behandlung und dem Risiko von Komplikationen zu Lasten der Patienten und letztlich auch des Krankenhauses beim rascheren und tendenziell auch zu frühen (Stichwort: Entlassung „blutender Patienten“) Übergang von einer stationären zur ambulanten Behandlung und Versorgung, richten sich offensichtlich auch viele Krankenhäuser prophylaktisch ein. So nannten zahlreiche der 2.239 Anfang 2003 im „Krankenhaus-Barometer“ gefragten Krankenhäuser eigene Aktivitäten, die das Risiko unerwünschter Auswirkungen kürzerer Liegezeiten und zügigerer Übergänge in die ambulante Behandlung verringern oder von Anfang an gar nicht auftreten lassen sollen. Dabei vertrauen sie offensichtlich nicht ausschließlich darauf, dass die entlassenen Patienten selbständig, zügig und nahtlos zu einer wirksamen nachstationären Behandlung und Versorgung gelangen, es also eines aktiven Angebots weiterer Leistungen auch durch das Krankenhaus bedarf. 48 % wol-

¹¹ Das Problem liegt bei der Annahme eines zwangsläufigen und allgemeingültigen Zusammenhangs von Qualität und einer ebenfalls verallgemeinerten absoluten Anzahl der Erbringung einzelner Leistungen. Überträgt man einige der in Deutschland schon festgelegten Mindestmengen auf kleinere Gesundheitssysteme, gibt es dort evtl. landesweit kein oder nur ein Krankenhaus, das diese Menge von Behandlungsfällen erbringt.

len mehr ambulante Operationen anbieten, 25 % wollen andere ambulante Leistungen anbieten, 10 % wollen ambulante Rehabilitations- oder Pflegeleistungen anbieten und rd. ein Drittel erwägen die Ansiedlung niedergelassener Ärzte innerhalb bzw. in Reichweite der Krankenhäuser (Ärzte Zeitung, 3. April 2003).

Trotz einer seit einiger Zeit vollmundig geführten Debatte über Wettbewerb durch Qualität (z.B. Arnold et al. 2003 mit dem Schwerpunkt „Krankenhaus im Wettbewerb) und den dafür zu nutzenden fehlen diesen und anderen Statements, Untersuchungen und Zukunftsszenarien eine auch nur im Ansatz flächendeckende, d.h. über mehrere Krankenhäuser oder Indikationen hinausgehende Transparenz aus Sicht der Patienten. Dabei haben wir es jetzt und wohl auch auf absehbare Zeit damit zu tun, dass der Wettbewerb und/oder auch neue Vergütungsformen jedes einzelne Krankenhaus zwar anreizen eine bessere Transparenz über Ressourceneinsatz und Outcome aus Patientensicht herzustellen, die Ergebnisse aber zumindest zum Teil als einzelbetriebliches Datum nicht oder nur zu eingeschränkten Zwecken des wettbewerblichen Vergleichs zu veröffentlichen. Dabei werden unerwünschte oder problematische Ergebnisse natürlich nicht veröffentlicht.

Ob also ein bestimmter Anteil von Krankenhauspatienten, die über ihre Ängste und Befürchtungen zu ihrer Krankheit mit keinem Arzt ausführlich sprechen konnten oder Schwierigkeiten beim Zugang zu ihrem Krankenhausaufenthalt hatten, hoch oder niedrig ist, und ob dies die Wirksamkeit der stationären Behandlung in Frage stellt oder ein „normaler“ Mangel ist, kann bisher mit veröffentlichten Daten aus deutschen Krankenhäusern nicht bestimmt werden.

Dem soll hier mit den Quer- und Längsschnittsanalysen von individuenbezogenen Routedaten aus der stationären Behandlung von GEK-Versicherten seit dem Jahre 1995 und den Ergebnissen einer schriftlichen Befragung der GEK-Versicherten, die im November und Dezember des Jahres 2002 einen Krankenhausaufenthalt beendet haben abgeholfen werden.

1.4 Fragestellungen dieser Studie

Aus dem bisher Gesagten ergeben sich eine Reihe von Fragestellungen, die sowohl für die allgemeine Debatte über die stationäre Versorgung als auch und vor allem für die laufende und an Breite und Tiefe rasch zunehmende Auseinandersetzung um die Auswirkungen der DRG-Einführung Bedeutung haben:

- Helfen Fallpauschalen-Vergütungsformen die Ausgaben für die stationäre Behandlung zu senken oder kompensieren sie bereits in einem kurzen Zeitverlauf durch spezifische „Unarten“ Teile oder gar die Gesamtheit ihrer Einsparerfolge?
- Wie sehen wichtige Aspekte der Versorgungsqualität im Krankenhaus aus Sicht der Patienten derzeit aus?
- Wie sieht das Verhältnis von erwünschten und unerwünschten Auswirkungen einer Fallpauschalenvergütung aus?
- Gibt es Anzeichen dafür, dass die ökonomischen Anreize von Fallpauschalen allein eine aus Sicht der Patienten qualitativ akzeptable stationäre Behandlung sicherstellen oder muss zusätzlich bzw. alternativ an anderen „Stellschrauben“ gedreht werden?

2 Krankenhausbehandlung aus Patientensicht - Ergebnisse einer Patientenbefragung

2.1 Methodische und inhaltliche Vorüberlegungen und Vorgehensweise

Untersuchungen über die Art und Weise der stationären Versorgung und ihren Auswirkungen aus Patientensicht stehen vor mehreren methodischen Problemen: Inhaltlich ist es notwendig, möglichst viele Informationen über die nachstationären Geschehnisse zu erhalten. Nun ist es zwar prinzipiell eher gut, Krankenhauspatienten erst nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus und nicht etwa noch während des Aufenthalts nach den dort gemachten Erfahrungen zu fragen (vgl. Ruprecht 2001) und wegen der häufig einer akuten stationären Behandlung folgenden stationären Rehabilitationsmaßnahmen bestehen oft Schwierigkeiten, Patienten direkt nach ihrer Krankenhauserlassung unter ihrer Wohnadresse zu erreichen. Je länger man aber wartet desto höher ist nicht nur aber besonders bei älteren Befragten das Risiko von Erinnerungslücken bezüglich ihrer Erfahrungen und anderer Umstände des Krankenhausaufenthalts oder sie sind gar bereits verstorben. Bei dem Gros der Patienten handelt es sich um Personen, die über 70 und 80 Jahre alt und damit entweder gar nicht mehr oder nur noch in quantitativ wie inhaltlich beschränktem Maße schriftlich zu befragen sind. Daraus folgt zumindest das latente Risiko eines für aussagekräftige Ergebnisse zu geringen Antwortrücklaufs. All diese Probleme tauchten auch in dieser Erhebung auf.

Man hat es also sowohl hinsichtlich des Umfangs einer schriftlichen Befragung, der Verständlichkeit und Lesbarkeit des Fragebogens und des Versand-Zeitpunkts nach Krankenhauserlassung mit einer mehrfachen Gratwanderung zu tun. Wir versuchten einem Teil der genannten Probleme gezielt vorzubeugen. Dazu zählte eine optisch großzügige Gestaltung des Fragebogens, was zu einem Umfang von 22 Seiten führt. Im gezielt unter 70 bis 80-Jährigen durchgeführten Pretest gab es aber nur sehr wenige Einwände gegen die Länge des Fragebogens. Der Fragebogen war bis auf die Frage nach zusätzlichen Erkrankungen, die zum stationären Aufenthalt führten, völlig standardisiert, d.h. durch Ankreuzen vorgegebener Antwortmöglichkeiten zu beantworten. Schließlich wiesen wir im Anschreiben zum Fragebogen ausdrücklich auf die Möglichkeit hin, sich bei eigener Gebrechlichkeit von Angehörigen oder Bekannten helfen zu lassen. Bei den nicht seltenen schriftlichen und telefonischen Hinweisen von Angehörigen

gen, der Befragte befände sich noch in der Rehabilitation und könne nicht antworten, verlängerten wir die Beantwortungsfristen großzügig oder verzichteten auch auf die Beantwortung. Schließlich schrieben wir auch einen überproportionalen Anteil von 70 bis 80-Jährigen Krankenhausentlassenen an, um selbst bei prozentual geringerem Antwortrücklauf noch eine absolut ausreichende Anzahl von Befragten in die Auswertung einbeziehen zu können. Der tatsächliche Rücklauf erwies diese Vorsichtsmaßnahme aber als unnötig.

Dass die Gratwanderung gelungen ist, zeigt u.a. die an anderer Stelle genauer dargestellte Antwortrate, die Genauigkeit und Vollständigkeit der Beantwortung der meisten Fragen.

Der Versand der Fragebögen, eines von der GEK und dem Zentrum für Sozialpolitik verantworteten Anschreibens, das den Zweck der Befragung erläuterte und eines an das Zentrum für Sozialpolitik adressierten Freiumschlags sowie eines Erinnerungsschreibens, das nur an die Personen gerichtet war, die bis zu dem ersten Antwortzeitpunkt nicht geantwortet hatten, erfolgte durch die GEK bzw. eine von ihr beauftragte Versandfirma.¹² Ausschließlich das Zentrum für Sozialpolitik erfasste die Fragebogenantworten und verwahrt die Fragebögen bis zu ihrer Vernichtung. Kein Außenstehender, also auch nicht die GEK, kommt damit jemals in den Besitz einzelner Fragebögen.

2.1.1 Inhaltliche Dimensionen und Entwicklung des Fragebogens

Die seit Jahrzehnten geäußerte und vielfach auch empirisch belegte Kritik an der Solidität, Validität, Reliabilität und damit der Aussagefähigkeit von Befragungen zur Zufriedenheit von Patienten (vgl. u.a. Aust 1994) waren der Ausgangspunkt auch für diese Untersuchung eine taugliche Alternative zu entwickeln.

Dabei kann man sich mittlerweile auf langjährige Erfahrungen mit überwiegend im Ausland entwickelten und zum Einsatz gekommenen differenzierten Instrumenten stützen. Dadurch weiß man welche Themen und Bedingungen überhaupt von Patienten erkannt und in retrospektiven Untersuchungen erinnerbar und für sie persönlich wichtig

¹² Um die nicht antwortenden Personen identifizieren zu können waren die Fragebögen mit einer laufenden Nummer gekennzeichnet, die von der GEK vergeben wurde und nur von ihr zu deanonymisieren war. Nach dem Abgleich der zusammen mit den Antworten erfassten Nummern mit den Nummern aller Fragebogen, konnten die Nichtantwortenden einmal mit dem geringstmöglichen Aufwand und Unmut (der entsteht, wenn man alle Erstempfänger, also auch diejenigen, die bereits geantwortet haben ein zweites Mal anschreibt) erinnert werden.

sind. So identifizierten z.B. Cleary et al. (1991) folgende, für Krankenhauspatienten wichtigen Fragen, die seit 1987 in den USA, seit 1994 in Großbritannien und schließlich seit 1997 auch in Deutschland, Schweden und der Schweiz u.a. von dem international tätigen Picker-Institut (Picker 2003) in zahlreichen Studien verbessert und erhärtet worden sind:

- Zugang zur Versorgung (z.B. Wartezeiten),
- Rücksicht auf individuelle Werte¹³, Präferenzen und Bedürfnissen bzw. Respekt,
- Kommunikation, Information und Instruktion,
- Koordination der stationären und der nachstationären ambulanten Behandlung und Unterstützung,
- körperliches Wohlbefinden wie z.B. dem Umgang mit Schmerz,
- emotionale Unterstützung bei Ängsten über den Gesundheitszustand und seine Prognose sowie die Folgen der Behandlung, Selbsthilfefähigkeit und Gesundheitsförderung,
- Einbezug der Familie und Freunde und das
- Fragen der Entlassung aus dem Krankenhaus und des Gefühls von Kontinuität nach der Entlassung.

Wegen des inhaltlichen Interesses an den Auswirkungen der für bestimmte Leistungen bereits seit 1996 eingeführten und damit auch wirksamen Fallpauschalen und der möglichen Wirkungen der ab 2004 flächendeckend für fast alle Indikationen geplanten DRGs auf die Dienstleistungsarbeit und Versorgungsqualität im Krankenhaus, mussten zusätzliche Fragen in den Fragebogen aufgenommen bzw. vorhandene detaillierter gestellt werden. Dies gilt besonders für die Art und den Umfang der Überleitung von Patienten aus dem Krankenhaus in das poststationäre Leben bzw. die noch notwendige Behandlung und die Erfahrungen der Patienten mit nachstationären Behandlungen und Hilfen. Wenn man der pessimistischen Hypothese folgt, DRGs reizten Krankenhäuser

¹³ Dies korrespondiert mit der hohen Bedeutung, welche die angelsächsischen Protagonisten der „evidence based medicine“ den so genannten „patient values“ für eine hochwertige und wirksame Medizin einräumen. Anders als häufig in Deutschland zitiert oder paraphrasiert, tragen dazu nach dem Verständnis ihrer „Väter“ nämlich nicht nur die ersten beiden Elemente bei, sondern alle drei genannten Dimensionen: „Evidence-based medicine (EBM) is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values.“ (Sackett et al. 2000, 1)

an, Patienten so früh wie möglich und sogar noch „blutend“ zu entlassen, kommt dem gerade umrissenen Bereich eine große Bedeutung zu.

Die Entwicklung des endgültigen Fragebogens¹⁴ erfolgte in drei Stufen:

Als erstes versandten wir einen von uns um die genannten Aspekte erweiterten Fragebogen an 32 in der stationären Versorgung tätige oder mit ihr sonst vertrauten Experten und baten sie, ihn kritisch auf Vollständigkeit, Richtigkeit und Verständlichkeit zu sichten und zu bewerten.

Als zweites wurde eine zweite Fassung des Fragebogens in mehreren so genannten Patienten-Fokusgruppen vorgestellt und als Ganzes wie Frage für Frage kritisch bewertet und verändert. Bei Fokusgruppen handelt es sich um Gruppen von Patienten, die mehr oder weniger intensive Erfahrungen mit der stationären Versorgung haben und die bereit sind, sich auf dem Hintergrund dieses Erfahrungswissens mit den von uns für relevant gehaltenen Fragen ein- oder auch mehrmalig inhaltlich und sprachlich auseinander zu setzen. In unserem Fall konnten wir das Wissen und die Kooperationsbereitschaft drei solcher Gruppen (z.B. eine Asthmatiker-Selbsthilfegruppe) nutzen. In einer bzw. in einem Fall zwei Sitzungen, zu denen wir die jeweils aktuelle Fassung des Fragebogens vorher versandten, wurde der Fragebogen in vielfacher Weise inhaltlich und semantisch verändert. In den gar nicht seltenen Fällen von Wahrnehmungsdifferenzen zwischen Patienten, folgten wir durchweg den Einwänden, Relevanzbekundungen, Anregungen und Formulierungsvorschlägen der älteren Teilnehmer. Ergänzt wurden die Gruppengespräche durch 14 Gespräche mit einzelnen bewusst älteren Personen, die Erfahrungen mit Krankenhausaufenthalten hatten und zu denen wir Kontakt über eine Patientenkontaktstelle erhielten.

Mit dem auf dieser Basis nochmals erheblich modifizierten Fragebogen führten wir schließlich noch einen schriftlichen Pretest durch, der sich ausschließlich an 150 zufällig ausgewählte Angehörigen der in anderen Untersuchungen fast immer für besonders „schwierig“ aber vom Umfang her und inhaltlich besonders wichtig gehaltenen Patienten-

¹⁴ Die Entwicklung erfolgte in enger inhaltlicher Kooperation mit der Arbeitsgruppe Public Health des Wissenschaftszentrums Berlin und deren Leiter PD Dr. Hagen Kühn. Bei diesen gemeinsamen Aktivitäten handelt es sich um ein Modul einer mehrjährigen Kooperation zur Durchführung einer sozialwissenschaftlichen Längsschnittanalyse zu den Auswirkungen von DRGs auf die Bedingungen der medizinischen und pflegerischen Arbeit sowie der Versorgungsqualität im Krankenhaus aus Beschäftigten- und Patientensicht.

tengruppe im Alter von 70 bis 80 Jahre unter den GEK-Versicherten richtete. Die spontane Antwortrate belief sich auf 65 %. Weder bezüglich der Inhalte des Fragebogens noch zur Länge des Fragebogens (76 % hielten die Länge für „genau richtig“, 9 % war er etwas zu lang, 4 % war er deutlich zu lang, dem Rest der Befragten war er zu kurz oder sie beantworteten die Frage nicht) gab es so grundsätzliche oder starke Einwände oder Nichtbeantwortungen, dass gravierende Veränderungen notwendig gewesen wären. Der einzige Fragenblock, dessen Beantwortung den Befragten offensichtlich Mühe bereitete (als Indikator diente uns die Anzahl der nichtantwortenden Befragten) war der zum nachstationären Behandlungs- und Hilfebedarf und dessen tatsächlicher Befriedigung. Dies veranlasste uns, eine andere Struktur der Fragestellung zu wählen. Da in den Fokusgruppengesprächen und auch im Pretest praktisch klar wurde, dass die Angehörigen der von uns anvisierten Untersuchungsgruppe oftmals bereits mehrere Male in stationärer Behandlung waren, wir uns aber vorrangig für den letzten Krankenhausaufenthalt interessierten, sahen wir uns schließlich veranlasst, darauf mehrfach und plakativ innerhalb des Fragebogens hinzuweisen.

Im endgültigen Fragebogen¹⁵ finden sich folgende inhaltliche Schwerpunkte:

- Namen und Ort des zuletzt behandelnden Krankenhauses sowie Behandlungsstation im Krankenhaus (zwei Fragen),
- Erwartungen an die Art der stationären Behandlung (eine Frage),
- Gesundheitlicher Grund oder Anlass des Krankenhausaufenthalts (eine Frage),
- Art des Zugangs zur stationären Behandlung (z.B. Veranlasser, Wartezeiten) (5 Fragen),
- Dauer des Krankenhausaufenthalts und Bewertung der Dauer (2 Fragen),
- Summarische Bewertung der qualitativen Erfahrungen beim Krankenhausaufenthalt (zwei Fragen),
- Erfahrungen bei der Aufnahme ins Krankenhaus (2 Fragen),
- Vertrauen in Akteure und die Institution der stationären Behandlung (eine Frage),

¹⁵ Für die Erlaubnis, dazu einige Standardfragen aus Patientenfragebögen des Picker Instituts Deutschland wörtlich oder sinngemäß zu nutzen, danken wir dem Institut und seinem Geschäftsführer Dr. Thomas Ruprecht.

- Kooperation und Kommunikation zwischen Ärzten, Pflegenden und Patienten (12 Fragen),
- Umgang mit Schmerzen (drei Fragen),
- Ergebnisqualität der stationären Behandlung (3 Fragen),
- Mitbestimmung des Patienten und Partizipation von Angehörigen und Freunden (2 Fragen),
- Vorbereitung auf Entlassung (7 Fragen),
- Behandlungs-, Hilfe oder Unterstützungsbedarf im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt (eine Frage mit 10 Subfragen),
- Kontinuität zwischen stationärer und ambulanter Behandlung (2 Fragen),
- Sonstige Krankenhausaufenthalte aus unterschiedlichen Gründen (4 Fragen),
- Informationswünsche für künftige Krankenhausaufenthalte (eine Frage) und
- Soziodemografische Charakteristika und Lebensumstände(11 Fragen).

Mit der meist erfolgten und leserlichen Nennung des Krankenhausnamens konnten wir aus zwei weiteren Quellen zusätzliche Informationen über die Art und Trägerform dieser Krankenhäuser sowie ihre Bettenkapazität gewinnen. Eine Informationsquelle war das vom Statistischen Bundesamt auf CD veröffentlichte „Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen“ (Statistisches Bundesamt 2002). Eine zweite Fundgrube war das so genannte „Krankenhaus-Directory“ (Arnold et al. 2003), das sich hauptsächlich mit Mengenverschiebungen bei Fallpauschalen/Sonderentgelten im Drei-Jahresvergleich beschäftigt, aber auch für rund 1.150 Krankenhäuser Angaben zur Trägerform enthält. Beide Quellen haben den Nachteil, dass ihre Informationen entweder von Ende 2000 oder aus 2001 stammen oder/und auch nicht für alle Krankenhäuser vorliegen. Auch wenn sich also der bereits seit 1992 anhaltende und untersuchte Trend (vgl. Gerste 2003, in Arnold et al. 2003, 295-312) zur Zunahme von Krankenhäuser in privatem Besitz, fortgesetzt haben sollte, ist die Nutzung dieser Informationen die einzige Möglichkeit, Zusammenhänge von Patientenerfahrungen mit strukturellen Bedingungen der Krankenhäuser untersuchen zu können.

2.2 Ausgewählte soziale Merkmale der Untersuchungsgruppe und ihrer Versorgungsstrukturen

Im Februar 2003 erhielten 5.968 GEK-Versicherten im Alter zwischen 30 und 80 Jahren, die im Zeitraum vom 1.11. bis 15.12. 2002 einen Aufenthalt in einem Akutkrankenhaus beendet hatten zusammen mit einem inhaltlichen Anschreiben den gerade beschriebenen Fragebogen mit der Bitte zugesandt, ihn bis spätestens Mitte März 2003 ausgefüllt an das Zentrum für Sozialpolitik zurückzuschicken.

Tabelle 3: Strukturmerkmale der Befragtenstichprobe und Antwortendengruppe der Krankenhauspatienten-Befragung 2002

	Befragten-Stichprobe (absolut und in %)	Antwortenden- Gruppe(absolut und (in %)	Responseraten in % (Spalte 2 in Prozent Spalte 1)
	1	2	3
30-39 Jahre	891 / 14,9	545 / 13,7	61,2
40-49 Jahre	982 / 16,5	591 / 14,9	60,2
50-59 Jahre	884 / 14,8	581 / 14,6	65,7
60-69 Jahre	1.951 / 32,7	1.425 / 35,9	73
70-80 Jahre	1.260 / 21,1	832 / 20,9	66
Fallpauschale	1.409 / 23,6	1.019 / 25,4	72,3
Tagessatz	4.559 / 76,4	2.960 / 73,9	64,9
Männer	3.613 / 60,5	2.374 / 59,6	65,7
Frauen	2.355 / 39,5	1.611 / 40,4	68,4
Total	5.968	4.007	67,1

Aus zwei inhaltlichen Gründen stellt diese Ausgangsgruppe keine völlig zufällige Stichprobe aus allen in diesem Zeitraum aus einem Krankenhaus entlassenen GEK-Versicherten dar. Erstens führte unser Untersuchungsziel, auf einer quantitativ ausreichenden Grundlage einen Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen von Fallpauschalen- und Tagessatzpatienten, durchführen zu können dazu, dass wir sämtliche 1.409 Versicherte, deren Krankenhausaufenthalt ausschließlich mit einer Fallpauschale vergütet wurde, in die Befragungsgruppe aufnahmen. Zweitens beugten wir der Sorge, insbesondere unter den aus inhaltlichen Gründen besonders wichtigen älteren Patienten einen für Auswertungen zu geringen Rücklauf zu erhalten, dadurch vor, dass wir aus der über 10.000 Personen umfassenden Gruppe mit tagesgleichen Pflegesätzen von vornherein eine überproportional große Teilgruppe der 70-80-Jährigen auswählten.

Unter der Annahme eines 50 %-Rücklaufs wurden dann aus der Gruppe der 70-80- und der Gruppe der 30-69-Jährigen Tagessatzpatienten eine ausreichend große Stichprobe von 4.559 Personen gezogen.

Die Tabelle 3 zeigt einige differenziertere quantitative und qualitative Merkmale der Untersuchungsgruppen der insgesamt Befragten und dann Antwortenden. Der Einfachheit halber werden die Antwortenden im weiteren Verlauf der Studie als Befragte bezeichnet.

Nach einer einmaligen schriftlichen Erinnerung lagen bis zum 28. März 2003 4.007 auswertbare Fragebögen vor. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 67,1 %. Bereits dieser Rücklauf übertraf unsere skeptische Erwartung erheblich bzw. machte sie gegenstandslos. Trotz dieses für eine so umfangreiche schriftlich standardisierte und an eine ältere Zielgruppe gerichtete Befragung sehr guten Rücklaufs, sieht der endgültige Nettorücklauf nochmals besser aus. Er ergibt sich einerseits aus dem Versterben oder der krankheitsbedingten Unfähigkeit einen Fragebogen zu beantworten von 134 der 5.968 angeschriebenen GEK-Versicherten. Andererseits trafen bis Mitte April noch weitere 365 auswertbare Fragebögen bei uns ein, die aber nicht mehr in diese Analyse einbezogen werden konnten.¹⁶ Tatsächlich stehen also 5.834 antwortfähigen Personen 4.372 Antwortende gegenüber. Die Netto-Antwortquote beträgt also 74,9 %.

Wie bei einem derartigen guten Rücklauf nicht anders zu erwarten, entspricht die Struktur der Antwortenden auch weitgehend der der Angeschriebenen.

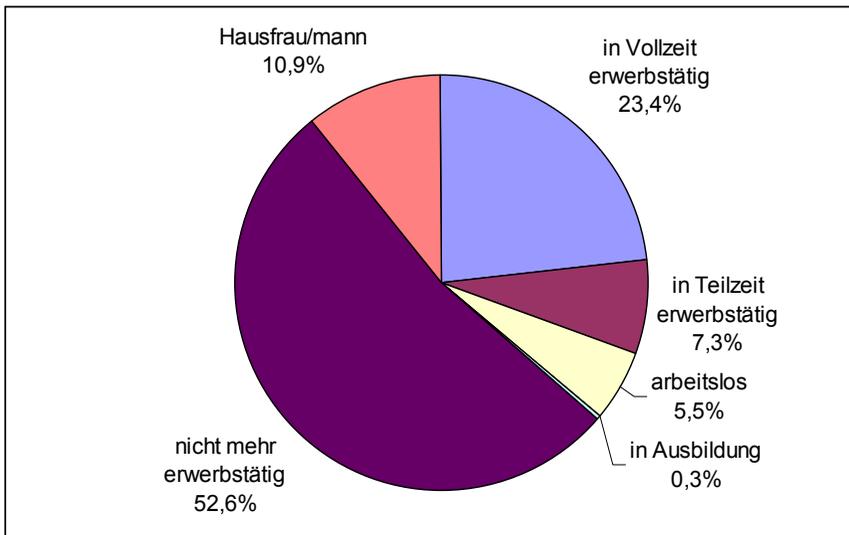
Nach dieser erfreulichen generellen Beteiligungsbereitschaft an einer solchen Untersuchung lag ein weiteres methodisches Augenmerk auf der inhaltlichen Beteiligungsbereitschaft. Die Häufigkeit von Nichtantwortenden liegt mit Ausnahme der sich bereits im Pretest als „schwierig“ erweisenden Fragen zum nachstationären Bedarf an Behandlung und Unterstützung und dessen Erhalt im akzeptabel geringen Bereich unter 10 oder 5 %. Nur bei den Fragen zum nachstationären Versorgungsgeschehen steigt der Umfang von NichtbeantworterInnen auf fast durchweg 25 % an. Ob dies an der in einer Frage geballten mehrstufigen Abfrage (je potenzielle Leistung eine 4-er Skala mit den Antwortmöglichkeiten „habe ich nicht gebraucht“, „habe ich gebraucht“ und „einfach/schwer/nicht erhalten“) oder an der objektiven Komplexität dieses Bereichs lag, ist schwer zu entscheiden. Eine qualitative Analyse der hier nichtantwortenden Personen

¹⁶ Bei einer groben Analyse der Daten der 384 zusätzlichen Fragebögen zeigten sich aber weder bei der soziodemografischen Struktur noch bei den wichtigsten Erfahrungen wesentliche Unterschiede.

ergibt auch keine systematische Verweigerung z.B. von jungen, besonders kranken oder Uni-Kliniks-Patienten. Eine generelle „Ermüdung“ auf Seite 15 des 22-seitigen Fragebogens schließen wir angesichts des nach dieser Frage wieder normal werdenden Beantwortungsverhaltens ebenfalls aus.

Zusätzlich zu den in der Tabelle 3 enthaltenen Angaben zu soziodemografischen Charakteristika der Befragten und Antwortenden lassen sich folgende Eigenarten der Untersuchungsgruppe nennen: Nur eine Minderheit ist überhaupt noch erwerbstätig, was angesichts der Altersstruktur erwartungsgemäß ist.

Abbildung 5: Überwiegende Tätigkeit 2003



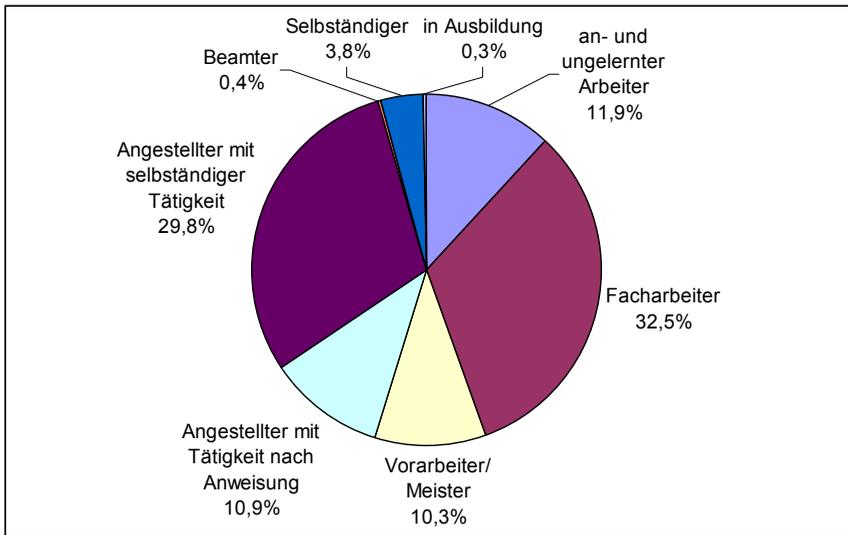
Fragt man nach der früheren oder auch noch gegenwärtigen beruflichen Stellung, dominieren eindeutig die Facharbeiter, Meister/Vorarbeiter und danach bereits Angestellte mit selbständiger Tätigkeit.

Auf die spezielle Frage, ob die Befragten selber im Gesundheitswesen tätig waren oder sind, antworteten 3,9 % aller Befragten, dies träfe für sie zu.

62,2 % der Befragten geben als höchsten Bildungsabschluss den Abschluss der Hauptschule an, 23 % beendeten eine Realschule, 3,8 % machten Abitur, 8,6 % haben einen Fachhochschul- und 2,3 % einen Hochschul- oder Universitätsabschluss.

14,2 % der Befragten leben alleine, bei 51,6 % wohnt noch eine weitere Person im Haushalt und bei mehr als 34,2 % mehr als eine Person.

Abbildung 6: Berufsgruppen heutiger oder früherer Tätigkeit 2003



Für viele insbesondere ältere Personen ist die soziale Unterstützung durch Angehörige oder nahe stehende Personen vor, während und besonders nach er Krankheitsepisode mit Krankenhausaufenthalt eine wichtige Bedingung für den Gesundheits- oder Erholungsprozess. Um uns darüber ein Bild verschaffen zu können, fragten wir konkret nach, wie viele Personen die Befragten kennen, „von denen sie sich ohne weitere Umstände für eine oder zwei Wochen in ihrer Wohnung versorgen lassen könnten“. Hier- auf gaben 996 Personen, also rund ein Viertel der Befragten keine Antwort. Wie viele darunter sind, die keine Unterstützungsperson kennen, können wir nicht sagen, aber ein Teil wird davon betroffen sein. 37,3 % gaben eine Person, 20,4 % zwei, 8,4 % drei und die restlichen 9 % bis zu 9 solcher Personen an.

Abbildung 7: Einwohner des ständigen Wohnsitzes 2003

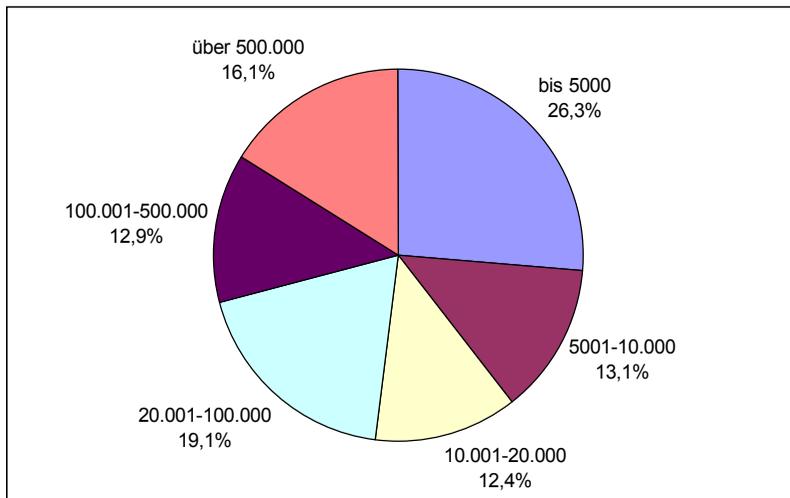
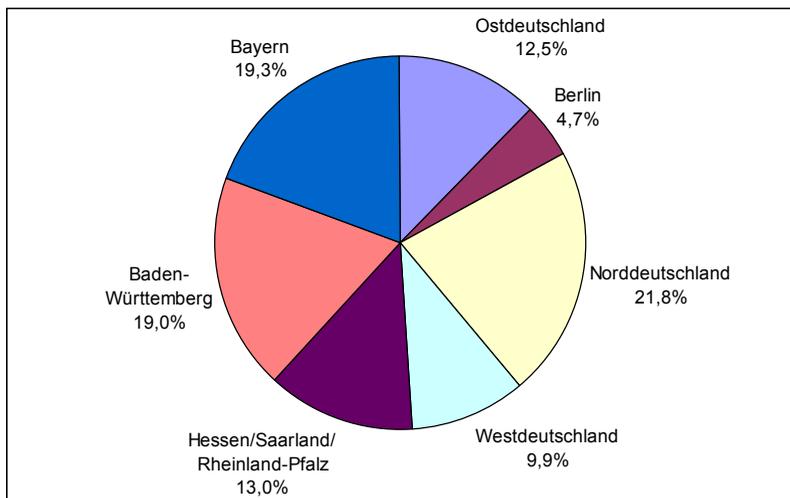


Abbildung 8: Regionalverteilung der Befragten 2003



Die Befragten verteilen sich relativ gleichförmig auf die unterschiedlich großen Gemeinden und Städte.

Auch die regionale Verteilung spart keine Region aus. Trotzdem gibt es eine Überrepräsentanz der Befragten aus süddeutschen Bundesländern und eine Unterrepräsentanz aus Nordrhein-Westfalen.

Da es sich dabei um eine denkbare wichtige Rahmenbedingung für die Art der Erfahrung im Krankenhaus handelt, fragten wir schließlich nach der Existenz einer privaten Zusatzversicherung für stationäre Aufenthalte. Immerhin 8,2 aller Befragten hatten eine solche Versicherung abgeschlossen.

2.3 Erfahrungen und Wahrnehmungen von Krankenhauspatienten

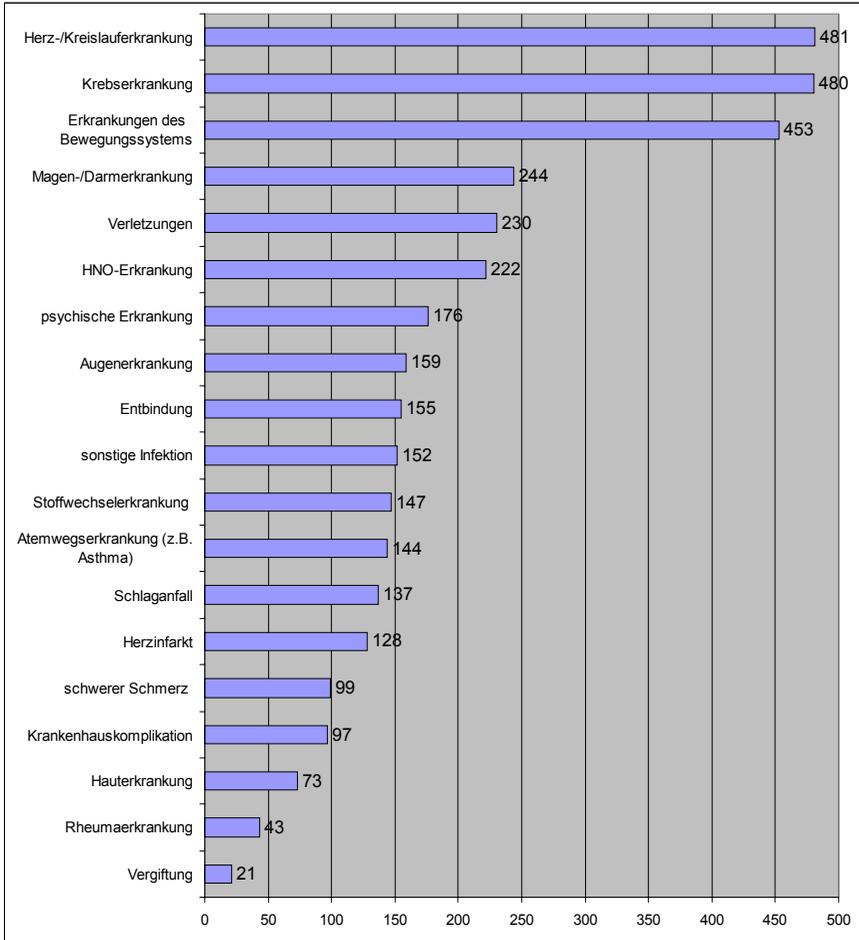
2.3.1 Art und Häufigkeit der gesundheitlichen Anlässe für den letzten und vorherige Krankenhausaufenthalte

Auf der Basis verschiedener praktisch erfolgreich erprobten Befragungen zu selbst wahrgenommenen Krankheitsbildern (z.B. Bundesgesundheitsurvey oder Bertelsmann-Gesundheitsmonitor) und der Kenntnis der regelmäßig vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten 20 häufigsten Diagnosen bei aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Patienten fragten wir direkt nach 19 möglichen gesundheitlichen Anlässen für den letzten Krankenhausaufenthalt. Dabei konnten ausdrücklich die Befragten mehrere Anlässe angeben und auch in offener Form weitere Anlässe anfügen. Nur 27 oder 0,7 % der Befragten machten zu diesem Punkt keinerlei Angaben.

Wie die Abbildung 9 zeigt, tauchen hinter den Hauptanlässen einer Krebserkrankung sowie einer chronischen Herz-/Kreislaufkrankung an dritter Stelle Erkrankungen des Bewegungssystems wie etwa Gelenkverschleiß- und Bandscheibenerkrankungen auf. Bemerkenswert ist außerdem die relativ große Rolle, welche die Behandlung psychischer Erkrankungen auch in der stationären Versorgung spielt.

1.341 der Befragten gaben zusätzlich oder alternativ einen anderen als den in der Liste vorgegebenen Anlässe für ihren letzten Krankenhausaufenthalt an. Nur 27 Befragte nannten weder einen der vorgegebenen noch einen sonstigen Grund für ihren letzten Krankenhausaufenthalt.

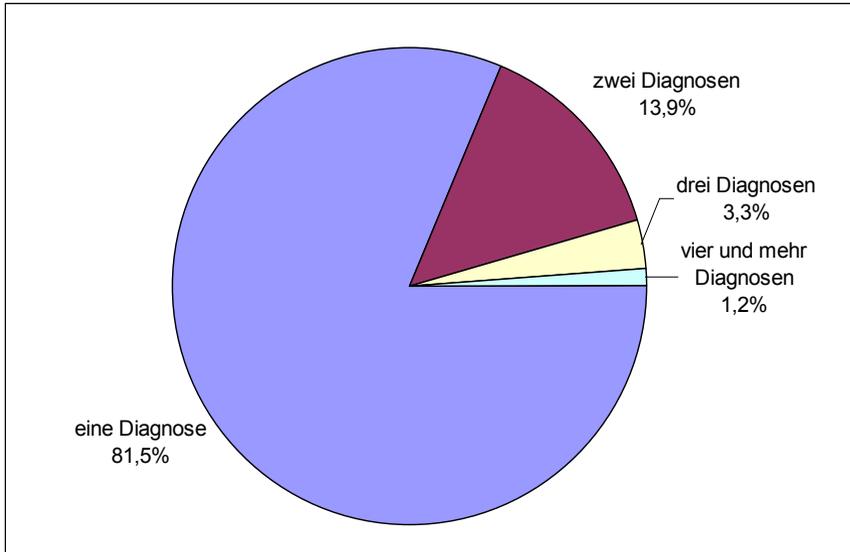
Abbildung 9: Selbst benannte Behandlungsanlässe für den letzten Krankenhausaufenthalt der Befragten 2002 (Mehrfachnennungen möglich)



Das bei älteren Populationen wachsende Risiko der Multimorbidität an akuten und chronischen Krankheiten, findet sich auch bei einer differenzierteren Analyse der stationären Behandlungsanlässe der von uns Befragten wieder. Während rund vier Fünftel der Befragten nur eine der vorgegebenen Erkrankungen oder einen sonstigen Grund

nannten, gaben 13,9 % zwei und die restlichen 4,5 % der Befragten drei und mehr Gründe für ihren letzten Krankenhausaufenthalt an.

Abbildung 10: Häufigkeit der selbstgenannten Behandlungsanlässen für den letzten Krankenhausaufenthalt 2002



Bei noch feinerer Analyse finden sich außerdem noch medizinisch häufig assoziierte Behandlungsanlässe. So gibt es beispielsweise 45 Befragte, die wegen einer Stoffwechselerkrankung wie Diabetes, und einer chronischen Herz-/Kreislaufkrankung im Krankenhaus waren.

In welcher Weise reine Querschnittsanalysen das tatsächliche personenbezogene Erkrankungs- und Behandlungsrisiko unterschätzen, zeigt sich, wenn wir die zusätzlich gestellten Fragen nach vorherigen Krankenhausaufenthalten wegen des aktuellen gesundheitlichen Problems und die nach Krankenhausaufenthalten wegen eines anderen gesundheitlichen Problems in die Analyse einbeziehen.

Ein Großteil der zu ihrem Krankenhausaufenthalt Ende 2002 befragten GEK-Versicherten waren weder mit der dabei relevanten Erkrankung zum ersten Mal oder

nur wegen dieses gesundheitlichen Problems zum ersten Mal in stationärer Behandlung.

42,9 % (von n=1.679) gaben an, sie seien wegen der aktuellen Erkrankung „schon mal zuvor“ im Krankenhaus gewesen. „Innerhalb der letzten 24 Monate“ traf dies noch bei 1.237 Personen zu, von denen 44,2 % schon ein, 26,1 % zwei, 11 % drei und noch 6,2 % vier mal stationär behandelt worden waren. Im Durchschnitt waren dies 2,6 stationäre Aufenthalte mit demselben gesundheitlichen Problem vor dem aktuellen Krankenhausaufenthalt. Das Ausmaß von Multimorbidität (mehr als eine aktuelle Erkrankung) und Multi-Inanspruchnahme (mehr als ein Krankenhausaufenthalt innerhalb der letzten 2 Jahre) wird aber erst dann vollständig, wenn die Aufenthalte wegen anderer gesundheitlicher Probleme einbezogen werden. Auch hier handelt es sich um enorme Häufigkeiten: Von den 3.778 Personen, die diese Frage beantworteten, bestätigten 64,9 %, sie seien schon „irgendwann in den letzten Jahren“ in einem Krankenhaus gewesen. Fasst man die Antworten auf die Fragen zum aktuellen Krankenhausaufenthalt und gesundheitlichen Problem mit denen auf die Frage nach stationären Behandlungen wegen anderer Erkrankungen zusammen, lagen 1.044 Befragten in den letzten Jahren schon ein- oder mehrere Male im Krankenhaus mit ihrem aktuellen wie mit anderen Leiden in einem Krankenhaus. Rund 26 % aller Befragten haben also vielfache Erfahrungen mit stationärer Behandlung.

Der Häufigkeit der Vielfach-Inanspruchnahme hängt zwar vom Alter ab, aber geringer als man vielleicht erwarten würde. So waren 48 % der 70 bis 80- aber auch 37,9 % der 30-39-Jährigen wegen ihres aktuellen Leidens schon mal im Krankenhaus gewesen. Wegen eines anderen gesundheitlichen Problems waren es 70,1 % der 70-80 Jahre alten und auch schon 58,3 % der 30-39 Jahre alten Befragten gewesen.

Ob und wie sich Vorerfahrungen mit stationären Behandlungen auf die Erwartungen an und die Wahrnehmung wie Bewertung des aktuellen Aufenthalts auswirken, betrachten wir im weiteren Verlauf der Untersuchung immer wieder etwas konkreter.

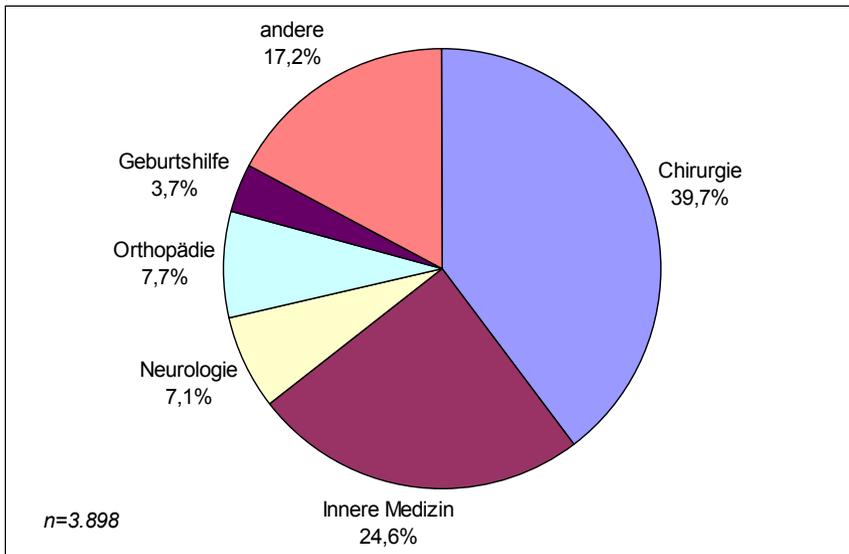
2.3.2 Behandlungsorte während des letzten Krankenhausaufenthalts

In der Abbildung 11 sind die Abteilungen und Stationen zusammengestellt, in denen die Befragten während ihres letzten Krankenhausaufenthalts „überwiegend behandelt“ wurden. Auch wenn wir mit der Bitte, uns den „überwiegenden“ Behandlungsort im Krankenhaus zu nennen schon selber die Möglichkeit der Behandlung in verschiedenen Abteilungen konzidierten, zeigen die tatsächlich nicht seltenen Mehrfachantworten und Kommentare, dass Patienten relativ häufig in mehreren Stationen behandelt werden und

dann nur schwer Aussagen zum Hauptbehandlungsort machen können. Dies gilt besonders für jene Befragten, die sowohl in der Chirurgie und der Inneren Medizin behandelt wurden.

Wie zu erwarten war wurden die relativ meisten Befragten in der Chirurgie behandelt. Danach kommt in größerem Abstand die Abteilung für Innere Medizin.

Abbildung 11: Stationen/Abteilungen beim letzten Krankenhausaufenthalt 2002



2.3.3 Dauer der Krankenhausaufenthalte

Über die Dauer des letzten Krankenhausaufenthalts und die Dauer der wegen derselben Erkrankung notwendig gewesen früheren stationären Behandlungen lassen sich genauere Untersuchungen machen.

2.3.3.1 Dauer früherer Krankenhausaufenthalte

Zum besseren Verständnis der Dauer früherer Krankenhausaufenthalte oder der „Alt-Krankenhausaufenthalte“ seien zwei Sachverhalte vorweg gestellt: 41,9 % aller Befragten waren „schon mal zuvor“ mit ihrem aktuellen gesundheitlichem Problem in stationären Krankenhäusern behandelt worden.

närer Behandlung gewesen. 55,8 % verneinten dies explizit und die restlichen 2,3 % antworteten dazu nicht. Die gleich näher betrachteten Krankenhaustage entstanden dann durch einen einmaligen Krankenhausaufenthalt von 44,3 % dieses Personenkreises, zwei- bis dreimal waren 37 % von ihnen im Krankenhaus gewesen und 18,7 % mussten innerhalb der letzten 2 Jahre¹⁷ mit ihrer aktuellen Krankenhaus 4 und mehr Male ins Krankenhaus. Im Durchschnitt lagen diese Befragten in den letzten 2 Jahren 2,6 mal im Krankenhaus

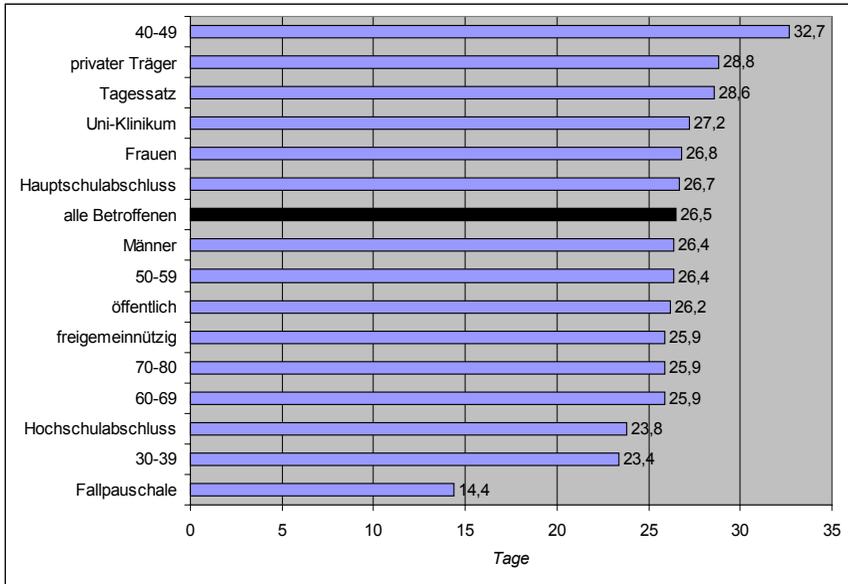
Die Dauer aller Krankenhausaufenthalte, welche die Befragten in den letzten 2 Jahren bereits einmal wegen des aktuellen gesundheitlichen Problem hinter sich haben, betrug, wie die Abbildung 12 zeigt, im Durchschnitt 26 ½ Tage.

Dieser Wert variiert enorm, wenn man die Krankenhaustage für unterschiedliche Altersgruppen, nach dem Geschlecht, der Vergütungsform und dem Krankenträger-Typ getrennt untersucht.¹⁸ Die Altersgruppe, die mit fast 33 Tagen weit über dem Durchschnitt liegt ist die der heute 40 bis 49-Jährigen. Unter der Durchschnittsdauer liegen die jüngsten Befragten mit immer noch über 23 Tagen. Die ältesten Befragten liegen mit durchschnittlich knapp 26 Tagen zusammen mit der zweitältesten Gruppe nahe beim Durchschnittswert. Frauen lagen innerhalb der letzten 2 Jahre etwa einen halben Tag länger als Männer im Krankenhaus.

¹⁷ Obwohl wir in der davor stehenden Frage ohne konkretes Zeitlimit („schon mal zuvor“) nach früheren Krankenhausaufenthalten fragten, haben wir Fragen nach quantitativen Details wie der Häufigkeit und der Dauer auf die letzten 24 Monate eingegrenzt. Trotzdem hatten mehrere insbesondere ältere Befragte erkennbare Schwierigkeiten, sich erinnern zu können.

¹⁸ Da wir ab jetzt immer wieder danach suchen, ob es bestimmte Teilgruppen unter den Befragten gibt, die über- oder unterdurchschnittlich gute oder schlechte Erfahrungen mit einzelnen Elementen der stationären Behandlung gemacht haben, wollen wir kurz das Prinzip unserer Auswahl und Darstellung der Differenzierungsmerkmalen verdeutlichen: Untersucht werden die Merkmale wie z.B. das Alter oder die Vergütungsform, bei denen wir theoretisch unterschiedliche Einwirkungen annehmen. Dargestellt werden dann nur noch Merkmale bei denen dies auch im statistischen Sinne signifikant (*=signifikant/auf 95 %-Niveau; **=hochsignifikant/auf 99 %-Niveau) zutrifft oder bei denen uns gerade das Nichteintreffen unserer Annahme inhaltlich wichtig erscheint. Wenn also z.B. manchmal Frauen und Männer nicht in einer Abbildung auftauchen, gibt es zwischen ihnen für die entsprechende sachliche Dimension garantiert keine wesentlichen oder gar statistisch signifikanten Unterschiede.

Abbildung 12: Durchschnittliche Dauer einer innerhalb der letzten 24 Monate erfolgten stationären Behandlung wegen der aktuellen Erkrankung nach soziodemografischen Merkmalen und Charakteristika der Behandlung



Interessante größere Unterschiede bei den durchschnittlichen „Alt-Liegezeiten“ mit der aktuellen Erkrankung zeigen sich ferner bei einer Unterscheidung nach der Vergütungsform des aktuellen Krankenhausaufenthaltes. Die Personen, deren aktuelle Behandlung mit einer Fallpauschale vergütet wurde, hatten mit durchschnittlich etwas über 14 „Alt-Krankenhaustagen“ nur fast die Hälfte der „Alt-Krankenhaustage“ der heute mit einem tagesgleichen Pflegesatz vergüteten Patienten. Hier scheint es sich um einen interessanten Startvorteil für die Behandlungsschwere bzw. -intensität der aktuellen Fallpauschalenbehandlungen zu handeln, der bei einer vergleichenden Bilanzierung der Effekte beider Vergütungsformen beachtet werden muss.

Nahezu keine Unterschiede bei ihren „Alt-Krankenhausaufenthalten“ gibt es wenn man die Befragten nach der Trägerschaft des zuletzt von ihnen in Anspruch genommenen Krankenhauses unterscheidet. Die Patienten, die ihren letzten Krankenhausaufenthalt in privaten Krankenhäusern verbrachten, hatten in den letzten 2 Jahren etwas mehr, näm-

lich 29 Tage in anderen Krankenhäuser hinter sich als die aktuell in öffentlichen Häusern behandelten mit 26 ½ Tagen. Ob dies eine Art „Startnachteil“ privater Krankenhäuser darstellt, wird ebenfalls noch genauer bedacht werden müssen.

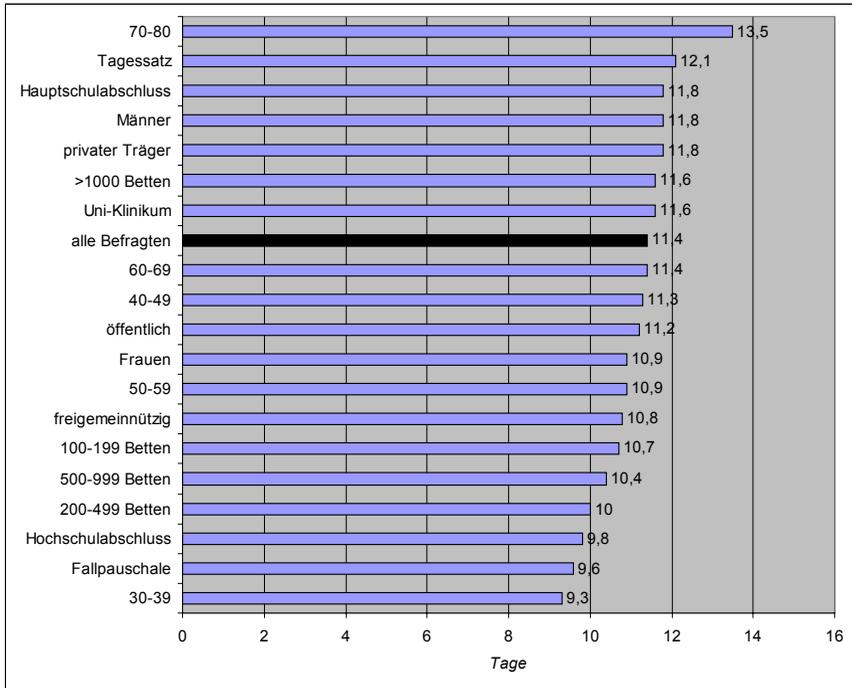
2.3.3.2 Dauer des aktuellen Krankenhausaufenthalts

Die durchschnittliche Liegezeit beim letzten Krankenhausaufenthalt der von uns Befragten betrug 11,4 Tage. Dieser Wert liegt deutlich über der für sämtliche bundesdeutschen Krankenhauspatienten und das gesamte Jahr 2002 erwarteten mittleren Verweildauer von etwas unter 10 Tagen (vgl. dazu die Daten in Abbildung 3 in der schon für 2001 eine Verweildauer von 9,8 Tagen angegeben wird). Dies ist wahrscheinlich auf die Konzentration unserer Befragung auf die 30- bis 80-jährigen GEK-Versicherten zurückzuführen. In den jüngeren, aber auch den ganz alten Altersgruppen liegt die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus erheblich unter dem Durchschnittswert. Hinzu kommen u.U. noch regionale oder soziale Besonderheiten der GEK-Versicherten, wie eine leichte Konzentration auf größere Städte oder der überdurchschnittliche Männeranteil.

Der durchschnittliche Aufenthalt für die 70-80-jährigen Patienten dauerte mit fast 14 Tagen am längsten und mit etwas mehr als 9 Tagen bei den 30-39-Jährigen am kürzesten. Wie die Abbildung 13 zeigt, lagen Männer Ende 2002 fast einen Tag (11,8 Tage) länger im Krankenhaus als Frauen (10,9 Tage). Der letzte Krankenhausaufenthalt der Hochschulabsolventen unter den Befragten war mit 10 Tagen fast anderthalb Tage kürzer als bei allen Befragten und dauerte über 2 Tage weniger als bei den Befragten mit Hauptschulabschluss.

Geringfügig länger dauerte der Aufenthalt für Patienten in Universitätskliniken und privat getragenen Krankenhäusern. Mit durchschnittlich 10,8 Tagen dauerte der Aufenthalt in freigemeinnützigen Krankenhäusern am kürzesten. Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft liegen mit der durchschnittlichen Liegedauer von 11,2 Tagen leicht unter dem Durchschnitt. Die Befragten, die in Krankenhäusern mit über 1000 Betten lagen, lagen durchweg länger dort als andere Patienten in kleineren Häusern.

Abbildung 13: Durchschnittliche Dauer von aktuellen Krankenhausaufenthalten nach soziodemografischen Merkmalen und strukturellen Bedingungen der stationären Behandlung I 2002



Die Liegezeit der mit einer Fallpauschale vergüteten aktuellen stationären Behandlungen liegt mit durchschnittlich 9,6 Tagen deutlich, nämlich um drei Tage unter der Aufenthaltsdauer der mit tagesgleichen Pflegesätzen (12,1 Tage) vergüteten Behandlungen.

Es gibt kaum Stadt-Land-Unterschiede der Verweildauer: In Klein- und Mittelstädten bis 100.000 Einwohner beträgt sie 11,1 Tage und in Städten ab 100.000 Einwohner knapp 12 Tage.

Abbildung 14: Durchschnittliche Dauer von aktuellen Krankenhausaufenthalten nach soziodemografischen Merkmalen und strukturellen Bedingungen der stationären Behandlung II 2002

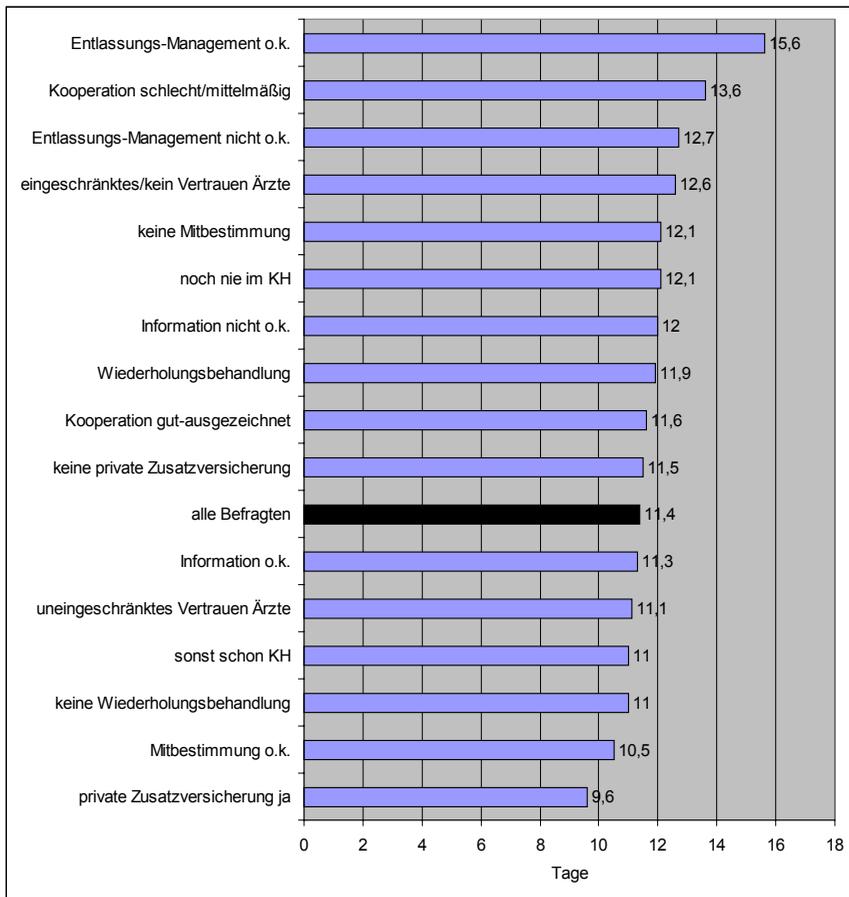


Tabelle 4: Durchschnittliche Verweildauer nach ausgewählten Behandlungsanlässen 2002

	<i>Liegedauer in Tagen</i>	
	<i>Mittelwert</i>	<i>95%-Konfidenzintervall</i>
Entbindung	7,6	5,9-9,4
chron. Herz/Kreislauf	11,1	10,1-12
Krebs	14,6	13,3-15,9
Magen/Darm	12,5	10,8-14,1
Bewegungssystem	13,5	12,6-14,4
Psyche	27,8	23,8-31,7
Verletzungen	13	11,2-14,8
HNO	7	6,5-7,9
Augen	8	6,6-9,8

Tabelle 5: Durchschnittliche Verweildauer nach Krankenhausabteilungen 2002

	<i>Liegedauer in Tagen</i>	
	<i>Mittelwert</i>	<i>95%-Konfidenzintervall</i>
Chirurgie	10,1	9,6-10,6
Innere Medizin	11,6	10,9-12,3
Neurologie	19,9	17,5-22,2
Orthopädie	13,5	12,4-14,5
Geburtshilfe	7,4	5,6-9,2
Andere	10,9	9,9-11,9

Fasst man die Befragten über die Postleitzahl ihres Wohnorts nach Regionen zusammen¹⁹, dauert ein Krankenhausaufenthalt in den neuen Bundesländern (ohne Berlin) mit 12,4 Tagen am längsten und mit 10,2 Tagen im Bereich Hessen/Rheinland-Pfalz/Saarland am kürzesten. Im aus Ostdeutschland ausgeklammerten Berlin dauert der Krankenhausaufenthalt 10,8 Tage.

Sieht man sich zusätzlich zu den soziodemografischen Charakteristika der Befragten noch einige qualitativen Bedingungen und Umstände ihres letzten Krankenhausaufenthalts an, zeigen sich eine Reihe von wichtigen Zusammenhängen zwischen diesen und der Länge der stationären Behandlung.

¹⁹ Streng genommen stellt dies keine Basis für regionale Versorgungsindikatoren dar, da eine akute stationäre Behandlung nicht zwingend am Wohnort stattfindet. Die berechneten Werte sind daher nur grobe Näherungswerte.

Bei der Betrachtung der mit überdurchschnittlichen Liegezeiten assoziierten Behandlungsbedingungen finden sich unter den wichtigsten Bedingungen zwei, nämlich ein voll und ganz funktionierendes Entlass-Management und sein völliges Gegenteil.²⁰ Zumindest eine der beiden Bedingungen erscheint auf den ersten Blick paradox. Dies ändert sich rasch, wenn man bedenkt, dass es sich hier nur um Personen handelt, die indirekt angeben, Entlassungsleistungen der genannten Art wären notwendig gewesen. Dieser Bedarf schlägt sich in einer durchweg überdurchschnittlichen Verweildauer nieder, an der dann das Angebot oder Nichtangebot von Entlassungsleistungen nicht mehr viel ändert.

Das Vertrauen zu Ärzten²¹, die Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden, das Gefühl „alles in allem ausreichend über Krankheit und Genesung informiert“ worden zu sein und die Möglichkeit zur Mitbestimmung des Patienten sind weitere Indikatoren der Prozessqualität der Behandlung aus Patientensicht, die sich eindeutig auf die Länge des Krankenhausaufenthalts auswirken. Je mehr von diesen Bedingungen existiert desto kürzer ist die Verweildauer und umgekehrt.

Einflüsse auf die Verweildauer rühren schließlich noch von der Existenz einer Zusatzversicherung her, wobei dies aber eher aus der insgesamt besseren Gesundheitssituation der so Versicherten resultiert.

Wiederholungsbehandlung meint, dass vor dem aktuellen Krankenhausaufenthalt wegen derselben Erkrankung schon ein stationärer Aufenthalt stattfand.

²⁰ Zum Faktor Entlassmanagement haben wir die Antworten auf die 5 Einzelfragen nach der „Erklärung von Sinn und Zweck der Medikamenteneinnahme nach Entlassung durch Ärzte“, einer „ärztlichen Erklärung zum Verhalten und Warnsignalen nach Entlassung“, der „Besprechung von Zeitpunkt und Umfang der Wiederaufnahme gewohnter Alltagsaktivitäten“, der „Erklärung zu den Möglichkeiten, sich selbst zu helfen“ und der im Krankenhaus erfolgten „Information nahe stehender Menschen über Hilfsmöglichkeiten bei der Genesung“ zusammengefasst. In diese Berechnung wurden nur die Antworten von Befragten einbezogen, die diese Leistungen selber überhaupt für notwendig hielten. In Ordnung war das Entlass-Management wenn alles „voll und ganz“ bzw. „ausführlich“ erfolgte. Als nicht in Ordnung wurde es bewertet, wenn nichts erfolgte. Die dritte Möglichkeit, dass die Beratung „einigermaßen“ erfolgte, wird hier nicht weiter dargestellt.

²¹ Die Ausprägungen „trifft voll und ganz zu“ und „trifft eher zu“ bilden den Wert „uneingeschränktes Vertrauen“ und die Ausprägungen „trifft eher zu“, „trifft teilweise zu“ und „trifft überhaupt nicht zu“ sind zum Indikator „eingeschränktes/kein Vertrauen“ zusammengefasst.

Wie vielfältig die Verweildauer-Landschaft ist und was dies möglicherweise für das mittels des DRG-Systems praktisch angestrebte homogenere Behandlungsgeschehen bedeutet, soll an einigen zusätzlichen Analysen aus dem Blickwinkel von Krankenhausstationen und Behandlungsanlässen verdeutlicht werden. Durch die Angabe des 95 %-Konfidenzintervalls, also durch ein Maß, das angibt zwischen welchen oberen und unteren Verweiltagen sich 95 % des Behandlungsgeschehens abspielt, besteht die Möglichkeit sich die Variabilität des Geschehens zusätzlich vor Augen zu führen.

In der Tabelle 4 finden sich Angaben zu den so auch erwartbaren unterschiedlichen Behandlungszeiten für die wichtigsten Behandlungsanlässe des letzten Krankenhausaufenthalts der Befragten. Ähnlich wie im ambulanten Bereich, wie beispielsweise bei der Dauer von Krankschreibungen (vgl. hierzu Grobe et al. 2001), dauert eine stationäre Behandlung wegen psychischer Erkrankungen am längsten. An dieser Krankheitsgruppe zeigt sich aber ebenso die enorme Breite des Behandlungszeit-„Korridors“ zwischen mindestens 23,8 und 31,7 Tagen.

Tabelle 6: Durchschnittliche Verweildauer nach Behandlungsanlässen und Krankenhausträgertypen 2002

	<i>Liegedauer in Tagen</i>			
	<i>freigemeinnützig</i>	<i>privat</i>	<i>Uni-Klinik</i>	<i>öffentlich</i>
Entbindung	7,1	3,3*	6,3	7,3
chron. Herz/Kreislauf	10,5	13,2	11,8	9,8
Krebs	14	15	14,7	14,5
Bewegungssystem	13,3	12,6	14,4	12,5
Psyche	25,7	31,3	22,2	26,4
Verletzung	12,6	11,9	16,3	13
Augen	6,1	5,7	8,5	7
* = wenig Fälle				

Auch wenn hinter diesen Schwankungen natürlich unterschiedliche medizinische Schweregrade stecken können, könnten daran auch einige der von uns identifizierten Unterschiede der Versorgungsprozessqualität stecken. Die erste Ursache ist in einem DRG-System u.U. noch über eine präzise Erfassung der Komorbidität etc. zu berücksichtigen, die zweite Ursache bedarf allerdings kräftiger Veränderungen der Behandlungsqualität.

Teilweise als Folge der krankheitsspezifischen Verweildauern, unterscheiden sich auch die Behandlungszeiten zwischen den Stationen oder Abteilungen deutlich.

Die in der Abbildung 13 bereits gezeigten unterschiedlichen Verweildauern in Krankenhäusern unterschiedlicher Trägerform weisen je nach Erkrankung weitere internen Unterschiede auf. So dauerte der letzte Krankenhausaufenthalt wegen einer chronischen Herz-/Kreislaufkrankung in einer privaten Klinik mit 13,2 Tagen am längsten. Wer mit einer Verletzung stationär behandelt werden musste, konnte dagegen ein privates Krankenhaus deutlich früher entlassen. Auch hier gibt es natürlich schon mit unseren Daten eine Abhängigkeit vom Schweregrad an. Zum Beispiel beruht die deutlich längere Behandlung von Verletzungen an Uni-Klinik auch auf die Schwere der dort eingelieferten Verletzungen hin.

2.3.4 Strukturdaten nach Vergütungsform

Von den GEK-Versicherten, die unseren Fragebogen beantworteten hatten zuletzt 25,4 % eine stationäre Behandlung mit einer Fallpauschale und 73,9 % einen mit tagesgleichen Pflegesätzen vergüteten Krankenhausaufenthalt hinter sich. Für 28 Personen oder 0,7 % konnte die Vergütungsform nicht eindeutig festgestellt werden.

An dieser Stelle wollen wir auf differenzierte Analysen der soziodemografischen und weiteren gesundheitlichen und Behandlungs-Merkmale der beiden Patientengruppen verzichten. Dies erfolgt wegen der Bedeutung des Vergütungsformvergleiches ausführlich im Abschnitt 3 dieser Studie.

2.3.5 Strukturmerkmale der in Anspruch genommenen Krankenhäusern

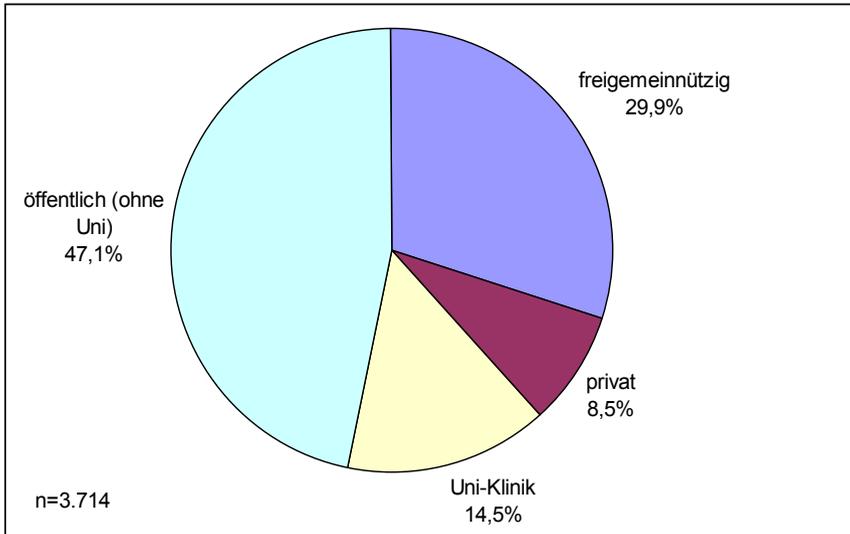
3.978 der 4.007 Befragten also über 99 % von ihnen machten verständliche und vollständige Angaben zum Namen und Ort des Krankenhauses in dem der letzte Krankenhausaufenthalt stattfand. Unter Zuhilfenahme der im Abschnitt 2.1.1 vorgestellten zwei zusätzlichen Verzeichnisse mit Strukturmerkmalen von Krankenhäusern konnten wir uns ein genaueres Bild über einige wichtige Strukturbedingungen fast aller oder zumindest eines großen Teils dieser Häuser machen

Die Befragten wurden Ende 2002 in knapp 1.000 der insgesamt rund 2.400 Krankenhäusern behandelt.

Wegen fehlender Angaben im Fragebogen oder in den zusätzlich genutzten Informationsquellen gelang es nur für 3.714 Befragte (92,7 % aller Befragten) Informationen über die Trägerform der von ihnen in Anspruch genommenen Krankenhäuser zu gewinnen. Da außerdem neuere Angaben zur Trägerstruktur nicht öffentlich zugänglich sind, blieb uns nichts anderes übrig als sie zu Analysen über die Ende des Jahres 2002 in Anspruch genommenen Krankenhäuser heranzuziehen. Nichts spricht dagegen, dass

der langjährige Privatisierungstrend im Krankenhausbereich nach 2001 abgebrochen oder umgekehrt ist. Daher ist anzunehmen, dass ein Teil der Befragten aus nach unseren unvermeidbar etwas älteren Informationen nichtprivaten Krankenhäusern tatsächlich in einem Krankenhaus in zwischenzeitlicher privater Trägerschaft behandelt wurde.

Abbildung 15: Trägerstruktur der in Anspruch genommenen Krankenhäuser 2002/2001

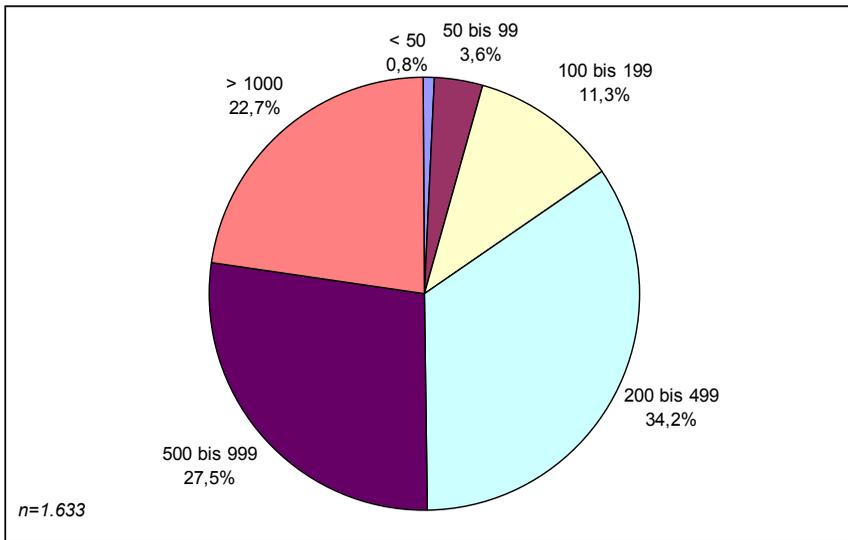


Fasst man Uni-Kliniken und öffentlich getragene Kliniken zusammen, waren über 60 % der Befragten in einem öffentlichen Krankenhaus in Behandlung und nur die Minderheit in freigemeinnützigen und privaten Einrichtungen. Auf den ersten Blick scheinen damit die öffentlichen Krankenhäuser und damit die in ihnen gemachten Erfahrungen überrepräsentiert zu sein. Die jüngste Strukturanalyse der Trägerschaft (Gerste 2003, 296) weist nämlich für das Jahr 2000 folgende Anteile der drei Trägerformen an allen Krankenhäusern aus: private Häuser 22,3 %, öffentliche Häuser 40,6 % und freigemeinnützige Häuser 37,1 %. Legt man aber einen der Indikatoren für die tatsächliche Behandlungskapazität, nämlich die tatsächlich erbrachten Pflegebetten zugrunde, scheinen sich die Befragten gleichmäßig auf die Krankenhäuser unterschiedlicher

Trägerschaft aufgeteilt zu haben. Der Anteil der privaten Krankenhäuser an allen Pflgetagen betrug 2000 7,2 %, der der öffentlichen oder freigemeinnützigen Krankenanstalten dagegen 54,9 % bzw. 37,8 %.

Für unsere Analysen bedeutet dies, dass keine der möglicherweise unterschiedlichen Behandlungs- und Erfahrungswelten völlig überrepräsentiert ist oder Erfahrungsdaten aus einem bestimmten Krankenhaustyp überdurchschnittlich in die Gesamtergebnisse eingegangen sind. Im übrigen werden wir auf der hier vorgestellten Informationsgrundlage durchweg nach Trägertyp differenzierte Analysen vornehmen.

Abbildung 16: Häufigkeit unterschiedlicher Bettengrößenklassen bei den in Anspruch genommenen Krankenhäusern 2001/2002

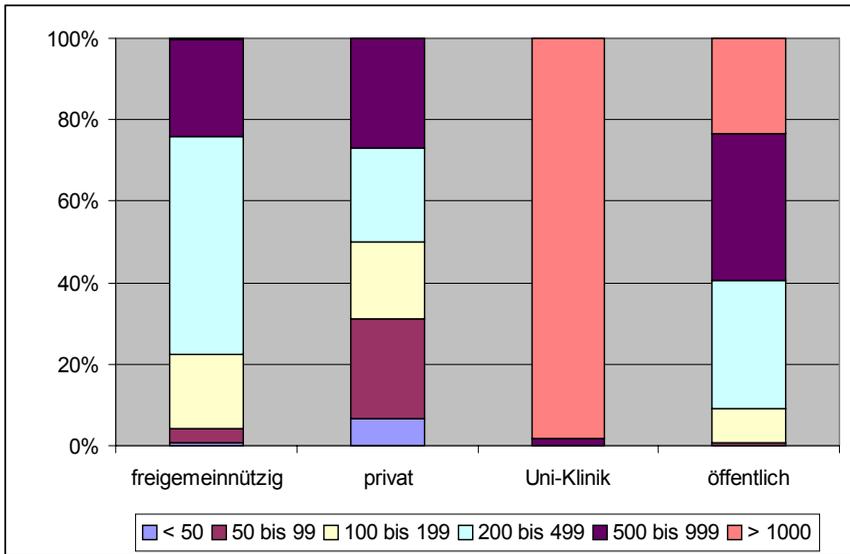


Die zusätzliche Information über die in Anzahl der Betten gemessene Größe der Krankenhäuser der Befragten konnten wir nur für einen nochmals kleineren Anteil der Befragten und die von ihnen aufgesuchten Krankenhäusern ermitteln und einbeziehen.

Die 1.633 Befragten, von denen wir aber die Größe ihres zuletzt aufgesuchten Krankenhauses wussten, wurde knapp die Hälfte in Großkrankenhäusern mit über 500 Bet-

ten, ein weiteres Drittel in Krankenhäusern der mittleren Größenordnung von 200 bis 499 Betten und der Rest in Klein- und Kleinst-Einrichtungen behandelt.

Abbildung 17: Bettengrößenklassen nach Trägerformen für die zuletzt genutzten Krankenhäuser 2002



Untersucht man noch für den Teil der Befragten, für die man alle Informationen besitzt, das Verhältnis von Größe und Trägerschaft, handelt es sich um zwei deutlich getrennte Welten. Für die Befragten, die in privaten und freigemeinnützigen Krankenhäusern in Behandlung waren, war es eine Welt kleiner und mittlerer Institutionen, für Patienten in öffentlichen Krankenhäusern, eine Welt von Großeinrichtungen. 49,9 % der in privaten Krankenhäusern behandelte Befragten lagen in Häusern mit einer Anzahl von maximal 199 Betten. Unter den Befragten aus freigemeinnützigen Krankenhäusern lagen noch 22,3 % und unter den in öffentlichen Hospitälern Behandelten nur noch 0,7 % in Einrichtungen dieser Größenordnung. In Großkrankenhäusern mit 500 und mehr Betten lagen entsprechend nur noch 24,2 % der in freigemeinnützigen Krankenhäusern, 26,9 % der in privaten aber 59,3 % aller in öffentlichen Krankenhäusern behandelte Befragter.

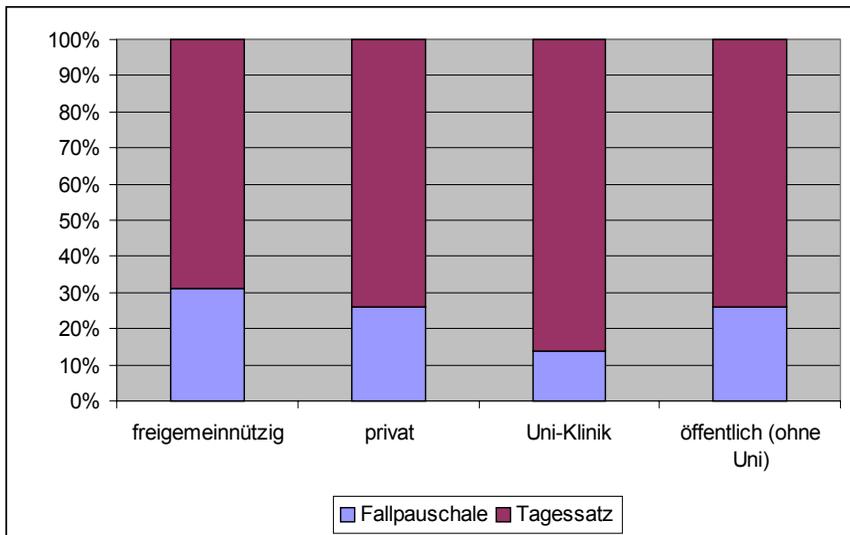
Welche Bettengrößenklasse-Struktur die von den Befragten aufgesuchten Krankenhäuser haben, zeigt die Abbildung 17.

Zu den von uns an anderer Stelle noch ausführlicher untersuchten strukturellen Charakteristika der von den Befragten besuchten Krankenhäusern gehört auch die Art der Leistungsvergütung.

Für fast alle Befragten, nämlich 3.978, kennen wir aus den Routinedaten der GEK die Art der Vergütung. Danach wurde der letzte Krankenhausaufenthalt von 25,7 % der Befragten ausschließlich mit einer Fallpauschale und bei 74,3 % mit Tagessätzen bezahlt.

In der Abbildung 18 sieht man deutlich die unterschiedliche Häufigkeit der Vergütungsformen in den drei Grundtypen der Trägerschaft.

Abbildung 18: Anteil von Fallpauschalen- oder Tagessatzvergütung nach Krankenhausstypen 2002



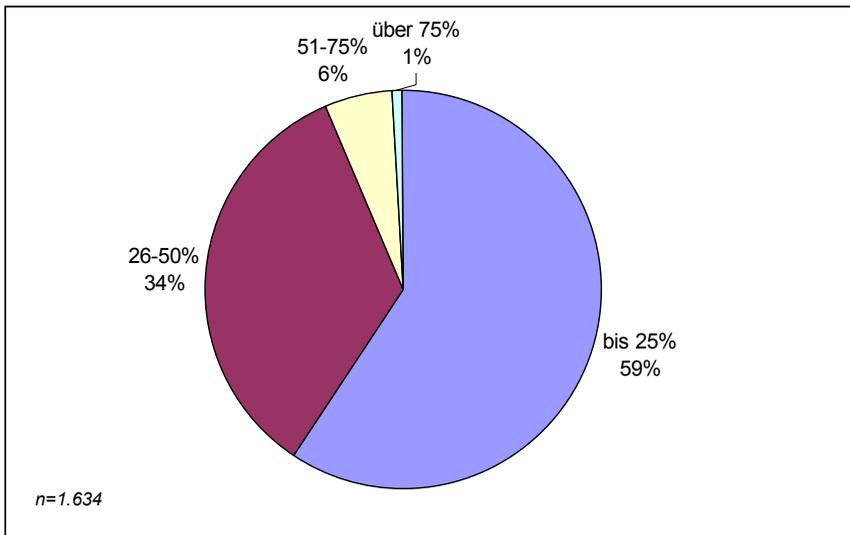
Die Höhe des Anteils der mit Fallpauschalen und Sonderentgelten honorierten Leistungen an den Gesamterlösen eines Krankenhauses ist möglicherweise am Entstehen einer „Fallpauschalen-Kultur“ beteiligt. Diese könnte wiederum zu mehr oder weniger kräf-

tigen Auswirkungen dieser Art der Leistungshonorierung führen. Deshalb haben wir diesen Anteil für jene Krankenhäuser, deren Werte wir für das Jahr 2001 kennen, berechnet.

Auch wenn kein direkter Vergleich zulässig ist, fällt bei der Analyse der Verhältnisse in den von 1.634 Befragten aufgesuchten Krankenhäusern die große Varianz des Anteils von Fallpauschalenvergütungen auf. 41 % dieser Befragten hatten es mit Krankenhäusern zu tun, in denen mehr als 25 % der Einnahmen aus Fallpauschalenbehandlungen stammten. 7 % lagen gar in Krankenhäusern, die mehr als die Hälfte ihrer Erlöse mit Leistungen erzielten, die mit einer Fallpauschale vergütet werden.

Eine für diese Krankenhäuser ebenfalls noch mögliche Untersuchung der Veränderungen des Fallpauschalenanteils an allen Erlösen zwischen 1998 und 2001 zeigt, dass es 40,9 % unserer Befragten mit Einrichtungen zu tun hatten, in denen dieser Anteil abnahm, 40,6 % waren in Einrichtungen mit zunehmendem Fallpauschalenanteil und bei 18,5 % stagnierte er.

Abbildung 19: Häufigkeit unterschiedlicher Anteile des Erlöses aus Fallpauschalen und Sonderentgelten am Gesamterlös der Krankenhäuser 2001



2.3.6 Probleme bei früheren Zugängen zur stationären Behandlung

Wie Analysen zur ambulanten medizinischen Behandlung von GKV-Versicherten mittlerweile mehrjährig zeigen, bekamen dort zwischen 15 und 20 % der Patienten Leistungen verweigert, die sie bisher erhalten hatten, die ihnen und ihrem Arzt medizinisch notwendig erschienen und erscheinen und die sie dann zum Teil nur noch auf Privatrezept erhielten (vgl. u.a. Braun 2000, Braun 2002). Die Brisanz dieser Erscheinungen liegt darin, dass es sich bei einem Teil dieser Verweigerungen von Arzneimitteln oder physiotherapeutischen Leistungen um Rationierung im Sinne des Nichterhalts medizinisch notwendiger Leistungen handelt und damit um eine manifeste Erosion eines der zentralen Sicherungsversprechen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Da nach immer wieder auftauchenden Pressemeldungen Rationierung auch vor den Toren von Krankenhäusern nicht Halt zu machen schien, versuchten frühere Versichertenbefragungen dies über Zusatzfragen zu quantifizieren. Das Ergebnis blieb aber meist mager und legte die Schlussfolgerung nahe, es handle sich dabei wirklich nur um „schwarze Schafe“.

Die vorliegende Untersuchung bot nun von vornherein die Gelegenheit, dem methodischen Problem anderer Befragungen, nämlich dem in bevölkerungs- oder versichertenrepräsentativen Befragungen oftmals für krankenhausbezogenen Erhebungen zu „jungen“ Befragtenkreis zu entgehen.

3 % aller Befragten bzw. 3,1 % der Befragten, die diese Frage explizit beantworteten, bejahten die Frage ob sie als Patient von einem Krankenhaus abgewiesen oder von „Tür zu Tür“ geschickt worden sind.

Auch wenn es bei absolut 119 Personen mit einer derartigen Erfahrung schwierig ist, quantitativ relevante und stichhaltige Unterschiede zu finden, gibt es offensichtlich bestimmte soziale Merkmale, die das hier vorgestellte Risiko erhöhen: 5,2 % der 30-39-Jährigen und 4 % der 40-49-Jährigen hatten ein überdurchschnittliches Risiko, von einem Krankenhaus abgewiesen worden zu sein. Dies gilt auch für Personen, die angaben, selber im Gesundheitswesen tätig gewesen zu sein. Von ihnen machten 7,8 % die betrachtete Erfahrung. Damit teilweise assoziiert liegen auch die Erfahrungsraten der Hochschulabsolventen und Abiturienten mit 9,1 % und 5,4 % über dem Durchschnittswert.

Als wesentliche ihnen genannte Begründung für die ja meist in einer prekären Situation erfahrene Krankenhausentscheidung, erinnerten 46,2 % der 106 dies beantwortenden

Personen den Platzmangel. 16 % wurde gesagt, die Behandlung könne in dem betreffenden Krankenhaus nicht durchgeführt werden, 21,7 % wurde ein anderes Haus als „geeigneter“ empfohlen und 1,9 % wären behandelt worden, wenn sie Privatpatient gewesen. 14,2 % der abgewiesenen Patienten wurde keine Begründung gegeben.

2.3.7 Zugang zur aktuellen stationären Behandlung

Beim Zugang zur aktuellen stationären Behandlung interessierten uns drei Aspekte:

- ◆ Wer veranlasste den Aufenthalt,
- ◆ gab es bei der Aufnahme Wartezeiten und
- ◆ welche Gründe wurden für sie angegeben?

In 48 % der Fälle erfolgte der Weg ins Krankenhaus über eine Einweisung eines niedergelassenen Facharztes. Die Einweisung durch den Hausarzt liegt mit einem Anteil von knapp 33 % an zweiter Stelle. Diese Arbeitsteilung zwischen Fach- und Allgemein/Hausarzt ist aber unschärfer, als es hier den Eindruck macht. Über 20 % der Befragten gaben nämlich trotz der anderen Vorgabe im Fragebogen beide Arztgruppen als Veranlasser an und manche rechtfertigten dies auch mit dem Hinweis, es gäbe so etwas wie einen „Einweisungs-Staffellauf“. Der Hausarzt überweist den Patienten in vielen Fällen an den Facharzt, mit der für den Patienten offensichtlichen Erwartung dieser möge klären, ob ein Krankenhausaufenthalt nötig sei.

Mit 11 % am dritthäufigsten erfolgte die Aufnahme in ein Krankenhaus über einen Notarzt und 8 % der Krankenhauspatienten hatten sich selbst eingewiesen.

Wie die Tabelle 7 zeigt, handelt es sich bei dieser Verteilung der Veranlasser und Veranlassungen von Krankenhausaufenthalten aber keineswegs um ein Standardmuster.

Hinter den hier für jeden Veranlasser-Typ nochmals am Kopf der Spalte eingefügten Durchschnittswerten verbergen sich einige Unterschiede.

Mit deutlich überzufälligen Werten sind Hausärzte bei den von uns Befragten überdurchschnittlich Veranlasser beim Krankenzugang von 70-80-Jährigen, Männern, Hauptschulabsolventen und Bewohnern von kleinen wie mittelgroßen Städten. Dasselbe gilt beim Zugang zu freigemeinnützigen und kleineren Krankenhäusern. Fachärzte sind dagegen überdurchschnittlich an Krankenseinweisungen von 30- bis 49-Jährigen, Frauen, Befragten mit Hochschulabschluss und Großstädtern beteiligt. Unter

den Veranlassern einer Behandlung mit Fallpauschale oder in einem Krankenhaus mit mehr als 1000 Betten sind Fachärzte überdurchschnittlich vertreten.

Tabelle 7: Veranlasser des Krankenhausaufenthaltes nach Altersgruppen, Geschlecht, Bildungsabschluss, Vergütungsform und Trägerform des Krankenhauses

	Hausarzt	Facharzt	Notarzt	Selbst
	D=33 %	D=48 %	D=11 %	D=8 %
Altersgruppen **:				
30-39 Jahre	22	54	9	16
40-49 Jahre	28	54	10	8
50-59 Jahre	35	51	10	5
60-69 Jahre	33	48	12	7
70-80 Jahre	40	40	15	5
Geschlecht **:				
männlich	35	46	13	6
weiblich	28	52	9	10
Vergütungsform **:				
Tagessatz	33	46	14	8
Fallpauschale	33	56	4	8
Höchster Bildungsabschluss **:				
Hauptschule	36	46	12	7
Hochschulabschluss	26	51	13	11
Trägerform KH **:				
Privat	29	59	5	7
Öffentlich	33	44	14	9
Freigemeinnützig	35	49	7	7
Uni-Klinikum	29	54	10	7
Ortsgröße **:				
Bis 100.000 EW	35	47	11	8
> 1000.000 EW	27	52	13	8
Bettengrößenklasse *:				
100-199 Betten	36	46	10	8
>1.000 Betten	26	56	11	8

*= signifikant (95 %-Niveau); **=hochsignifikant (99 %-Niveau)

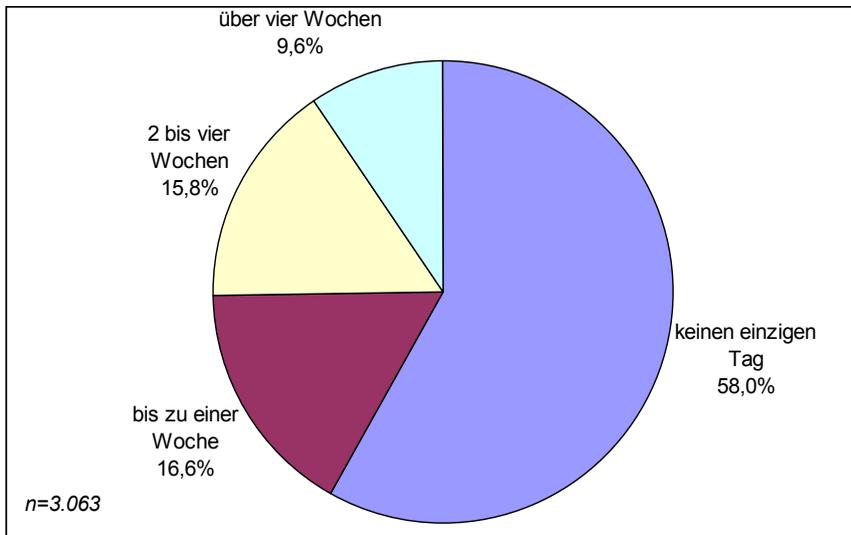
Notärzte sind wiederum vor allem an den Krankenhausaufenthalten von 70-80-Jährigen und Behandlungen mit Tagessätzen überdurchschnittlich beteiligt. Selbsteinweisung ist

schließlich wieder eine überdurchschnittliche Verhaltensweise von 30-39-Jährigen, Frauen und Hochschulabsolventen.

Trotz einer vorliegenden Einweisung eines niedergelassenen Arztes kommt es beim letztlich erfolgreichen letzten Krankenhausaufenthalt nicht allzu selten zu Wartezeiten. Während 58 % der Befragten ohne einen einzigen Wartetag aufgenommen wurden, dauerte es immerhin für fast 10 % über vier Wochen bis zum Beginn der Krankenhausbehandlung.

Auch hier ist es wichtig, etwas genauer hinzuschauen. Wir machen dies zum einen indem wir untersuchen, ob diese Behandlungsverzögerungen alle Patienten gleich treffen. Als zweites haben wir alle Befragten mit Wartezeiten nach den dafür aus ihrer Sicht maßgeblichen Gründen gefragt.

Abbildung 20: Wartezeiten trotz Einweisung beim letzten Krankenhausaufenthalt 2002



Welches Geschlecht der Patient hat oder wie groß sein Wohnort ist, ändert nichts an der Betroffenheit durch Wartezeiten. Etwas anders sieht es beim Alter aus: Während 58 % aller Befragten „keinen einzigen Tag“ auf einen Krankenhausplatz warten, sind es z.B.

hochsignifikant im statistischen Sinn unter den 40-49-Jährigen nur 52 %, aber unter den 30-39- wie 70-80-Jährigen überdurchschnittliche 62 bzw. 63 %.

Deutlichere Unterschiede gibt es aber zwischen den Patienten mit unterschiedlichen Vergütungsformen. Hier warten 60 % aller Tagessatzpatienten und 53 % aller Fallpauschalenpatienten „keinen einzigen Tag“. 14 % der Fallpauschalenpatienten warten gegenüber 8 % aller Patienten, die mit tagesgleichem Pflegesatz im Krankenhaus lagen „über vier Wochen“ auf den Krankenhausplatz. Über die maßgeblichen Hintergründe dieser Unterschiede und die möglichen Spezifika der mit Fallpauschalen behandelten Patienten werden wir an anderer Stelle Genaueres darlegen.

Von den multimorbiden Patienten, d.h. in unserer Untersuchung Personen, die vier und mehr Anlässe für ihren letzten Krankenhausaufenthalt angaben, warteten nur unterdurchschnittlich wenige, nämlich 52 % „keinen einzigen Tag“ auf ihre stationäre Behandlung. Berücksichtigt man aber, dass dafür weit überdurchschnittlich viele, nämlich 35 % innerhalb der ersten Woche in stationäre Behandlung kamen, gleicht sich das Bild wieder aus. Rein quantitativ betrachtet, waren 86 % der multimorbiden Befragten gegenüber 74 % der Befragten mit einer Erkrankungsart spätestens binnen einer Woche nach Einweisung ins Krankenhaus auch dort. Hier wirkt sich der höhere Anteil chronisch Kranker unter den multimorbiden Befragten aus, die einen geringeren akuten Behandlungsbedarf haben als die Patienten mit einer häufig akuten Erkrankung wie z.B. einer schwereren Verletzung oder einem akuten Herzinfarkt.

Tabelle 8: Gründe für Wartezeiten trotz Einweisung vor Aufnahme in ein Krankenhaus (Mehrfachnennungen möglich)

Wartezeitgründe	Anzahl Nennungen	Anteil an allen Antwortenden(n=1.285)
Wartezeiten an diesem KH üblich	281	21,9
keine Einweisung	9	0,7
gesetzlich und nicht privat versichert	120	9,3
KH offensichtlich belegt	573	44,6
Art der Erkrankung	224	17,4
eigenes Interesse	211	16,4
weiß nicht	82	6,4
andere Gründe	157	12,2

Zum Schluss fragten wir die 1.285 GEK-Versicherten, die eine Einweisung hatten, aber doch nicht sofort im Krankenhaus aufgenommen wurden, nach den wesentlichen Gründen. Wie die Tabelle 8 zeigt, spielen offensichtliche oder jedenfalls als solche akzeptierte Kapazitätsgründe und übliche Wartezeiten eine vorrangige Rolle. Auf Rang 4 der

Gründe stehen bei 16,4 % dieser Befragten aber auch eigene Interessen an einer offenbar zeitlich flexibel zu handhabenden Erkrankung bzw. Behandlung.

2.3.8 Erwartungen an die Art der stationären Behandlung

Die Erwartungen oder Vorstellungen der Patienten von der Art und Weise einer stationären Behandlung sind schon für sich genommen von großem Interesse, wenn man eine Vorstellung vom Aufwand einer patientenorientierten Versorgungspolitik gewinnen will. Dabei handelt es sich auch um Orientierungen auf deren der Hintergrund Patienten ihre Erfahrungen und Wahrnehmungen bewerten. Wer als Patient der Vorstellung folgt, Patienten müssten bei ihrer Behandlung mitentscheiden können, geht mit der Erfahrung der tatsächlichen Mitbestimmungsmöglichkeiten völlig anders um als der Patient, der sich am liebsten dem Schalten und Walten von Experten überlassen möchte.

Einige der wichtigsten Erwartungen, Orientierungen und Vorstellung zur Krankenhausbehandlung haben wir zu Aussagen verdichtet, denen die Befragten „vollständig“, „eher“, „teilweise“, „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ zustimmen konnten.

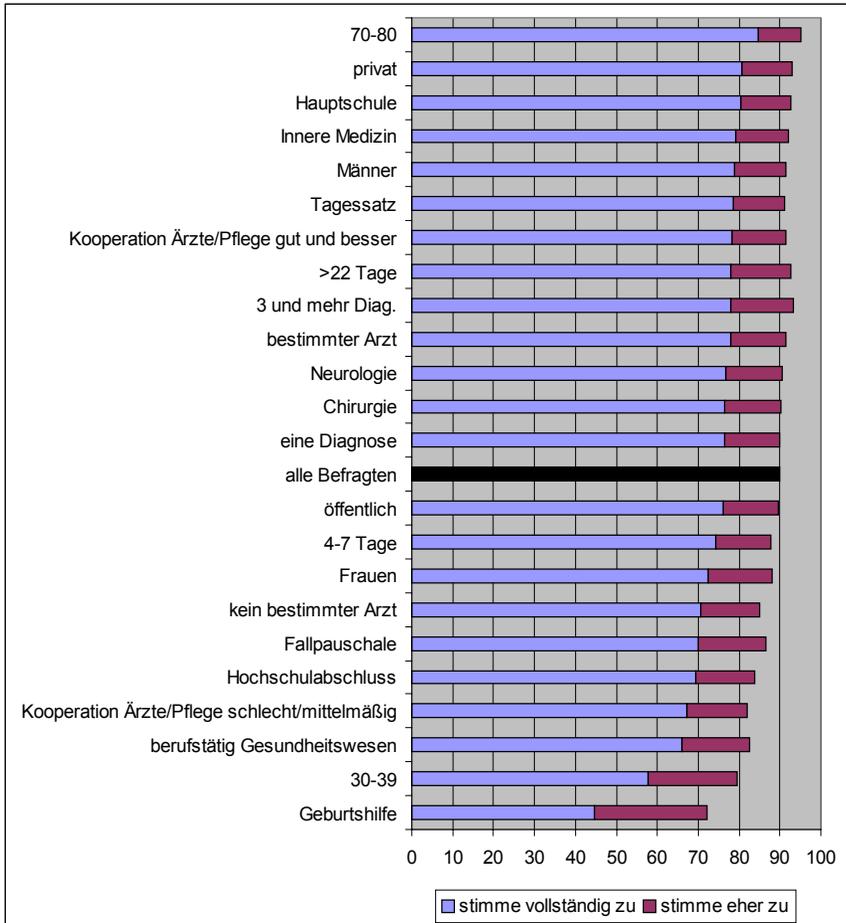
Tabelle 9: Erwartungen²² von Patienten an die Art der Behandlung im Krankenhaus

	<i>Experten</i>	<i>Patient allein</i>	<i>Patient mit entscheiden</i>	<i>Ökonomie nachrangig</i>	<i>Abwägen Med/Kosten</i>	<i>Selbstheilung stärken</i>
stimme vollständig zu	74,0	33,7	59,2	76,2	24,8	79,6
stimme eher zu	13,3	17,1	20,2	12,8	12,3	12,4
stimme teilweise zu	8,8	26,0	14,2	5,8	22,8	3,9
stimme eher nicht zu	0,6	10,1	1,7	1,0	17,3	0,6
stimme überhaupt nicht zu	0,3	6,7	1,0	0,3	17,1	0,3
nicht beantwortet	3,0	6,3	3,7	3,9	5,6	3,2

Unter den sechs Fragen gibt es offensichtlich drei relativ einfach und eindeutig zu beantwortende, während die anderen drei etwas mehr Schwierigkeiten bei der Beantwortung zu machen scheinen und auch zu breiter gestreuten Antworthäufigkeiten führen.

²² Die Aussagen lauteten wörtlich so: „Eine gute Behandlung bedeutet den Einsatz der besten medizinischen Experten und Geräte“ (Experten-Orientierung), „Streng genommen muss der Patient alleine entscheiden und die Verantwortung tragen (natürlich nur, wenn er alle Informationen über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten hat)“, „Über Behandlungsmöglichkeiten muss der Patient mitentscheiden können“, „Ärzte müssen alles tun, was gesundheitlich notwendig ist und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen“, „Ärzte müssen das medizinisch Nötwendige und die Kosten gegeneinander abwägen“ und „Eine gute Behandlung soll meine Selbstheilungskräfte stärken“.

Abbildung 21: Häufigkeit der Assoziation von guter Behandlung mit Experteneinsatz nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen und Eigenarten der stationären Behandlung 2002 (alle Befragten=89.9 %)



Zu den erstgenannten Fragen gehören die nach der Stärkung von Selbstheilungskräften wo 92 % der Befragten Zustimmung (Zusammenfassung der „vollständig“ und „eher“-Antwortmöglichkeiten) äußern, die nach der Nachrangigkeit wirtschaftlicher Fragen

gegenüber den gesundheitlichen Notwendigkeiten mit 89 % Zustimmung und die nach dem Verständnis von guter Behandlung als Einsatz medizinischer Experten mit 87,3 % zustimmenden Beantwortern. Die Schwierigkeiten bei der Beantwortung der drei anderen Fragen zeigt sich bereits an der näherungsweise prozentualen Verdoppelung von fehlenden Angaben. Viel wichtiger aber ist das Absinken der Zustimmung auf 79,4 % beim Votum für die Mit-Entscheidungsmöglichkeiten des Patienten, 50,8 % beim Votum für die alleinige Entscheidung über Behandlungen durch den Patienten oder gar auf 37,1 % bei der Aussage zur Abwägung des medizinisch Notwendigen gegen die Kosten durch die Ärzte.

Geht man an das andere Ende der Antwortskala, der eindeutigen Nicht-Zustimmung, sind es zwei der zweiten Gruppe von Aussagen, stimmen 16,8 % nicht zu, wenn der Patient allein entscheiden soll und 34,4 % wollen offensichtlich keine Abwägung von Medizin und Kosten durch die Ärzte.

Auf der Kippe zwischen Zustimmung und Nichtzustimmung, angezeigt durch die Antwortmöglichkeit „stimme teilweise zu“, stehen eine nennenswerte Anzahl von Befragten nur bei der Frage nach der alleinigen aber auch der Mit-Entscheidung von Patienten und bei der Abwägung von Medizin und Kosten (22,8 %).

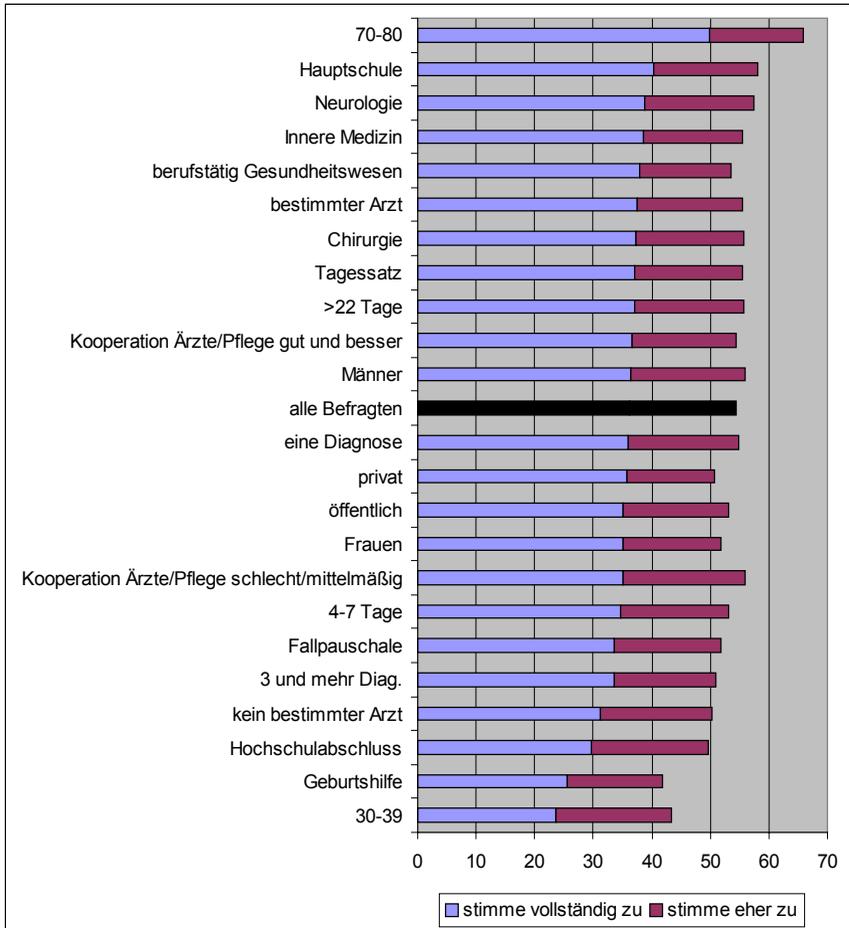
Wie homogen die Beurteilungen der fünf abgefragten Einstellungen wirklich sind, wird nachstehend genauer untersucht. Dazu berechnen wir für eine Reihe von uns theoretisch wichtig erscheinenden soziodemografischen Merkmalen und strukturellen Merkmalen der Behandlung der Befragten die jeweilige Zustimmung und vergleichen sie mit dem Durchschnittswert aller diese Fragen beantwortenden Personen.²³

An den in der Abbildung 21 abgebildeten Zustimmungswerten²⁴ zur „Expertenorientierung“ ist zum einen beeindruckend, dass selbst der hohe Zustimmungswert von fast 90 % noch in einigen Teilgruppen übertroffen wird. Dazu zählen vor allem die 70-80-Jährigen, die Befragten, die bei ihrem letzten Krankenhausaufenthalt länger als 22 Tage in Behandlung waren und dies mit 3 und mehr Behandlungsanlässen. Da es sich bei den „Spitzenreitern“ also offensichtlich um die Kränksten unter den Befragten handelt, spricht aus diesem hohen Zustimmungswert wohl auch eine Art „letzte Hoffnung“ auf das bestmögliche Handeln von Ärzten.

²³ Wegen des Wegfalls der Nichtantwortenden steigt der Prozentsatz der Zustimmung leicht.

²⁴ Zur jeweiligen Differenz zu 100 % tragen die Antwortmöglichkeiten „stimme teilweise“, „eher nicht“ und überhaupt nicht zu“ bei.

Abbildung 22: Häufigkeit der "Patient-entscheidet-allein"-Orientierung nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen und Eigenarten der stationären Behandlung 2002 (alle Befragten=54,4 %)



Etwas differenter geht es im Bereich unterdurchschnittlicher Zustimmung zu. So, wenn etwa gerade mal 72 % der mit einer Entbindung im Krankenhaus gewesenen Frauen der Umschreibung guter Behandlung als Handeln medizinischer Experten zustimmen oder

wenn dies 80 % aller 30-39-Jährigen (hierunter sind natürlich auch die meisten der Frauen mit Entbindungen) tun. Die Einschränkung der hohen Zustimmung bei Befragten, die selber im Gesundheitswesen tätig waren oder sind (82 % stimmen zu) sowie bei Befragten, welche die Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden schlecht oder mittelmäßig fanden (82 %) signalisieren sogar mögliche Hintergründe derartiger Verluste an Zustimmung.

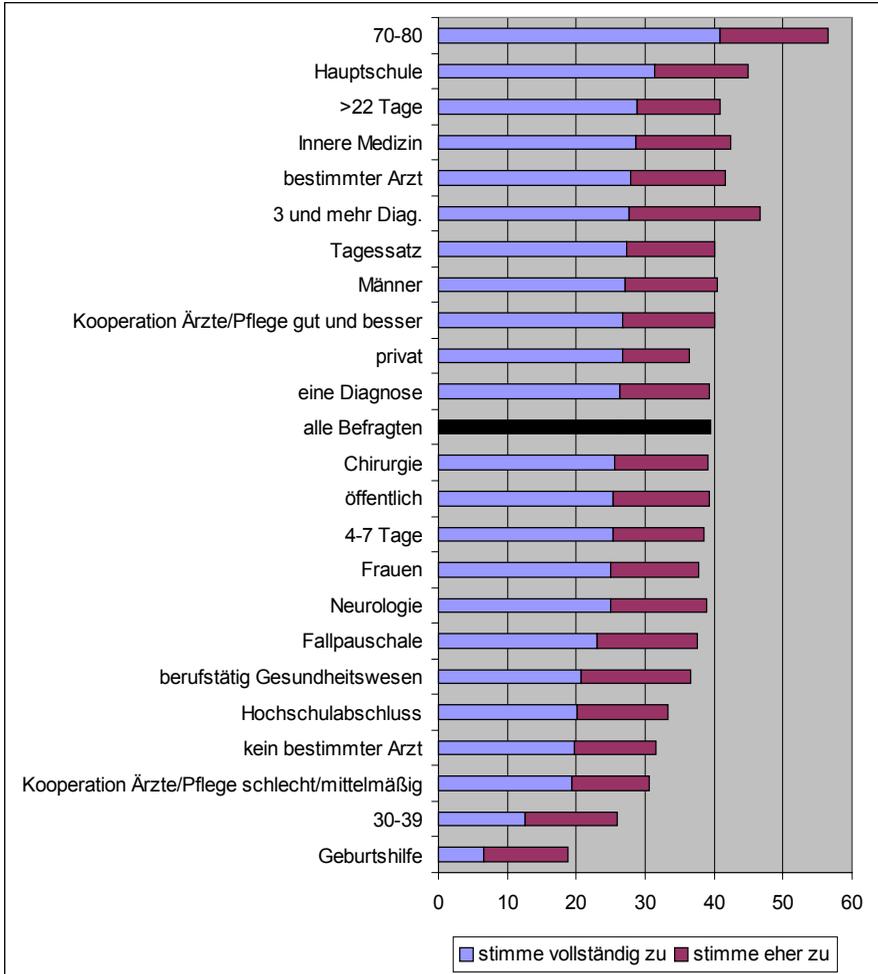
Wegen der nahezu monolithischen Ähnlichkeit der Zustimmungshäufigkeiten bzw. der engen Nähe zum Durchschnittswert verzichteten wir für die Haltung der Befragten zur Frage nach der Priorität gesundheitlicher Notwendigkeit vor wirtschaftlichen Fragen, zur Position die Stärkung der Selbstheilungskräfte gehörten zu einer guten Behandlung und zur Position die Patienten müssten bei ihrer Behandlung mitentscheiden auf eigene Abbildungen. Wichtig ist uns bei diesen Fragen aber dennoch, dass der Aussage, Ärzte müssten alles tun, was gesundheitlich notwendig ist und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen, von so vielen der Befragten über alle sozialen oder anderen Unterschiede hinweg so einheitlich zugestimmt wird. Hier gibt es offensichtlich niemand, der Abstriche machen möchte.

Etwas unterschiedlicher sehen die Zustimmungswerte bei der Frage nach der Position, der Patient alleine entscheide und trage die Verantwortung (Abbildung 22) und der These, Ärzte müssten das medizinisch Notwendige vorrangig und die Kosten nachrangig abwägen (Abbildung 23).

Überraschend ist die überdurchschnittliche Zustimmung der 70-80-Jährigen, der Hauptschulabsolventen und der hauptsächlich in der neurologischen Abteilung behandelten Befragten zur „der-Patient-muss-alleine-entscheiden“-Position. Unterdurchschnittlich gering ist dagegen die Zustimmung von 30-39-Jährigen und von Müttern mit gerade entbundenen Kindern.

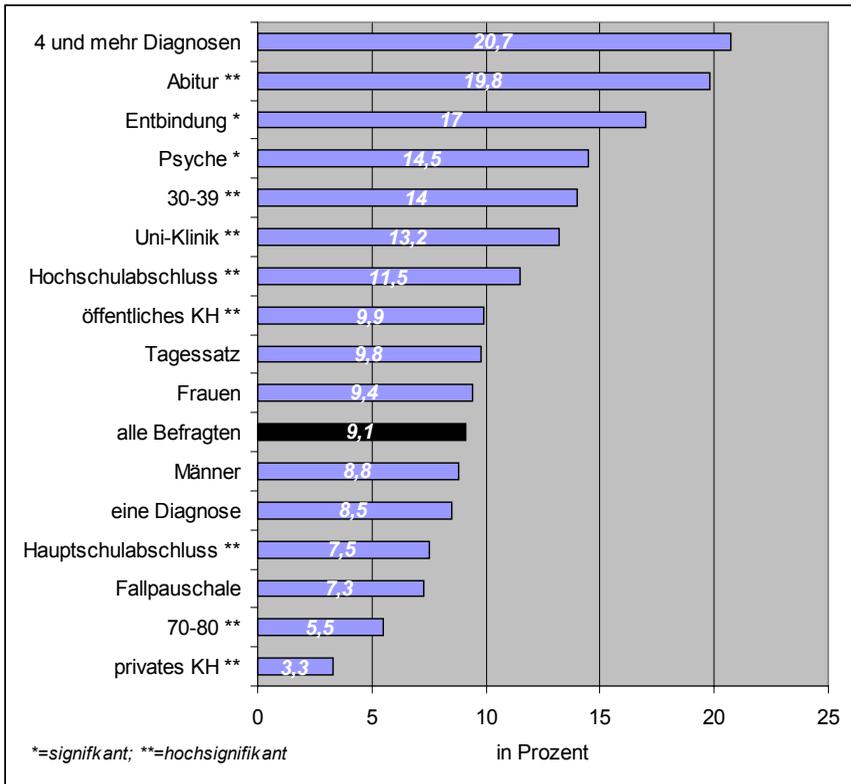
Eine überdurchschnittliche Zustimmung von bis zu über 50 % findet die Aussage, die Ärzte müssten das gesundheitlich Notwendige gegen die Kosten abwägen, bei den ältesten Befragten, denjenigen, die mit 3 und mehr Diagnosen im Krankenhaus lagen oder auch jenen Patienten, die von einem bestimmten Arzt betreut wurden. Deutlich weniger stimmen der Verlagerung dieser wichtigen Abwägung auf die Ärzte unter den selbst im Gesundheitswesen Beschäftigten, den Hochschulabsolventen, den Patienten, die durch keinen bestimmten Arzt betreut wurden oder die die Kooperation von Pflegenden und Ärzten für schlecht oder mittelmäßig halten. Die teilweise identischen Angehörigen der jüngsten Befragtengruppe und der jungen Mütter haben die niedrigsten Zustimmungswerte.

Abbildung 23: Häufigkeit der "Ärzte müssen medizinisch Notwendiges und Kosten gegeneinander abwägen"-Orientierung nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen und Eigenarten der stationären Behandlung 2002 (alle Befragten=39,4 %)



2.3.9 Erfahrungen bei der Aufnahme

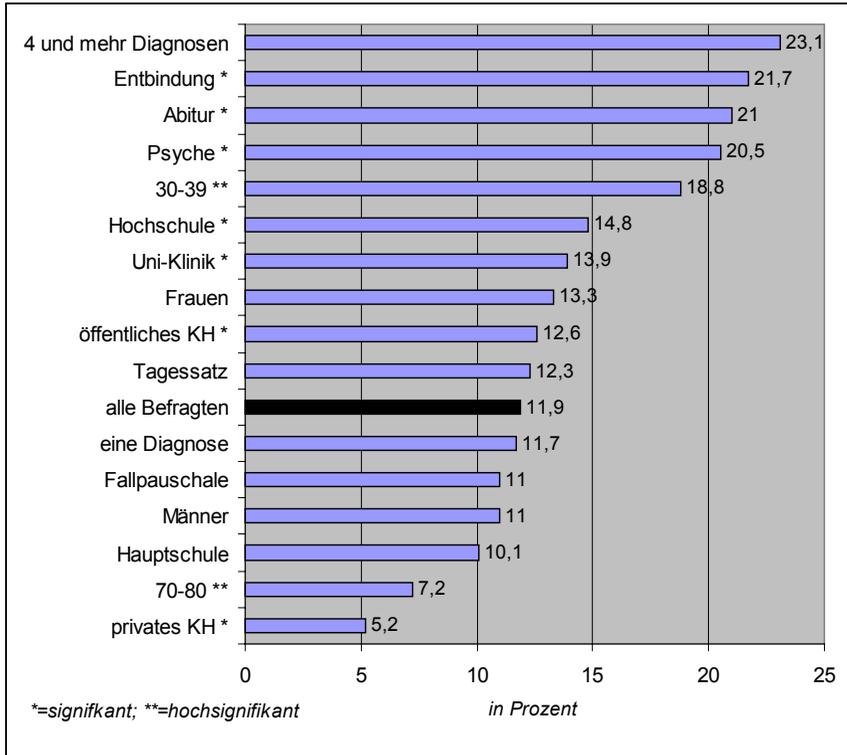
Abbildung 24: Wahrgenommene Uninformiertheit von Krankenhausärzten über den Gesundheitszustand bei Aufnahme nach ausgewählten soziodemografischen und gesundheitlichen Merkmalen 2002



Da sich die meisten Krankenhauspatienten in einer prekären, d.h. in einer dramatisch schlechten oder jedenfalls existenziell verunsicherten gesundheitlichen Situation befinden, kommt bereits den Umständen der Aufnahme in die stationäre Behandlung eine große Bedeutung für ihre Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu. Dies betrifft sowohl

die voraussichtliche Länge als auch beispielsweise den diagnostischen Aufwand zu Beginn des Krankenhausaufenthalts.

Abbildung 25: Wahrgenommene Uninformiertheit von Krankenhausärzten über die vorherige Behandlung bei Aufnahme nach ausgewählten soziodemografischen und gesundheitlichen Merkmalen 2002



Die Verunsicherung der meisten Patienten erschwert allerdings zum Teil eine bessere Transparenz über die Umstände und die Qualitätsmerkmale der Krankenhausaufnahme herzustellen. So ist es den meisten Patienten situativ und sachlich unmöglich die wichtige Frage nach Doppeluntersuchungen sachlich zutreffend zu beantworten.

Der für uns stattdessen zentrale Aspekt der Aufnahmesituation war die Beseitigung von Unsicherheit über Art und Umfang der gesundheitlichen Bedrohung bzw. die Herstellung von Klarheit und des Gefühls „gut aufgehoben“ zu sein und gezielt behandelt zu werden.

Zu den für die meisten Patienten wahrnehmbaren Details gehört die Information bzw. Informiertheit des Krankenhausarztes über den Gesundheitszustand und die vorhergegangene Behandlung des Patienten.

Von den 3.183 Patienten, die mit einer Einweisung des Haus- oder eines Facharztes ins Krankenhaus kamen, beantworteten alle bis auf 84 die Frage zur Informiertheit des Krankenhausarztes zum Gesundheitszustand und alle bis auf 280 die Frage nach seiner Informiertheit zur vorhergegangenen Behandlung. 84,2 % von diesen Befragten waren der Meinung, beim ersten Kontakt mit einem Krankenhausarzt habe dieser „alle notwendigen Informationen über ihren Gesundheitszustand“ gehabt. 9,1 % waren sich sicher, er habe diese Informationen nicht gehabt und 6,7 % wussten es auch im Nachhinein nicht. Lediglich 77,2 % der Patienten, die diese Frage beantworteten, meinten, der Krankenhausarzt habe die notwendigen Informationen „über die vorangegangene Behandlung“ gehabt. 11,9 % verneinten dies und 10,9 % wussten es nicht.

Trotz einer in den meisten Fällen mit einer inhaltlichen Vorbereitung verbundenen Einweisung startete also der Krankenhausaufenthalt für mindestens 15 bzw. fast 25 % dieser Patientengruppe nicht mit dem gebotenen Maximum des Abbaus von Unsicherheit oder vergrößerte sogar die Verunsicherung. Addiert man die Anteile der Befragten, die explizit Informationsmängel wahrgenommen haben und die welche hierüber schlicht nichts wissen, verlief für 20 bis etwas über 30 % der Patienten ihr Übergang von der ambulanten Behandlung oder vorstationären Situation in die stationäre Behandlung eher problemfördernd als –hemmend. Auch wenn dieser Zustand möglicherweise - dies genau zu erheben ist sehr schwierig - nicht lange anhält, wird der Behandlungsverlauf dieser Patienten an einer seiner kritischsten Stellen erheblich beeinträchtigt.

Das bisher Gesagte gilt umso mehr für eine Reihe von Subgruppen, die in über- oder auch unterdurchschnittlichem Umfang über Informationsmängel auf Seiten der Krankenhausärzte berichten. In der Abbildung 24 finden sich für eine Reihe von ausgewählten soziodemografischen Charakteristika und Indikatoren für die gesundheitliche Lage

der Befragten²⁵ die Angaben über den jeweiligen Personenanteil, der meinte, der zuerst kontaktierte Krankenhausarzt habe nicht alle notwendigen Informationen über ihren Gesundheitszustand gehabt. Nach denselben Merkmalen differenzierend zeigt die Abbildung 25 wie viel Prozent der jeweiligen Befragtengruppe den Eindruck hat, der erste bzw. aufnehmende Krankenhausarzt wäre nicht über seine vorherige Behandlung informiert gewesen. In beiden Abbildungen ist angegeben ob es sich bei den Unterschieden um statistisch signifikante (Werte sind auf dem 95 %-Niveau signifikant) oder um hochsignifikante (Werte sind auf dem 99 %-Niveau signifikant) Unterschiede handelt oder nicht.

Die jeweilige Differenz zu 100 % setzt sich aus den Antwort-Werten „ja“ der Arzt war informiert und „weiß nicht“ zusammen.

Überdurchschnittlich schlecht sah es z.B. bei den 30-39-jährigen Patienten aus, von denen 14 % meinten, ihr aufnehmender Arzt habe die notwendigen Informationen über den Gesundheitszustand nicht gehabt (7,7 % antworteten hier mit „weiß nicht“) und von denen 18,9 % außerdem meinten, dieser Arzt habe die Informationen über vorangegangene Behandlungen nicht gehabt (weitere 12 % wussten es nicht). Die Altersgruppe, welche wesentlich seltener über den hier abgefragten Informationsmangel ihrer Krankenhausärzte berichten, sind die 70 bis 80-Jährigen. Hier sind es nur noch 5,5 %, die meinen ihr Arzt habe keine Informationen über ihren Gesundheitszustand (7,4 % wussten es nicht) und 7,2 %, die das hinsichtlich ihrer vorangegangenen Behandlung so sehen (12,9 % wussten dies nicht).

Ein weiterer kräftiger Unterschied existiert z.B. zwischen Patienten mit dem höchsten Bildungsabschluss Abitur oder Hauptschule: Von den Erstgenannten verneinten 19,8 % und von den Zweitgenannten 7,5 %, ihr Arzt habe die notwendigen Informationen zu ihrem Gesundheitszustand gehabt, eine Differenz, die sich bei der Beurteilung des Informationsstandes zur Vorbehandlung mit 21 zu 10,1 % fortsetzt. Diese Unterschiede sind nicht einfach oder eindeutig zu erklären. Ob der bessere Informationstand über den Gesundheitszustand der älteren Patienten damit zusammenhängt, dass sie evtl. bereits zuvor Patient des aktuellen Krankenhauses waren oder ob formal Gebildetere sensibler auf Informationsschwächen ihrer Gegenüber reagieren, lässt sich mit den vorliegenden

²⁵ In die Auswahl wurden zum einen die klassischen soziodemografischen Indikatoren einbezogen und danach noch diejenigen Merkmale, die bei der bivariaten Analyse „auffällig“ waren. Wenn es dabei offensichtlich keine Rolle für die Informiertheitsfrage spielten, ob jemand im Gesundheitswesen beschäftigt ist oder nicht, haben wir das Merkmal nicht aufgenommen.

Daten nicht untersuchen. Was bleibt sind subjektive Wahrnehmungen über ärztliche Informations- und möglicherweise Orientierungsmängel mit den damit verbundenen Belastungen der Patientenrolle.

Lediglich bei den 20,7 % (Information über Gesundheitszustand) bzw. 23,1 % (Information über Vorbehandlung) der Patienten, die das letzte Mal mit vier und mehr gesundheitlichen Anlässen im Krankenhaus lagen und eine hinreichende Information auf Seiten des aufnehmenden Arztes verneinten, dürfte dies auf der Komplexität der gesundheitlichen Situation beruhen. Hier handelt es sich aber um eine sehr geringe Anzahl an Personen, sodass Verallgemeinerungen nicht sinnvoll sind. Dies ist überdies der wesentliche Grund für den nichtsignifikanten Wert.

Schlechter als im Durchschnitt sieht die Vorinformation des ersten Krankenhausarztes über den Gesundheitszustand auch bei den Patienten aus, die wegen der ausgewählten gesundheitlichen Anlässe stationär behandelt wurden. 17 % der Frauen, die schwanger ins Krankenhaus kamen, zweifelten an dieser Informiertheit, ebenso wie 14 % der mit psychischen Erkrankungen dort eingewiesenen Befragten. Bei 21,7 % der Schwangeren und 20,5 % der psychisch Kranken waren die Krankenhausärzte außerdem aus Sicht der Patienten nicht ausreichend über die Vorbehandlung informiert.

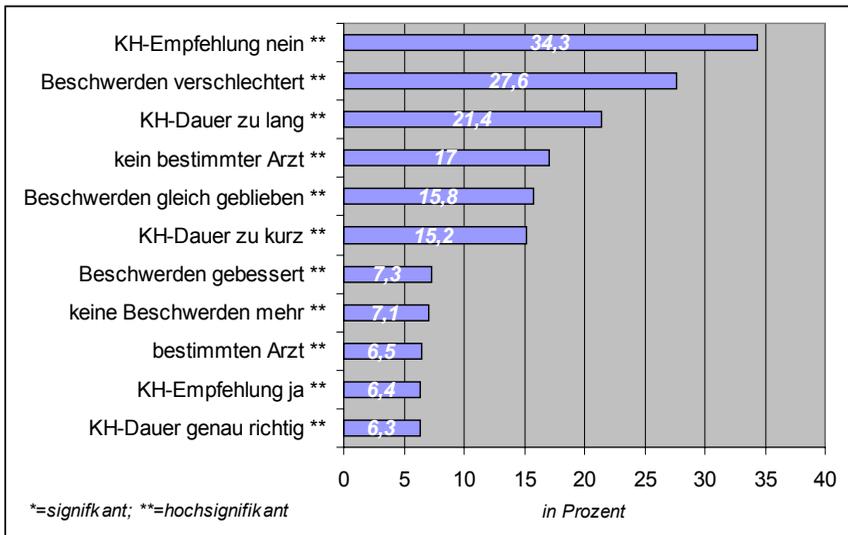
Hinsichtlich der Vorinformiertheit zu beiden Bereichen, beurteilen die Befragten Uni-Kliniken und andere öffentlichen Krankenhäuser deutlich schlechter als Krankenhäuser in privater Trägerschaft. Die hier nicht dargestellten freigemeinnützig getragenen Krankenhäuser befinden sich zwischen den beiden Gruppen.

Die Vergütungsform der gerade beginnenden Behandlung hat dagegen keinen oder nur einen relativ geringen „Einfluss“ auf dieses Element der Behandlungsqualität. Nur bei der Informiertheit zum Gesundheitszustand meinen 9,8 % der Tagessatzpatienten gegenüber 7,3 % der Fallpauschalenpatienten, sie habe nicht existiert.

In der Abbildung 26 und Abbildung 27 sind die Informationsdefizite zu Beginn der stationären Behandlung aus dem Blickwinkel späterer Erfahrungen im Krankenhaus und nachträglicher Bewertung der Qualität und des Erfolgs der Behandlung dargestellt. Wir fragen also z.B. wie viele der Befragten, die ihre Verweildauer genau richtig fanden oder deren Beschwerden sich nach ihrer Wahrnehmung sogar verschlechtert haben, einen schlechten Eindruck von der Informiertheit des ersten Krankenhausarztes über ihren Gesundheitszustand und ihre vorhergegangene Behandlung hatten. Wir wollen die hier erkennbaren statistisch hochsignifikanten Zusammenhängen weder als eindeutig kausal noch als linear bewertet wissen. Trotzdem gibt dies Hinweise, dass Informa-

tionsmängel nicht als „Ausrutscher“ zu Beginn des Krankenhausaufenthalts zu bagatelisieren sind, sondern sich ähnliche Mängel anschließen und alles zusammen zu bestimmten, aus Sicht des Patienten wie des Krankenhauses unerwünschten Ergebnissen führt.

Abbildung 26: Häufigkeit von Uninformiertheit von Krankenhausärzten über den Gesundheitszustand bei Aufnahme nach ausgewählten Indikatoren der Behandlungsqualität 2002

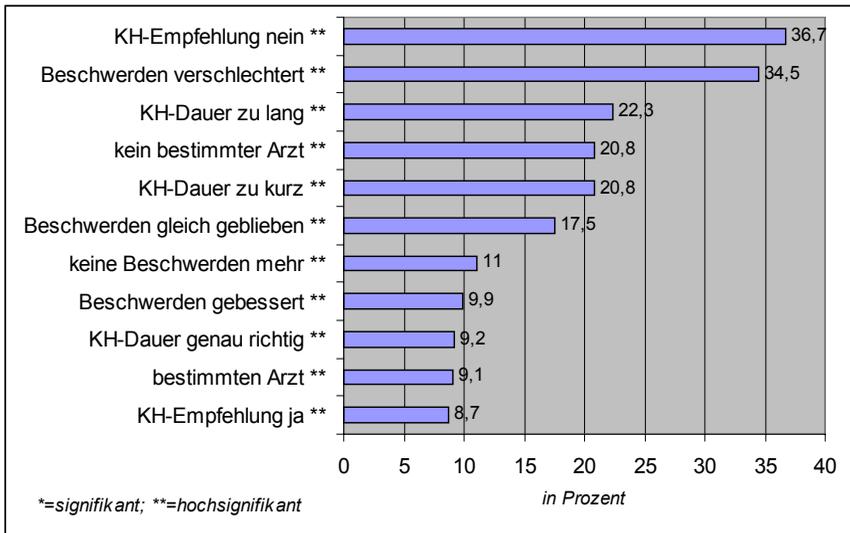


Über ein Drittel der Befragten, die ihr letztes Krankenhaus nicht einem Freund oder Angehörigen empfehlen würden, sahen Informationsdefizite über ihren Gesundheitszustand von Anfang ihres Aufenthaltes an.

Auch unter den Befragten, deren Gesundheitszustand sich verschlechtert hat, denen ihre Verweildauer zu kurz oder zu lang war und die während ihres Krankenhausaufenthalts nicht von einem bestimmten Arzt verantwortlich behandelt wurden, gibt es überdurchschnittlich viele, die Informationsdefizite über ihren Gesundheitszustand (im Durchschnitt 9,1 %) oder ihre bisherige Behandlung (Durchschnitt 11,9 %) angaben.

Genau umgekehrt und dies auch durchweg mit statistischer Signifikanz, also überzufällig, sehen die Assoziationen von überdurchschnittlich gutem Informationsstand und der differenzierten Zufriedenheit der Patienten aus.

Abbildung 27: Häufigkeit von Uninformiertheit von Krankenhausärzten über die vorherige Behandlung bei Aufnahme nach ausgewählten Indikatoren der Behandlungsqualität 2002



Etwas anders sieht erwartungsgemäß die Informationslage bei den 445 Patienten aus, die durch einen Notarzt eingewiesen oder als Notfall, d.h. zum Teil ohne Bewusstsein ins Krankenhaus gekommen sind. Von den 423, die dazu überhaupt Angaben machten, meinten 18,4 %, der aufnehmende Arzt hätte nicht die notwendigen Informationen über ihren Gesundheitszustand gehabt. Von den 371, die außerdem noch Angaben zum Informationsstand des Krankenhausarztes über vorhergehende Behandlungen machten, meinten 22,4 %, diese Informationen hätten nicht vorgelegen. Den Umständen einer Notfallaufnahme entspricht auch der höhere Anteil von Personen, bei denen die Diagnose des einweisenden Arztes im Krankenhaus nicht bestätigt wurde. Mit 6,2 % davon betroffenen Patienten lag der Anteil etwa doppelt so hoch wie bei normal eingewiese-

nen Patienten. Etwas höher (33,2 % zu 29,6 %) liegt außerdem der Anteil von Patienten, wo zwar die Einweisungsdiagnose bestätigt, aber erweitert wurde.

Die ärztliche Informationslage über Gesundheitszustand und vorhergegangene Behandlung liegt bei den 305 Patienten, die schließlich ohne ärztliche Einweisung selbst ins Krankenhaus gingen und dort auch aufgenommen wurden, in etwa zwischen denen der beiden bisher betrachteten Gruppen. Von den 281, die Frage beantwortenden Befragten waren 13,2 % der Meinung, dem Krankenhausarzt hätten Informationen über ihren Gesundheitszustand gefehlt. 15 % der 253 diese Frage beantwortenden „Selbsteinweiser“ sahen Informationsmängel über ihre vorherige Behandlung.

2.3.10 Bestätigung der Einweisungsdiagnosen

64,7 % von den 3.056 Befragten, die auf die Frage antworteten, ob die Diagnose des einweisenden Arztes vom Krankenhausarzt bestätigt worden ist, bejahten dies. Weitere 29,6 % gaben an, die Diagnose sei bestätigt aber erweitert worden. Bei 3,4 % wurde die Diagnose nicht bestätigt und 0,9 % wussten dies nicht oder konnten sich daran nicht erinnern (zur Erinnerung: Patienten, die als Notfall eingeliefert wurden, sind hier ausgeschlossen). Schließlich teilten 1,3 % der Befragten mit, ihnen wäre weder vom Haus- noch vom Krankenhausarzt überhaupt eine Diagnose mitgeteilt worden.

2.3.11 Gesamterfahrungen der stationären Behandlung

Neben den zahlreichen Detailerfahrungen während ihres Krankenhausaufenthalts versuchten wir auch einige Gesamterfahrungen der Befragten zu eruieren. Dazu stellten wir fünf landläufige Aussagen zusammen, die immer wieder im Kontext mit und zur Charakterisierung von stationärer Behandlung zu hören sind. Die Aussagen, die die Befragten auf einer 5er-Skala („stimme vollständig“, „eher“, „teilweise“, „eher nicht“ und „überhaupt nicht zu“) beantworten konnten lauteten vollständig: „Das Krankenhauspersonal bemüht sich vorbildlich und individuell um die Gesundheit der Patienten.“, „Im Krankenhaus bekommt man das Gefühl, eine Nummer zu sein und unpersönlich behandelt zu werden.“, „Im Krankenhaus bekommt man das Gefühl, dass bei Entscheidungen über die Behandlung und die Aufenthaltsdauer Geld und Kosten eine entscheidende Rolle spielen.“, „Im Krankenhaus wird die persönliche Betreuung immer mehr durch die Technik und Apparate verdrängt.“ und „Im Krankenhaus wird man mit Aufmerksamkeit und Rücksicht behandelt.“

Die Tabelle 10 gibt einen Gesamtüberblick über den Grad von Zustimmung und Ablehnung zu diesen Aussagen. Wegen der absolut zwar geringen aber relativ doch auffäl-

ligen Differenzen bei der Nichtbeantwortung der einzelnen Aussagen, sind sie in der letzten Zeile der Tabelle wiedergegeben. Offensichtlich fällt es den Befragten leichter die beiden allgemeineren Fragen zum Verhalten des Krankenhauspersonals zu beantworten als die etwas spezifischeren und konkreteren drei anderen Fragen wie z.B. die nach der Dominanz von Technik. In die Untersuchung der Antworthäufigkeiten wurden dann nur noch die Befragten berücksichtigt, die überhaupt antworteten.

Bemerkenswert ist die geringe Anzahl von 2,9 % der Befragten, die der positiven Charakterisierung der Bemühungen des Personals „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ zustimmen konnte. Bei allen sonst gemachten kritischen Beobachtungen und Anmerkungen der Patienten sollte die hierin zum Ausdruck kommende grundsätzliche Bereitschaft der Patienten Bemühungen von Ärzten und Pflegenden zu würdigen im Hintergrund erinnert werden. Es ist also keineswegs so, dass Krankenhaus-Patienten aus Prinzip „nörgelten“ oder gar „undankbar“ wären.

Dies gilt auch bereits für die Bewertung etwas anders werdender Bewertungen aller anderer Aussagen. Schon 8,9 % der Befragten stimmten überhaupt oder eher nicht der Aussage zu, sie seien mit Aufmerksamkeit und Rücksicht behandelt worden. Weitere 17,8 % machten zumindest teilweise oder vorübergehend Erfahrungen, die sie der Aussage nicht mehr zustimmen ließen oder lassen. Orientiert man sich weiter an den kritischen Antworten, haben 12,6 % der Befragten eindeutig Erfahrungen hinter sich, dass Technik Betreuung verdrängt. 11,8 % haben während ihres Krankenhausaufenthalts das Gefühl bekommen, eine Nummer zu sein und 18,2 % berichten dies hinsichtlich einer entscheidenden Rolle von Geld und Kosten. Auch hier sehen jeweils zwischen 15 und 25 % der Befragten dies „teilweise“ so.

Tabelle 10: Unterschiedliche Erfahrungen mit ausgewählten Qualitätsaspekten der Krankenhausbehandlung (in %)

	<i>vorbildlich behandelt</i>	<i>Gefühl "Nummer"</i>	<i>Dominanz Kosten</i>	<i>Dominanz Technik</i>	<i>mit Rücksicht</i>
stimme vollständig zu	63,2	4,7	8,5	4,3	43,8
stimme eher zu	21,2	7,1	9,7	8,3	29,6
stimme teilweise zu	12,8	15,2	20,4	24,8	17,8
stimme eher nicht zu	2,1	28,8	28,0	32,2	6,1
stimme überhaupt nicht zu	0,8	44,3	33,4	30,4	2,8
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
nicht beantwortet	2	6,5	6,6	7,7	3,3

Für weitere Analysen vergrößern wir die Antwortmöglichkeiten zu zwei Grundtypen: Ein uneingeschränkt positiver Typ fasst die beiden jeweils positiv zustimmenden Antworten zusammen. Bei der Frage nach den vorbildlichen Bemühungen des Krankenhauspersonals sind dies also z.B. die Ausprägungen „stimme vollständig“ und „stimme eher zu“. Im Falle der Erfahrung, dass „persönliche Betreuung immer mehr durch die Technik und Apparate verdrängt“ wird, werden dann die Antwortmöglichkeiten „stimme überhaupt nicht“ und „stimme eher zu“ zu einem positiven Wert zusammengefasst. Ein negativ bewertender oder skeptischer Typ entsteht durch die Zusammenfassung der jeweiligen drei restlichen Antworten, also einschließlich des Statements „stimme teilweise zu“.

In den folgenden Darstellungen sind nur die Häufigkeiten dieser drei Antwortmöglichkeiten abgebildet. Damit ist es aber jedem Betrachter auch möglich, die Häufigkeit anderer Kombinationen zu berechnen. Die Reihenfolge der Teilgruppen orientiert sich an der jeweiligen Häufigkeit der Antwort „stimme überhaupt nicht“ oder „vollständig zu“. Die Häufigkeit der jeweils positiven Antworten ergeben sich aus der Differenz zu 100 Prozent.

Die in Abbildung 28 bis Abbildung 32 dargestellten Häufigkeiten schlechter Erfahrungen hinsichtlich der in unseren Aussagen enthaltenen Behandlungsaspekte je nach soziodemografischem, gesundheitlichem oder Behandlungsstatus werden durch wenige qualitative Merkmale der stationären Behandlung in mehr oder weniger deutlich über- oder unterdurchschnittliche getrennt – und das statistisch hochsignifikant, d.h. nicht mehr zufällig. Bei diesen Merkmale handelt es sich um die Erfahrung und/oder Bewertung der Kooperationsgüte des medizinischen und pflegenden Personals, die Möglichkeiten von Patientenmitbestimmung und die feste Zuständigkeit eines bestimmten Arztes für bestimmte Patienten. Andere institutionelle oder organisatorische Faktoren wie etwa die Vergütungsform, die Trägerform des Krankenhauses haben einen deutlich geringeren bivariaten Einfluss. In drei der fünf Erfahrungsbereiche und -arten haben Befragte, die beim letzten Mal mit 3 und mehr Diagnosen im Krankenhaus lagen, überdurchschnittlich häufige schlechte Erfahrungen. Interessant ist schließlich noch, dass an die Stelle der sonst immer in der Spitzengruppe der Befragten befindlichen 30-39-Jährigen in einem Zusammenhang, nämlich der Verdrängung persönlicher Betreuung durch Technik und Apparate die 70-80-Jährigen treten.

Abbildung 28: Krankenhauspatienten mit schlechten Erfahrungen mit Bemühungen des Krankenhauspersonals nach ausgewählten persönlichen und strukturellen Merkmalen 2002

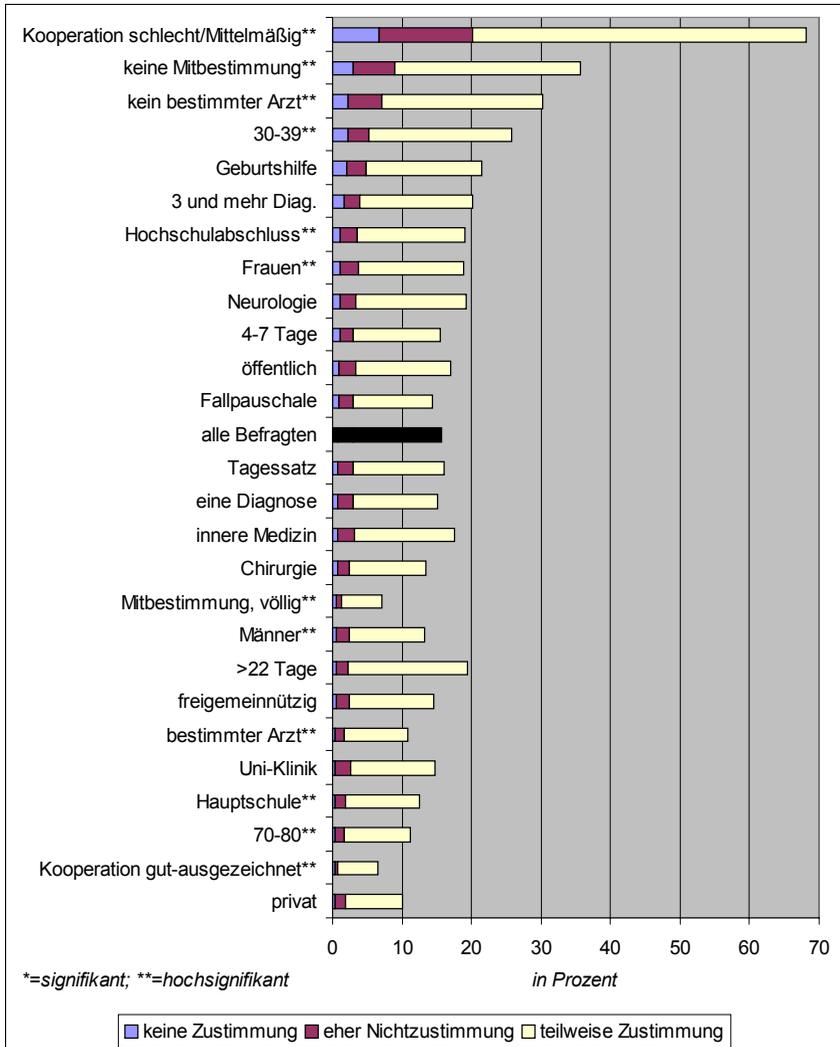


Abbildung 29: Krankenhauspatienten mit schlechten Erfahrungen unpersönlicher Behandlung nach ausgewählten persönlichen und strukturellen Merkmalen 2002

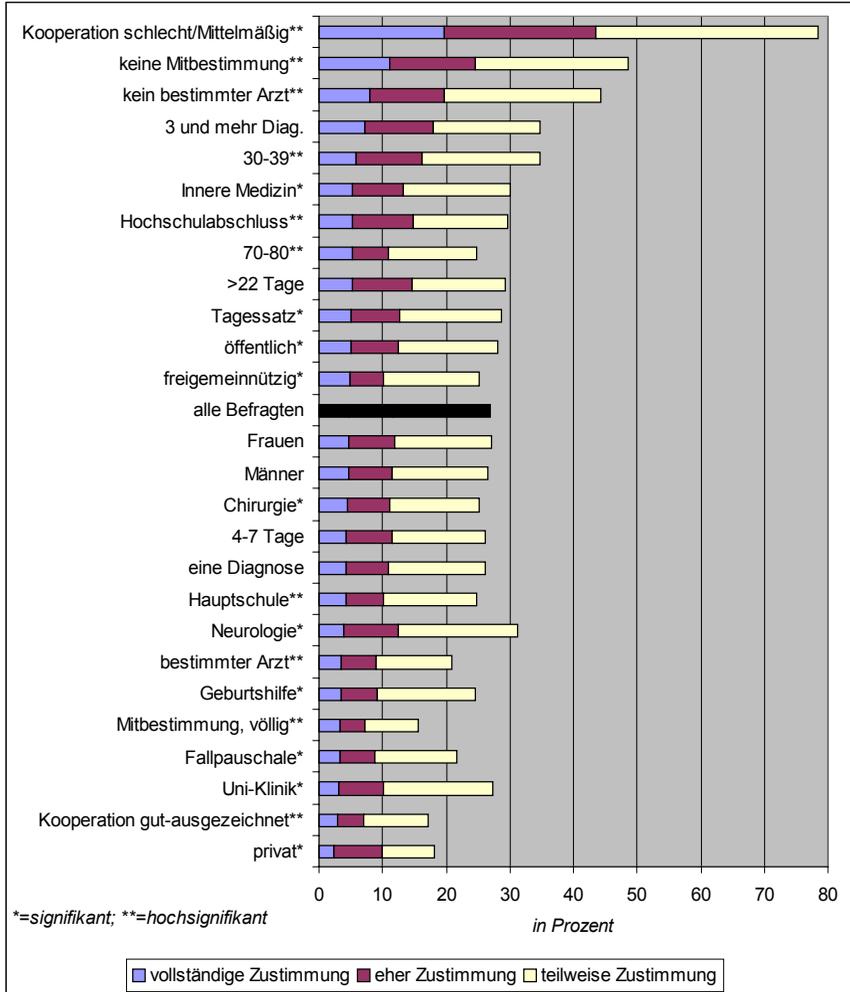


Abbildung 30: Krankenhauspatienten mit schlechten Erfahrungen der entscheidenden Rolle von Geld und Kosten nach ausgewählten persönlichen und strukturellen Merkmalen 2002

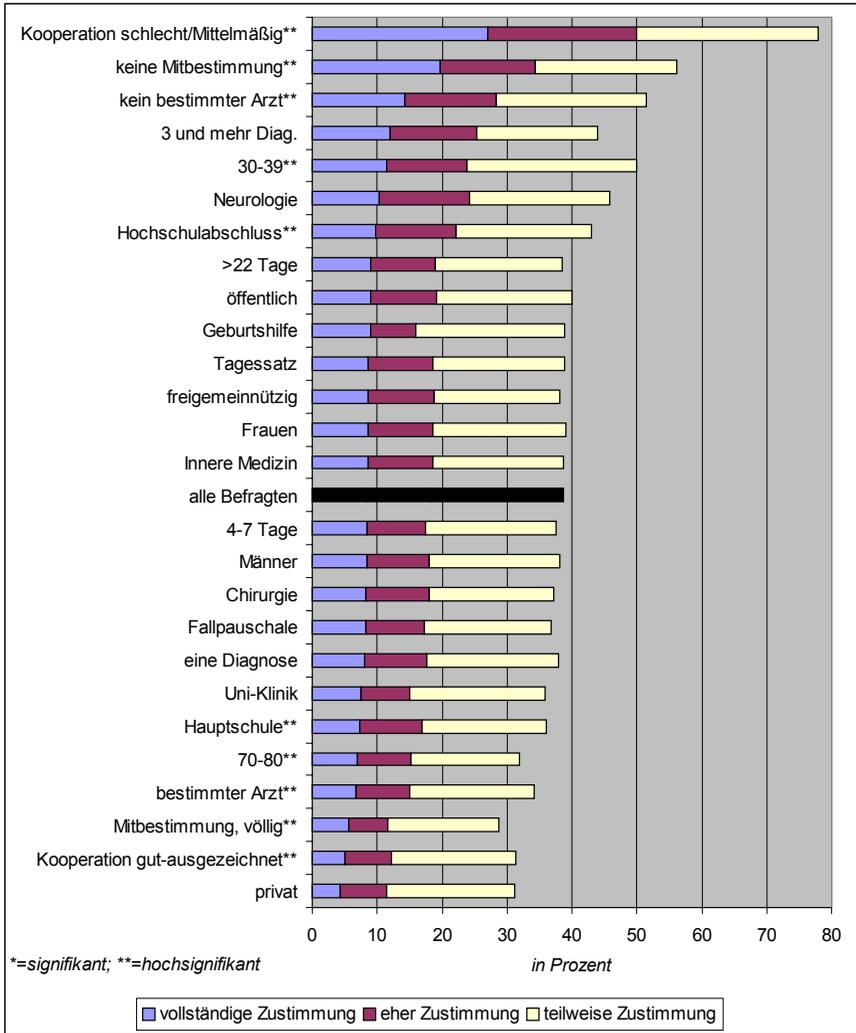


Abbildung 31: Krankenhauspatienten mit schlechten Erfahrungen der Verdrängung von Betreuung durch Technik nach ausgewählten persönlichen und strukturellen Merkmalen 2002

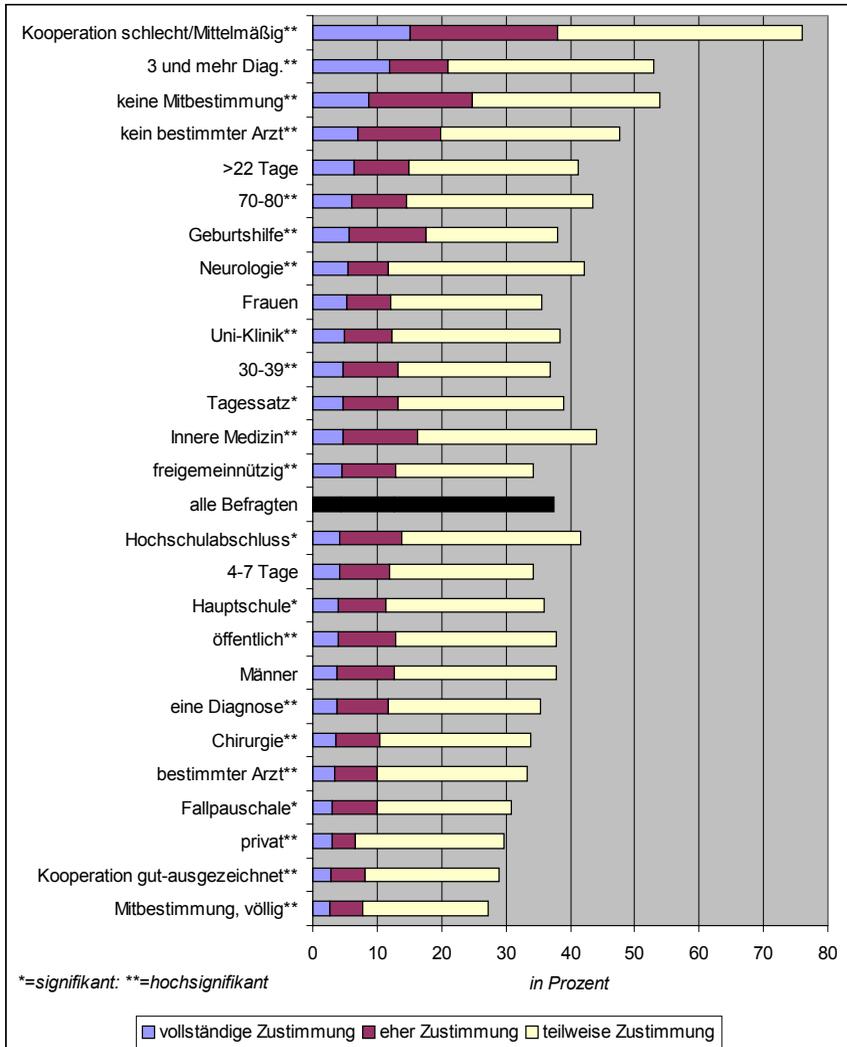
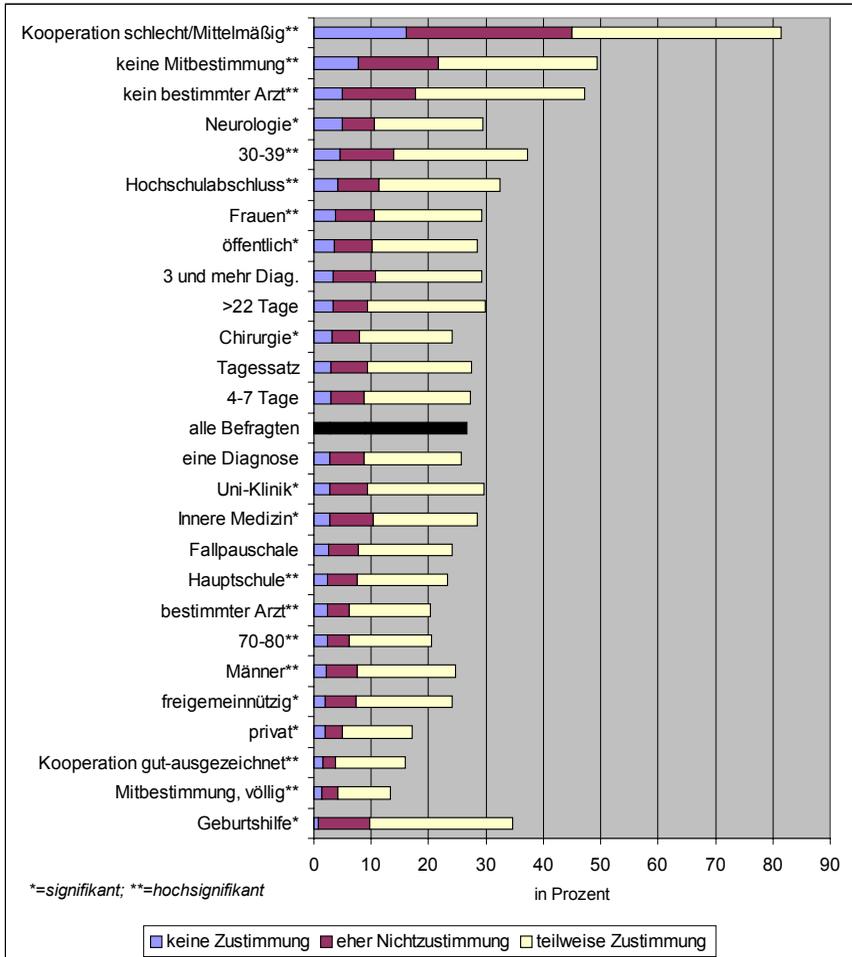


Abbildung 32: Krankenhauspatienten mit schlechten Erfahrungen hinsichtlich einer Behandlung mit Aufmerksamkeit und Rücksicht nach ausgewählten persönlichen und strukturellen Merkmalen 2002



2.3.12 Vertrauen in Akteure und Institution

Die Existenz und das Maß von Vertrauen zu Akteuren, Institutionen und Eigenschaften im Gesundheitswesen sind Indikatoren für eine der möglichen Formen sich in hochkomplexen und wenig transparenten Zusammenhängen personaler Dienstleistungen aus gesellschaftlicher wie individueller Sicht effektiv und effizient zu bewegen. Ein uneingeschränktes Vertrauen von Patienten gegenüber den sie behandelnden oder pflegenden Ärzten, Schwestern und Pfleger ist also keineswegs ein ausschließlich zum Wohlfühl der Patienten beitragender Zustand, sondern eine wesentliche Voraussetzung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Krankenbehandlung. Alle denkbaren und ja teilweise auch etablierten Alternativen wie Verträge, externe objektive Kontrollen oder Transparenz- und Informationssysteme bedeuten für die Gesellschaft wie Individuen wesentlich höhere so genannte Transaktionskosten, also der Aufwand von monetären, Organisatorischen und mentalen Ressourcen, die dann nicht mehr z.B. für die Genesung zur Verfügung stehen. Außerdem existieren dann gerade für besonders kranke Patienten letztlich nicht zu schließende Orientierungslücken. Daher wird seit mehreren Jahren in vielen internationalen (z.B. Mechanic/Schlesinger 1996, Mechanic 1998, Goold 1998, Davies/Rundall 2000) und seit kurzem auch in nationalen (z.B. Böcken/Braun/Schnee 2002) Bevölkerungs- und Patientenbefragungen immer häufiger nach der Existenz und dem Niveau der immateriellen Ressource „Vertrauen“ gefragt.

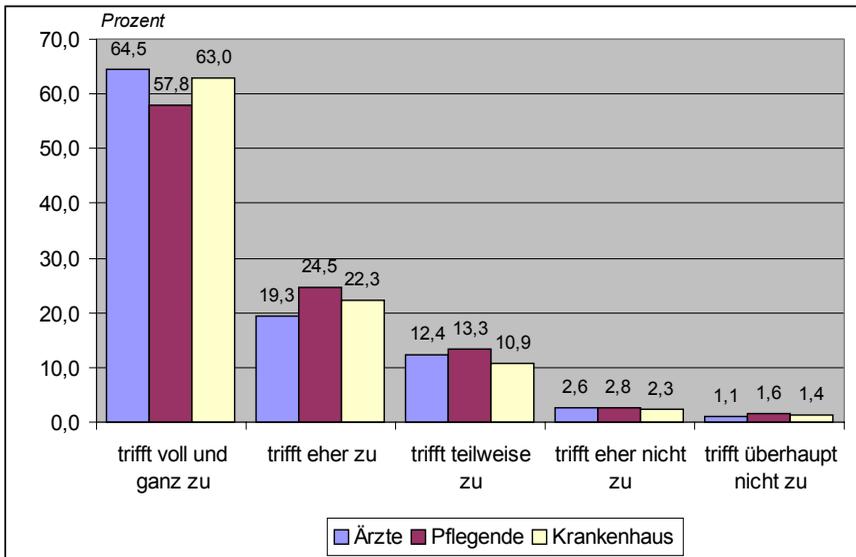
Auf drei Fragen konnten daher auch die hier befragten Personen kundtun ob sie uneingeschränktes Vertrauen in Ärzte und Pflegende setzen und ebenso uneingeschränkt darauf vertrauen, „dass im Krankenhaus alles für meine Gesundheit getan wurde“.

In der Abbildung 33 sieht man die Antwortmöglichkeiten auf diese Fragen und die wesentlichen Ergebnisse. Uneingeschränktes Vertrauen sehen wir bei jenen Befragten, für die dies „voll und ganz“. Schon die Antwortmöglichkeit „trifft teilweise zu“ bedeutet bei einer solch sensiblen immateriellen Ressource wie dem Vertrauen eingeschränktes und damit deutlich weniger wirkendes Vertrauen.

Ohne wenn und aber vertrauen danach uneingeschränkt fast zwei Drittel der Befragten den Ärzten und immer noch deutlich mehr als die Hälfte den Pflegenden. Beim Gesamtvertrauen zum Krankenhaus folgt die Beurteilung offensichtlich dem Vertrauen gegenüber den Ärzten. Am anderen Ende der Vertrauensskala finden sich nur zwischen 1 und 2 % der Befragten, denen das uneingeschränkte Vertrauen völlig abhanden gekommen ist. Selbst wenn also extreme Vertrauenseinschränkungen nicht vorhanden sind, gibt es rund ein Drittel der Befragten, deren uneingeschränktes Vertrauen zu den

verschiedenen Akteuren erodiert zu sein scheint. Mit leichten Einschränkungen („trifft eher zu“) trifft dies für 19,3 % der Befragten gegenüber den Ärzten zu, aber für fast ein Viertel von ihnen gegenüber den Pflegekräften. 12,4 % der Patienten räumen aber Beeinträchtigungen ihres uneingeschränkten Vertrauens gegenüber den Ärzten und 13,3 % gegenüber den Pflegenden ein.

Abbildung 33: Uneingeschränktes Vertrauen in Akteure und die Gesamtheit der stationären Behandlung 2002



Um noch genauer sehen zu können, ob und wenn ja, wo es Erosionen des Vertrauens von Krankenhauspatienten gibt, haben wir für die folgenden Analysen die drei Antwort-Ausprägungen „überhaupt“ kein, „eher“ kein und „teilweise“ Vertrauen auf der von uns vorgegebenen Vertrauensskala zu einem Indikator für die Vertrauenserosion zusammengefasst. In den Abbildungen lässt sich aus der Differenz zu 100 % ablesen, wie viele Mitglieder der jeweiligen Subgruppe den Ärzten, Pflegenden und dem Krankenhaus uneingeschränkt vertrauen.

Die Abbildung 34 zeigt, dass Vertrauen oder Nichtvertrauen gegenüber Ärzten bei weitem nicht ein so allgemeines Kulturgut ist, dass konkrete Erfahrungen, Umstände und

Bedingungen es nicht so oder so beeinflussen könnten. So gibt es bei Befragten, die ganz bestimmte Behandlungsbedingungen kritisch bewerten einen kräftig überdurchschnittlichen Anteil mit Vertrauensmängeln oder -verlusten. Dies gilt vor allem für diejenigen, welche die Kooperation zwischen Ärzten und Pflegekräften für schlecht oder mittelmäßig hielten, deren erste Krankenhausärzte keine genügenden Vorabinformationen zu ihrem Gesundheitszustand besaßen, die nicht durch einen bestimmten Arzt verbindlich betreut wurden, bei denen keine erfolgreiche Schmerztherapie erfolgte und die trotz Interesse keine Mitbestimmungsmöglichkeiten hatten. Auch die Befragten, deren letzter Krankenhausaufenthalt länger als 22 Tage dauerte und die mit 3 und mehr Diagnosen im Krankenhaus lagen, weisen ein überdurchschnittlich erodiertes Vertrauen auf. Soziodemografisch betrachtet, waren insbesondere bei 30-39-Jährigen, Hochschulabsolventen und Frauen sichtliche Einschränkungen des Vertrauens vorhanden. Für die Beurteilung des Vertrauenskapitals der meisten dieser Teilgruppen ist bemerkenswert, dass Befragte mit diametral anderen Erfahrungen und Merkmalen unterdurchschnittliche Vertrauenseinschränkungen offenbarten. Dies gilt z.B. extrem für die unterschiedlich bewertete Kooperationsqualität des Krankenhauspersonals. Fast 70 %, die diese als schlecht oder mittelmäßig wahrnahmen hatten kein uneingeschränktes Vertrauen in Ärzte. Von den Befragten, die die Qualität der Kooperation für gut bis ausgezeichnet hielten, antworteten nur 7 %, sie hätten kein oder ein sehr eingeschränktes Vertrauen zu Ärzten.

Die Abbildung 35 vermittelt ein differenziertes Bild vom Grad der Einschränkung und des Verlustes von Vertrauen zu den Pflegekräften im Krankenhaus. Was den Zusammenhang von Vertrauensdefiziten und den ausgewählten Merkmalen für Behandlungsqualität angeht, ähnelt das Bild dem bei den Ärzten sehr stark. Was bei den Pflegenden hinzu kommt ist zweierlei: Befragte, denen es gesundheitlich schlechter geht, die also über 22 Tage und mit drei Krankheitsanlässen im Krankenhaus lagen hatten weniger uneingeschränktes Vertrauen zu Pflegenden. Ein überdurchschnittlich eingeschränktes Vertrauen in die Pflegenden haben auch die im Gesundheitswesen beschäftigten Befragten. Beim Vertrauen zu den Ärzten gab es hier praktisch keine Unterschiede.

Sieht man sich schließlich das Vertrauens-Panorama für „alle im Krankenhaus“ an (siehe Abbildung 36 findet man die bekannten Erosionsmuster wieder. Die Unterschiede zum Stand des Vertrauens gegenüber Ärzten und Pflegenden findet sich nur noch im Detail oder z.B. in einer höheren statistischen Signifikanz der unterschiedlichen Ausprägung der Vertrauenserosion bei Tagessatz- oder Fallpauschalenpatienten.

Abbildung 34: Beeinträchtigung des uneingeschränkten Vertrauens zu Ärzten nach ausgewählten soziodemografischen und Behandlungsmerkmalen 2002 (alle Befragten = 16,1 %)

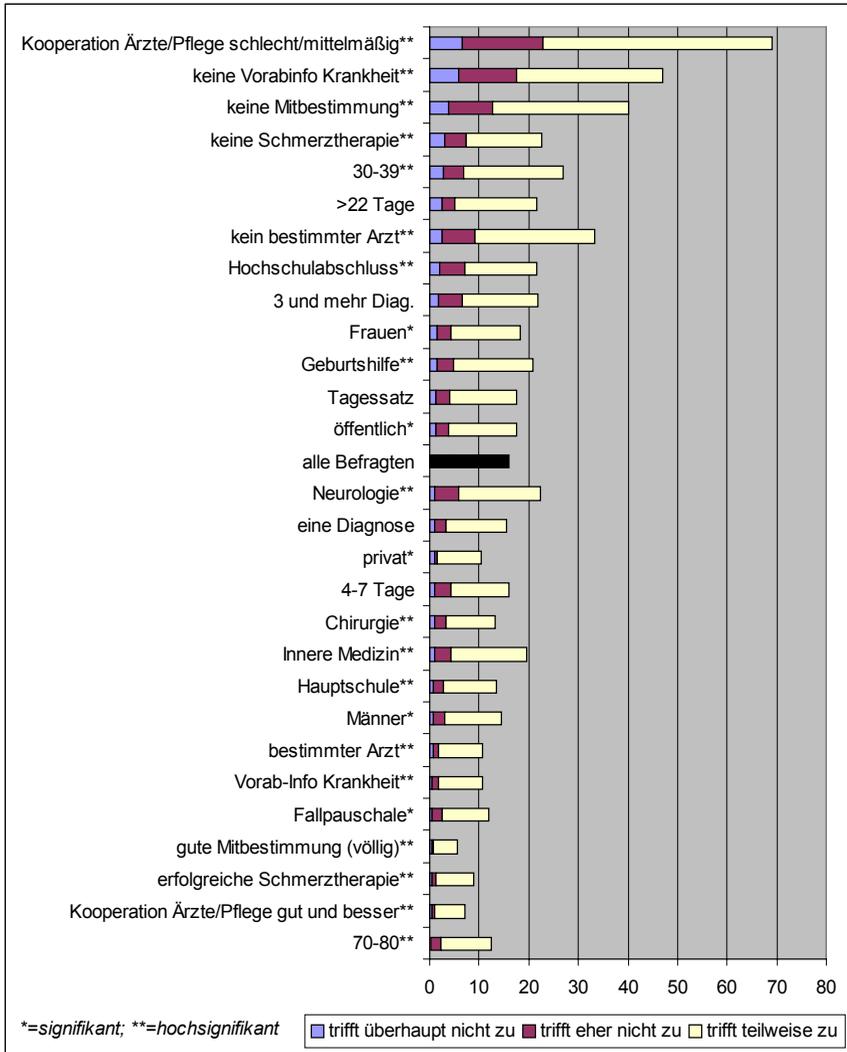


Abbildung 35: Beeinträchtigung des uneingeschränkten Vertrauens zu Pflegenden nach ausgewählten soziodemografischen und Behandlungsmerkmalen 2002 (alle Befragten = 17,7 %)

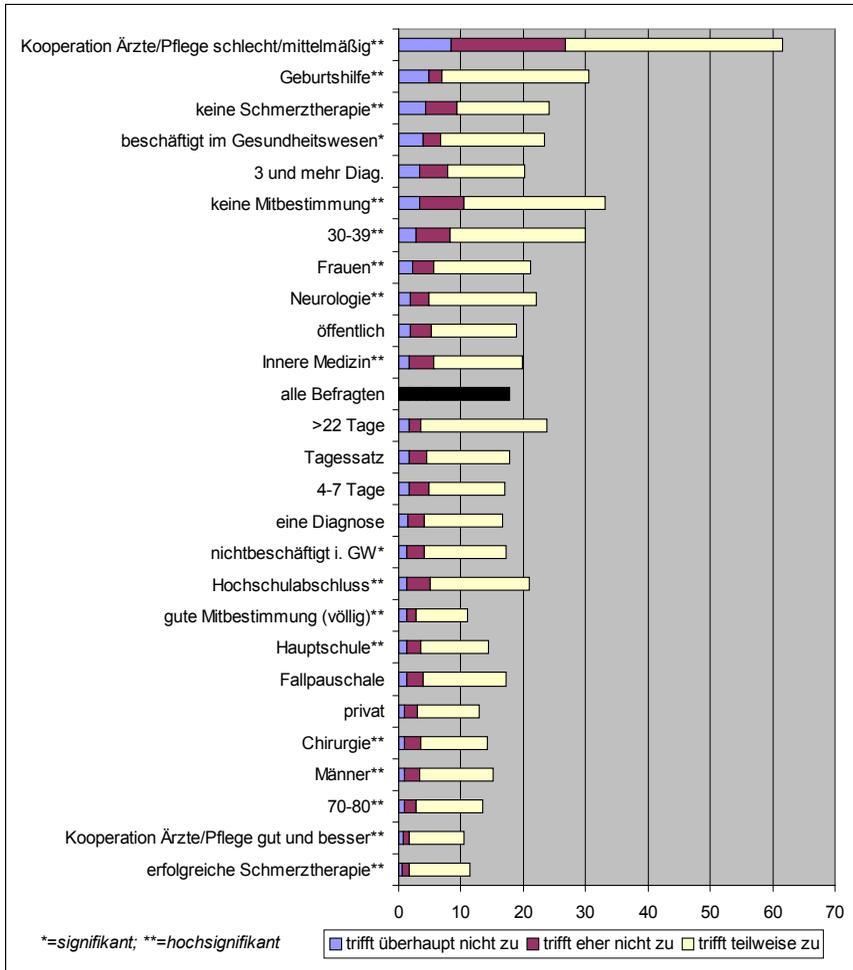
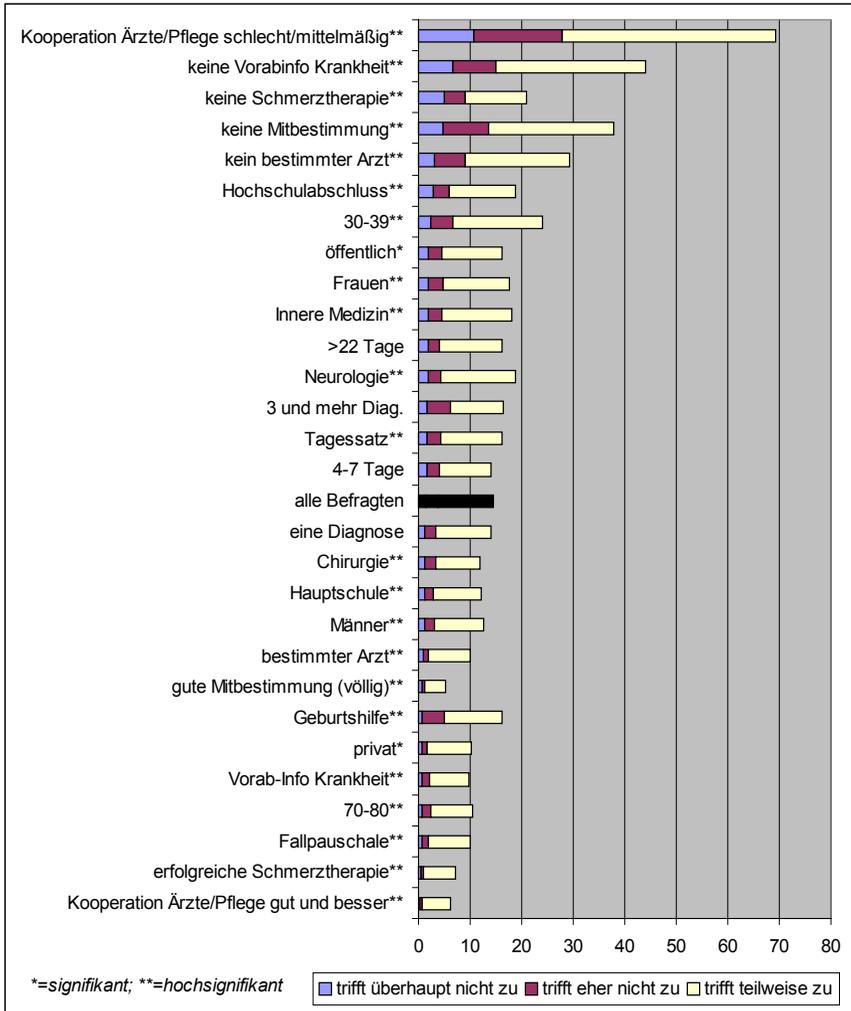


Abbildung 36: Beeinträchtigung des uneingeschränkten Vertrauens zu gesamten Krankenhaus nach ausgewählten soziodemografischen und Behandlungsmerkmalen 2002 (alle Befragten = 14,6 %)



Auch nach einer differenzierten Analyse bleibt der Sinn einer gesonderten Nachfrage zum uneingeschränkten Vertrauen in das „Krankenhaus“ („dass im Krankenhaus alles für meine Gesundheit getan wurde“) nicht ganz klar. Bei einigen Unterscheidungen wie z.B. der nach der Anzahl der Behandlungsanlässe werden die Antworten auf die „Krankenhaus“-Vertrauensfrage durch das Vertrauen zu den Ärzten bestimmt. Unterscheidet man nach der Trägerform liegt das Niveau der Vertrauensbeeinträchtigungen beim Krankenhaus durchweg niedriger als z.B. gegenüber den Ärzten. Wenn man die Mitbestimmungsmöglichkeit zum Unterscheidungskriterium der Patienten macht, bekommt „das“ Krankenhaus von 37,8 % der Patienten, die nicht bei ihrer Behandlung mitbestimmen konnten kein oder ein mehr oder wenig eingeschränktes Vertrauen entgegengebracht. Dies ist der höchste Erosionsanteil überhaupt und übersteigt noch die bereits hohen Anteile bei Ärzten (24,8 %) und Pflegenden (33,2 %).

2.3.13 Weiterempfehlung des Krankenhauses

Auch wenn Fragen nach der allgemeinen Zufriedenheit von Patienten in immer mehr Untersuchungen durch Erfahrungs- und Beobachtungsfragen zum konkreten Behandlungsgeschehen ergänzt oder ersetzt werden, ist es in diesem Rahmen durchaus noch sinnvoll und ertragreich summative Fragen zur Gesamtbewertung der Behandlung oder der Zufriedenheit zu stellen. Dazu gehört die Frage nach der Weiterempfehlung des gerade erlebten Krankenhauses an Verwandte und Bekannte.

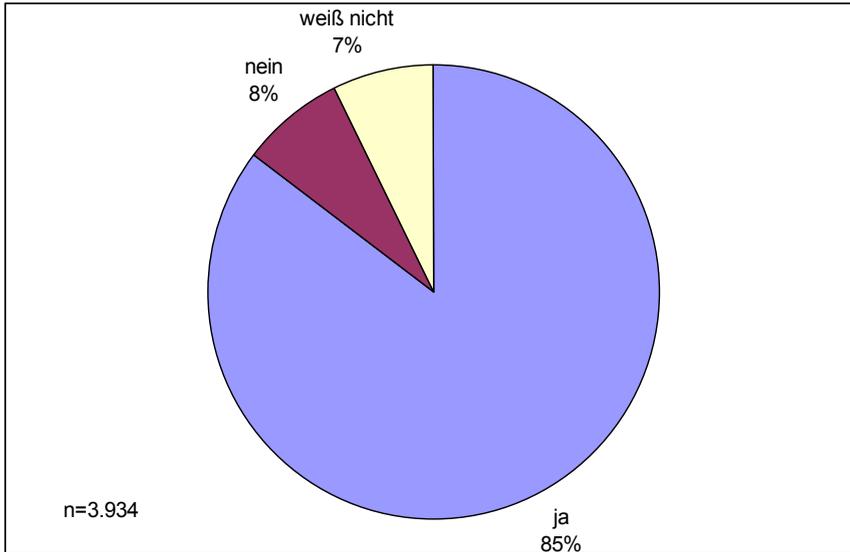
Rund 85 % der Befragten würden das Haus ihres letzten Krankenhausaufenthalts einem Freund oder Verwandten empfehlen, 8 % würden dies eindeutig nicht und 7 % wussten es nicht.

Unabhängig ob der Anteil von Patienten, die ihr letztes Krankenhaus weiterempfehlen, für gut gehalten wird, lohnt erneut ein differenzierter Blick auf Teilgruppen mit unterschiedlicher soziodemografischer Charakteristik, mit unterschiedlichen Behandlungserfahrungen und -Strukturen. Dabei finden sich Patientengruppen, die noch weit mehr als im Durchschnitt bereit sind, ihr behandelndes Krankenhaus weiter zu empfehlen und welche, von denen dies nur eine Minderheit tun würden.

Auffällig ist auf den ersten Blick, dass die Art bzw. Qualität der Kooperation von Ärzten und Pflegenden der Indikator ist, der insgesamt am stärksten darauf einwirkt, ob ein Krankenhaus weiterempfohlen wird oder nicht. Wenn diese Kooperation als „sehr gut“ (die Antworten „sehr gut“, „ausgezeichnet“ und „gut“ sind hier zusammengefasst) wahrgenommen wird, empfehlen 94 % dieser Befragten das Krankenhaus weiter. Der

Anteil sinkt auf den anderen Extremwert von 42 % bei jenen Befragten, welche die Kooperation als „schlecht“ oder „mittelmäßig“ einstufen.

Abbildung 37: Empfehlung des zuletzt aufgesuchten Krankenhauses an Verwandte oder Freunde mit denselben gesundheitlichen Problemen 2002



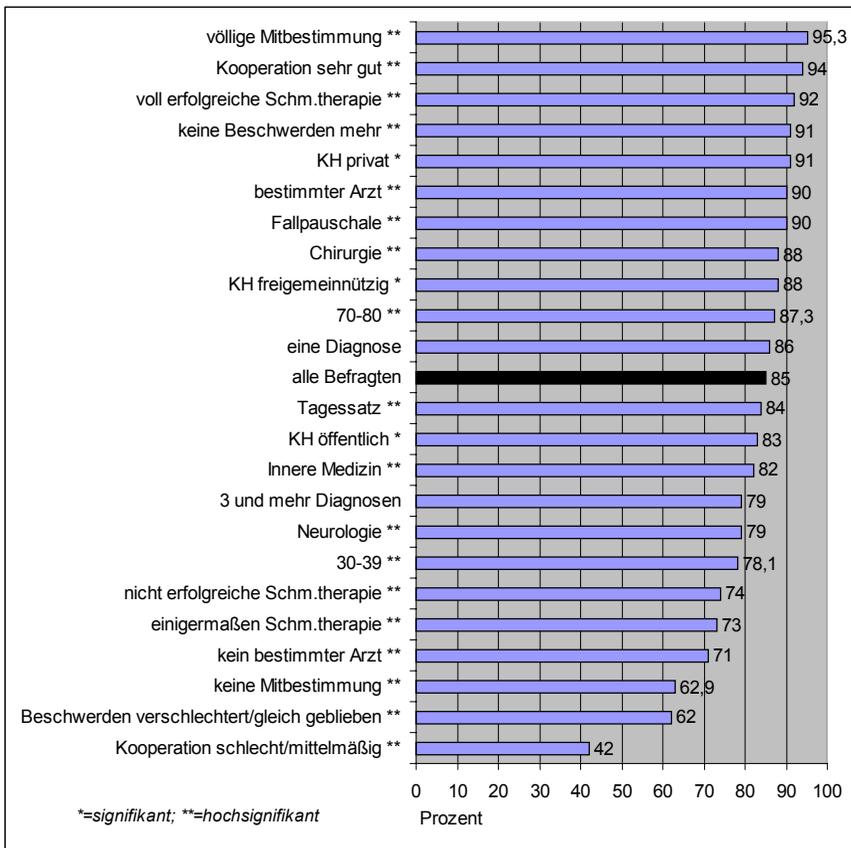
Der zweitstärkste Faktor, der über fast uneingeschränkte Weiterempfehlung oder spürbare Zurückhaltung bestimmt, ist die Möglichkeit bei der eigenen Behandlung mitzubestimmen. Erst danach kommen „harte“ Aspekte der Behandlungsqualität, wie eine erfolgreiche oder unzulängliche Schmerztherapie sowie die Beschwerdenintensität nach der Entlassung zum Tragen.

Betrachtet man sich den Einfluss der anderen ausgewählten Merkmale einer Krankenhausbehandlung auf die Häufigkeit einer Weiterempfehlung zeigt sich innerhalb eines gewissen Korridors ein durchweg plausibler und nachvollziehbarer Zusammenhang mit konkreten Qualitätsmerkmalen. Dies gilt etwa zum Einfluss des Verbesserungsgrades oder der Therapie von Schmerzen sowie der Auswirkung einer persönlichen oder wechselhaften Arzt-Patientenbindung. Interessant ist hier der vergleichsweise geringe

Beitrag der Trägerform zu einem über- oder unterdurchschnittlichen Weiterempfehlungsverhalten.

Etwas stärker und überzufällig tragen noch die Vergütungsform und das Alter der Befragten zur Häufigkeit der Weiterempfehlung des Krankenhauses bei.

Abbildung 38: Empfehlung des zuletzt genutzten Krankenhauses nach soziodemografischen und gesundheitlichen Merkmalen und Eigenarten der stationären Behandlung 2002



2.3.14 Ausgewählte Aspekte der Prozessqualität stationärer Behandlung

2.3.14.1 Organisationsformen der ärztlichen Betreuung

Eine intensive und vertrauensvolle Patient-Arzt-Beziehung gilt auch bei einer stationären Behandlung als wichtige Voraussetzung für Wirksamkeit und Effizienz.

Um sie herzustellen und mit Leben zu füllen bedarf es u.a. einer Reihe organisatorischer Bedingungen von denen eine die feste Zuständigkeit oder eine Art „Lotsenfunktion“ eines Arztes für die Betreuung bestimmter Patienten ist.

Die Frage ob es „einen bestimmten Arzt oder eine bestimmte Ärztin (gab), der oder die für Ihre Betreuung zuständig war und sich regelmäßig um sie kümmerte“ bejahten 76,1 % aller sie überhaupt Beantwortenden (n=3.892).

Der Gesamtanteil von 23,9 % der Befragten, die meinten während ihres letzten Krankenhausaufenthalts keinen bestimmten Arzt gehabt zu haben, war in Teilgruppen mehr oder weniger ausgeprägt. Bei den Tagessatzpatienten waren es nur 22,8 % gegenüber 27 % bei den Fallpauschalenpatienten. Nur 17,9 % der Befragten aus privaten Krankenhäusern hatten keinen festen betreuenden Arzt, gegenüber 26,7 % der in öffentlich getragenen Krankenhäusern behandelten Befragten. Von den Patienten, die älter waren und/oder länger im Krankenhaus liegen mussten, machten nur 17,8 % bzw. 17,5 % dieselbe Erfahrung.

Allgemein sei bereits hier verraten, dass je nachdem ob es solche „Lotsenärzte“ gab oder nicht viele der Wahrnehmungen und Bewertungen zur Prozess- und Ergebnisqualität der stationären Behandlung unterschiedlich ausfallen. Worin und wie werden wir an anderer Stelle ausführlicher darstellen.

Was uns hier noch interessiert ist, ob mit der beliebigeren und variierenden Betreuung durch verschiedene Ärzte aus Sicht der Patienten direkte Nachteile entstanden sind oder ob es sich eher um atmosphärische Nachteile handelt.

Als Nachteile oder Probleme einer Behandlung durch unterschiedliche Ärzte im Krankenhaus waren „unterschiedliche Aussagen zur Krankheit und Genesung“, „unterschiedliche Behandlungsvorschläge“ und „andere Probleme“ als Antwortmöglichkeiten vorgegeben.

Vor allen anderen Antwortmöglichkeiten gaben 62,1 % an, „keines der genannten Probleme“ gehabt zu haben und 8,1 % wussten dazu nichts zu sagen. Von den restlichen 30 % der Befragten (dies sind immerhin etwas mehr als 7 % aller Befragten) ohne

einen bestimmten Arzt nannten 14,1 % das Problem, unterschiedliche Aussagen zur Krankheit und Genesung gehört zu haben, bei 11,6 % gab es unterschiedliche Behandlungsvorschläge und 9,5 % dieser Patientengruppe wiesen noch auf die Existenz andere Probleme hin (wegen der Möglichkeit von Mehrfachnennungen ergibt die Addition der Antworthäufigkeiten etwas mehr als 30 %).

2.3.14.2 Patienteninformation über die Behandlung im Krankenhaus

Um die mit einer stationären Behandlung häufig verbundene existenzielle Unsicherheit zu bewältigen, der einschüchternden Präsenz des Krankenhaus-Apparats zu entgehen und der für die meisten Patienten genesungshemmenden Abdrängung in eine Objektrolle entgehen zu können, hilft u.a. die bestmögliche Transparenz über den Ablauf und wichtige Details der Behandlung. Wie die Information von Patienten aussieht versuchten wir durch vier konkrete Fragen heraus zu bekommen.

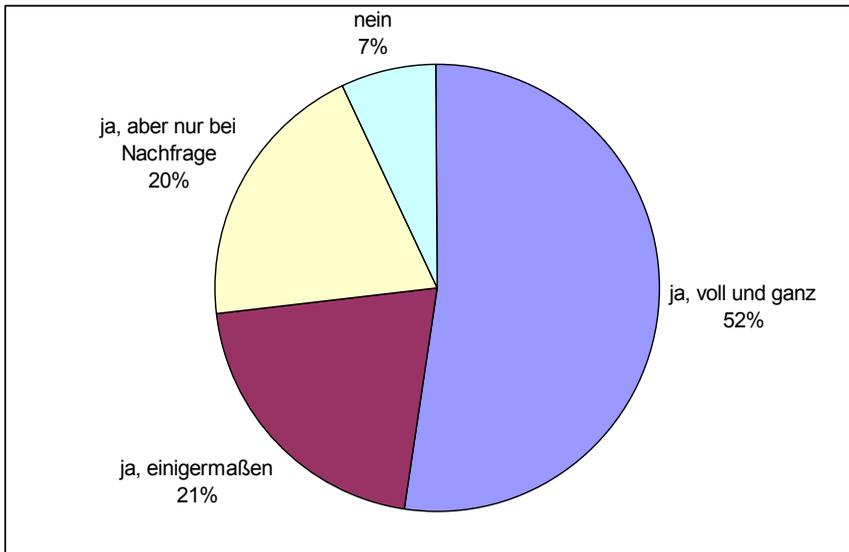
Die Frage, ob mit ihnen diagnostische, therapeutische oder operative Maßnahmen verständlich besprochen worden sind, bejahten 92,1 % und 7,9 % verneinten sie. Geringfügig besser oder schlechter stehen bei diesem Aspekt von Patienteninformation nur wenige Teilgruppen da: Patienten in privaten Krankenhäusern (97,8 %), Fallpauschalenpatienten (94,9 %) und Patienten mit weniger als drei medizinischen Anlässen für den letzten Krankenhausaufenthalt waren überdurchschnittlich über Maßnahmen informiert worden. Für Patienten in öffentlichen Akutkrankenhäusern (90,9 %), Hochschulabsolventen (88,4 %) oder Patienten mit 3 und mehr akuten Behandlungsanlässen (89,9 %) sah es etwas schlechter aus.

Ein ähnliches Bild ergibt sich auf die Frage ob sich die Befragten „im Nachhinein alles in allem ausreichend über ihre Krankheit und Genesung informiert (fühlen)“. 86,7 % aller Befragten, welche diese Frage beantworten (n=3.876) hatten dieses Gefühl, 13,3 % hatten es nicht.

Auch von diesen Durchschnittswerten unterscheiden sich nur sehr wenige Teilgruppen der Befragten nennenswert. So fühlen sich 85,1 % und damit ein leicht unterdurchschnittlicher Anteil der Tagessatzpatienten ausreichend informiert, wohingegen dies bei einem überdurchschnittlichen Anteil von 91,6 % der Fallpauschalenpatienten so aussieht. Auch Patienten in privaten Krankenhäusern fühlen sich wiederum überdurchschnittlich, nämlich zu 91,8 %, gut informiert. Unter den Patienten in Uni-Kliniken betrug dieser Anteil nur 84,7 %.

Wie schnell allzu allgemeine Fragen in die Irre führen können, zeigt sich bei Nachfragen zum Informationsstand über eine konkrete therapeutische Maßnahme. In unserem Fall war das die Frage nach der verständlichen Erklärung des Zwecks der im Krankenhaus eingesetzten Arzneimittel.

Abbildung 39: Verständliche Erklärung des Zwecks der im Krankenhaus erhaltenen Medikamente 2002



Aus der Betrachtung auszuklammern sind die 13,6 % der Befragten, die keine Medikamente nehmen mussten ebenso wie die 6,2 %, welche keine Erklärung brauchten. Wie schwer es die 93 % von den übrig gebliebenen Befragten hatten, diese Erklärungen zu erhalten, zeigt die Abbildung 39.

Knapp die Hälfte von ihnen erhielt die Informationen zu ihren Medikamenten „voll und ganz“ bei 20,8 % erfolgte dies nur noch „einigermaßen“. Ein weiteres Fünftel musste dazu aber zuerst einmal selber nachfragen.

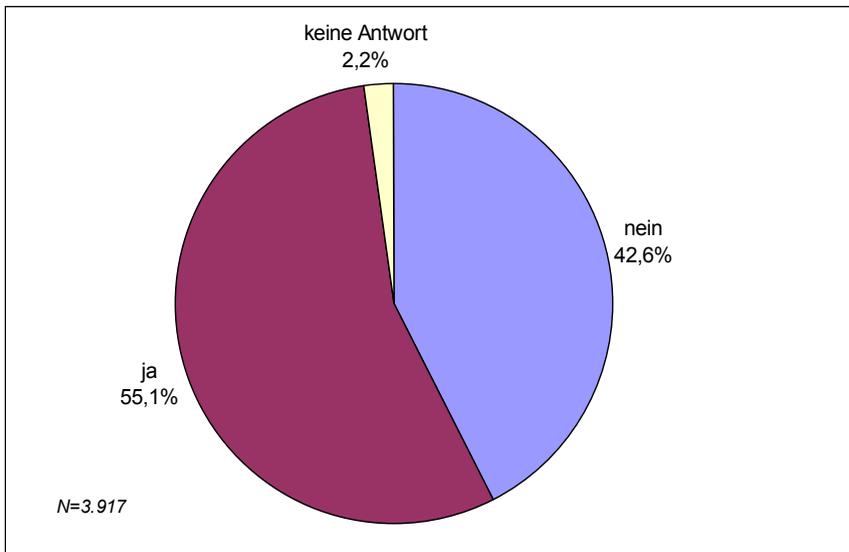
Für die 7 % der Befragten, die keine ärztlichen Erklärungen zum Zweck ihrer Medikamente erhielten, bestand praktisch noch die Möglichkeit, Erklärungen noch von Schwestern und Pflegern zu erhalten – auch wenn diese dies eigentlich nicht machen dürfen.

dürfen. Wie ein Blick auf die Antworten auf eine entsprechende Frage zeigt, handelt es sich dabei aber eher um eine theoretische Möglichkeit: Nur eine Minderheit von 14,5 % erklärten, dass sie vom Pflegepersonal ohne zusätzlichen Aufwand informiert wurde, 26,7 % mussten dafür auch bei Pflegekräften erst nachfragen und 58,8 % blieben ebenfalls ohne Aufklärung.

2.3.14.3 Umgang mit Schmerzen

Aus der Fülle der möglichen charakteristischen Erfahrungen und die Qualität des Krankenhausaufenthalts mitbestimmenden Behandlungsdetails werden häufig die Schmerzen als eine Art Leitindikator für die Prozessqualität herausgegriffen. Viele Patienten leiden darunter, können sich eindeutig an diese Situation erinnern und sie ferner konkret bewerten.

Abbildung 40: Schmerzen während des Krankenhausaufenthaltes 2002



Auch die von uns befragten Patienten gaben mehrheitlich, nämlich zu rd. 55 %, an, Schmerzen gehabt zu haben.

Von denjenigen Befragten, die zur Intensität ihrer Schmerzen Angaben machten, bewerten sie 37,9 % als „stark“, 50,7 % als „mittel“ und 11,4 % als gering.

Tabelle 11: Auftreten und uneingeschränkt erfolgreiche Therapie von Schmerzen für ausgewählte Personen und Situationen 2002

	Schmerzen ja (% Befragte)	Erfolgreiche Therapie voll und ganz (% von Befragten mit Schmerzen)
Frauen	63,2	55,9
Männer	51,8	58,2
30-39 Jahre	75,3	55,6
70-80 Jahre	49	51,2
eine Diagnose	54,7	58,6
4 und mehr Diagnosen	72,9	21,9
Fallpauschale	67,4	63,7
Tagessatz	52,5	54,1
Entbindung	87,7	48,5
Herzinfarkt	41,4	54,3
Krebs	57,5	60,6
KH-Komplikation	72,2	52,9
Magen/Darm	65,1	54,5
Stoffwechsel	53,1	46,5
HNO	55	61,7
Rheuma	86	50
Bewegungsapparat	74,6	51,9
Haut	52,1	55,9
psych. Erkrankung	41,8	36,6
Atemwegsorgane	46	36,2
schwere Schmerzen	90,8	39,8
Verletzung	77,4	58,3
Durchschnitt	55	57,1

In einer weiteren Frage konnten die Befragten mit Schmerzerfahrungen schließlich angeben, ob sie eine „erfolgreiche Schmerztherapie“ erhalten hatten. Von den 2.110 Personen, die hierzu antworteten, hatten 57,1 % „voll und ganz“ eine erfolgreiche

Schmerztherapie erhalten, bei 27,7 % war sie „einigermaßen“ gelungen während sie 15,3 % als nicht gelungen charakterisierten.

Auch hier zeigt ein differenzierter Blick (siehe Tabelle 11) eine teils vermutbare, manchmal aber auch nicht erwartete Ungleichverteilung des Auftretens von Schmerzen und ihrer erfolgreichen Beseitigung.

Weit überdurchschnittlich hatten Frauen, Befragte im Alter von 30 bis 39 Jahren, Patienten mit 4 und mehr gesundheitlichen Anlässen für ihren letzten Krankenhausaufenthalt und Fallpauschalen-Patienten Schmerzen. Männer, 70 bis 80-Jährige und Tagesatzpatienten nennen dagegen unterdurchschnittlich häufig Schmerzen. Zu den weit überdurchschnittlich schmerzhaften gesundheitlichen Anlässen eines Krankenhausaufenthalts zählen Entbindungen, wo fast 9 von 10 Frauen über Schmerzen berichten, Behandlungen wegen Komplikationen früherer Krankenhausaufenthalte, Erkrankungen des Bewegungsapparates, rheumatischen Erkrankungen, Verletzungen und erwartungsgemäß die Behandlung schwerer Schmerzzustände. Deutlich unterdurchschnittlich tritt Schmerz bei der Behandlung eines akuten Herzinfarkts, einer psychischen Erkrankung oder einer Erkrankung der Atemwegsorgane auf.

Da eine wirksame Therapie von Schmerzen sowohl die Lebensqualität der Patienten im Krankenhaus verbessert als auch eine wichtige Grundlage für das Schöpfen von Zuversicht bzw. ein für den Beginn und die Beschleunigung von Heilung notwendiges Empowerment der Patienten ist, kommt einer erfolgreichen Schmerztherapie ein hoher Stellenwert für die Humanität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Behandlung zu.

Auch hier gibt es eine Reihe von Patienten, die deutlich unter- oder oberhalb des Durchschnitts von erfolgreich therapierten 57,1 % aller Patienten mit Schmerzerfahrungen lagen. Am wenigsten, nämlich nur zu 21,9 %, erhielten Patienten mit vier und mehr Diagnosen eine erfolgreiche Therapie. Etwas besser, aber immer noch weit unterdurchschnittlich, funktionierte die Schmerztherapie für psychisch Kranke, Atemwegsorganerkrankte, Frauen mit einer Entbindung und Patienten mit schwerem Schmerz. Bei den Patienten, bei denen Schmerzen der Behandlungsanlass und nicht erst eine vorübergehende Folge einer Behandlung war, fällt der geringe Anteil von 39,8 % mit vollkommen gelungener Behandlung besonders ins Gewicht. Dieser Eindruck wird etwas gemindert, wenn man sich ansieht, dass dann immerhin 46,6 % dieser Patientengruppe sagen, sie hätten eine „einigermaßen“ erfolgreiche Schmerztherapie erhalten und sich am Ende „nur“ noch bei 13,6 % kein Erfolg einstellte.

Besser als im Durchschnitt sieht die Schmerztherapie für Fallpauschalpatienten, Krebs-erkrankte und Patienten mit einer HNO-Erkrankung aus.

Zum Abschluss betrachten wir noch, ob auch das im Durchschnitt von 15,3 % der schmerzserfahrenen Befragten erlebte Risiko einer nicht erfolgreichen Schmerztherapie ungleich verteilt ist. Auffällig sind die relativ wenigen und dann auch nicht sehr großen Abweichungen von diesem Durchschnittswert: Zwischen 17 und 18 % der ganz jungen und der ganz alten Gruppe der Befragten klagen darüber, ihre Schmerzen seien nicht erfolgreich therapiert worden, fast 19 % sagen das unter den Patienten mit 4 und mehr Diagnosen, mit jeweils um die 23 % tun dies auch Patienten, die mit einer Herz-/Kreislaufkrankung oder zur Entbindung im Krankenhaus lagen oder als höchsten Bildungsabschluss einen Hochschulabschluss angeben. Etwas besser als im Durchschnitt sieht es bei Patienten aus, die mit einem Herzinfarkt, einem Krebsleiden oder auch einem schweren Schmerzleiden wie Migräne stationär behandelt wurden. Dort betrug der Anteil der Patienten ohne erfolgreiche Schmerztherapie durchweg etwa 13 %.

2.3.14.4 Präsenz und Kooperation von Ärzten und Pflegekräften

Eine wichtige, den Heilungs- oder Genesungsprozesses im Krankenhaus und das subjektive Wohlbefinden der Patienten (Gefühl des Aufgehobenseins) fördernde Bedingung sind die subjektiv wahrgenommene Präsenz der unterschiedlichen professionellen Akteure sowie deren patientenbezogene Kooperation. Diese Bedingungen beeinflussen damit auch die Länge des Krankenhausaufenthalts.

Die Frage, ob Ärzte, Schwestern und Pfleger da waren, wenn der Patient sie „brauchte“ fördert dicht nebeneinander liegende Licht- und Schattenseiten zu Tage. Bei zwei Dritteln der Patienten, waren Pflegenden im Bedarfsfall „immer“ da, aber für 9,9 % der Patienten waren Ärzte „fast nie“ oder „selten“ erreichbar.

Die wahrgenommene Präsenz von Ärzten und Pflegenden variiert zwischen unterschiedlichen Patientengruppen insgesamt weniger als bei anderen Merkmalen der stationären Behandlung.

Die Präsenz von Ärzten beurteilen Patienten aber doch kräftig unterschiedlich. So klagen wesentlich mehr jüngere (19,6 % der 30-39-Jährigen) als ältere (7,4 % der 70-80-Jährigen) Patienten darüber, Ärzte wären „fast nie“ oder „selten“ erreichbar gewesen. Andererseits gab es unter den 30-39-Jährigen lediglich 25,2 %, die „immer“ einen Arzt erreichen konnten während dies bei 51,9 % der 70-80-jährigen Befragten klappte. Ein

Versorgungscharakteristikum, das auch hier zu deutlichen Erfahrungsunterschieden beitrug, war die feste Verantwortlichkeit eines bestimmten Arzt für bestimmte Patienten. 24,6 % der Patienten ohne einen für sie verantwortlichen Arzt sagten, Ärzte wären für sie im Bedarfsfall „fast nie“ oder „selten“ erreichbar gewesen. Von einem bestimmten verantwortlichen Arzt behandelt, klagten nur noch 5,4 % über eine schlechte Erreichbarkeit von Ärzten. Am kräftigsten hängt die Präsenz von Ärzten mit der Güte der Kooperation von Ärzten und Pflegenden zusammen. Über 50 % derjenigen Befragten, die die Kooperation schlecht oder mittelmäßig fanden, meinten, ihre Ärzte wären „selten“ oder „fast nie“ präsent gewesen, wenn sie sie benötigt hätten. Ob die mangelnde Präsenz jetzt ein Ausfluss schlechter Kooperation (z.B. Pflegende kommunizieren zu wenig über die Probleme der Patienten oder Arzt hält Schilderungen für übertrieben und taucht nicht sofort „vor Ort“ auf) ist oder die schlechte Kooperation eine Folge zu geringer Präsenz von Ärzten ist, soll hier nicht weiter verfolgt werden. Schlechtere Erfahrung mit der Ärzte-Präsenz als im Durchschnitt haben auch Befragte gemacht, die nicht bei ihrer Behandlung mitbestimmen konnten oder z.B. in der geburtshilflichen Abteilung lagen.

Abbildung 41: Präsenz von Ärzten und Pflegenden aus Patientensicht 2002

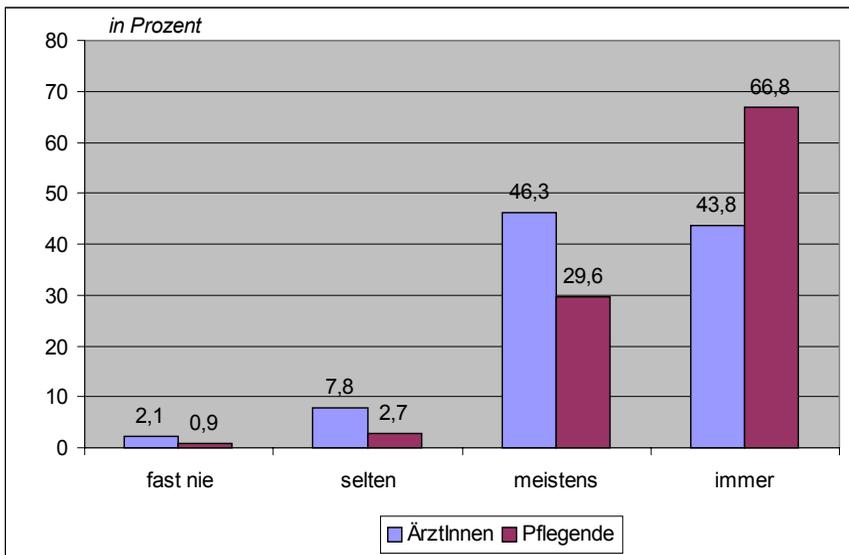
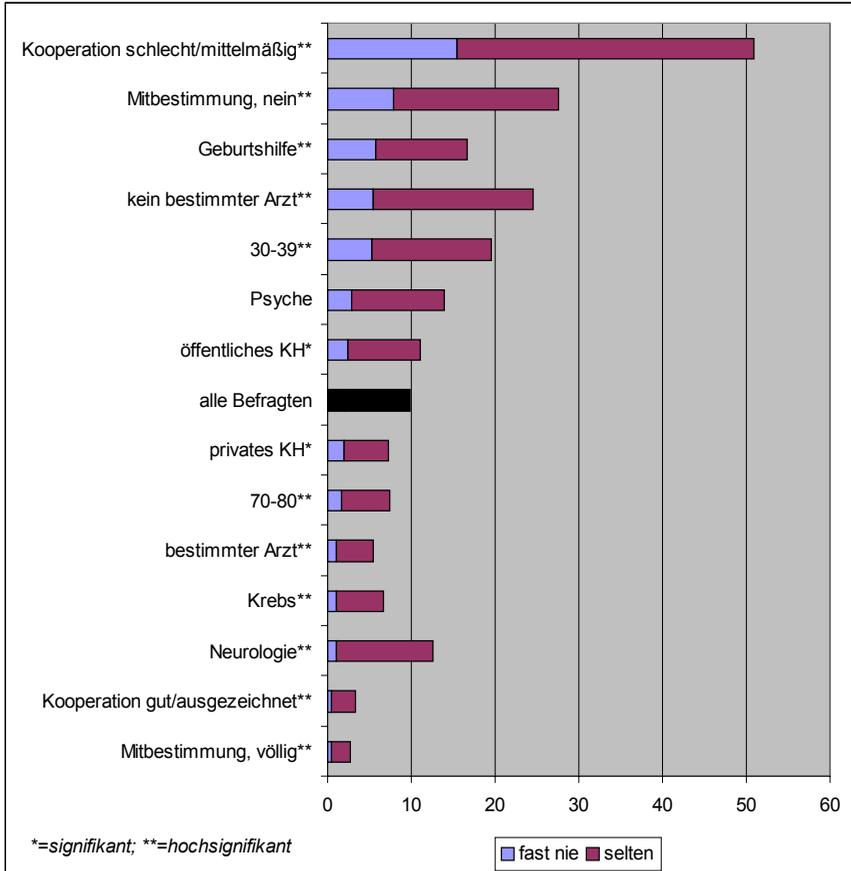


Abbildung 42: Mangelhaft bewertete Präsenz von Ärzten nach ausgewählten soziodemografischen, gesundheitlichen und Behandlungsmerkmalen 2002



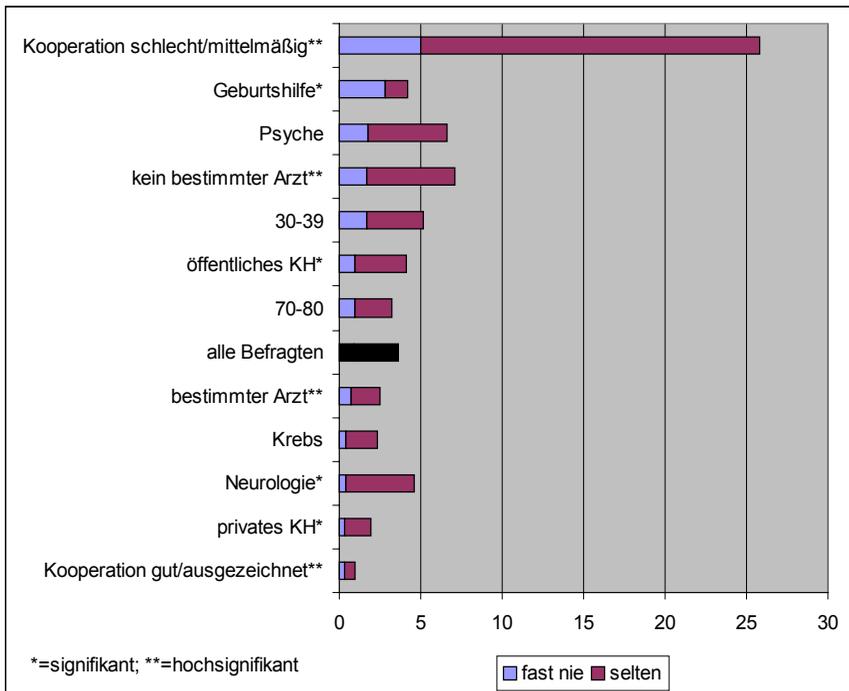
Die bei einer „Negativbilanz“ doch recht nahe beieinander liegenden privaten und öffentlichen Krankenhäuser unterscheiden sich am anderen Ende der Skala, nämlich bei der Beantwortung, Ärzte seien „immer“ präsent gewesen deutlich: 53,1 % der in privaten Krankenhäusern behandelten Befragten, sagten, ihre Ärzte wären „immer“ da gewesen gegen nur 40,8 % der Patienten in öffentlichen Krankenhäusern, 42,7 % in Unikliniken oder 45,9 % in freigemeinnützigen Häusern. Bei den Krebspatienten unter

den Befragten waren bei 53,1 % Ärzte „immer“ da. Bei Befragten mit psychischen Erkrankungen war dies nur bei 34,7 % der Fall.

Bei den Pflegenden ist insgesamt die Häufigkeit mangelhafter Präsenz und außerdem die Anzahl unter- oder überdurchschnittlichen Konstellationen geringer. Nahezu spiegelbildlich findet sich auch hier wieder die Bedeutung der Kooperationsgüte der beiden großen Beschäftigtengruppen.

Zur offensichtlich weit ausstrahlenden Wirkung der Betreuung durch einen bestimmten Arzt selbst auf die Präsenz von Pflegenden zeigt sich beispielsweise darin, dass von den so betreuten Befragten 71,5 % sagten, ihre Ärzte wären „immer“ da gewesen.

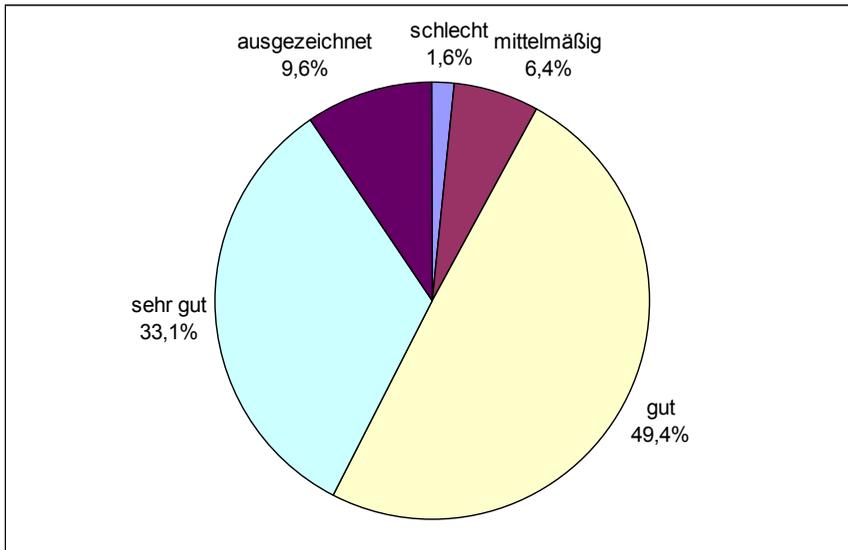
Abbildung 43: Mangelhaft bewertete Präsenz von Pflegenden nach ausgewählten soziodemografischen, gesundheitlichen und Behandlungsmerkmalen 2002



Die Frage, ob Ärzte und Pflegepersonal „gut zusammengearbeitet“ haben, konnten oder wollten immerhin rund 27 % der Befragten explizit nicht beantworten. Ein genauere Blick auf diese Patientengruppe zeigt eine gewisse Abhängigkeit der Beurteilung von der Dauer und Intensität des stationären Behandlungsgeschehens. So sinkt der Anteil von Patienten, die nichts zur Kooperationssituation im Krankenhaus sagten bei denjenigen, deren letzter Krankenhausaufenthalt 22 und mehr Tage dauerte, auf 20,7 % und von den Patienten, die beim letzten Aufenthalt mit vier und mehr Diagnosen in Behandlung waren, konnten dazu lediglich 18,8 % kein Urteil abgeben. Auffallend ist ferner der Anteil von 32 % Nichtbeurteiler unter den 70-80-Jährigen und der Spitzenwert von 38,8 % bei den Patienten ohne einen bestimmten Arzt.

Diejenigen Patienten, die sich hierzu ein Urteil erlaubten, beurteilten die Kooperation von ärztlichem und pflegerischem Personal insgesamt sehr differenziert aber mehrheitlich gut.

Abbildung 44: Güte der Kooperation von Ärzten und Pflegenden im Krankenhaus 2002



Einige Untergruppen der Befragten beurteilen die Kooperationsgüte aber durchaus abweichend: Von den 30-39-Jährigen halten sie 14,1 % für „schlecht“ oder „mittelmäßig“ und unterscheiden sich damit insbesondere von den 60 bis 80-Jährigen. Auch wer in den letzten 24 Monaten mehr als zwei Mal in stationärer Behandlung war, urteilt hier überdurchschnittlich negativ. Auch Frauen beurteilen die Kooperation schlechter als Männer. Unterscheidet man die Befragten nicht mehr nur nach ihren soziodemografischen Merkmalen, sondern z.B. nach ihrem Behandlungsanlass, werden sehr spezifische und kräftige Unterschiede der Kooperationsqualität sichtbar. So beklagen 15,2 % der Patientinnen mit Entbindungen und 21,9 % der Patienten ohne einen für sie verantwortlichen bestimmten Arzt die Kooperationsqualität als „schlecht“ oder „mittelmäßig“. Dies gilt auch für weitere Erkrankungsarten wie z.B. Schlaganfall oder schwerem Schmerz, wo allerdings die Fallzahlen durchweg sehr niedrig sind und keine wirklich belastbaren Auswertungen erlauben.

Welchen Einfluss die Art und Weise der persönlichen Verantwortlichkeit von Ärzten für bestimmte Patienten hat auf die Beurteilung der Zusammenarbeit im Krankenhaus hat, zeigt sich besonders deutlich am anderen Ende der Beurteilungsskala. Bei einem Anteil von 43 % aller Patienten, die die Kooperation für „sehr gut“ und „ausgezeichnet“ hielten, stieg dieser Wert unter den Patienten, die einen bestimmten, für sie erkennbar zuständigen Arzt hatten, auf 47,3 % und sank bei der Patientengruppe mit weniger engen und eindeutigen Arzt-Patient-Beziehungen auf 25,3 %.

Ein sehr interessanter und für die Gestaltung der stationären Behandlung wichtiger Aspekt ergibt sich, wenn man untersucht ob und welche Zusammenhänge es zwischen der Bewertung der interprofessionellen Kooperation und von Patientenmitbestimmung bei der Behandlung gibt. Während 28,9 % der Patienten, die explizit bei ihrer Behandlung nicht mitbestimmen konnten, die Kooperation im Krankenhaus als „schlecht“ oder „mittelmäßig“ beurteilten, meinten dies nur 1,4 % derjenigen, die „völlig“ mitbestimmen aber bereits 14,2 % von denen, die „einigermaßen“ mitbestimmen konnten. Wie beide Dimensionen inhaltlich miteinander zusammenhängen, ob also Patienten, die mitbestimmen konnten zu einer generell positiveren Bewertung unterschiedlichster Dimensionen der Behandlung und Behandlungskräfte neigen oder die Häufigkeit mitbestimmen zu können Ausfluss einer guten Kooperation im Krankenhaus ist, kann mit den Befragungsdaten nicht eindeutig geklärt werden. Im speziellen Abschnitt über die Mitbestimmung im Krankenhaus zeigt sich aber, dass es nicht nur die hier beobachtete positive Assoziation zwischen Mitbestimmung und anderen Elementen der Krankenhausbehandlung gibt.

2.3.14.5 Umgang mit Ängsten und Befürchtungen

Ängste und Befürchtungen gehören zu den häufigsten Begleiterscheinungen gerade auch eines Krankenhausaufenthalts. Ob und wie es gelingt mit ihnen umzugehen und sie abzumildern oder zu beseitigen hat erneut nicht allein Bedeutung für die Humanität im Krankenhaus, sondern ebenso auf Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung.

Auf die Frage, ob sie Ängste und Befürchtungen wegen ihrer Krankheit oder Behandlung mit einem Arzt oder einer Ärztin besprechen konnten, sagten zunächst einmal 33,7 % der 3.962 diese Frage beantwortenden Patienten, sie hätten „keine Ängste oder Befürchtungen“ gehabt. Wenn man diese Personen aus der weiteren Berechnung ausschließt, also nur die Antworten der 66 % aller Befragten näher untersucht, die Angst oder Befürchtungen angaben, ergibt sich folgendes Bild: 72,6 % konnten darüber „ausführlich“ mit einem Arzt reden, 21,6 % konnten dies zwar, „aber nicht ausführlich genug“ und 5,8 % konnten es überhaupt nicht.

Rund ein Viertel aller Krankenhauspatienten mit explizit Ängsten und Befürchtungen konnten also darüber mit den sie behandelnden Ärzten gar nicht oder nur mit mehr oder minder erheblichen Einschränkungen sprechen.

Auch hier gibt es aber Patientengruppen, die nach ihren eigenen Angaben Ängste und Befürchtungen hatten und sich deutlich besser oder schlechter als der Durchschnitt stellen. Je länger jemand im Krankenhaus lag und desto komplexer und belastender die Erkrankungssituation aussah desto kleiner werden für derartige Teilgruppen die Möglichkeiten mit Ärzten über Ängste und Befürchtungen zu reden. So konnten von den Patienten, deren letzter Krankenhausaufenthalt 22 und mehr Tage betrug, nur noch 68,9 %, darüber „ausführlich“ mit Ärzten reden. Bei den 30-39-jährigen Befragten belief sich dieser Anteil auf noch weniger, nämlich 62,8 % während etwa die 50 bis 70-Jährigen mit rund 76 % über dem Durchschnitt lagen. Bei den Befragten mit 4 und mehr Anlässen ihres letzten Krankenhausaufenthalts nannten nur noch 56,8 % eine derartige Erfahrung und 10,8 % hatten gar keine Möglichkeit darüber mit einem Arzt zu sprechen. Patienten mit einem der höchsten Bildungsabschlüsse Abitur, Fachhochschul- oder Universitätsabschluss gaben ebenfalls nur unterdurchschnittliche Möglichkeiten für ein ausführliches Arztgespräch über Ängste und Befürchtungen an. Konkret schafften dies noch 61,9 % der Abiturienten, 60,6 % der FHS-Absolventen und bei allerdings nur noch absolut 65 derartiger Personen 58,5 % der Universitätsabsolventen. Deutliche Unterschiede gibt es außerdem je nach dem in welcher Abteilung des Krankenhauses der Patient überwiegend behandelt worden ist. Am geringsten war die Mög-

lichkeit „ausführlich“ mit einem Arzt über Ängste und Befürchtungen zu sprechen in der Neurologie (62,3 % der Patienten), der Geburtshilfe (66,7 %) und der Inneren Medizin (66,9 %). Deutlich besser sah es z.B. in der Chirurgie (79,3 %) aus.

Unterscheidet man die Befragten nach den Behandlungsanlässen, findet man auch dort Patienten mit bestimmten Erkrankungen, die ausführlich über Ängste und Befürchtungen mit einem Arzt sprechen konnten oder eben auch deutlich weniger. Zu den Patienten mit geringeren Chancen gehören Frauen mit einer Entbindung (64,1 % „ausführliche“ Gespräche), Patienten mit schweren Schmerzen (60,3 %), psychisch Erkrankte (67,4 %) und Patienten mit akutem Herzinfarkt (65,5 %). Besser als im Durchschnitt sah es für Krebskranke (78,5 %) oder etwa Rheumakranke (79,3 %) aus.

Sucht man in einem ersten bivariaten Anlauf nach möglichen strukturellen Hintergründen dieser Ungleichheiten, stößt man auf bestimmte Elemente oder Ausprägungen der ärztlichen Betreuungsorganisation und die Vergütungsform. So geben 79,3 % der Patienten für die nach ihrer Wahrnehmung ein „bestimmter Arzt zuständig war“ an, sie hätten sich mit diesem „ausführlich“ über Ängste und Befürchtungen unterhalten können. Dieser Anteil sinkt unter den Patienten ohne bestimmten Arzt auf 53,3 % ab, bei gleichzeitigem Anstieg der Verneinung einer solchen Besprechungsmöglichkeit auf 12,2 %. Patienten, deren Krankenhausaufenthalt Ende 2002 mit einer Fallpauschale vergütet wurde, nannten überdurchschnittlich, nämlich zu 79,2 %, eine ausführliche Besprechungsmöglichkeit mit einem Arzt. Positiv ragen Patienten heraus, die in einem Krankenhaus mit privatem Träger behandelt wurden: 84 % der dort behandelten Patienten konnten über Ängste und Befürchtungen ausführlich mit einem Arzt reden, was nur 70,3 % aller Patienten in einem öffentlich getragenen Krankenhaus (ohne Universitätskliniken) oder 74,2 % der Patienten in freigemeinnützigen Krankenhäusern möglich war.

Interessant ist im übrigen der geringe oder nicht vorhandene bivariate Einfluss einer Zusatzversicherung für stationäre Versorgung oder einer eigenen Berufstätigkeit im Gesundheitswesen.

Auf die Nachfrage, ob sie im „Bedarfsfall“ über ihre Ängste und Befürchtungen mit einer Schwester oder einem Pfleger sprechen konnten, gab erneut ein relativ großer Teil der Befragten, nämlich 45 % an, diesen Bedarf hätte es bei ihnen gar nicht gegeben. Die Patienten, die aber einen Bedarf hatten, über Ängste und Befürchtungen mit Pflegekräften zu sprechen, machten dabei schlechtere Erfahrungen als mit den Ärzten: Bei

58,5 % funktionierte es „ausführlich“, bei 23,4 % immerhin noch „aber nicht ausführlich genug“ bei 18,2 % aber gar nicht.

Auch die Chancen eines ausführlichen und damit uneingeschränkt positiv wirksamen Gesprächs mit Schwestern und Pflegern über vorhandene Ängste und Befürchtungen waren nicht gleich verteilt.

Je kürzer der Krankenhausaufenthalt war desto kleiner war der Anteil von Patienten, der ausführlich mit einer Pflegekraft über Ängste reden konnte: Bei einem Tag konnten 42,9 % ausführlich reden und 39,3 % gar nicht. Bei 2-3 Tagen stieg der Patientenanteil, der ausführlich reden konnte auf 49,1 %, während der Anteil, der zu keinem Gespräch kam auf 30,3 % sank. Dies ist insofern von spezifischem Interesse für Pflegenden, weil es auch bei kurzer Liegezeit mit Ärzten wesentlich häufiger zu ausführlichen Gesprächen über Ängste mit Patienten kam. Der mögliche Einwand, bei einer kurzen Liegezeit gäbe es eben auch keine Ängste und Befürchtungen und gleich gar keine, die mit Pflegenden zu besprechen wären, sticht u.U. nicht, da wir hier nur Befragte ansehen, die ausdrücklich nicht (!) ankreuzten, sie hätten keine Ängste gehabt.

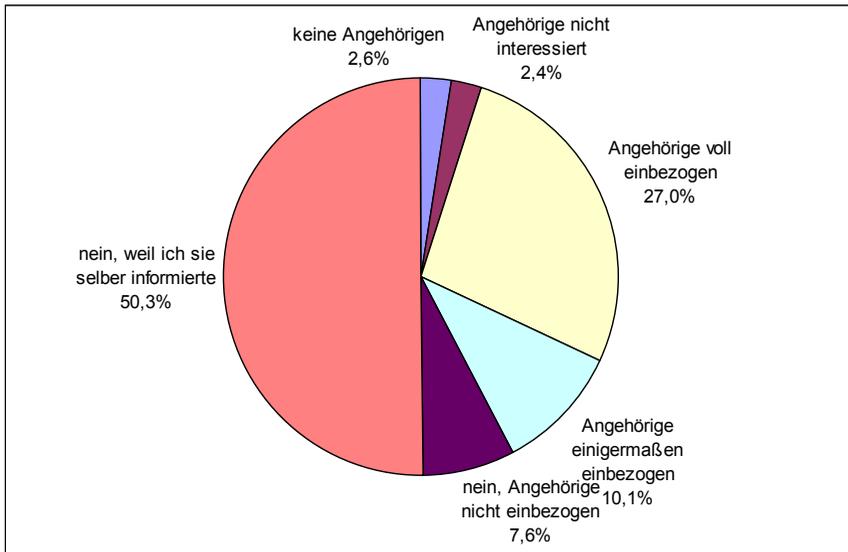
Die Altersgruppe mit den geringsten Chancen, ihre Ängste mit Schwestern oder Pfleger zu besprechen, sind die 30 bis 39-Jährigen. Die Gesprächschancen variieren auch bei Pflegenden zusätzlich nach strukturellen oder organisatorischen Bedingungen. In privaten Krankenhäusern konnte ein überdurchschnittlicher Anteil von Patienten, nämlich 70,7 %, ausführlich mit Pflegenden reden und nur 8,7 % gelang es auch dort nicht. Von den Fallpauschalenpatienten gab ein weit überdurchschnittlicher Anteil von 67,3 % an, ihre Ängste ausführlich mit Pflegenden besprochen zu haben und nur 12,2 % verneinten dies. Auch in der Kommunikation mit Pflegenden haben überdurchschnittlich viele Patienten mit höheren Bildungsabschlüssen Probleme. Während lediglich 16,2 % der Patienten mit Hauptschulabschluss verneinten über Ängste mit einer Schwester oder einem Pfleger gesprochen zu haben, stieg dieser Anteil auf 21,7 % bei den FHS- und auf 23,7 % bei den Universitätsabsolventen. Auch hier ist es für die Chancen, ein angstlösendes und Befürchtungen abbauendes Gespräch führen zu können, nicht egal, auf welcher Abteilung man überwiegend behandelt wurde. Erneut ist die Chance für ausführliche Gespräche über Ängste in der Inneren Medizin am geringsten. Am besten ist sie dagegen in der Geburtshilfe, wo 67 % der Frauen von einer ausführlichen Kommunikationsmöglichkeit mit Pflegenden berichten. Nachdem sich hier überdurchschnittlich viele Frauen über Defizite in der Patienten-Arzt-Kommunikation beklagt hatten, funktioniert zumindest hier die arbeitsteilige Aufgabenübertragung auf nichtärztliche Akteure. Dass derartige Substitutionsprozesse keineswegs üblich sind, zeigt der Blick

auf die Gesprächschancen von Patienten, die keinen bestimmten verantwortlichen Arzt hatten. Diese Konstellation beeinträchtigte bereits die Patient-Arzt-Kommunikation über Ängste spürbar und dies wird nicht durch eine bessere Kommunikation mit Pflegenden kompensiert. Gab es keinen „bestimmten Arzt“ berichten nur noch 38,9 % über ausführliche derartige Gesprächen mit Pflegenden und 29 % verneinten auch klar jegliche derartige Chance.

2.3.14.6 Beteiligung von Angehörigen in der stationären Behandlung

Angesichts der Gesamtumstände eines Krankenhausaufenthalts, der oft unerwarteten Einweisung, der Entlassung bei anhaltender Behandlungsbedürftigkeit und des fortgeschrittenen Alters der Mehrheit der Krankenhauspatienten, ist auch die Einbeziehung von Angehörigen nicht nur ein wichtiger Beitrag zur Humanität der Krankenhausbehandlung, sondern auch zu ihrer Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Dass dies nicht uneingeschränkt gilt und funktioniert zeigt der erste Blick auf die Beantwortung der hierzu gestellten Frage.

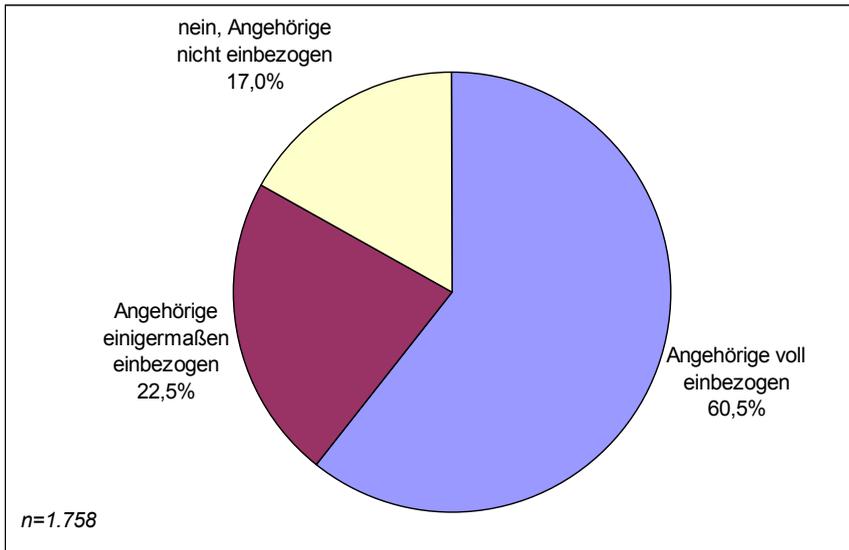
Abbildung 45: Einbindung von Angehörigen in die stationäre Behandlung 2002



Bevor man sich kritisch mit der Wirklichkeit der Gespräche mit Angehörigen von Krankenhauspatienten auseinandersetzen kann, muss man die relativ große Anzahl von Fällen in Betracht ziehen, wo gar keine entsprechende Nachfrage besteht: Bei 3 % der Befragten gab es keine Angehörigen, bei 2 % existierten zwar welche, waren aber nicht interessiert und 50 % der Patienten haben ihre Angehörigen lieber selber über ihren Zustand informiert. Es bleiben also für die weitere Bewertung nur die Angehörigen von 45 % der Patienten übrig, die überhaupt in eine Kommunikation mit den behandelnden Ärzten einbezogen werden konnten, sollten oder durften.

Wie diese dann funktionierte zeigt die Abbildung 46 60 % der Angehörigen waren „voll und ganz“ in eine ausreichende Kommunikation mit dem/den behandelnden Ärzten einbezogen, 23 % waren „einigermaßen“ einbezogen und mit 17 % wurde von Seiten der Ärzte nicht über die Situation ihrer erkrankten Familienangehörigen gesprochen.

Abbildung 46: Grad der Kommunikation zwischen Krankenhausärzten und Angehörigen 2002



Wiederum kommt es aber zu einer Reihe kräftiger Abweichungen. Schlechter als im Durchschnitt sah es z.B. für die Angehörigen von Hochschulabsolventen aus, bei denen 24,3 % keine Gespräche mit dem behandelnden Arzt ihres Angehörigen führen konnten. Unterdurchschnittlich, nämlich zu 50,3 %, waren die Angehörigen von Patienten mit Erkrankungen des Bewegungsapparats in Gespräche mit Ärzten („voll und ganz“) einbezogen.

Deutlich über dem Durchschnitt liegt der Anteil von kommunikativ eingebundenen Angehörigen unter den Patienten mit einer aktuellen Liegezeit von 22 und mehr Tagen: Den 8,5 %, mit denen nicht geredet wurden, standen 61,3 % gegenüber, die voll und 30,3 %, die einigermaßen einbezogen waren. Deutlich besser einbezogen waren schließlich die Angehörigen von jungen Müttern (73,4 % voll einbezogen) und Krebskranken (70 %).

Erneut zeigt sich eine enge Beziehung bzw. Gleichzeitigkeit der Mitbestimmungsmöglichkeiten von Patienten und der Kommunikation zwischen Angehörigen und behandelnden Ärzten: Bei 85,8 % der Patienten, die uneingeschränkt bei ihrer Behandlung mitbestimmen konnten, waren auch die Angehörigen voll einbezogen. Ganz anders sieht es für die Angehörigen der Patienten aus, die selber nicht mitbestimmen konnten. Von ihnen standen nur noch 24,2 % in guter Kommunikation mit den Ärzten und 42,4 % waren gar nicht einbezogen. Dies bedeutet, dass selbst die Angehörigen von Patienten, die ausdrücklich erklärten, nicht mitbestimmen zu wollen, mehr und besser in ärztliche Informationsgespräche einbezogen wurden. Für 65,7 % dieser Gruppe geschah dies „voll und ganz“, für 21,5 % „einigermaßen“ und nur für 12,8 % nicht.

Ebenfalls zum wiederholten Maße entscheidet die Art der Verantwortlichkeit von Ärzten für die Patienten über die Qualität anderer Elemente des Versorgungsprozesses oder ist z.B. die funktionierende Kommunikation ein Grund für die positive Bewertung der Erfahrungen mit der festen verbindlichen ärztlichen Betreuungform. Sofern sich ein bestimmter Arzt um die Behandlung kümmerte, förderte dies offensichtlich auch das Gespräch mit Angehörigen. Dann waren 67 % von ihnen „voll“ einbezogen, 20,5 % „einigermaßen“ und nur 12,5 % nicht. Wenn die Arzt-Patient-Beziehung loser war sahen die Häufigkeiten für Gespräche mit Angehörigen mit 35,9 %, 30 % und 34,1 % deutlich anders aus.

Weder die Trägerform des behandelnden Krankenhauses noch die Art der Vergütung hatten wesentliche Wirkung auf die Häufigkeit von Angehörigengespräche.

Ob Angehörige im Rahmen der Entlassung von Seiten des Krankenhauses über die Möglichkeiten informiert werden, ihrem frisch entlassenen Angehörigen bei der Genesung zu helfen, hängt eng mit der Länge des Krankenhausaufenthalts ab. Da wir eine Abhängigkeit der Information von der durch die Liegezeit indizierte Schwere des Falles annehmen, gibt es also Anzeichen einer bedarfsorientierten Angehörigeninformation. „Ausführliche“ Informationen gab es bei den Patienten, die im Durchschnitt 17,2 Tage im Krankenhaus lagen, „Einigermaßen“ erfolgte das bei Patienten mit einer noch etwas längeren Verweildauer von 18,6 Tagen. Die Patienten, deren Angehörigen nicht über Unterstützungsmöglichkeiten informiert wurden, wurden im Durchschnitt 13 Tage stationär behandelt und Patienten, die keine Notwendigkeit für derartige Gesprächsleistungen des Krankenhauses sahen, lagen am kürzesten, nämlich 9 Tage im Krankenhaus.

2.3.14.7 Mitbestimmung von Patienten bei der Behandlung

Dass es Defizite bei der Kooperation von Teilen der Patienten, Ärzten und Pflegenden und der Partizipation von Patienten an wichtigen Entscheidungen innerhalb ihres Behandlungsprozess gibt, haben wir z.B. schon bei der Analyse der Information von Patienten oder der Einbeziehung von Angehörigen gesehen.

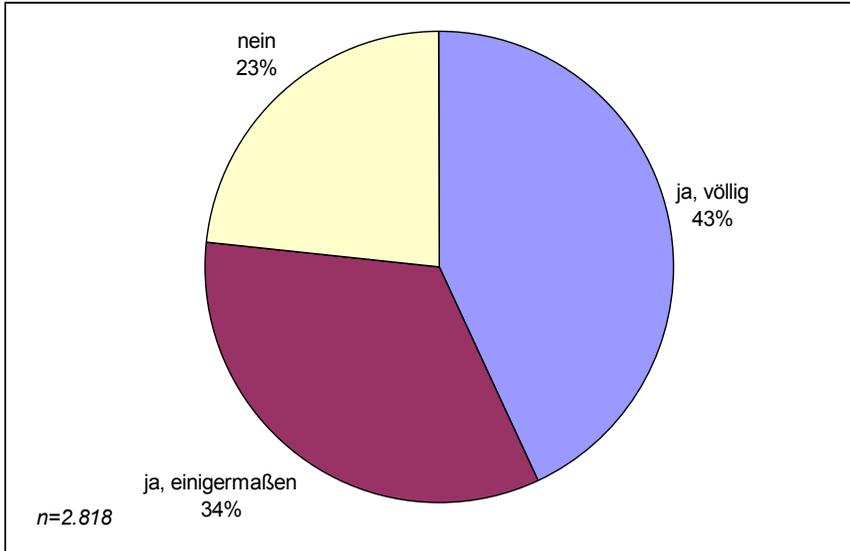
Die explizite Antwortmöglichkeit, sie „hätten gar nicht mitbestimmen“ wollen, wählten 27,7 % der die Mitbestimmungsfragen beantwortenden Personen. Dieser auch bei anderen derartigen Nachfragen hohe Anteil von Befragten zeigt, wie problematisch es ist mit welchem stillschweigenden normativem Hintergrund auch immer, eine derartige Frage nicht zu stellen. Unter Männern (30 % von ihnen wollten nicht bestimmen), 70-80-Jährigen (36,5 %), Ein-Tages-Patienten (31 %) oder Hauptschulabsolventen (31 %) liegt dieser Anteil von Patienten deutlich über dem Durchschnitt, bei Frauen, Jüngeren, Langzeit- oder Mehrfachpatienten wie Absolventen höherer Bildungsgänge unter dem Durchschnittswert.²⁶

Für die 2.818 mitbestimmungsgewillten Befragten zeigt Abbildung 47 die Mitbestimmungswirklichkeit.

Ohne Einschränkungen konnten 43 % mitbestimmen. Damit konnte die Mehrheit derjenigen, die bei ihrer Behandlung mitbestimmen wollten, nur mit Einschränkungen (34 % „einigermaßen“) oder gar nicht (23 %) mitbestimmen.

²⁶ Alle Ergebnisse, mit Ausnahme der Unterschiedswerte zwischen Männern und Frauen, sind statistisch auf dem 99 %-Niveau signifikant.

Abbildung 47: Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Krankenhausbehandlung 2002

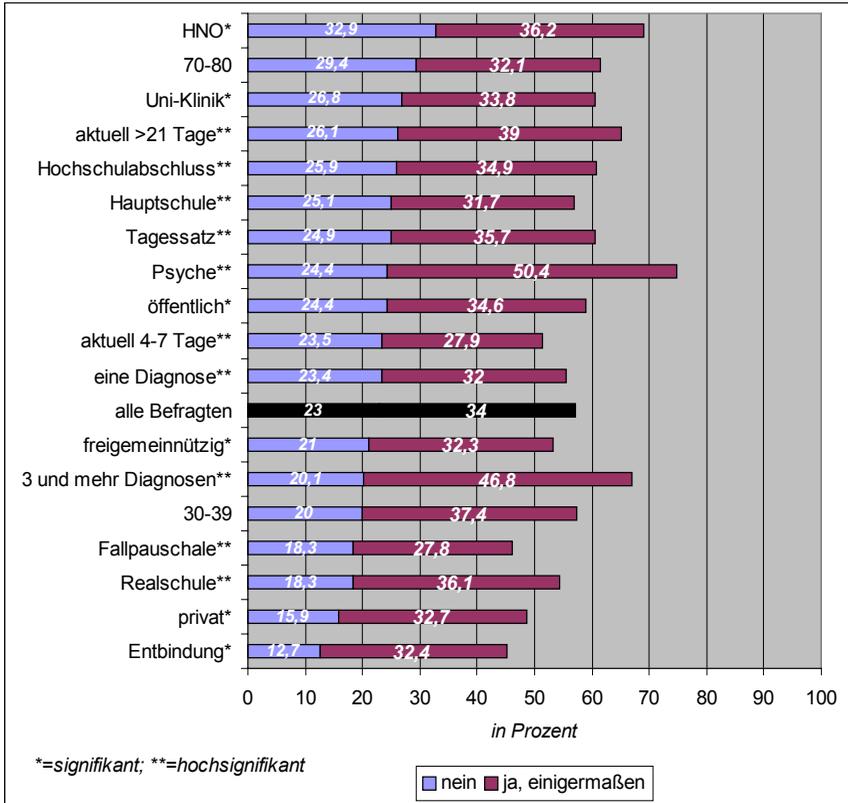


Ob es Patientengruppen gab, deren Mitbestimmungsmöglichkeiten besser oder schlechter waren, zeigt die Abbildung 48 für eine Reihe von Befragten, die sich hinsichtlich einiger soziodemografischen Merkmalen oder Umständen ihrer stationären Behandlung unterscheiden. Dabei bewerten wir sowohl durchweg fehlende als auch „einigermaßen“ eingeräumte Mitbestimmungsmöglichkeiten als Indikatoren eines Defizits und fassen die Häufigkeiten beider Antworten zusammen. Die jeweilige Häufigkeit uneingeschränkter Mitbestimmungsmöglichkeiten („Antwort „ja, völlig““) ergibt sich aus der Differenz zu 100 Prozent. Erinnerung sei an den Ausschluss aller Befragten, die ausdrücklich erklärten, sie wollten gar nicht mitbestimmen. Im Umkehrschluss handelt es sich bei den nachfolgend betrachteten Befragten also um Mitbestimmungswillige oder –interessierte.

Sieht man sich als erstes die Mitbestimmungsmöglichkeiten nach dem soziodemografischen Status der Befragten an, konnten nur Realschulabsolventen etwas mehr mitbestimmen als Hochschulabsolventen. Die 30-39-jährigen Befragten oder die Haupt-

schulabsolventen hatten in etwa durchschnittliche Möglichkeiten. Weniger mitbestimmen konnten aber 70-80-Jährige und Patienten mit Hochschulabschluss.

Abbildung 48: Fehlende oder unzureichende Mitbestimmungsmöglichkeiten nach soziodemografischen Merkmalen und Eigenarten der stationären Behandlung 2002



Kräftigere Unterschiede gibt es, wenn man sich die Befragten nach einigen der organisatorischen Umstände ihrer Krankenhausbehandlung ansieht. Patienten in freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern und mit einer Fallpauschalenvergütung hatten

über- und jene an Uni-Kliniken wie anderen öffentlichen Häusern sowie mit einem Tagessatz vergütete Patienten unterdurchschnittliche Mitbestimmungsmöglichkeiten.

Die größten Mitbestimmungsunterschiede gibt es, wenn man die Befragten nach den selbstgenannten Behandlungsanlässen ihres letzten Krankenhausaufenthalts unterscheidet. Am wenigsten Mitbestimmungsmöglichkeiten hatten dann die mit einer psychischen oder einer HNO-Erkrankung stationär behandelten Befragten. Am meisten mitbestimmen konnten dahingegen Frauen, die wegen einer Entbindung im Krankenhaus lagen. Bei dieser Gruppe könnte es sich allerdings auch nicht nur um eine positive Möglichkeiten handeln. Die an anderen Stellen entdeckten Mängel der ärztlichen und pflegerischen Betreuung der jungen Mütter könnten zu einer Mitbestimmung im Sinne eines „in die eigenen Hände nehmen müssen“ geführt haben.

Interessant ist der mit einem längeren und problembeladeneren Krankenhausaufenthalt einhergehende Schwund von Mitbestimmungsmöglichkeiten: Die Befragten, deren letzter Krankenhausaufenthalt 4-7 Tage dauerte, hatten mehr Mitbestimmungsmöglichkeiten als ihre Mitpatienten, die länger als 21 Tage behandelt wurden. 66,9 % der Befragten mit drei und mehr Behandlungsanlässen hatten keine oder eingeschränkte Mitbestimmungsmöglichkeiten, gegenüber 55,4 % der Patienten mit einer Diagnose.

In diesem Zusammenhang ist der hier nicht abgebildete überdurchschnittliche Anteil von Personen mit Mitbestimmungsmöglichkeiten unter den Befragten interessant, welche die Dauer ihres Krankenhausaufenthalts für „genau richtig“ hielten und umgekehrt der wesentlich kleinere Anteil von Befragten mit Mitbestimmungsmöglichkeiten unter denen, die ihren Aufenthalt als zu kurz oder zu lang bewerteten. Ohne dass daraus ein kausaler Zusammenhang konstruiert werden soll und kann, wirken sich Mitbestimmungsmöglichkeiten nicht nur auf die „Stimmung“ der Patienten aus, sondern möglicherweise auch auf die materiell wichtige Akzeptanz der Aufenthaltsdauern.

2.3.14.8 Durchführung von Untersuchungen im Krankenhaus

Die Art und Weise wie geplante Untersuchungen und Behandlungen im Krankenhaus durchgeführt wurden, gehört zu einer der wichtigen Beobachtungsfragen bei Patientenbefragungen.²⁷

²⁷ Die immer wieder zu findende Frage nach „Wiederholungsuntersuchungen“ oder gar nach „nicht notwendigen Mehrfachuntersuchungen“ halten wir dagegen für sachlich interessante, aber letztlich von Patienten nicht zutreffend beantwortbare Fragen und haben sie nicht gestellt.

Zuerst einmal hatten 19,4 % der Befragten gar keine geplanten Untersuchungen und 12,4 % gaben an, nichts über derartige Planungen erfahren zu haben.

Bei den restlichen 2.611 Befragten wurden diagnostische und therapeutische Maßnahmen aber bei 89,5 % „immer“ und bei weiteren 9,8 % „manchmal“ wie geplant durchgeführt. Nur bei 0,7 % funktionierte dies „praktisch nie“.

Obwohl es auf diesem erfreulichen guten Niveau sehr schwer ist, weitere qualitative Verbesserungen zu erreichen, funktioniert es bei Fallpauschalen- noch besser als bei Tagessatzpatienten („immer“: 92 % : 88,7 %) und in Krankenhäusern mit privatem Träger besser als z.B. in sonstigen öffentlich getragenen Hospitälern („immer“: 93,6 % : 89,5 %).

Dabei sind aber auch Unterschiede zu beachten, die auftreten, wenn es darum geht, ob ein Patient überhaupt geplante Untersuchungen und Behandlungen hatte oder von ihnen erfuhr. So hatten immerhin 28,9 % der Fallpauschalenpatienten gegenüber 16,3 % der Tagessatzpatienten „keine geplanten“ Prozeduren. Umgekehrt sah es beim Erfahren geplanter Prozeduren aus: 14 % der Tagessatz- und 7,9 % der Fallpauschalenpatienten waren davon betroffen.

2.3.14.9 Vorbereitung auf die Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus

Ein Krankenhausaufenthalt bedeutet meistens, plötzlich und unerwartet aus dem Lebens- und möglicherweise auch einem ambulanten Behandlungsalltag herausgerissen zu werden. Die Entlassung aus dem Krankenhaus ist sehr oft nicht mit der völligen Heilung oder der völligen Wiederherstellung der Lebenskräfte verbunden. Selbst wenn Patienten aber als geheilt und nicht behandlungsbedürftig aus dem Krankenhaus entlassen sollte alles getan werden um das „Wiedereintauchen“ aus der auch in wenigen Tagen passivierenden bzw. hospitalisierenden Krankenhausatmosphäre in den abrupt verlassenen Alltag ohne Probleme möglich ist. Die kognitive und mentale Vorbereitung auf weitere Behandlungsnotwendigkeiten und Lebensumstände gehört daher zu den Anforderungen an eine effektive und effiziente Krankenhausbehandlung. Dies gilt umso mehr, wenn man an die ständigen Bemühungen denkt, die Verweildauer im Krankenhaus zu verkürzen. Sofern dies nicht durch bloßen Druck geschieht und mit dem hohen Risiko verbunden ist, weiterhin behandlungsbedürftige Patienten bald nach ihrer frühzeitigen Entlassung wieder eingewiesen zu bekommen oder zumindest öffentlich in einem schlechten Licht dazustehen, bedarf es einer Reihe von entlassungsvorbereitender Aktivitäten. Diese müssen einerseits den Patienten helfen, ihre Autonomie und ihre Handlungsfähigkeiten als wichtige Voraussetzung von Entlassungsbereitschaft wieder

zu gewinnen. Andererseits geht es darum, die Selbstmanagementfähigkeiten der Patienten für die Zeit nach ihrer zügigen Entlassung zu vermitteln und zu verfestigen.

Daher beschäftigen sich 5 der Fragen mit verschiedenen relevanten Leistungen an der Schnittstelle von „Krankenhaus und Leben danach“.²⁸

Eine weitere Frage versucht zu identifizieren, welche Einrichtungen und/oder Personen den Patienten innerhalb des Krankenhauses mit Rat und Tat zur Seite standen, wenn ein expliziter Bedarf für eine Reihe wichtiger und sich möglichst nahtlos anschließender nachstationärer Leistungen bestand.

Vor einer detaillierten Analyse der Aktivitäten vor und für die Entlassung aus dem Krankenhaus, ist der unterschiedlich hohe aber durchweg vorhandene Anteil von Patienten erwähnenswert, der ausdrücklich ausschließt die erwähnten Hilfestellungen zu benötigen. 32,1 % der Befragten mussten nach ihrer Entlassung keine Medikamente einnehmen und brauchten daher natürlich keine ärztliche Erklärung zu deren Sinn und Zweck. Dies gilt zusätzlich für weitere 9,4 % der Patienten, die trotz weiterer Einnahme von Arzneimitteln keine Erklärung brauchten. Der Anteil derjenigen, die sich selber helfen wollten und konnten und Hilfen durch das Krankenhaus für „nicht notwendig“ hielten, ist bei den anderen entlassungsvorbereitenden Aktivitäten sogar noch höher: 15,3 % hielten ärztliche Ratschläge für das nachstationäre Verhalten und Hinweise auf kritische Warnsignale für nicht notwendig, 26,3 % meinten dies in Bezug auf die Umstände unter denen sie ihre „gewohnten Alltagsaktivitäten wieder aufnehmen können“, 31,3 % brauchten keine Ratschläge dafür wie sie sich „bei ihrer Genesung selber helfen“ konnten und gar 57,7 % verneinten die Notwendigkeit, ihren Angehörigen oder ihnen nahe stehenden Menschen im Krankenhaus darüber zu informieren „wie ihnen bei der Genesung geholfen werden kann“.²⁹

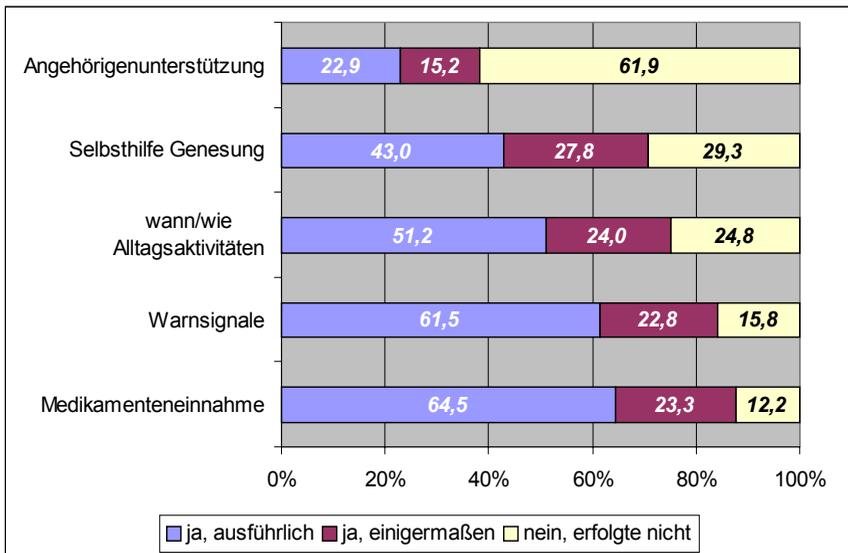
²⁸ Diese Fragen lauten: „Wurden Ihnen ärztlicherseits Sinn und Zweck der Medikamenteneinnahme nach der Entlassung verständlich erklärt“, „Wurde Ihnen ärztlicherseits erklärt, wie Sie sich nach der Entlassung verhalten und auf welche Warnsignale Sie achten sollen?“, „Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, wann und wie Sie Ihre gewohnten Alltagsaktivitäten wieder aufnehmen können?“, „Hat Ihnen jemand im Krankenhaus ausführlich erklärt, wie Sie sich bei Ihrer Genesung selber helfen können?“ und „Wurden Ihre Angehörigen oder andere Ihnen nahe stehende Menschen im Krankenhaus darüber informiert, wie Ihnen bei der Genesung geholfen werden kann?“

²⁹ Bei der letzten Frage könnte aber erneut das Nichtvorhandensein derartiger Personen und/oder deren fehlende Bereitschaft derartige Information zu bekommen eine wichtige Rolle gespielt haben.

Eine Beurteilung dieser zunächst für eine beachtenswerte Selbsthilfebereitschaft und -fähigkeit der Krankenhauspatienten sprechenden Antworten ist kompliziert. Dies liegt hauptsächlich daran, dass wir nicht nach den in der Entlassungsphase vorhandenen und möglicherweise bei einer Nachfrage in dieser Behandlungsphase artikulierten konkreten Unterstützungsbedarfe gefragt haben. Es ist z.B. nicht auszuschließen, dass positive nachstationäre Erfahrungen dazu führten, derartige Unterstützungen im Nachhinein für nicht notwendig zu halten. Angesichts der „durchwachsenen“ konkreten Erfahrungen der Patienten mit den Entlassungsleistungen könnte „nicht notwendig“ zum Teil auch Reaktion auf ein unattraktives bzw. schwer erreichbares Angebot derartiger Leistungen oder die Reaktion auf schlechte Erfahrungen anderer Patienten sein könnte.

In die weitere Analyse sind nur die Befragten einbezogen, die weitere medizinische Leistungen verordnet bekamen und/oder für die die jeweilige Entlassungsleistung notwendig war. Mit der ausdrücklichen Frage nach der Notwendigkeit versuchen wir zu vermeiden, dass Personen, die subjektiv gar keinen Bedarf für derartige Leistungen haben und dies evtl. auch vor ihrer Entlassung artikuliert haben, das Entlassmanagement bewerten.

Abbildung 49: Erhalt von Entlassungs- oder Überleitungsleistungen 2002



Die verständliche ärztliche Erklärung von Sinn und Zweck der Medikamenteneinnahme nach der Entlassung erfolgte unter allen fünf Leistungen zur Vorbereitung auf die Entlassung und die erste Zeit außerhalb des Krankenhauses am besten. 64,5 % der entsprechenden Patienten sahen dies „voll und ganz“ so, aber 12,2 % (n=281) beklagten, dies sei bei ihnen entweder gar nicht oder jedenfalls nicht verständlich erfolgt. Ähnliche Erfahrungen machten die Patienten bei der von Ärzten gegebenen Empfehlungen für das nachstationäre Verhalten und für zu beachtende Warnsignale: Für 61,5 % erfolgte dies „ausführlich“, 22,8 % berichten dies sei „einigermaßen“ geschehen und die restlichen 15,8 % meinten, dazu wäre bei ihnen nichts erfolgt.

Je weiter sich die Inhalte von medizinischen und in der Regel durch Ärzte zu erbringenden Kernfragen entfernen und Aspekte der individuellen oder sozialen Lebensumständen umfassen desto größer wird der Anteil von Patienten, die hierfür keine unterstützende Vorbereitung in der Entlassphase aus dem Krankenhaus erhielten. Mit 24,8 % der befragten Patienten wurde nicht besprochen, wann und wie sie ihre gewohnten Alltagsaktivitäten wieder aufnehmen können“, 29,3 % wurde nicht „ausführlich erklärt, wie sie sich bei ihrer Genesung selber helfen können“ und bei 61,9 % wurden Angehörige und andere, dem Patienten nahestehende Menschen nicht darüber informiert, wie ihm „bei der Genesung geholfen werden kann“.

Der bereits bekannte Blick darauf, ob sich bestimmte Patientengruppen besser oder schlechter als die bisher betrachtete Gesamtgruppe stellen, wird auch hier schnell fündig. In den folgenden Abbildungen haben wir für jede der 5 Entlassungsleistungen zusammengestellt wie viele der Befragten, welche die Leistung für notwendig hielten, sie nicht oder nur „einigermaßen“ erhalten haben. In unserer Bewertung fassen wir diese Antwortmöglichkeiten zu einem Problemindikator zusammen. Die dritte, uneingeschränkt positive Möglichkeit, sie „ausführlich“ erhalten zu haben, ergibt sich aus der Differenz zu 100 Prozent. Die Werte der näher betrachteten Teilgruppen sind immer nach der Häufigkeit des Nichterhalts sortiert.

In der Abbildung 50 wird dargestellt, wie viele der weiter medikamentös behandelten aber sachlich unkundigen Befragten problematische Erfahrungen mit der verständlichen Erklärung von Sinn und Zweck der Medikamenteneinnahme nach der Entlassung hatten. Der Durchschnittsanteil von 35,5 % wird je nach je nach gesundheitlicher oder soziodemografischer Lage und je nach den weiteren Umständen und Bedingungen des Krankenhausaufenthalts erheblich unter- und überschritten. Befragte mit chronischen Herz-/Kreislaufkrankungen erhielten weniger, Krebskranke mehr Erklärungen als alle Befragten zusammen. Die Hochschulabsolventen unter den Befragten erhielten eben-

falls weniger verständliche Erklärungen über den Sinn ihrer Arzneimitteltherapie als die Befragten mit Hauptschulabschluss. Sowohl die Jüngsten als die Ältesten unter den Befragten bekamen unterdurchschnittlich häufig Erklärungen zur weiteren Arzneimitteltherapie. Fallpauschalenpatienten wurden signifikant besser aufgeklärt als Tagesatzpatienten, Patienten in privaten besser als in öffentlichen Krankenhäusern. Unterscheidet man die Befragten nach einigen wichtigen Umständen ihrer Behandlung treten die größten Häufigkeitsspannen auf. Von den Befragten, die die Kooperation zwischen Pflegenden und Ärzten als schlecht oder mittelmäßig erfahren haben, erhielten fast 42 % keine Erklärung zur Medikamenteneinnahme und bei weiteren 39 % geschah dies nur einigermaßen. Ähnlich schlecht sah es bei den natürlich teilweise identischen Befragten aus, die trotz vorhandenen Interesses nicht bei ihrer Behandlung mitbestimmen konnten oder die nicht durch einen bestimmten Arzt betreut wurden. Nahezu optimal sah es bei dieser Entlassungsleistung für die Befragten aus, die mitbestimmen konnten, von einem bestimmten Arzt betreut wurden und die Kooperation der professionellen Akteure positiv bewerteten. Interessant erscheint uns noch der offensichtlich Zusammenhang dieser Beratungsleistung mit der Zufriedenheit der Patienten mit ihrer Verweildauer im Krankenhaus. So haben deutlich mehr der Befragten, die ihren Krankenhausaufenthalt für zu kurz oder zu lang halten, keine oder unzureichende Informationen zu ihrer medikamentösen Therapie erhalten als von denen, die die Verweildauer für „genau richtig. Etwas Paradoxes zeigt sich, wenn man die Befragten danach unterscheidet, wie sie ihre gesundheitlichen Beschwerden nach der Entlassung bewerten. Je schlechter der Gesundheitszustand (hier angezeigt durch „Beschwerden sind geblieben“) und je größer somit auch mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit der Behandlungsbedarf war desto weniger erhielten diese Patienten Beratungsleistungen zur Medikamenteneinnahme. Diese Andeutung einer tendenziellen Entkoppelung von Leistung und Bedarf an wird durch eine letzte Einzelheit unterstrichen: Die Befragten, deren letzter Krankenhausaufenthalt wegen drei und mehr Diagnosen notwendig war, mit Sicherheit also relativ schwer und chronisch erkrankte Personen, erhielten überdurchschnittlich keine oder eine unzureichende Erklärung des Sinns der bei ihnen mit Sicherheit richtig notwendigen Medikamenteneinnahme.

In der Abbildung 51 wird gezeigt, wie viele der wiederum nach den bereits bekannten Charakteristika unterschiedenen Befragten vor ihrer Entlassung schlechter oder besser aufgeklärt wurden, wie sie sich nach ihrer Entlassung verhalten und auf welche Warnsignale sie achten sollten.

Abbildung 50: Keine oder unzureichende Erklärungen zur Medikamenteneinnahme nach der Entlassung nach ausgewählten soziodemografischen und Behandlungsmerkmalen 2002

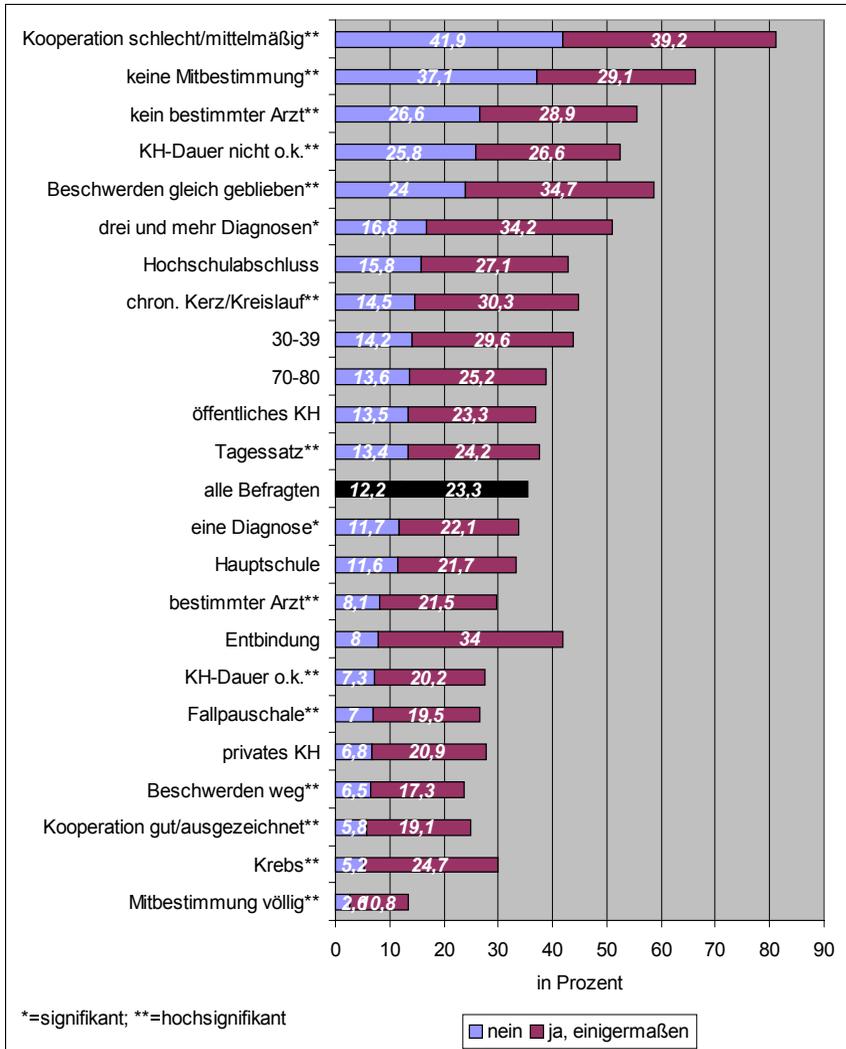


Abbildung 51: Keine oder unzureichende Erklärungen zu Warnsignalen nach der Entlassung nach ausgewählten soziodemografischen und Behandlungsmerkmalen 2002

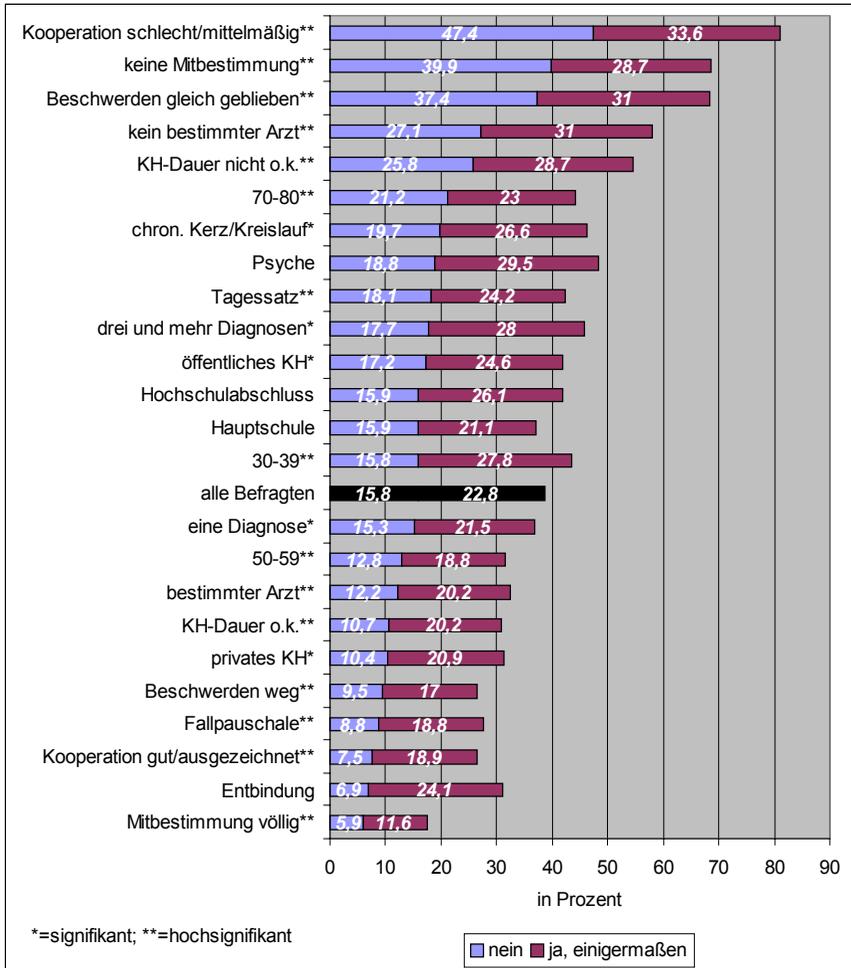


Abbildung 52: Keine oder unzureichende Erklärungen zur Aufnahme von Alltagsaktivitäten nach der Entlassung nach ausgewählten soziodemografischen und Behandlungsmerkmalen 2002

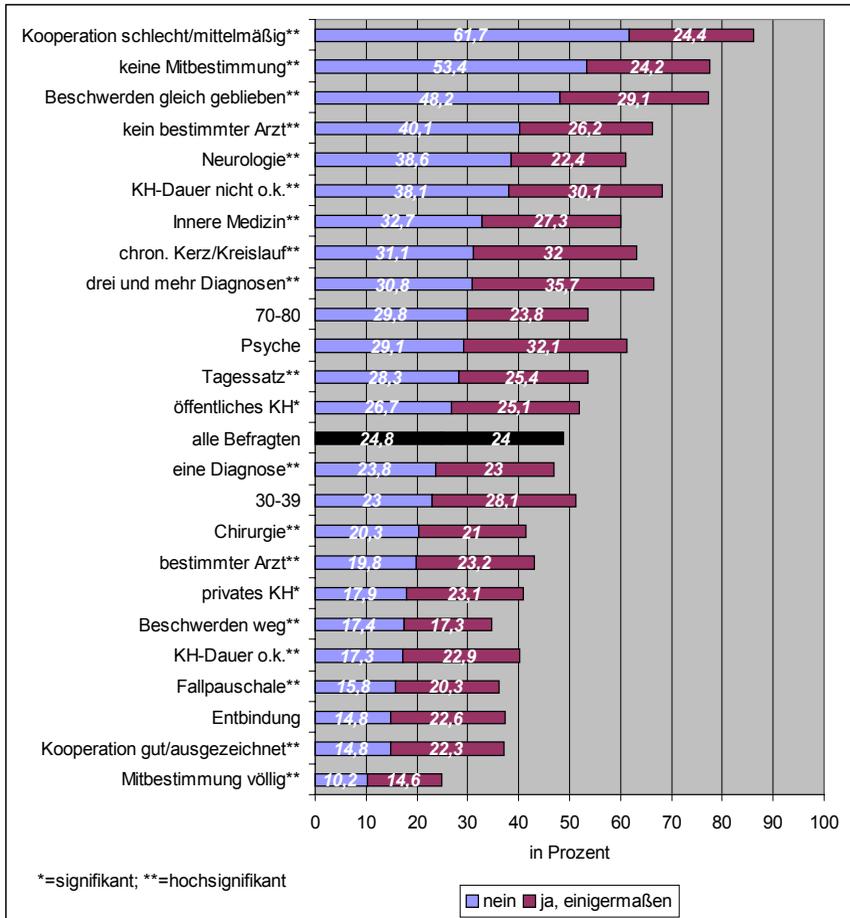
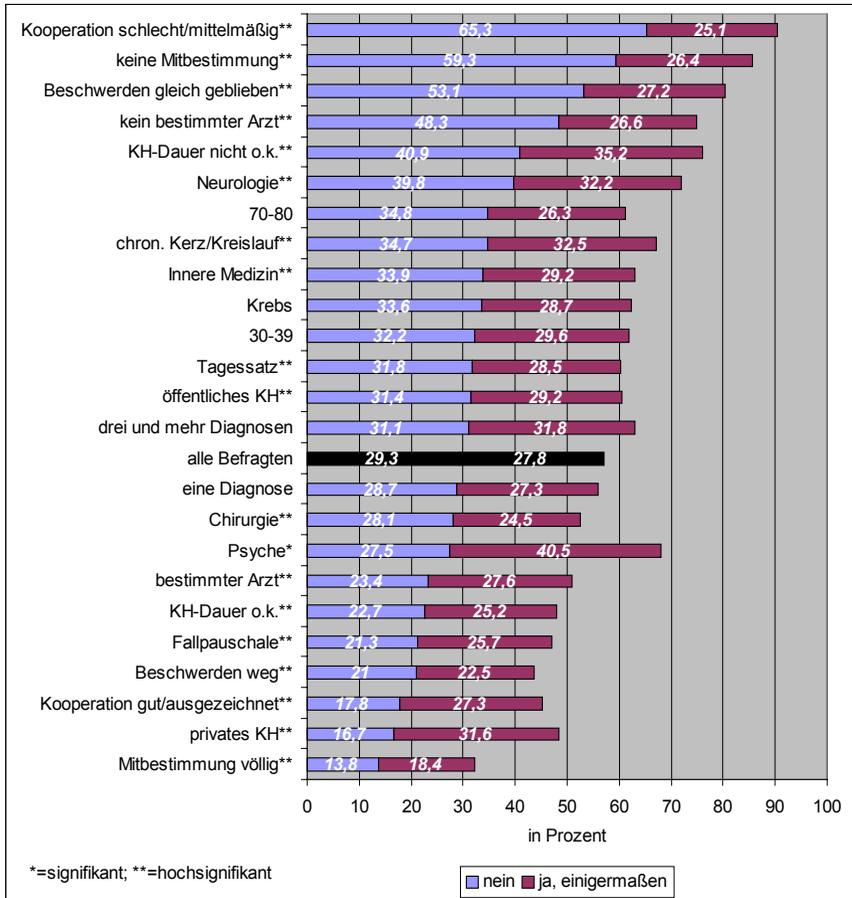


Abbildung 53: Keine oder unzureichende Erklärungen zur Selbsthilfe bei der Genesung nach der Entlassung nach ausgewählten soziodemografischen und Behandlungsmerkmalen 2002



Die meisten der bei der ersten Entlassungsleistung gefundenen Verteilungsunterschiede zeigen sich auch bei dieser Leistung – lediglich auf einem etwas anderen quantitativen Niveau. Beim Alter als mögliche „Determinante“ unterschiedlicher Aufklärung über das zukünftige Verhalten der aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten ergibt sich

allerdings ein kräftiger Unterschied. Die ältesten und jüngsten Befragten bekommen auch zwar hier überdurchschnittlich wenig Beratungsleistungen, aber anders als bisher gibt es mit den 50-59-Jährigen auch eine Altersgruppe, die sich deutlich besser stellt. Auffällig ist wiederum der überdurchschnittliche Anteil von schwer und chronisch erkrankten Befragten (z.B. drei und mehr Behandlungsanlässe oder chronische Herz-/Kreislaufkrankungen), denen im Krankenhaus nichts oder nur Eingeschränktes zu ihrem künftigen Verhalten gesagt wurde.

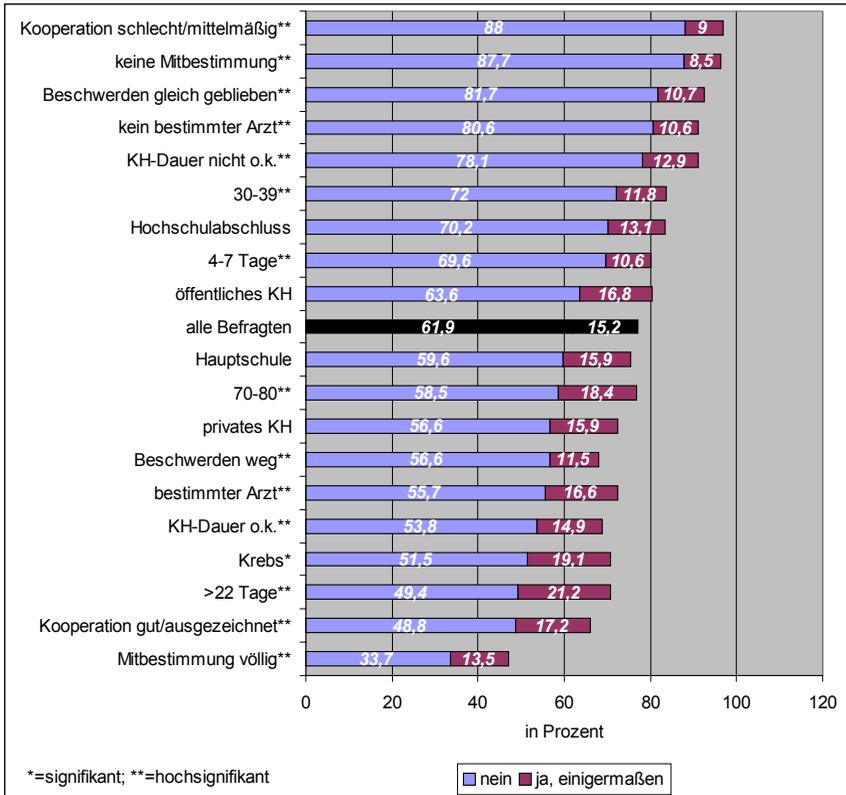
Auch die in der Abbildung 52 wiedergegebenen Werte zur Häufigkeit von Besprechungen über das Wann und Wie der Wiederaufnahme von Alltagsaktivitäten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, bestätigt die meisten der bereits herausgearbeiteten Trends. Die zusätzliche Differenzierung der Befragten nach der überwiegend zuständigen Krankenhausabteilung unterstreicht dies sogar noch. Die Befragten, die überwiegend in der Inneren Medizin oder der Neurologie behandelt wurden, gaben überdurchschnittlich hohe Raten fehlender oder unzureichender Vorbereitung auf den Alltag an.

Am Gesamtbild ändert auch nichts mehr, wenn man die entlassungsvorbereitende Erklärung von Selbsthilfemöglichkeiten ansieht, deren wichtigste Ergebnisse in der Abbildung 53 enthalten sind.

Was sich bei der bisherigen Untersuchung von vier der fünf Entlassungsleistungen bereits langsam andeutete, findet sich bei der wiederum in bekannter Weise differenzierten Analyse der entlassungsbezogenen Information von Angehörigen oder dem Patienten nahe stehenden Personen schließlich am ausgeprägtesten. Selbst Befragte mit guten Behandlungsbedingungen erhalten in einem quantitativ beträchtlichen Maße wichtige Leistungen nicht oder unzureichend. So liegt beispielsweise der Anteil der solchermaßen behandelten Befragten in der Gruppe, die das Kooperationsklima in ihrer Behandlungsumgebung als gut oder ausgezeichnet erfahren hat zwar unter dem Durchschnittswert. Trotzdem gab es aber für die Angehörigen und Freunde von fast 50 % dieser Teilgruppe keine Information, wie sie bei der Genesung helfen können. Bei weiteren 17,2 % geschah dies lediglich einigermaßen. Der spätestens in diesem Zusammenhang mögliche Einwand, Entlassungsleistungen seien zeitaufwändig und könnten daher erst nach einem längeren Aufenthalt erbracht werden, sticht in zweifacher Hinsicht nicht. Erstens zeigte eine Kontrolle der Rolle der Verweildauer bei den vier anderen Entlassungsleistungen wenig und vor allem keine statistisch signifikanten Zusammenhänge. Zweitens zeigen sich bei der Häufigkeit der Information von Angehörigen zwar derartige Zusammenhänge, aber allzu große Unterschiede gibt es absolut zwischen Befrag-

ten mit einem Krankenhausaufenthalt von 4-7 Tagen und einem mit über 22 Tagen auch wiederum nicht.

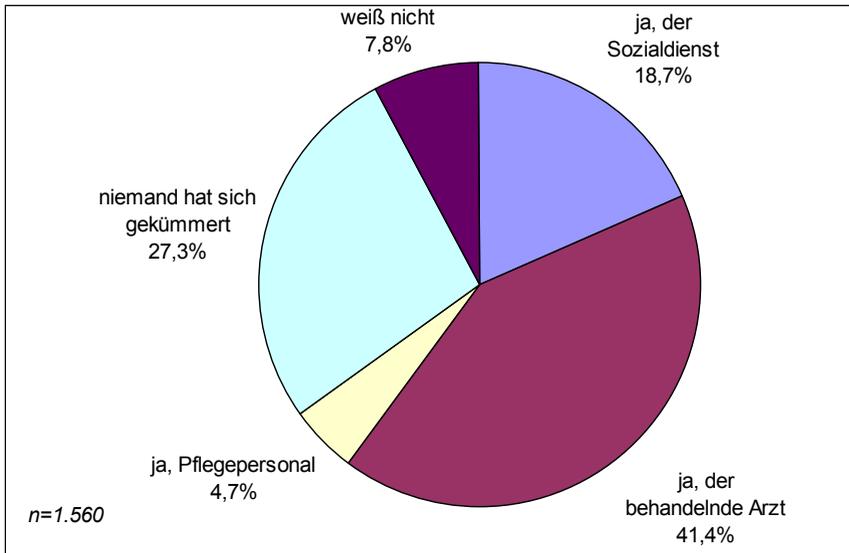
Abbildung 54: Keine oder unzureichende Information von Angehörigen über Möglichkeit der Hilfe bei Genesung nach der Entlassung nach ausgewählten soziodemografischen und Behandlungsmerkmalen 2002



Einen weiteren allgemeinen Einblick in die Häufigkeit der Unterstützung für die nachstationäre Versorgungsphase erhält man, wenn man sich anschaut wie viele der Patienten, die ausdrücklich erklären eine oder mehrere von neun ausgewählten konkreten Hilfs- und Behandlungsleistungen (z.B. Physiotherapie, häusliche Pflege oder Hilfsmit-

tel) gebraucht zu haben, hierfür innerhalb des Krankenhauses Hilfe bekamen und von wem.

Abbildung 55: Hilfe beim Erhalt nachstationärer Leistungen durch unterschiedliche Einrichtungen und Akteure des Krankenhauses 2002



Auch für den Erhalt der genannten nachstationären Hilfen und Behandlungen erhielten etwas über 27 % Befragten, die diese benötigten von keiner Seite im Krankenhaus Unterstützung. 41 % gaben an, ihr behandelnder Arzt habe sich darum gekümmert und bei 19 % war es der Sozialdienst des Krankenhauses. Hier muss erwähnt werden, dass eine ganze Reihe von Patienten trotz eines anderen Ausfüllhinweises im Fragebogen sowohl Arzt als Sozialdienst als denjenigen Akteur ankreuzten, die sich um Unterstützung gekümmert hatten. Dies kann als Hinweis auf eine gute Integration beider Akteure in diesem Bereich sprechen. Immerhin noch 5 % der Patienten nannten Angehörige des Pflegepersonals als aktive Akteure des Entlass-Managements.

2.3.15 Ausgewählte Aspekte der Ergebnisqualität stationärer Behandlung

In allen krankenhauspolitischen Bemühungen der letzten drei Jahrzehnte spielen Art und Umfang des Übergangs von „ambulant zu stationär“ ebenso wie der von „stationär

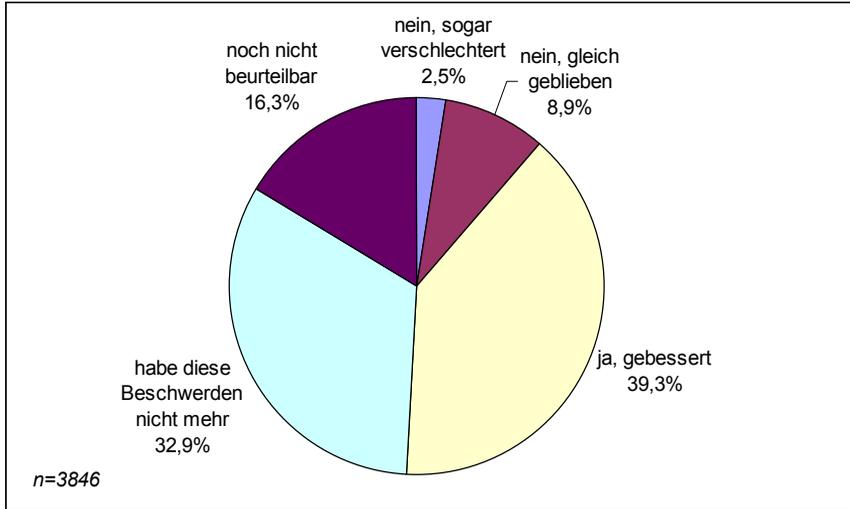
nach ambulant“ eine wichtige Rolle. Egal ob in dem langjährigen gesundheitspolitischen Slogan und Gestaltungsziel „ambulant vor stationär“ oder in vielen Bemühungen, stationäre Behandlungen entweder zu vermeiden (z.B. durch ambulantes Operieren außer- oder sogar innerhalb des Krankenhauses) oder zu verkürzen (z.B. durch die „Bettenabbau-Politik“ oder den Umstieg in ein Fallpauschalen-Vergütungssystem) sollen durch Veränderungen der Arbeitsteilung und durch Verschiebungen der Proportionen ambulanter und stationärer Behandlung Ausgaben gesenkt und eine qualitativ möglichst hochwertige Gesamtversorgung erreicht werden.

Mit neuen Grenzziehungen und andersartigen Schnittstellen zwischen den etablierten Versorgungsbereichen sind wirtschaftliche Vor- oder Nachteile wie Bedeutungszuwächse oder –verluste verbunden. Da die ambulanten wie stationären Leistungsanbieter in Gestalt der Kassenärztlichen Vereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft starke korporativ etablierte Verbände haben, verwundert es nicht, dass jede Verschiebung durch eine Menge positiver Erwartungen wie Befürchtungen vorbereitet, begleitet und nicht zu selten verhindert wird. Zu lange Krankenhausverweildauern seien nicht nur ein Kostenproblem, sondern verhindern die Frühmobilisierung der Patienten, erhöhen das Risiko einer so genannten Krankenhausinfektion und fördern eine Passivierung der Patienten. Bei kurzen Liegezeiten drohe die Entlassung „blutender Patienten“, die entweder unter keinen Umständen ambulant zu Ende behandelt werden können oder für die derzeit (noch) keine effektiven und effizienten ambulanten Behandlungsangebote existieren. Am Ende längerer poststationärer Leidensphasen stünde schließlich – so die schlimmsten Befürchtungen – bei vielen dieser Patienten die Wiedereinweisung (Rehospitalisierung) in ein Krankenhaus, ob zum Abschluss der ersten Erkrankung oder zur Heilung von Folgeerkrankungen.

2.3.15.1 Bewertung des gesundheitlichen Erfolgs der stationären Behandlung

Die Frage, ob sich die Beschwerden, die zu ihrem Krankenhausaufenthalt führten, gebessert haben, beantworteten etwas über 70 % positiv. Sie hatten entweder keine dieser Beschwerden mehr oder sie waren besser geworden. Über 11 % hab es aber keine Besserung oder sogar eine Verschlechterung ihrer Beschwerden. Bedenkt man, dass die Befragten rund zwei bis drei Monate nach dem Ende ihres letzten Krankenhausaufenthalts antworteten, ist der Anteil von rund 16 %, der den Erfolg ihrer Behandlung noch nicht beurteilen kann, relativ hoch.

Abbildung 56: Besserung der Beschwerden, die zum Krankenhausaufenthalt führten 2002



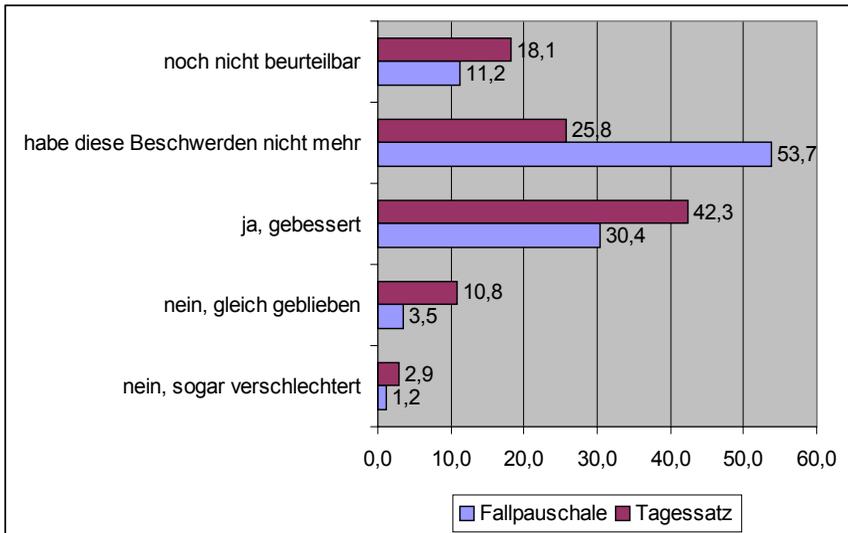
Differenziert man die Befragten z.B. nach ihrem Alter, der Anzahl der Diagnosen beim letzten Krankenhausaufenthalt, der Trägerform des Krankenhauses und schließlich nach der Vergütungsform, zeigen sich eine Reihe kleinerer und größerer Unterschiede.

Der Anteil der Befragten, deren Beschwerden gleichgeblieben oder sich verschlechtert haben, steigt von 7,8 % bei den 30-39-Jährigen über 12,1 % bei den 50-59-Jährigen auf 13,9 % unter den 70-80-Jährigen. Derselbe Anteil beträgt bei Befragten mit einer Einweisungs- und Behandlungsdiagnose 10,5, bei den Befragten mit zwei Diagnosen 15,6 % und 18 % bei denjenigen mit drei und mehr Diagnosen. 10,6 % der in freigemeinnützigen, 9,2 % der in privaten und 11,4 % der in öffentlichen Krankenhäusern (ohne Unikliniken) behandelten Befragten schilderten ihren Beschwerdezustand negativ.

Für die Analyse der nach Tagessatz- oder Fallpauschalenvergütung unterschiedenen Bewertung von Behandlungsergebnisse zeigt die Abbildung 57 alle Antwortmöglichkeiten. Danach stehen 57,3 % der Fallpauschalenpatienten nur etwa die Hälfte der Tagessatzpatienten gegenüber, die beschwerdefrei entlassen wurden. Dieser Vorsprung

der Fallpauschalenvergütung beim Behandlungserfolg zieht sich durch die gesamte Antwortpalette hindurch.

Abbildung 57: Besserung der Beschwerden, die zum Krankenhausaufenthalt führten nach der Vergütungsform 2002



2.3.15.2 Umfang des nachstationären Behandlungs-, Hilfe- und Unterstützungsbedarf und seine Befriedigung

Für die Analyse und Bewertung der künftigen Entwicklung unter DRG-Bedingungen ist wichtig, wie „gesund“ oder „behandlungsbedürftig“ die aktuell aus einer stationären Behandlung entlassenen Personen sind. Wie viele „Patienten“ befinden sich nach ihrer eigenen Wahrnehmung noch unter ihnen, welchen Behandlungsbedarf haben sie noch und erhalten sie die entsprechenden Leistungen im ambulanten Versorgungsbereich?

Bevor wir auf jede dieser Fragen eingehen, möchten wir zur Einstimmung auf die Anzahl der Befragten hinweisen, die bei verschiedenen Bemühungen des innerstationären Entlassungs- oder Überleitungsmanagements sich ihrer gesundheitlichen Situation so sicher waren, dass sie für sich keine Notwendigkeit von Gesprächen, Informationen und sonstigen Hilfen für ihre weitere Genesung sahen. Der „harte Kern“ der in ihrer

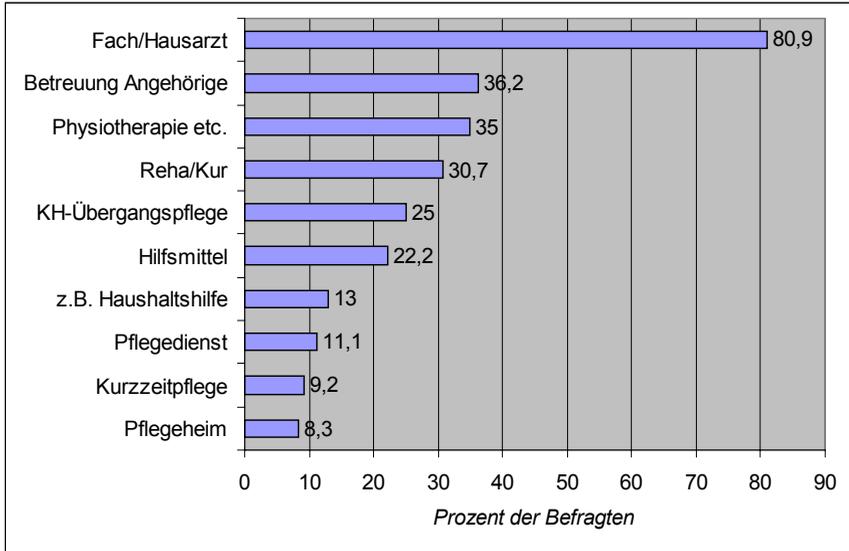
subjektiven Wahrnehmung gesunden und auch keine vorbereitende Hilfe benötigenden Entlassenen bewegt sich zwischen 57,7 % (Einbeziehung Angehörigen), 26,3 % (Umstände der Wiederaufnahme von Alltagsaktivitäten) und 15,3 % (Verhalten nach Entlassung und Identifikation von Warnsignalen). Umgekehrt heißt dies, dass zwischen 40 und 85 % der Befragten zumindest einen Unterstützungsbedarf im Informationsbereich sahen.

In einer umfangreichen Frage wollten wir klären, ob es sich wirklich nur um einen Orientierungs- und Informationsbedarf handelte oder ob sich auch ein Bedarf für konkrete Leistungen anschloss. Dazu wollten wir genauer wissen ob die Befragten im Anschluss an ihren Krankenhausaufenthalt eine oder mehrere einer Reihe typischer ambulanter oder halbstationärer Behandlungen, Hilfen und Unterstützungen gebraucht und wenn ja, auch erhalten hatten.

Wie die Abbildung 58 zeigt, müssen noch vier Fünftel der aus dem Krankenhaus entlassenen Personen durch einen ambulanten Fach- oder Hausarzt weiterbehandelt werden. Darüber hinaus brauchten zwischen einem Viertel und Drittel der Befragten noch erhebliche persönliche Hilfen im Alltag sowie professionelle therapeutische Hilfen. Ein Zehntel der Befragten benötigte professionelle Unterstützung im Alltag oder gar institutionelle Hilfe bei der notwendigen Auflösung ihres häuslichen Alltags. Erinnert sei daran, dass es sich hier um Antworten aus einer zeitlichen Distanz von 8 bis 14 Wochen nach der Entlassung aus einem Krankenhaus handelt, es sich also nicht um möglicherweise ängstliche Wunschvorstellungen frisch Entlassener, sondern um retrospektive, auf konkreten Erfahrungen der Notwendigkeit dieser Leistungen basierende Antworten handelt.

Schon heute wird also ein ganzer Berg von akutem Behandlungs- und Unterstützungsbedarf bei der Entlassung aus dem Krankenhaus in den ambulanten Bereich mitgenommen. Hinzu kommt eine Fülle von Unterstützungsbedarfen, die meist nichts mit akuter medizinischer Behandlung zu tun haben. Sie brauchen und können zwar fachlich nicht vom Krankenhaus erbracht werden, müssen aber für eine effektive Nutzung gut vorbereitet werden und sich möglichst lückenlos an die stationäre Behandlung anschließen.

Abbildung 58: Bedarf für nachstationäre Behandlungen, Hilfen und Unterstützungen 2002

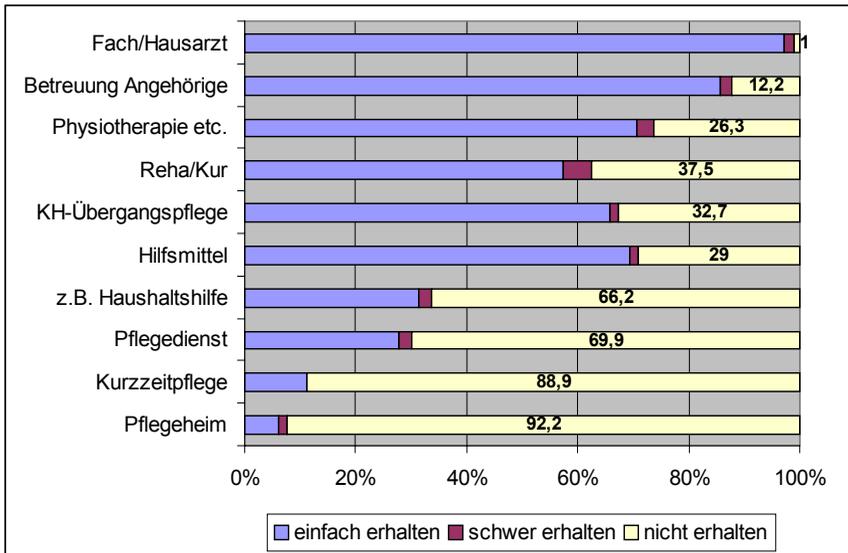


Fast alle dieser Leistungen erhält man nur durch manchmal aufwändige Abstimmungs-, Beantragungs- und Bewilligungsprozeduren mit den Verwaltungen verschiedener Sozialleistungsleistungsträger. Schon die dafür notwendigen Kenntnisse über die Existenz bestimmter Leistungen und die Voraussetzungen für ihren Erhalt sind aber bereits oft nicht zu dem Zeitpunkt vorhanden, ab dem der Erhalt dieser Leistungen organisiert werden muss. Hin zu kommt, dass zumindest ein Teil der Befragten mit dem Bedarf für eine oder gar mehrere der aufgelisteten Leistungen den geringsten „Schwung“ haben, um an diese Leistungen eigenständig heran zu kommen. Ob und in welchem Umfang diese und andere Schwierigkeiten beim Erhalt notwendiger Leistungen auftraten, förderte eine Nachfrage zu Tage.

Jeder der Befragten mit nachstationären Behandlungs- oder Unterstützungsbedarfen konnte ergänzend angeben, ob er/sie diese Leistungen einfach, schwer oder gar nicht erhalten hat. Die in der Abbildung 59 für jede Leistungsart zusammengestellten Antworten (nur Antworten von den Befragten, die jeweils angaben, die Leistung gebraucht zu haben) weisen mit zwei Ausnahmen auf eine inhaltlich differenzierte Reihe von

Kontinuitätsdefiziten zwischen der stationären und ambulanten Behandlung und Unterstützung hin.

Abbildung 59: Art und Weise des Erhalts nachstationärer Behandlungen, Hilfen und Unterstützungen 2002



Bei den Ausnahmen handelt es sich um die ambulante ärztliche Behandlung, die lediglich von 2,9 % aller Befragten nicht oder schwer erhalten wurde und die häusliche Betreuung durch Angehörige wo allerdings schon 14,4 % der Befragten vorübergehende oder definitive Probleme hatten, sie zu erhalten.

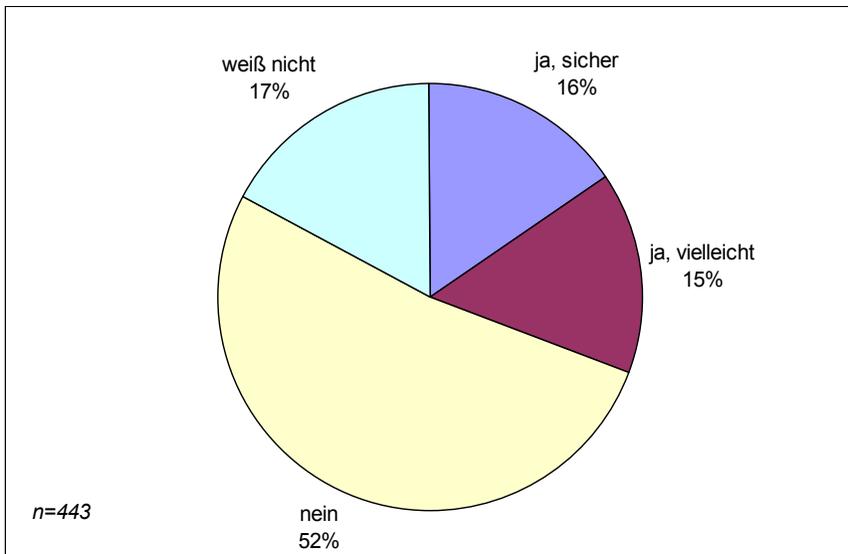
Alle anderen Leistungen erhielten zwischen einem Viertel und über 90 % der sie benötigenden Befragten nicht und eine vergleichsweise sehr kleine Gruppe erst mit einem gewissen Aufwand.

Auffällig ist der hohe Anteil von nicht erhaltenen Leistungen, die nur durch eine ärztliche Verordnung, die Bewilligung eines entsprechenden Antrags durch die Krankenkasse oder die Kooperation institutioneller Anbieter (z.B. Krankenhaus, Pflegeeinrichtungen) erhalten werden können. Egal wer oder was für die Unterversorgungszustände im

einzelnen verantwortlich ist, gibt es offensichtlich jetzt schon für eine respektable Anzahl von Krankenhausentlassenen Versorgungsprobleme.

Einen Einblick darin ob man sich angesichts der bisher gezeigten Mängel des Entlassungs-Managements damit trösten kann, dass es letztlich folgenlos bleibt, wenn Krankenhauspatienten nachstationäre Leistungen nicht oder nur schwer erhalten, zeigt die Abbildung 60.

Abbildung 60: Gesundheitliche Nachteile durch schwer oder gar nicht erhaltene nachstationäre Leistungen 2002



Fast 31 % der Patienten, die trotz eines vorhandenen Bedarfs eine nachstationäre Leistung nicht erhielten, bejahten uneingeschränkt oder mit leichten Einschränkungen gesundheitliche Nachteile gehabt zu haben, 17 % wissen es nicht und knapp die Mehrheit verneinte dies. In keinem Fall kann also die Vernachlässigung von Beratung und sonstiger Hilfe beim Erhalt nachstationärer Leistungen durch das Krankenhaus, ob alleine oder in Kooperation mit anderen Institutionen, mit dem Hinweis, dies würde doch gar nicht schaden oder dabei ginge es doch „nur“ um reines Marketing, gerechtfertigt werden. Auch wenn danach nicht direkt und explizit gefragt wurde, halten wir es ange-

sichts des gerade sichtbar gewordenen Zusammenhangs von gesundheitlichen Nachteilen und Schwierigkeiten, bestimmte notwendige Leistungen zu erhalten, für wahrscheinlich, dass auch die teilweise unzureichende Qualität der Vorbereitung auf den Alltag unerwünschte gesundheitliche Folgen nach sich zieht.

2.3.15.3 Krankschreibung nach Krankenhausentlassung

Ein gesundheitsökonomisch relevanter und insbesondere für jüngere und/oder erwerbstätige Befragte wichtiger Indikator für die Ergebnisqualität der stationären Versorgung und ihre Lebensqualität ist, ob und wie lange er oder sie noch nachstationär arbeitsunfähig ist.

Auf die zuerst einmal an alle Befragten gerichtete Frage antworteten erwartungsgemäß 63,2 %, sie seien allein wegen ihrer meist altersbedingten Nichterwerbstätigkeit nicht krankgeschrieben gewesen.

Von den 1.417 Befragten, die erwerbstätig waren und die Frage beantworteten, waren lediglich 13 bzw. wenn man die teilarbeitsfähigen Personen mitrechnet 18 % sofort nach der Entlassung arbeitsfähig. Die Intensität der gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach einer Krankenhausentlassung zeigt sich besonders an den 33 % der Befragten, die noch länger als vier Wochen arbeitsunfähig war. Alles in allem ist dies ein zusätzlicher Beleg für einen erheblichen poststationären Unterstützungs- oder Reintegrationsbedarf.

Auch hier gibt es Personen, die ein höheres oder geringeres Risiko haben, erst mit langer Verzögerung wieder ins Arbeitsleben zurückzufinden. So gab es unter den 50-59-jährigen Krankenhausentlassenen mit 37,8 % einen überdurchschnittlichen und unter den 30-39-Jährigen einen unterdurchschnittlichen Anteil von Befragten, die länger als vier Wochen krank geschrieben war.

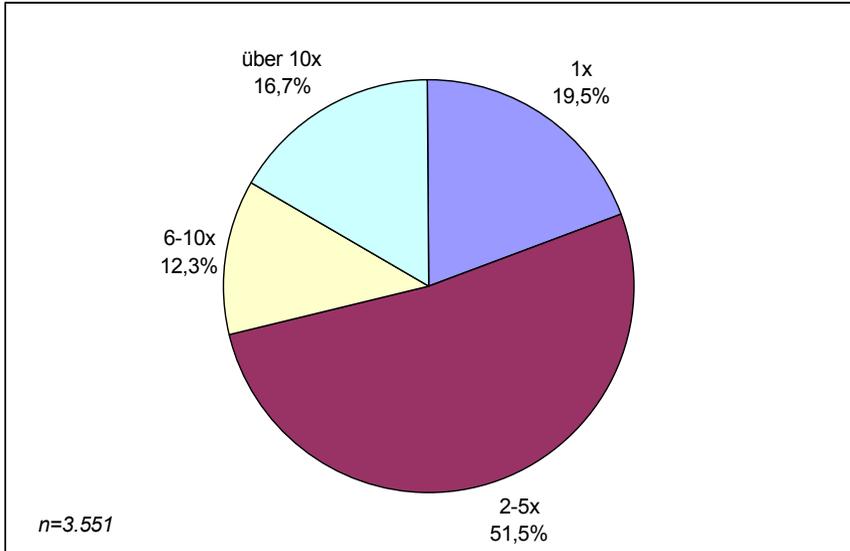
Differenziert man die AU-Situation nach Fallpauschalen- oder Tagessatzvergütung gibt es weitere Besonderheiten. So waren etwa 15,8 % der Tagessatzpatienten sofort arbeitsfähig was lediglich bei 7,1 % der unter Fallpauschalierung behandelten Patienten der Fall war. Diese ausgeprägte Differenz zu Ungunsten der Fallpauschalenpatienten hält bis zu einer Krankschreibungsdauer von zwei Wochen an: 60,4 % von ihnen waren länger als zwei Wochen krankgeschrieben, aber lediglich 50,8 % der mit tagesgleichen Pflegesätzen behandelten Befragten.

Abbildung 61: Häufigkeit und Dauer von Krankschreibung nach Entlassung aus stationärer Behandlung 2002



Als Erklärung bietet sich mehrere Gründe mit unterschiedlicher versorgungspolitischer Brisanz an: Als erstes wirkt sich sicherlich die Tatsache aus, dass Fallpauschalenpatienten überdurchschnittlich häufig operiert wurden und von daher ein längerer, auch ein längerer Genesungsprozess notwendig ist, der nicht innerhalb des Krankenhauses verlaufen muss. Dies wird aber durch den Blick auf einerseits „überschaubare“ Anzahl von Operationen unter den Fallpauschalenpatienten überwiegen und zum anderen die sehr vielen Tagessatzpatienten mit chronischen und mindest genauso lang nachwirkenden Erkrankungen in stationärer Behandlung relativiert. Zweitens könnten die langen Arbeitsunfähigkeitszeiten aber auch Resultat einer zu frühzeitigen Entlassung aus dem Krankenhaus oder drittens eines unzureichenden Entlassungs-Managements im Krankenhaus sein.

Abbildung 62: Häufigkeit der Inanspruchnahme ambulant tätiger Ärzte durch Krankenhausentlasspatienten mit Arztkontakten 2002

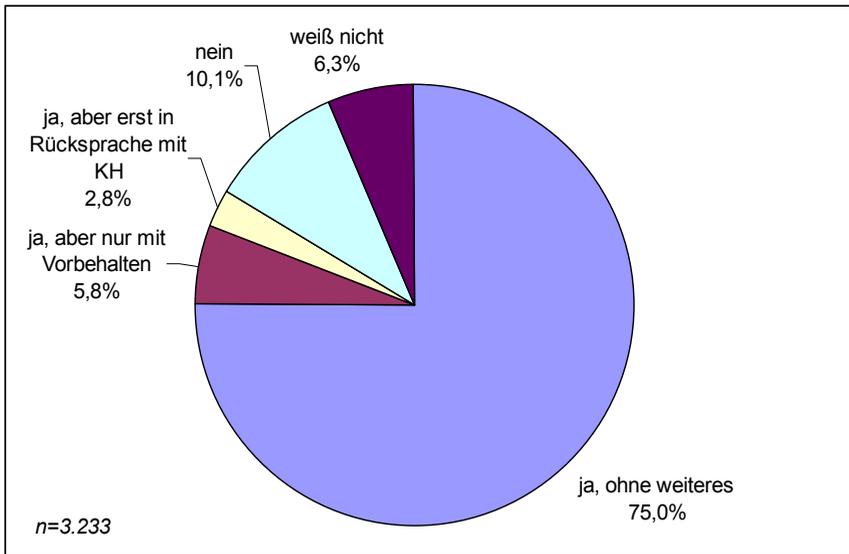


Auf der Basis der uns vorliegenden Informationen ist es unmöglich, den Beitrag der genannten oder weiterer Faktoren genau zu bestimmen oder gar zu quantifizieren. Dennoch gibt es für jede der drei Erklärungen empirische Hinweise. Jene zu den möglichen Besonderheiten der mit Fallpauschalen behandelten Patienten haben wir bereits erwähnt. Eine möglicherweise nachstationäre Auswirkung zu frühzeitiger Entlassung aus dem Krankenhaus könnte sich dahinter verbergen, dass der Anteil von über 4 Wochen krankgeschrieben Befragten unter denjenigen, die heute sagen, ihre Verweildauer im Krankenhaus „hätte etwas länger sein müssen“ mit 42,1 % deutlich über dem Durchschnittswert liegt. Von den Befragten, die ihre Verweildauer genau richtig fanden, waren aber immer auch noch 31,6 % länger als 4 Wochen arbeitsunfähig. Auch für die Auswirkungen der Aktivitäten vor der Entlassung der Patienten finden sich durchgängig klare und auch statistisch hochsignifikante (also auf dem 99 %-Niveau) Bilder: Je schlechter die Kommunikation über den Alltag, den Genesungsverlauf oder Warnsignale war desto länger waren die Befragten arbeitsunfähig.

2.3.15.4 Häufigkeit und Probleme nachstationärer Arztkontakte

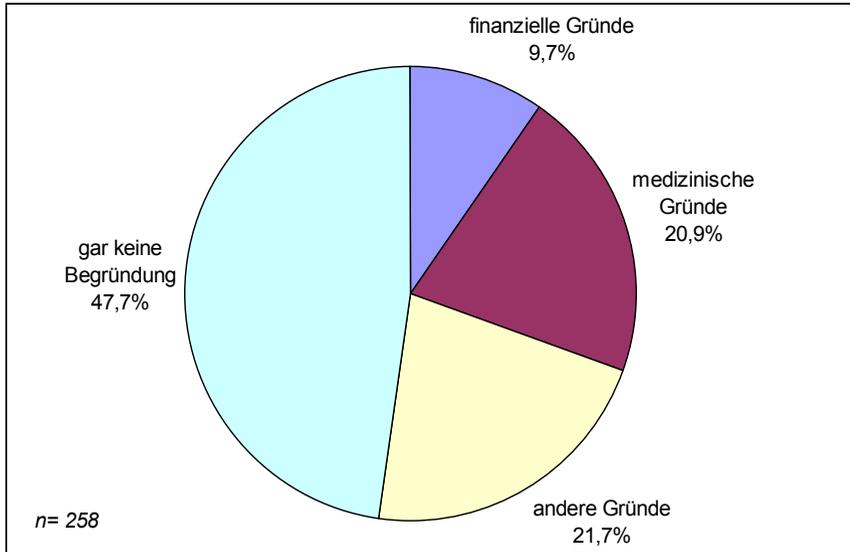
Angesichts der häufigen und oft mehrwöchigen poststationären Arbeitsunfähigkeit ist die große Häufigkeit der Behandlungskontakten mit niedergelassenen Ärzten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nicht weiter verwunderlich.

Abbildung 63: Häufigkeit der Übernahme von Therapiemaßnahmen des Krankenhauses durch niedergelassene Ärzte 2002



Nur 7,6 % aller aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten waren danach bzw. bis zum Befragungszeitpunkt „kein einziges Mal“ in ambulanter ärztlicher Behandlung. Die verbleibende Mehrheit der Befragten (n=3.551) suchte dafür um so häufiger ambulant tätige Ärzte auf. Dies korrespondiert eng mit dem Anteil von 80,9 % der Befragten, die an anderer Stelle sagten, sie hätten einen Bedarf der Inanspruchnahme ambulant tätiger Ärzte gehabt.

Abbildung 64: Art und Häufigkeit der Begründungen einer Nichtübernahme von Therapiemaßnahmen des Krankenhauses durch niedergelassene Ärzte 2002



Da die Befragung maximal 3 Monate nach der Entlassung der Befragten aus einem Akutkrankenhaus stattfand, bedeuten die Häufigkeiten, dass eine Menge der Befragten seitdem im Durchschnitt alle zwei Wochen einmal in ärztlicher Behandlung war.

Im Zusammenhang mit der hohen Bedeutung der ambulanten „Nach“-Behandlung stellten wir auch die Frage, ob und wie der niedergelassene Arzt „sämtliche Therapiemaßnahmen des Krankenhauses“ übernommen hat.

Wie die Abbildung 63 zeigt, wurde bei 75 % der Befragten die Krankenhaustherapie „ohne weiteres“ übernommen. Beim restlichen Viertel handelt es sich um eine Mischung verschiedener Schwierigkeiten, die aber nur bei einem Zehntel die Therapiekontinuität unterbrach.

Nach den Gründen gefragt, mit denen ihr niedergelassener Arzt die Übernahme stationärer Therapien verweigerte, nannten die davon betroffenen Patienten sämtliche vorgegebenen Gründe und noch einige mehr.

Dass fast die Hälfte dieser Personen - ob mit oder ohne Nachfrage wissen wir nicht - gar keine Begründung erhielt, wirft ganz nebenbei ein bezeichnendes Licht auf die Unterentwickeltheit von „informed decision making“ im deutschen Gesundheitswesen. Dies gilt auch für die häufig nicht hinterfragbaren finanziellen Begründungen. Anders sieht es bei den medizinischen Begründungen aus, wo die niedergelassenen Ärzte sich zumindest versuchen als kompetenter Bewerter und Berater therapeutischer Leistungen zu verhalten.

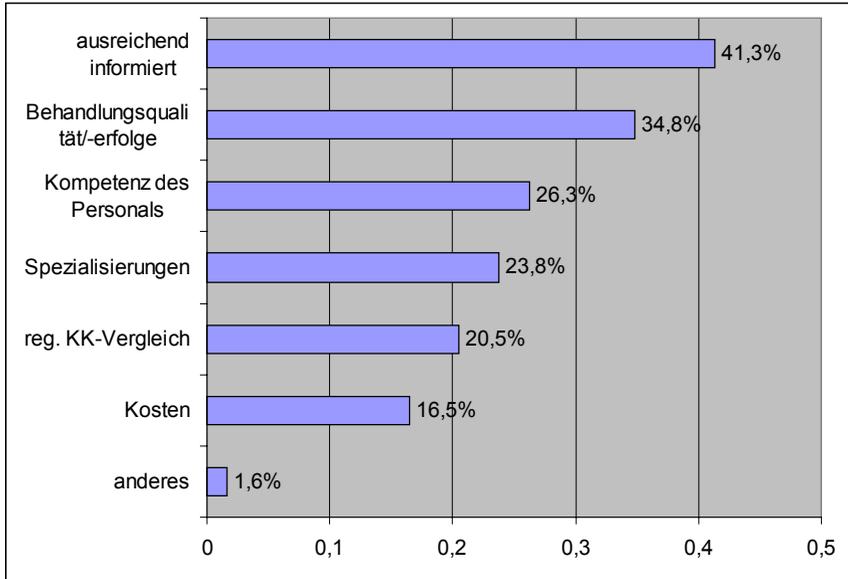
2.4 Informationsinteressen und -wünsche für Krankenhausaufenthalte

Nachdem bereits bei der Untersuchung des Behandlungsprozesses ein hoher Bedarf und ein großes Interesse der Befragten an ausreichender Transparenz deutlich wurde, fragten wir zusätzlich nach allgemeinen Erwartungen an Art und Umfang von Vorabinformationen bei einer Krankenhausbehandlung.

Die relativ größte Gruppe der Befragten, nämlich 41,3 %, fühlte sich „ausreichend informiert“. Im Vordergrund des Informationsinteresses der restlichen rund 60 % der Befragten standen qualitative Aspekte der Krankenhausbehandlung. Ein Drittel aller Befragten wollen mehr oder bessere Informationen zu den Behandlungserfolgen der Krankenhäuser, in der sie zukünftig behandelt werden müssen und gut ein Viertel möchte auch überhaupt etwas oder bessere Informationen zu den fachlichen und technischen Kompetenzen des medizinischen Personals in diesen Krankenhäusern. Informationen über die Existenz bestimmter Fachabteilungen und den Grad der Spezialisierung sind auch noch knapp einem Viertel wichtig. Da auch die bisherigen Informationen letztlich eine bessere Transparenz über verschiedene Krankenhäuser bedeuten, ist der Wunsch von einem Fünftel der Befragten vor einem zukünftigen Krankenhausaufenthalt einen Vergleich ihres Krankenhauses mit anderen Krankenhäusern in der Region zu erhalten folgerichtig. Über die Kosten ihres Krankenhausaufenthalts möchten schließlich noch rund ein Sechstel der Befragten informiert werden. Dass nur noch 1,6 % andere Informationswünsche angaben zeigt die weitgehende Vollständigkeit der von uns vorgegebenen Wunschliste.

Ob es nun Versicherte gibt, die über den einen oder anderen Umstand eines bei vielen von ihnen ja nicht unwahrscheinlichen weiteren Krankenhausaufenthalts doch mehr oder bessere Informationen erhalten wollen, zeigt die Tabelle 12.

Abbildung 65: Informationswünsche vor einem Krankenhausaufenthalt (Mehrfachnennungen möglich) 2002



Die größten Unterschiede in nahezu allen Informationsbereichen finden sich bei der differenzierteren Untersuchung nach Altersgruppen und nach dem höchsten Bildungsabschluss. So befinden sich unter allen Befragten 16,5 %, die zukünftig mehr über die Kosten des Krankenhausaufenthalts wissen wollen, ein Anteil, der unter den 30-39-Jährigen auf 22,9 % ansteigt und unter den 70-80-jährigen Befragten auf 11,2 % fällt. Ähnlich unterschiedlich fallen die Wünsche nach einem Informationspaket zum regionalen Krankenhausvergleich aus: Dies wollen 20,5 % aller Befragten hinter denen sich dann aber ein Anteil von 16,8 % unter den Hauptschulabschlussabsolventen, 27,1 % Absolventen der Realschule, 29,1 % Abiturienten und 25,5 % der Befragten verbirgt, die irgendeinen Hochschulabschluss gemacht haben.

Frauen haben in allen hier betrachteten Bereichen wie Patienten mit kurzem letzten Krankenhausaufenthalt fast bei allen Aspekten ein leicht geringeres Informationsbedürfnis. Geringe Unterschiede findet man, wenn die Befragten nach der Vergütungsform und dem Träger des Krankenhauses ihrer letzten stationären Behandlung unter-

schieden werden. Auffällig ist aber, dass Befragte, die beim letzten Aufenthalt in einem privaten Krankenhaus behandelt wurden ein deutlich unterdurchschnittliches Interesse an zukünftigen Informationen über die Kosten, die Kompetenzen und die Behandlungserfolge haben wollen als z.B. diejenigen Patienten, die in einem öffentlichen Krankenhaus gelegen haben. Nur an Informationen über Spezialisierungen und am Vergleich der regionalen Krankenhäuser, sind Ex-Patienten eines privaten Krankenhauses überdurchschnittlich interessiert.

Tabelle 12: Häufigkeit von Informationswünschen nach ausgewählten soziodemografischen und Strukturmerkmalen der letzten Krankenhausbehandlung 2002

	Kosten	Kompe- tenzen Personal	Behand- lungser- folge	Speziali- sierungen	Kranken- hausver- gleich
	D= 16,5 %	D=26,3 %	D=34,8 %	D=23,8 %	D= 20,5 %
Altersgruppen:					
30-39 Jahre	22,9	36,5	41,5	32,1	31,0
70-80 Jahre	11,2	19	25,0	15,5	11,1
Dauer der aktuellen KH- Behandlung:					
4 bis 7 Tage	19	26,3	34,0	24,3	21,4
22 und mehr Tage	17,7	26,9	39,0	24,9	23,3
Geschlecht:					
Frauen	13,9	25,8	33,1	23,1	20,8
Männer	18,4	26,7	36,2	24,5	20,3
Vergütungsform:					
Tagessatz	15,7	26,2	35,6	24,0	19,3
Fallpauschale	18,6	26,8	32,5	23,6	24,1
Höchster Bildungsabschluss:					
Hauptschule	14,2	21,8	31,2	20,6	16,8
Realschule	21,0	33	41,5	29,2	27,1
Abitur	20,3	39,9	36,5	25	29,1
Hochschulabschluss	19,9	35,4	41,9	32,8	25,5
Trägerform KH:					
Privat	12,6	20,5	32,5	23,3	24,3
Öffentlich	16,7	26,4	34,8	23,3	19,6
Freigemeinnützig	15,8	27,5	34,2	26,9	21,1
Öffentlich/Uni-Klinikum	17,4	27,0	37,4	20,6	18,7

3 Vergleichende Analyse der aktuellen Krankenhausversorgung mit Fallpauschalen- oder Tagessatzvergütung

Nach rund 6 Jahren Existenz von Fallpauschalen und im Vorfeld der flächendeckenden Einführung der DRG-Fallpauschalenvergütung ist eines der Hauptziele dieser Untersuchung die vergleichende Analyse der Auswirkungen der beiden Vergütungssysteme. Zum einen handelt es sich um die letzte Möglichkeit, wenigstens zum Ende der Existenz der „alten“ Fallpauschalen noch eine Evaluation aus Sicht von Patienten und der Versorgungsqualität durchzuführen. Angesichts der zu Beginn dieser Studie (siehe Abschnitt 1.3) referierten Erwartungen, Befürchtungen oder Hoffnungen auf erwünschte und unerwünschte Auswirkungen der DRGs kommt aber zum anderen das Interesse hinzu, so früh wie möglich empirische Einsichten in tatsächliche Auswirkungen zu finden und damit u.a. zu einer frühstmöglichen Versachlichung und Fokussierung der Debatte beizutragen.

Auch wenn Fallpauschalen und DRGs inhaltlich nicht identisch sind, folgen sie in weiten Teilen einer ähnlichen Logik und strahlen vergleichbare Anreize aus. Wenn es unter Fallpauschalenbedingungen zu keinen der für derartige Vergütungssysteme befürchteten unerwünschten Wirkungen auf die Versorgungsqualität kommt (z.B. Entlassung „blutender Patienten“), sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass es dazu unter DRG-Bedingungen kommt. Umgekehrt: Wenn aktuell die erwarteten Vorteile einer Fallpauschalenvergütung (z.B. Senkung der Verweildauer und der Gesamtausgaben für stationäre Behandlung) nicht oder nur in geringem Maße festzustellen sind, müssen auch die positiven Erwartungen an DRGs eingeschränkt werden.

Zu den positiven oder negativen Erwartungen zur fallpauschalenvergüteten stationären Behandlung gehören z.B.:

- Senkung der Verweildauer und eine dadurch mitbedingte Senkung der Ausgaben für stationäre Versorgung wie eine Verringerung unerwünschter gesundheitlicher Folgen von langen Krankenhausliegezeiten (z.B. Krankenhausinfektionen, Hospitalismus).
- Verbesserung der Transparenz des Versorgungsgeschehens und damit verbunden seiner Wirksamkeit durch die sorgfältigere Dokumentation diagnostischer und therapeutischer Leistungen.
- Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und des Wohlbefindens von Patienten durch das Wegfallen unnötiger Leistungen (z.B. Mehrfachuntersuchungen)

und eine auf die schnelle Aktivierung und Reintegration in das Alltagsleben des Patienten gerichtete Therapie.

- Belastung oder Verschlechterung der Gesundheit von Patienten durch zu frühe Entlassung aus dem Krankenhaus (z.B. „blutende Patienten“) und/oder nicht gesicherte bzw. unzulängliche Behandlungskontinuität zwischen stationär und ambulant bei unzulänglicher Vorbereitung des ambulanten Sektors.
- Schneller Rückgang der Kostendämpfungseffekte bei einer transsektoralen Bilanz des Gesamtaufwandes.

Um diese und andere Fragen untersuchen können, haben wir bei der Bildung der Untersuchungsstichprobe der Ende 2002 stationär behandelten GEK-Versicherten aus den Abrechnungsunterlagen der GEK die Information über die Art der Vergütung hinzugefügt, welche diese wiederum relativ differenziert und auch in quantitativ interessantem Umfang seit kurzer Zeit über das Meldeverfahren nach § 301 SGB V erhält. Wir wissen also von jedem Befragten, ob seine Krankenhausbehandlung dem Krankenhaus über eine Fallpauschale oder über tagesgleiche Pflegesätze bezahlt wurde. Befragt wurden alle, d.h. 1.409 GEK-Versicherten, deren stationäre Behandlung Ende 2002 mit einer Fallpauschale bezahlt wurde und eine Zufallsstichprobe von 4.559 Versicherten, deren Behandlung mit tagesgleichen Pflegesätzen vergütet wurden. Davon beantworteten den Fragebogen 1.019 Fallpauschalen- und 2.960 Tagessatzpatienten.

3.1 Soziodemografische und gesundheitliche Strukturmerkmale von Fallpauschalen- und Tagessatzpatienten

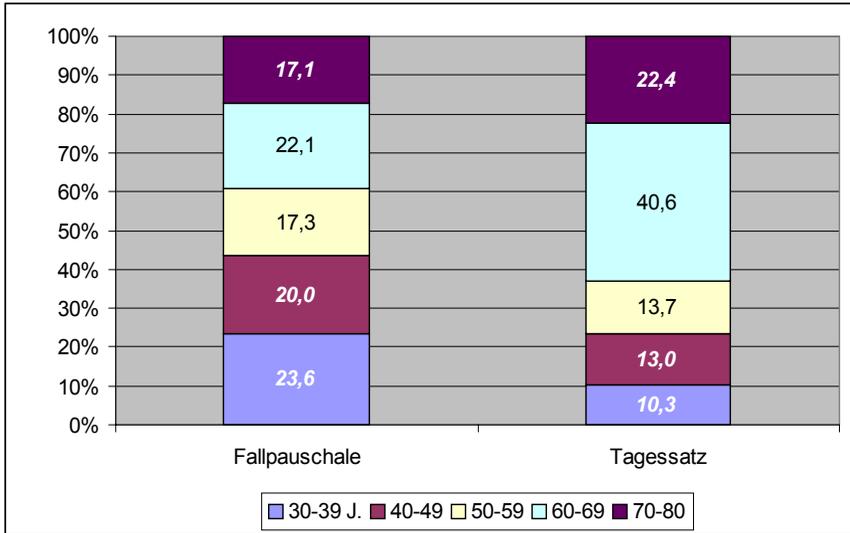
Unter den Befragten gibt es 25,4 % Fallpauschalen- (n=1.019) und 73,9 % Tagessatzpatienten (n=2.927). Für 28 Personen oder 0,7 % konnte die Vergütungsform nicht eindeutig geklärt werden. Fallpauschalenpatienten sind, wie 37 % der Tagessatzpatienten waren Frauen, ein Anteil, der bei Krankenhausaufhalten unter den Bedingungen von Fallpauschalen auf 50,4 % steigt.

zeigt, deutlich jünger als Tagessatzpatienten. So sind 63 % der Tagessatzpatienten 60 bis 80 Jahre alt, gegenüber lediglich 39,2 % der Fallpauschalenpatienten. 37 % der Tagessatzpatienten waren Frauen, ein Anteil, der bei Krankenhausaufhalten unter den Bedingungen von Fallpauschalen auf 50,4 % steigt.

Aufgrund des mehr oder weniger engen Indikationsbezugs von Fallpauschalen ist bei den damit vergüteten Fällen ein einziger überschaubarer und kalkulierbarer gesundheit-

licher Anlass des Krankenhausaufenthalts a priori wahrscheinlich. 88,8 % aller Fallpauschalen- gegenüber 79 % aller Tagessatzpatienten haben dann auch lediglich eine Krankheit genannt.

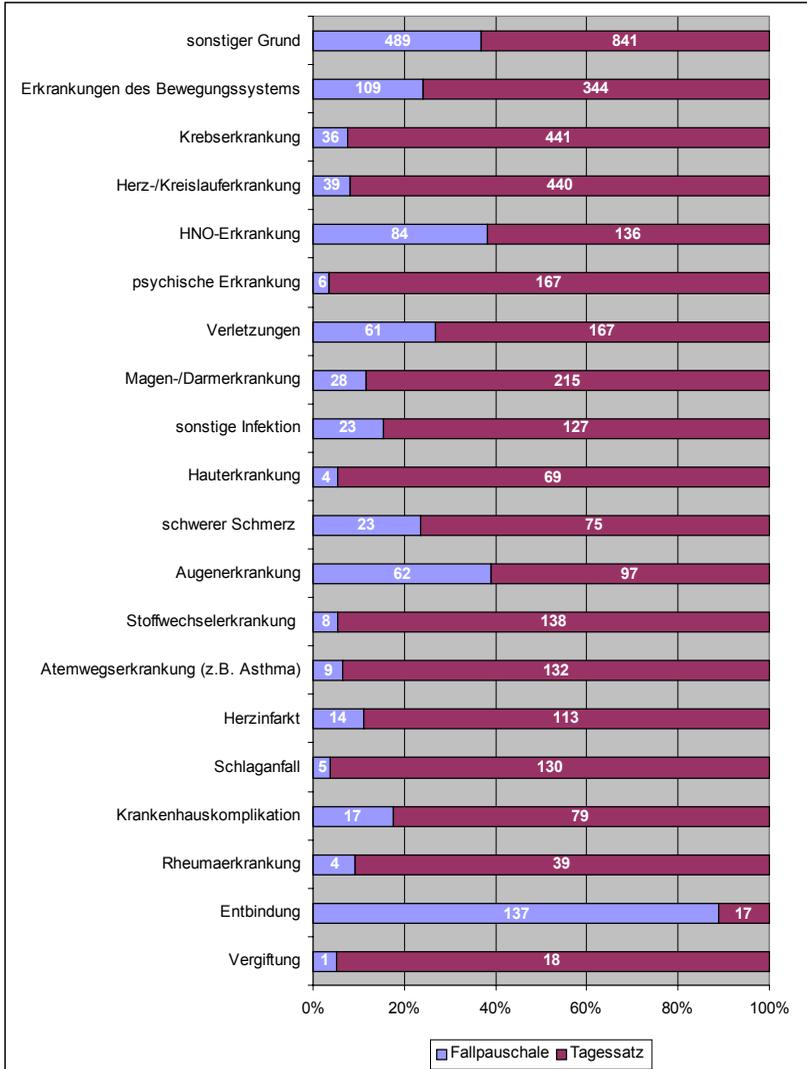
Abbildung 66: Vergleich der Altersstruktur von Fallpauschalen- und Tagessatzpatienten 2002



Wie sich die bereits nach der Lektüre des Katalogs der seit 1996 mit Fallpauschalen vergüteten Krankheitsbehandlungen erkennbaren Unterschiede der Art der Erkrankungen und Behandlungen bei den Befragten niederschlagen, zeigt Abbildung 67 für sämtliche von ihnen benannten Krankheitsgruppen deutlich. Die in den Fallgruppen angegebenen Zahlen geben die absolute Häufigkeit der Nennung dieser Diagnosen an und der Vergleich der Balkenlängen der beiden Vergütungsformen zeigt die relative Häufigkeit der krankheitsspezifischen Vergütungsformen.

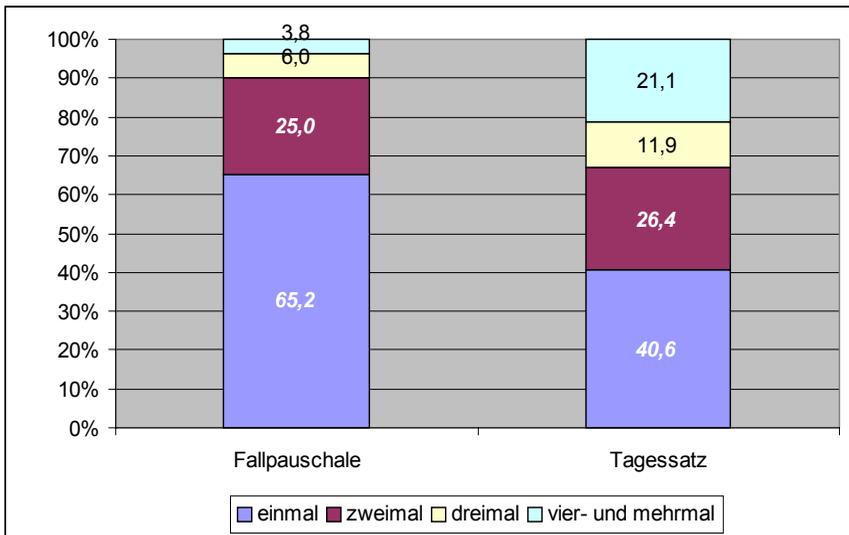
Weit überdurchschnittliche Anteile von mit Fallpauschalen vergüteten Behandlungen zeigen sich dann für Entbindungen, Augen- und HNO-Erkrankungen. Unter den quantitativ stark besetzten Krankheitsgruppen findet sich ein kräftig unterdurchschnittlicher Anteil, der mit Fallpauschalen vergütet wurde bei Krebs-, sonstigen Herz-/Kreislauf- und vor allem auch bei psychischen Erkrankungen.

Abbildung 67: Absolute und relative Häufigkeit von Fallpauschalen- und Tagessatzbehandlung nach Krankheitsarten 2002



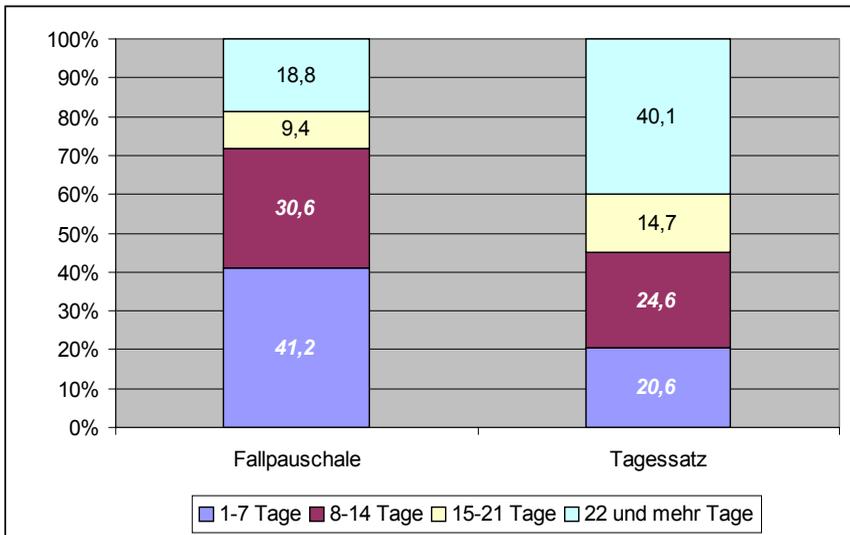
Unterschiedlich sehen auch die Vorerfahrungen der beiden Gruppen mit stationären Aufenthalten wegen des aktuellen gesundheitlichen Problems aus. Aus den GEK-Routinedaten wissen wir, dass der aktuelle Krankenhausaufenthalt für rund 27 % der Fallpauschalengruppe der bis dahin erste Fall war, während dies lediglich für etwas mehr als 15 % der Tagessatzgruppe zutrifft. 42,9 % aller Befragten (n=1.679) waren wegen des gesundheitlichen Problems, mit dem sie zuletzt in stationärer Behandlung waren, „schon mal zuvor im Krankenhaus“ gewesen. Von den Tagessatzpatienten waren dies 47,3 % und von den Fallpauschalen deutlich weniger 30 %. Wie die Abbildung 68 zeigt, ziehen sich diese Unterschiede in den stationären Vorerfahrungen und den damit u.U. verbundenen unterschiedlichen Morbiditätsniveaus zwischen den unterschiedlich vergüteten aktuellen Krankenhauspatienten auch durch weitere Vergleiche. Dem Anteil von 9,8 % aller Fallpauschalenpatienten mit dieser Art stationärer Vorerfahrung mit drei und mehr Aufenthalten stehen 33 % aller Tagessatzpatienten mit diesen Vorerfahrungen gegenüber.

Abbildung 68: Vergütungsform des aktuellen KH-Aufenthaltes und Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte wegen der aktuellen Erkrankungsart in den letzten 24 Monaten 2002



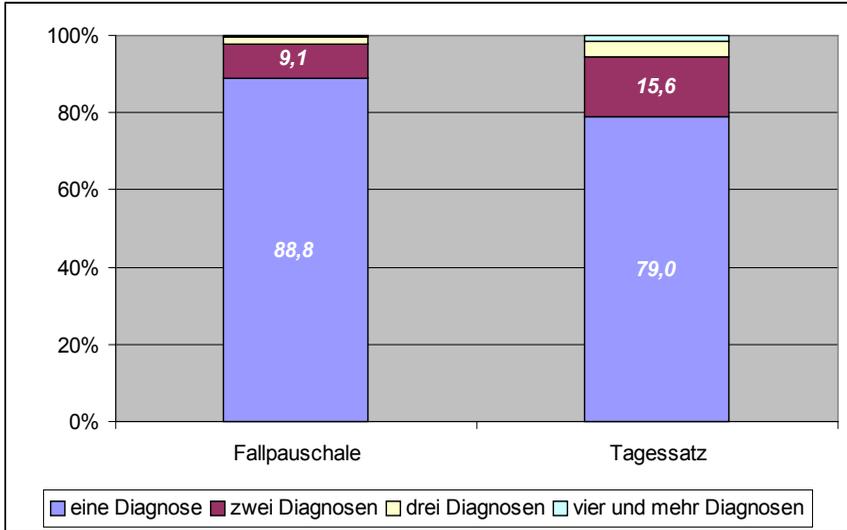
Fast zu erwarten war, dass die aktuellen Tagessatzpatienten nicht nur häufiger im Krankenhaus waren, sondern dort auch längere Zeiten verbringen mussten. Wie die Abbildung 69 zeigt, waren 40 % von ihnen in der Vergangenheit 22 Tage und mehr in stationärer Behandlung und lediglich knapp 19 % der Fallpauschalenpatienten.

Abbildung 69: Vergütungsform des aktuellen KH-Aufenthaltes und Dauer der Krankenhausaufenthalte wegen der aktuellen Erkrankungsart in den letzten 24 Monaten 2002



Schließlich ist die Morbiditätslast von aktuellen Tagessatzpatienten, ob aktuell oder als Kumulation früherer Erkrankungs- und Behandlungsprozesse entstanden, höher als die von mit Fallpauschalen vergüteten Patienten. Während nach der Abbildung 70 2,1 % von den Fallpauschalenpatienten ihren aktuellen Krankenhausaufenthalt mit drei und mehr Diagnosen begannen, waren es unter den Tagessatzpatienten schon 5,4 %.

Abbildung 70: Häufigkeit von Multimorbidität beim letzten Krankenhausaufenthalt nach Vergütungsformen 2002



3.2 Quantitative und qualitative Auswirkungen der Vergütungsformen

Die durchschnittliche Liegezeit betrug für alle Befragten 11,9 Tage. Die Liegezeit von Patienten mit Fallpauschalenvergütung betrug dagegen 9,7 und die für Patienten mit einer Tagessatzbehandlung 12,7 Tage. Der beabsichtigte und erwartete Effekt einer Abnahme der durchschnittlichen Verweildauer bei Behandlungsfällen mit Fallpauschalenvergütung ist also eindeutig zu beobachten.

Selbst wenn wir in unserer Untersuchung nichts über die genaue Art und den Preis der Fallpauschalen wissen, mit denen die Aufenthalte der betreffenden Befragten vergütet wurden, haben fallpauschalenvergütete Krankenhaufälle eine kürzere Verweildauer und wahrscheinlich auch geringere Ausgaben.

Nimmt man noch die Erkenntnisse über die vielfach von den Befragten als besser bewertete Versorgungsqualität von Fallpauschalenpatienten hinzu, zeigt die vergleichende

Analyse am Ende des Jahres 2002 auf den ersten Blick nur erwünschte und wünschenswerte und keinerlei unerwünschte Wirkungen der Fallpauschalen-Vergütung. Einer Verallgemeinerung der Fallpauschalensystematik in Gestalt der DRGs stünde also aus der bisherigen Sicht nichts im Wege. Die Frage ist daher eher, warum dies erst ab dem Jahr 2004 erfolgt?

Gegen den von ihren Protagonisten immer wieder hervorgehobenen finanziellen und qualitativen Nutzen von Fallpauschalen, gab es schon länger eine Reihe mehr oder weniger empirisch fundierter Gegenargumente, in deren Mittelpunkt die Vermutung stand, dabei handle es sich um Scheineffekte, die wenig mit der Fallpauschalen an sich zu tun hätten.

Ein Haupteinwand basiert auf der These, die positiven Effekte der Fallpauschalen beruhten nicht auf deren generalisierbaren Anreizen, sondern auf einer unter der bisherigen Parallelexistenz von Tagessatz- und Fallpauschalenvergütungen systematisch bedingten und geradezu geförderten Selektion von Erkrankungen, Behandlungsprozeduren und Patienten. Hinter den bisher rund 25 % der Fälle umfassenden Fallpauschalengeschehen würden sich relativ überschaubare Erkrankungen ohne nennenswerte Komorbidität und „unkomplizierte“ nicht multimorbide Patienten mit hoher Compliance verbergen und die Behandlung ist mit eindeutigen, erprobten und hochstandardisierten Prozeduren möglich.

Ob dies so ist und wie stark diese Selektionsprozesse sind, werden wir im Abschnitt 3.3 dieser Studie zum ersten Mal bundesweit verifizieren und quantifizieren.

Ein zweiter relativierender Einwand setzt am Verzerrungspotenzial der vorherrschend fallorientierten Betrachtungsweise an. Würde man das Geschehen nicht Fall für Fall betrachten, sondern den Personenbezug herstellen, würde man eine Erhöhung der so genannten Rehospitalisierungsrate stationär behandelter Patienten feststellen. Steigt aber die Häufigkeit einer oder mehrerer rascher Wiedereinweisungen von jüngst mit kürzer werdenden Verweildauer entlassener Patienten, würden große Teile des finanziellen und möglicherweise gesundheitlichen Effekts der Fallpauschalenvergütung verschwinden, wenn nicht sogar völlig kompensiert. Ob dies empirisch zutrifft, wird systematisch und empirisch in den Abschnitten 5.2.2 und 5.5 untersucht.

Drittens gibt es Zweifel daran, ob die nicht zuletzt durch unsere Patientenbefragung mehrfach bestätigte bessere Versorgungsqualität von unter Fallpauschalenbedingungen behandelten Patienten ausschließlich oder auch nur wesentlich mit der Form der Vergütung zu tun hat oder daran ganz andere Bedingungen mitbeteiligt oder sogar allein ver-

antwortlich sind. Ob dies so ist, untersuchen wir im Abschnitt 3.4 mit einer multivariaten Analyse der Patientenbewertungen ausgewählter Indikatoren der Versorgungsqualität.

Sofern und je mehr wir für einen oder mehrere dieser Einwände empirische Belege finden, desto geringer werden die fast schon im Selbstlauf erwarteten positiven Wirkung der Fallpauschalenvergütung und desto größer wird die Wahrscheinlichkeit des Auftretens und des sich Breitmachens unerwünschter Effekte.

3.3 Vorteile der Fallpauschalenvergütung durch Selektion von Erkrankungen und Patienten?

Vergleicht man unterschiedliche Populationen, Strukturen oder Ordnungen, muss kontrolliert werden, ob unterschiedliche Resultate tatsächlich Ausdruck unterschiedlicher materieller oder immaterieller Wirkungen sind oder ganz bzw. zu einem bestimmenden Teil auf systematisch anderen strukturellen Ausgangsbedingungen beruhen.

Bei der Bewertung der in zahlreichen bivariaten Analysen über die positive Assoziation der Fallpauschalenvergütungsform mit einer hohen Zufriedenheit von Patienten mit wichtigen qualitativen Bedingungen der stationären Versorgung muss also gefragt werden, ob Teile oder gar der gesamte Effekt auf einer systematischen *passiven* oder *aktiven Selektion* von Patienten beruht. Unter passiver Selektion verstehen wir einen nicht mehr zufälligen Auswahlprozess, der selbst ohne das Zutun von Krankenhausakteuren z.B. durch die Art der mit einer Fallpauschale zu vergütenden Erkrankungen und Behandlungsprozeduren bedingt wird. Zu fragen ist also, ob die Aufteilung des stationären Gesamtgeschehens in rd. 25 % Fallpauschalen- und 75 % Tagessatzbehandlungen nicht notwendigerweise zu zwei Gruppen mit völlig unterschiedlichen Behandlungsfällen bzw. Patienten führt. Aktive Selektion meint zweierlei: Zum einen wird damit ein Verhalten von Krankenhäusern charakterisiert, möglichst gar keine oder nur wenige gesundheitlich oder sozial „komplizierte“ Patienten aufzunehmen und „am Stück“ zu behandeln. Zum anderen meint aktive Selektion aber auch eine zweite Feinauswahl nochmals „unkomplizierter“ Fallpauschalenpatienten.

In der Debatte um DRGs taucht durchgängig das Argument oder der Verdacht auf, sie reizen die Krankenhäuser zu einer aktiven Selektion von möglichst kalkulierbaren und unkomplizierten Patienten an, mit denen eine kostenoptimale Behandlung in jedem Fall klappt. Multimorbide oder chronisch kranke Patienten, die häufig als Folge ihrer Er-

krankungslage in einer Art stationärer Dauerbehandlung stecken würden benachteiligt. Diese Patienten hätten einen großen Bedarf an für ihre Genesung notwendigen aber schwer kalkulierbaren Leistungen wie soziale Unterstützung und kommunikative Bemühungen um eine optimale Compliance.

Ob an diesen Befürchtungen etwas dran ist, kann man durch die differenzierte Analyse von persönlichen Merkmalen der Patienten, deren Krankenhausbehandlung schon heute mit einer Fallpauschale vergütet wurden nur sehr bedingt verifizieren. Dies liegt zum einen daran, dass Fallpauschalen aktuell nur für eine Minderheit ganz spezifischer Erkrankungen und damit auch nur für einen bestimmten Typ von Patienten existieren. Es gibt also unter der aktuellen Fallpauschalen-Vergütungsordnung eine systematische Selektion von Krankheitssituationen und Patienten, die völlig unabhängig vom aktiven Verhalten der Krankenhäuser funktioniert. Konkret heißt das, dass man unter Fallpauschalenpatienten vermutlich immer einen überdurchschnittlichen Anteil von jüngeren, weiblichen und Patienten mit überschaubaren Standard-Operationen findet. Ob zu dieser Art „passiven“ Selektion noch „aktive“ Auswahlprozesse einzelner Krankenhäuser kommen, kann auf dem Hintergrund der von unseren Befragten doch relativ häufig genannten Erfahrungen mit der Abweisung einer Aufnahme als möglich angesehen werden. Es kann aber mit den vorliegenden Daten nicht genauer belegt werden.

Trotzdem wollen wir die soziodemografischen und weiteren Merkmale von Fallpauschalen- im Vergleich zu Tagessatzpatienten aus einem anderen wichtigen Grund genauer betrachten. Je stärker und spezifischer sich die Alters-, Gesundheits- oder Inanspruchnahmeprofil nämlich unterscheiden, desto mehr können und müssen heutige Unterschiede der Behandlungsqualität auf aktive oder passive Selektion von Patienten und weniger oder kaum mehr auf eine prinzipiell qualitätsverbessernde Dynamik der Fallpauschalenvergütung zurückgeführt werden. Für die Zukunft einer fast ausschließlich fallpauschalenvergüteten Krankenhausbehandlung bedeutet dies: Egal wie gut aus Sicht der heutigen, möglicherweise qualitativ selektierten Fallpauschalen-Patienten ihre Behandlung ist, wird sich dieser Vorsprung durch die Einbeziehung der Mehrheit heutiger Tagessatzpatienten mit ihren völlig anderen soziodemografischen und Krankheitscharakteristika abnehmen, völlig verschwinden oder sich gar ins Gegenteil verkehren.

Um die positiven Qualitätsbeurteilungen und die möglicherweise darüber mitgeförderten Behandlungserfolge der heutigen Fallpauschalenpatienten auch dann zu erhalten, wenn alle Krankenhausaufenthalte mit DRGs bezahlt werden, bedarf es also mit Sicherheit erheblicher zusätzlicher Bemühungen um die Qualitätssicherung, ohne dass der Erfolg sicher ist.

Um hierüber mehr Klarheit zu bekommen, haben wir uns wesentliche persönliche und versorgungsstrukturelle Merkmale der befragten Patienten etwas genauer angesehen. Für diese nehmen wir theoretisch einen irgendwie gearteten Zusammenhang mit der Vergütungsform an. Um vergleichen zu können, ob es und welche strukturellen Unterschiede zwischen Tagessatz- und Fallpauschalenpatienten heute existieren und wie groß diese sind, sind wir folgendermaßen vorgegangen: Für jedes der Merkmale ermittelten wir, wie häufig es bei allen Befragten sowie den Fallpauschalen- oder Tagessatzpatienten auftritt und errechneten die positiven und negativen Abweichungen der Vergütungsformgruppen in Prozentpunkten. Danach errechneten wir die Abweichung des Anteils der Tagessatz- und Fallpauschalenpatienten in Prozent vom Gesamtdurchschnitt. Konkret: 39,7 % aller Befragten lagen bei ihrem letztem Aufenthalt in der chirurgischen Abteilung eines Krankenhauses. Von den Fallpauschalenpatienten waren es 55,4 % (positive Abweichung vom Durchschnitt=15,7 Prozentpunkte) und 34,2 % (negative Abweichung vom Durchschnitt=5,5 Prozentpunkte) von den Tagessatzpatienten. Hieraus errechnet sich dann ein Anteil von in der Chirurgie behandelter Fallpauschalenpatienten, der um 39,6 % positiv vom Durchschnitt abweicht und ein um 13,9 % negativ abweichender Anteil von chirurgischen Tagessatzpatienten.

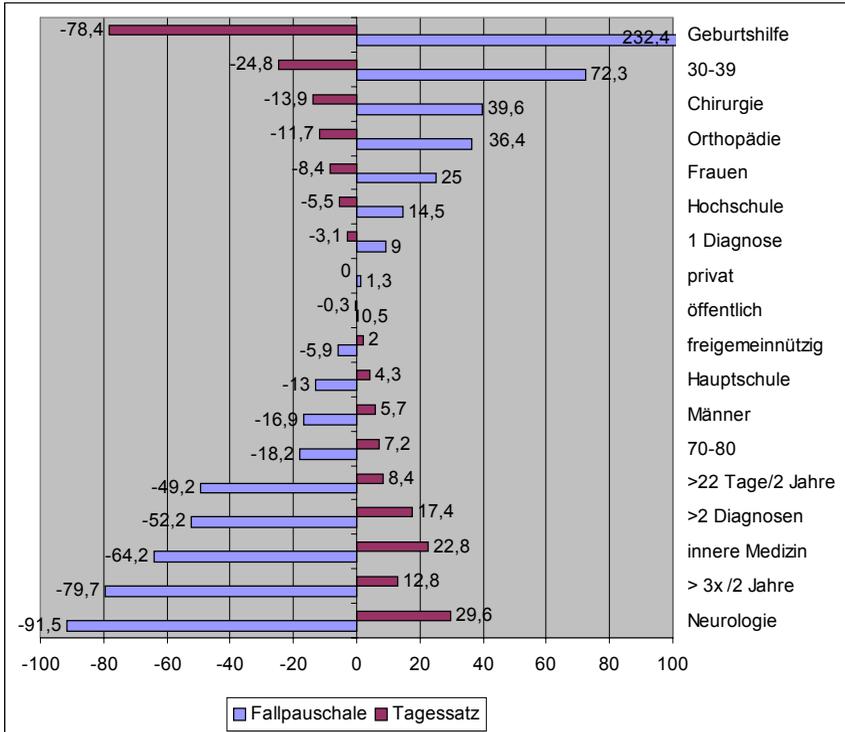
In der Abbildung 71 wird numerisch wie optisch deutlich, dass unter den Befragten, mit einem fallpauschalenvergüteten Krankenhausaufenthalt Patienten mit eher bzw. in der Regel unkomplizierten und überschaubaren chirurgischen und orthopädischen Behandlungen sowie Entbindungen, Jüngere, Frauen und Personen mit einer Erkrankungsart überdurchschnittlich vertreten sind. Unterdurchschnittlich tauchen in der Fallpauschalengruppe Patienten mit sehr oft komplizierten und unkalkulierbarer internistischer oder neurologischer Art, ältere und multimorbide Menschen mit häufigen und längeren stationären Aufenthalten in der letzten Zeit sowie Männer auf.

Mit etwas geringerer Ausprägung findet sich dieses Ergebnis auch dann, wenn man sich die Ausprägung der Merkmalsstruktur der unter tagesgleichen Pflegesätzen behandelten Befragten ansieht: Unter diesen Patienten sind die mit eher unkomplizierten Erkrankungen, Jüngere und Personen mit nur einer Erkrankung unterdurchschnittlich zu finden. Überdurchschnittlich sind unter ihnen dagegen Patienten mit vielen, aufwändigen und bereits früher behandelten Erkrankungen und Ältere zu finden.

Auch wenn die quantitativen Unterschiede geringer sind als bei den anderen Merkmalen, möchten wir schließlich noch gesondert auf die Existenz von sozialen Gruppenunterschieden hinweisen. So finden sich unter den Befragten mit einer Fallpauschalenbehandlung überdurchschnittlich viele Hochschulabsolventen und unterdurchschnittlich

viele Personen mit Hauptschulabschluss. Genau umgekehrt sieht es auf etwas niedrigerem Niveau bei den Tagessatzpatienten aus. Die geringsten Abweichungen vom Durchschnitt gibt es schließlich beim Krankenhausstyp und den beiden Vergütungsformen.

Abbildung 71: Positive und negative Abweichungen spezifischer Patientengruppen unter Fallpauschalen- und Tagessatzvergütung 2002³⁰



³⁰ Das Merkmal „>22 Tage/2 Jahre“ meint die Befragten, die innerhalb der letzten 2 Jahre länger als 22 Tage wegen der Erkrankungsart des aktuellen Krankenhausaufenthalts in stationärer Behandlung waren. Das Kürzel „>3x/2 Jahre“ meint einen mehr als dreimaligen stationären Aufenthalt mit derselben Erkrankung in den letzten 2 Jahren.

Offensichtlich verbergen sich hinter Wirksamkeits- und Qualitätsunterschieden zwischen den mit Tagessätzen oder Fallpauschalen vergüteten „Fällen“ auch die untersuchten Umstände und Bedingungen soziodemografischer Art, die Art der gesundheitlichen Risiken und die dafür bisher notwendigen Behandlungsverläufe. Die Unterschiede der Vergütungsform-Outcomes hängen in entscheidendem Maße von diesen Bedingungen ab. Wenn die Möglichkeiten der passiven wie aktiven Selektion mit der flächendeckenden Einführung der DRG-Fallpauschalen entfallen, also fast alle der bisher mit Tagessätzen vergüteten „Fälle“ unter Fallpauschalenbedingungen behandelt werden müssen, werden die bisher positiven finanziellen und qualitativen Effekte bei den Fallpauschalenpatienten *ceteris paribus* gemindert oder sogar aufgehoben.

Statt allein auf eine unter völlig anderen Input-Bedingungen unrealistische positive und erwünschte Wirkung von Fallpauschalen zu setzen, muss prioritär oder zumindest gleichrangig darüber nachgedacht werden, wie die Behandlung der heute mehrheitlich zu Tagessatzkonditionen behandelten „Problemgruppen“ durch alternative qualitative Veränderungen der Behandlungsformen und –qualitäten effektiver und effizienter werden kann.

3.4 Multivariate Analysen des Einflusses der Vergütungsform auf wichtige Elemente der Prozess- und Ergebnisqualität aus Patientensicht

Unabhängig davon, ob große Teile der finanziellen Vorteile und der besseren Bewertung von Leistungen durch die Patienten, die gerade eine fallpauschalenfinanzierte Behandlung hinter sich haben, auf aktiver oder passiver Selektion beruhen, stellt sich die Frage nach dem tatsächlichen Einfluss der Vergütungsform auf die Bewertungen der Behandlungsqualität durch Patienten. Nachdem in den bivariaten Analysen neben der Vergütungsform auch eine Reihe organisatorischer und inhaltlicher Bedingungen der Behandlung immer wieder eine gewisse Rolle gespielt haben, muss eine multivariate Analyse klären, wodurch die positiven Wahrnehmungen und Bewertungen des Behandlungsprozesses und –ergebnisses durch die Patienten hauptsächlich beeinflusst werden.

Dies erfolgt durch mehrere Regressionsanalysen, in denen für die abhängigen Merkmale der Patientenbefragung untersucht wird, welche Faktoren überhaupt eine Bedeutung haben.

Als *abhängige* Merkmale werden folgende Faktoren untersucht: Empfehlung des in Anspruch genommenen Krankenhauses an Freunde und Verwandte, Besserung des gesundheitlichen Zustandes nach der Entlassung, eine erfolgreiche Schmerztherapie, ausgewählte allgemeine Erfahrungen im Krankenhaus (z.B. mit Aufmerksamkeit und Würde behandelt; Gefühl, als Nummer behandelt worden zu sein; Gefühl, dass Geld und Kosten eine entscheidende Rolle spielen), das Vertrauen in Ärzte und Pflegende und die Bewertung der Dauer des letzten Krankenhausaufenthalts.

Als *unabhängige* Merkmale, deren Einfluss auf Bewertung verschiedenster Qualitätsmerkmale wir aufgrund theoretischer Erwägungen und den Ergebnissen der bivariaten Analysen für wahrscheinlich halten, gehen die folgenden Faktoren und Bedingungen ein: Vergütungsform, Alter, Geschlecht, Bildungsabschluss, Morbidität/Multimorbidität/Anzahl der Diagnosen beim letzten Krankenhausaufenthalt, Organisation der ärztlichen Betreuung, Informationsstand über den Patienten zu Beginn der stationären Behandlung, Möglichkeit der Mitbestimmung bei der Behandlung, Güte der Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden, Trägerform des Krankenhauses und die Länge des letzten Krankenhausaufenthalts.

Um die Analysen griffiger und verständlicher zu machen, sind alle abhängigen Merkmale vor der Regressionsanalyse dichotomisiert worden. D.h., sie können sich maximal um einen ganzen Wert z.B. zwischen 0 und 1 verändern. Damit zeigt der Wert des Koeffizienten B an, um wie viel Prozent sich der Wert des abhängigen Merkmals durch das jeweils betrachtete unabhängige Merkmal in die eine oder andere inhaltliche Richtung verändert.

Wenn man also z.B. untersucht (siehe Tabelle 13), welche Faktoren Einfluss auf die Empfehlung des Krankenhauses an andere Personen hat (Empfehlung ja/nein) und nun die Leute, welche die Kooperation von Ärzten und Pflegenden als gut bewerten ein hochsignifikantes Ergebnis mit einem positiven Koeffizienten von 0,35 haben, bedeutet dies folgendes: Die Kooperationsgüte des Personals spielt eine große Rolle bei Empfehlungen. Wenn es sich um Patienten mit positiver Bewertung handelt, ist die Häufigkeit bzw. Wahrscheinlichkeit einer Empfehlung um 35 % höher als wenn es sich um Patienten mit einer negativen Bewertung der Kooperation handelt.

Zwischen dem Faktum eines Hochschulabschlusses und der Bewertung von erhaltener Schmerztherapie als erfolgreich besteht ein statistisch überzufälliger negativer Zusammenhang. Bei Patienten mit Hochschulabschluss ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie

ihre Schmerztherapie als erfolgreich bewerten um 11 % geringer als bei Personen mit anderen Bildungsabschlüssen.

Für alle Modelle, die hier regressionsanalytisch untersucht wurden, gelten folgende Standards: Jedes der Modelle hat insgesamt eine Vertrauenswahrscheinlichkeit auf dem 99 %-Prozent Niveau. In den Tabellen finden sich nur dann B-Koeffizienten, wenn sie innerhalb des jeweiligen Modells auf dem 95 %- (*) oder 99 %-Niveau (**) signifikant sind, d.h. es sich statistisch um nicht mehr zufällige Zusammenhänge handelt. Auf den Eintrag nichtsignifikanter Werte haben wir verzichtet. Die teilweise sehr niedrigen R-Quadratwerte sind der Hinweis auf die Existenz weiterer offensichtlich auch wirksamer Einflussgrößen auf eine Reihe der untersuchten abhängigen Merkmale der stationären Behandlung. Auch wenn es diese in zukünftigen Untersuchungen erst noch zu finden gilt, kann aus den vorliegenden Berechnungen doch schon jetzt zweierlei geschlussfolgert werden: Einige der vermutlich oder vermeintlich einflussreichen „harten“ Bedingungsgrößen, etwa die Vergütungsform haben einen weit geringeren und meist auch einen zufälligen Einfluss auf wichtige Prozess- und Ergebnisqualitätsbewertungen von Patienten. Schon jetzt haben aber eine Reihe „weicher“ und „altmodischer“ Faktoren, wie die Kooperationsgüte von Pflegenden und Ärzten oder die feste ärztliche Verantwortung für einen Patienten systematische und nicht mehr zufällige Bedeutung.

Tabelle 13: Regressionsanalyse für ausgewählte Aspekte der Ergebnisqualität der Krankenhausbehandlung 2002

	Krankenhaus- Empfehlung	gute Besserung	gute Schmerztherapie	Aufenthalt zu kurz	Aufenthalt zu lang
Arzt/Pflege-Kooperation gut	0,35**	0,09*	0,29**	-0,06	-0,14
bestimmter Arzt	0,08**	-	-	-	-0,04
aktuell 3 und mehr Diagnosen	-	-	-	-	-
Fallpauschale	-	0,06*	-	-	-0,04
30-39 Jahre	-	-	-	-	-
Frauen	-	-	-	0,04*	-0,06
70-80 Jahre	-	-	-0,08	-	-
Hochschulabschluss	-	-	-0,11	-	-0,05
Mitbestimmung	0,07**	-	0,19**	-0,04	-0,05
öffentlicher Träger	-	-	-	-	-
Information Vor-Behandlung gut	0,06*	-	0,10*	-	-
Information Krankheit gut	0,06*	-	-	-	-
privater Träger	-	-	-	-	-
Hauptschule	-	-	-0,1	-	-
R-Quadrat	0,288	0,054	0,135	0,024	0,078

Als weiteres wichtiges unabhängiges Merkmal für die von uns ausgewählten Indikatoren für die Qualität des Ergebnisses der stationären Behandlung aus Patientensicht erweisen sich die Möglichkeit zur Mitbestimmung bei der Behandlung und die Vorinformation der Krankenhausärzte über die Art und die Vorbehandlung der Erkrankungen ihrer frisch aufgenommenen Patienten.

In der multivariaten Analyse spielt die Tatsache einer Fallpauschalenvergütung der Behandlung keine oder nur eine sehr geringe Rolle. Die Trägerform macht sich ebenfalls bei keinem unabhängigen Merkmal als Einflussfaktor bemerkbar.

Tabelle 14: Regressionsanalyse für wichtige Erfahrungen während der stationären Behandlung 2002

	Behandlung mit Aufmerksam- keit (ja/nein)	Personal vorbildlich (ja/nein)	Gefühl Nummer (nein/ja)	Finanzen im Mittel punkt (nein/ja)	Technik dominiert (nein/ja)
Arzt/Pflege-Kooperation gut	0,45**	0,51**	0,46**	0,25**	0,31**
bestimmter Arzt	0,10**	0,05*	0,08**	0,09*	0,08*
aktuell 3 und mehr Diagnosen	-	-	-0,1	-	-0,1
Fallpauschale	-	-	0,06*	-	-
30-39 Jahre	-	-0,05	-0,07	-0,12	-
Frauen	-	-	-	-	-
70-80 Jahre	0,06*	-	-	0,06*	-0,12
Hochschulabschluss	-	-	-	-	-
Mitbestimmung	0,15**	0,06**	0,11**	0,12**	0,10**
öffentlicher Träger	-	-	-	-	-
Information Vor-Behandlung gut	0,08*	0,09**	-	-	-
Information Krankheit gut	-	-	0,10*	-	0,12*
privater Träger	-	-	-	-	-
Hauptschule	-	-	-	-	-
R-Quadrat	0,306	0,339	0,258	0,155	0,136

Auch bei der mehrdimensionalen Analyse wichtiger erfragter Erfahrungen von Grundkonstellationen der Art und Qualität stationärer Versorgung erweisen sich, wie die Tabelle 14 zeigt, erneut die traditionellen „weichen“ Bedingungen als teils hochsignifikante Einflussgrößen. Bewertet ein Patient die Kooperation von Ärzten und Pflegenden als gut oder sehr gut, steigt etwa die Wahrscheinlichkeit, dass er nicht das Gefühl hat, als Nummer behandelt zu werden um 46 %. Diejenigen, die wegen drei und mehr Erkrankungen im Krankenhaus lagen, hatten aber eine um 12 % niedrigere Wahrscheinlichkeit, diese Erfahrung gemacht zu haben.

Für die Zukunft des Gesundheitswesens bedenklich ist die um 12 % höhere Wahrscheinlichkeit, dass 30-39-Jährige die Erfahrung machten, die Finanzen und Kosten ständen im Mittelpunkt des Krankenhausgeschehens.

Auch hier spielt die Vergütungsform, hier die Fallpauschale, keine oder bei der Erfahrung, eine „Nummer zu sein“ nur eine quantitativ geringe systematische Rolle von 6 %.

Ein für die Wirksamkeit und Effizienz der stationären Behandlung nicht zu unterschätzender Faktor ist das Vertrauen. In der Tabelle 15 sind die regressionsanalytisch gewonnenen Erkenntnisse über die systematischen Bedingungsfaktoren dieser immateriellen Ressource im Gesundheitsbereich zusammengestellt.

Auch hier sind es die bereits mehrfach signifikant auffällig gewordenen personalen, sozialen und organisatorischen Bedingungen und nicht oder vereinzelt sehr schwach Anreize der Vergütungsform Fallpauschale, die positiv oder auch negativ zum Vertrauen beitragen.

Tabelle 15: Regressionsanalyse für das Vertrauen von Patienten zu Ärzten, Pflegenden und „zum Krankenhaus“ 2002

	Vertrauen Arzt	Vertrauen Pflege	Vertrauen KH
Arzt/Pflege-Kooperation gut	0,44**	0,40**	0,48**
bestimmter Arzt	0,08**	-	0,04*
aktuell 3 und mehr Diagnosen	-0,07	-	-
Fallpauschale	-	-	0,04*
30-39 Jahre	-	-0,06	-
Frauen	-	-	-0,03
70-80 Jahre	-	-	-
Hochschulabschluss	-	-	-
Mitbestimmung	0,09**	0,07**	0,08**
öffentlicher Träger	-	-	-
Information Vor-Behandlung gut	-	-	0,06*
Information Krankheit gut	0,13**	0,07*	0,09**
privater Träger	-	-	-
Hauptschule	-	-	-
R-Quadrat	0,364	0,195	0,351

Als Ergebnis der multivariaten Regressionsanalyse des von Patienten berichteten stationären Versorgungsgeschehens steht fest: Die Vergütungsform und damit auch die Fallpauschalenbehandlung spielt eine im Vergleich mit anderen strukturellen Bedingungen der Behandlung dritt- oder viertrangige Rolle und ist dann nur auf ganz niedri-

gem Niveau signifikant. Eine Beeinflussung der genannten und wahrscheinlich auch anderer patientenbezogener Prozess- und Ergebnisqualitäts-Indikatoren ist hiernach nicht oder nur in sehr geringem Umfang durch die materiellen Anreize der Vergütungsformen allein möglich und sinnvoll. Viel wirksamer dürften Bemühungen sein, die interprofessionelle Kooperation, die Mitbestimmungsmöglichkeiten, die Herstellung eines festen Patient-Arzt-Verhältnisses oder ein gutes Informationsmanagement bei der Aufnahme von Patienten ins Krankenhaus sein.

4 Vergleichende Analyse der Versorgungsqualität in Krankenhäusern unterschiedlicher Trägerform

Klare Unterschiede der Behandlungserfahrungen und Bewertungen der Befragten waren häufig damit assoziiert, welche Trägerform das beim letzten Krankenhausaufenthalt aufgesuchte Krankenhaus hatte. Viele positive Erfahrungen mit wichtigen Elementen der Prozess- und Ergebnisqualität wurden immer wieder von Befragten berichtet, die in einem Krankenhaus in privater Trägerschaft behandelt worden waren. Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft, ob Uni-Kliniken oder etwa städtische Akutkrankenhäuser, fielen dagegen deutlich ab, während die Indikatoren der in freigemeinnützige Krankenhäuser behandelten Befragten mal dem einen und mal dem anderen Trägertyp ähnelten.

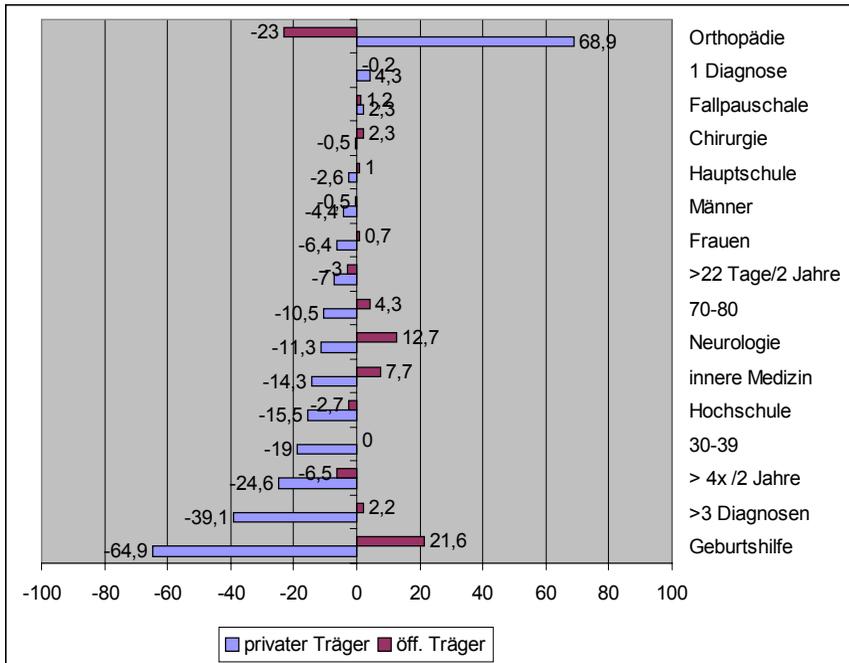
Dies soll wegen der nach Einführung von DRGs erwarteten raschen Zunahme von privatwirtschaftlichen, primär gewinnorientierten Krankenhäuser bzw. Krankenhausketten (Gerste 2003) aber genauer hinterfragt werden. Wenn sich die vielfach besseren Erfahrungen und Behandlungsergebnisse von Patienten in privat getragenen Krankenhäusern erhärten lassen sollten, wäre dieser Trend positiv zu bewerten. Bestätigten sich die positiven Resultate aber nicht oder erwiesen sich erneut und überwiegend als Ergebnis von Selektionsprozessen, könnten sich die Akteure, die diese Entwicklung befürchten auch empirische Erkenntnisse stützen.

Die bereits im Abschnitt 3.3 für den Vergleich zwischen Tagessatz- und Fallpauschalenvergütung durchgeführte Suche nach aktiv oder passiv entstandenen strukturell ungleichen Voraussetzungen, wird auch für unsere Befragten und die von ihnen in Anspruch genommenen Krankenhäuser fündig. Zwar mit einer etwas geringeren Ausprägung und auch nicht durchweg, finden sich in privaten Krankenhäusern Patienten, die hinsichtlich ihres Alters, ihrer Krankheitsarten und der Intensität ihrer Erkrankung eher „einfache Fälle“ mit überschaubareren Erkrankungsbildern.

Im Vergleich von Privat- mit öffentlich getragenen Akutkrankenhäusern (siehe Abbildung 72) haben erstere einen weit unterdurchschnittlichen (-39,1 %) Anteil an Patienten mit 3 und mehr aktuellen Diagnosen, von denen in öffentlichen Hospitälern auch noch leicht überdurchschnittlich viele (+2,2 %) lagen. Der Anteil von oftmals aufwändig zu behandelnden neurologisch Erkrankten war in Privatkrankenhäusern erneut unterdurchschnittlich (-11,3 %) und in öffentlichen Krankenhäusern mit 12,7 % überdurchschnittlich. Selbst wenn sich beide verglichenen Krankenhaustypen unter

dem Durchschnitt aller Krankenhäuser liegen, ist dies bei öffentlichen Krankenhäusern schwächer ausgeprägt.

Abbildung 72: Positive und negative Abweichungen spezifischer Patientengruppen in privat und öffentlich (ohne Uni-Kliniken) getragenen Krankenhäusern 2002³¹

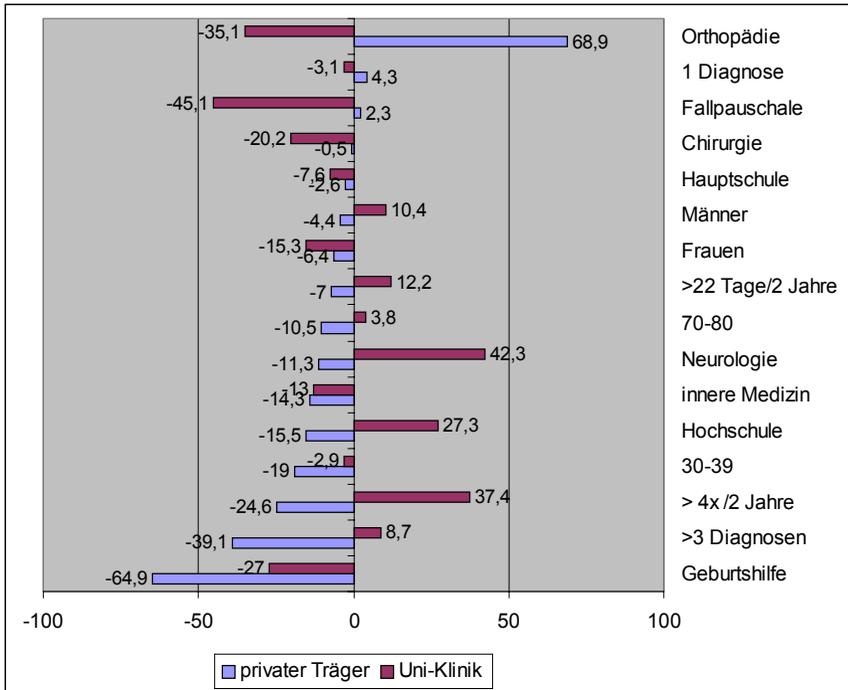


So liegen sie etwa beim Anteil von Patienten, die in den letzten 2 Jahren wegen ihrer aktuellen Erkrankung vier und mehrmals in stationärer Behandlung waren mit -6,5 % unter dem Durchschnitt. In den privaten Krankenhäusern liegt dieser Anteil aber mit -24,6 % deutlich niedriger.

³¹ Das Merkmal „>22 Tage/2 Jahre“ meint die Befragten, die innerhalb der letzten 2 Jahre länger als 22 Tage wegen der Erkrankungsart des aktuellen Krankenhausaufenthalts in stationärer Behandlung waren. Das Kürzel „>4x/2 Jahre“ meint einen mehr als dreimaligen stationären Aufenthalt mit derselben Erkrankung in den letzten 2 Jahren.

Ähnliche Unterschiede ergeben sich (vgl. Abbildung 73) auch zwischen den Patienten in privaten Krankenhäusern und öffentlichen Universitätskliniken.

Abbildung 73: Positive und negative Abweichungen spezifischer Patientengruppen in privat getragenen Krankenhäusern und Uni-Kliniken 2002



In weiteren, hier nicht dokumentierten Vergleichen der verschiedenen Trägertypen von Krankenhäusern, zeichnen sich weitere selektive Nachteile der beschriebenen Art auch zwischen öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern ab. Letztere haben aber selber einige „Strukturnachteile“ gegenüber den privat getragenen Häusern.

Ein spürbarer Teil der in den bivariaten Analysen beobachteten Vorteile der privaten Krankenhäuser beruht also nicht auf der dort besseren, d.h. wirksameren und wirtschaftlicheren Organisation und Arbeit, sondern auf einer hierfür besonders geeigneten und aktiv wie passiv gehegten Patienten- und Anforderungsstruktur.

5 Analysen stationärer Behandlungen mit Routinedaten

Nachdem bisher die subjektiven Bewertungen der Krankenhausaufenthalte aus Patientensicht im Zeitraum von Ende 2002 bis Anfang 2003 betrachtet wurden, folgen in diesem Kapitel Bewertungen der Krankenhausaufenthalte mittels Zeitreihen und Längsschnittanalysen. Die Datenbasis hierfür sind die prozessproduzierten Mitglieder-Daten der GEK.

Wie in Abschnitt 1.3 diskutiert, wird die Krankenhausvergütung nach tagesgleichen Pflegesätzen unter Effizienzgesichtspunkten sehr kritisch gesehen. Es besteht ein Anreiz, Patienten unnötig lang im Krankenhaus zu halten, statt deren ambulante Versorgung durch eine bessere Verzahnung nach dem Krankenhausaufenthalt gezielt sicher zu stellen.

Als Versuch, diese Probleme zu lösen, wurden die Fallpauschalen konzipiert und im Jahr 1996 für eine Reihe von Leistungen flächendeckend durchgesetzt. Die Befürworter erwarteten dadurch eine Kostenersparnis für das Gesundheitssystem. Die Gegner der Fallpauschalen befürchteten, die Pflegeleistungen im Krankenhaus würden darunter leiden. Zu befürchten wären vorzeitige Entlassungen der Fallpauschalen-Patienten, die dazu führten, dass die Patienten recht schnell nachbehandelt werden müssten. Zudem wurde unterstellt, das Einsparungspotential der Fallpauschalen würde umgangen werden können, so dass zusätzliche medizinisch nicht indizierte Diagnosen gestellt würden, welche erneut die Kosten in die Höhe treiben. Eine weitere Möglichkeit, die Einnahmen für die Krankenhäuser zu steigern, würde darin bestehen, die Tagessatz-Patienten im Ausgleich länger im Krankenhaus verweilen zu lassen.

Inwieweit diese Wünsche und Befürchtungen in Erfüllung gegangen sind, wird sich in diesem Kapitel nach einer dazu erstmals durchgeführten Analyse der Routinedaten der GEK zeigen. Nach einer kurzen Beschreibung der verwendeten Daten werden zunächst im Groben die Verweildauern und die Wiederaufnahmen in den Jahren 1990 – 2002 dargestellt. Anschließend wird der Frage nachgegangen, ob die Veränderungen in den Verweildauern und den Wiederaufnahmen auf die Gesamtzeit in stationärer Behandlung und auf die Anzahl der stationären Behandlungen einwirken. Zudem sind wir mit den verwendeten Daten auch in der Lage, die Entwicklung der Anzahl der Diagnosen über diesen Zeitraum darzustellen.

Im Vergleich der Jahre 1995 und 2002 soll dann detailliert nach Diagnosegruppen gezeigt werden, inwieweit sich die Zahl der Diagnosen geändert hat. Für das Jahr 2002

wird die Anzahl der Diagnosen zudem differenziert für Fallpauschalen-Patienten und Tagessatz-Patienten dargestellt. Außerdem wird gezeigt, inwieweit sich Einweisungs-, Aufnahme- und Entlassungsdiagnosen voneinander unterscheiden.

Im Abschnitt 2 haben wir bereits vielfach dargestellt, ob sich die subjektive Wahrnehmungen der Patienten unter Fallpauschalen-Bedingungen und unter Tagessatz-Bedingungen unterscheiden. In diesem Kapitel soll gezeigt werden, inwieweit sich nach der Einführung der Fallpauschalen im Jahre 1996 objektiv die Verweildauern im Krankenhaus verändert haben. Zudem wird untersucht, ob und wie schnell entlassene Patienten dann erneut eine stationäre Behandlung in Anspruch genommen haben. Beide Untersuchungen werden auch detailliert für Diagnosen gemacht, die besonders häufig über Fallpauschalen abgerechnet werden.

Mittels dieser detaillierteren Untersuchungen soll abschließend versucht werden, den Einfluss der Fallpauschalen auf die allgemeinen Veränderungen zu klären.

5.1 Die Daten

Die GEK erhebt seit geraumer Zeit pseudonymisierte Daten für die Gesundheitsberichterstattung (GBE-Daten). Hierin enthalten sind Merkmale der bei der GEK versicherten Personen wie das jeweilige Alter und Geschlecht, Verschreibungen, Arbeitsunfähigkeiten und stationäre Aufenthalte. Die hier im wesentlichen verwendeten Daten aus stationären Behandlungen enthalten insbesondere Informationen über die Zeitpunkte der Aufnahme und der Entlassung, sowie über die Diagnosen und die Art der stationären Maßnahmen (Akut-Krankenhaus, Reha-Maßnahme etc.). Ab dem Jahr 1993 hat der Gesetzgeber mit dem § 301 Abs. 1 SGB V den Akutkrankenhäusern aufgegeben, den Krankenkassen detaillierte Informationen über die Aufnahme, Behandlung und Entlassung ihrer Versicherten maschinenlesbar zu übermitteln. In diesen Daten sind neben den Zeitpunkten der Aufnahme und Entlassung und den Diagnosen auch der Zeitpunkt der Diagnose, die Behandlungsmaßnahmen, Fachabteilungen und die Entgeltarten erfasst. Diese Daten werden jedoch auch zehn Jahre nach Inkrafttreten dieser Vorschrift noch nicht flächendeckend maschinell übertragen. Für die aufgetretenen Verzögerungen werden u.a. Probleme bei der technischen Umsetzung des elektronischen Datenaustausches verantwortlich gemacht. Aus diesem Grund müssen Krankenkassen die noch auf Papier übermittelten Abrechnungsdaten manuell erfassen. Dieser manuell erfasste Datenbestand zusammen mit den genuin elektronisch übermittelten Abrechnungsdaten wird in diesem Text als "301er-Daten" bezeichnet. Die 301er-Daten

und die GBE-Daten stellen die Grundlage für die folgenden Beschreibungen und Analysen dar.

In den GBE-Daten sind insgesamt über 2,6 Millionen Personen erfasst, die Mitglieder der GEK waren oder sind oder die mitversichert waren oder sind. Die Information über stationäre Aufenthalte liegt für die Zeit seit 1989 vor. Die Daten über stationäre Aufenthalte werden in zwei separaten Datenbanken gehalten. Zum einen gibt es eine Datenbank über alle Fälle, die zur Entbindung ins Krankenhaus kommen, und zum anderen gibt es eine Datenbank für alle anderen Fälle. Bis zum 30.01.2003 sind insgesamt über 124.000 Fälle registriert, die zur Entbindung ins Krankenhaus gekommen sind. Bis zum 30.01.2003 sind über 2,6 Millionen sonstige stationäre Aufenthalte registriert.

In den 301er-Daten sind zwischen 01.01.2000 und 31.12.2002 über 68.000 Fälle registriert worden. Die Krankenhausdaten nach dem ausführlichen 301-er-Format liegen anfangs, also für die Jahre 2000 und 2001, nicht vollständig vor. Auf Grundlage der intensivierten Erfassungsbemühungen erreicht die Vollständigkeit hier gegen Ende 2002 den Wert von 100 %.

In den 301er-Daten konnten 55.504 Krankenhausaufenthalte identifiziert werden, die unter die Kategorie tagesgleicher Pflegesätze fallen. 8.270 Krankenhausaufenthalte wurden nach Fallpauschalen abgerechnet. Weitere 1.014 Abrechnungen enthielten eine Mischung aus beiden Verfahren. In 4.344 Fällen konnten die Krankenhausaufenthalte keinem der beiden Abrechnungsverfahren zugeordnet werden. Hierbei handelte es sich überwiegend (4.085 Fälle) um vorstationäre Aufenthalte oder um Modellvorhaben nach § 26 BpflV (249 Fälle). Bei den Fallpauschalen handelt es sich zu 99,9 % um vollstationäre Aufenthalte. Bei den Fällen mit tagesgleichen Pflegesätzen kommen zu den vollstationären Aufenthalten (96,4 %) auch noch teilstationäre Aufenthalte (ca. 3,4 %). Eine geringe Fallzahl ist zudem hierbei mit vorstationären und nachstationären Aufenthalten registriert.

Für die meisten der nachfolgenden Analysen sind die GBE-Daten mit den 301er-Daten kombiniert worden. D. h. eindeutig sich überlappende Episoden aus den GBE-Daten und den 301er-Daten sind als dieselbe Episode erkannt und die Informationen aus den 301er-Daten sind in die kombinierten Daten übernommen worden. Wurde keine eindeutige Überlappung gefunden, dann gilt der Fall als in den 301er-Daten nicht registriert, wodurch dann auch keine Informationen aus den 301er-Daten zur Verfügung stehen.

Tabelle 16: Anzahl der Fälle, die in den 301er-Daten erfasst sind, nach Hauptgruppe der Hauptdiagnose und Abrechnungsart

Diagnose (ICD9-Kodierung)	FP	TS	Misch	sonst.
gesamt:	8092	55176	1037	4344
davon entfallen auf				
01 Infektiöse und parasitäre Krankheiten (001-139)	5	1733	1	76
02 Neubildungen (140-239)	425	7177	40	586
03 Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Störungen im Immunitätssystem (240-279)	322	1432	36	132
04 Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe (280-289)	3	409	0	22
05 Psychiatrische Krankheiten (290-319)	1	6014	1	139
06 Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (320-389)	392	3253	62	380
07 Krankheiten des Kreislaufsystems (390-459)	655	7732	122	546
08 Krankheiten der Atmungsorgane (460-519)	976	2698	68	139
09 Krankheiten der Verdauungsorgane (520-579)	1660	4615	145	522
10 Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (580-629)	304	3560	24	271
11 Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett (630-676)	2323	1198	318	44
12 Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (680-709)	1	971	1	57
13 Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (710-739)	602	4045	130	541
14 Kongenitale Anomalien (740-759)	7	678	2	94
15 Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben (760-779)	1	457	0	8
16 Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen (780-799)	13	2556	6	304
17 Verletzungen und Vergiftungen (800-999)	344	5198	74	377
18 Zusatzklassifikation für Faktoren, die den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens beeinflussen (V01-V82)	58	1434	7	105

Anmerkung: Auszählung auf der Basis der kombinierten GBE- und 301er-Daten

Ob ein Fall nach Fallpauschalen abgerechnet wird, entscheidet sich nach der Diagnose und den Behandlungsmethoden. Zur Erfüllung der Vorgaben des § 301 SGB V sind die Codes des Operationenschlüssels (OPS) nach § 301 SGB V zugrunde zu legen. Diese Codes bilden auch die Grundlage für die Zuordnung der Entgeltkataloge der Fallpauschalen und Sonderentgelte der Bundespflegesatzverordnung sowie für die Zuordnung der DRGs. Zusammen mit den Diagnosen nach dem internationalen Schlüssel zur Klassifikation von Krankheiten (ICD) und manchmal auch in Zusammenhang mit bestimmten Begleitumständen werden durch die OPS die Fallpauschalen begründet. (Unter die Operationsschlüssel fallen neben den klassischen operativen Eingriffen sowohl diagnostische Maßnahmen wie z. B. Funktionstests als auch bildgebende Diagnostik wie z. B. Ultraschalluntersuchungen, Operationen im engeren Sinn, nichtoperative Maßnahmen wie z. B. Elektrostimulation und schließlich noch ergänzende Maßnahmen wie z. B. geburtsbegleitende Maßnahmen.)

Damit man die Effekte durch die Einführung der Fallpauschalen besser beurteilen kann werden in Tabelle 16 für alle Diagnosegruppen zunächst die Anzahl der Fälle dargestellt, die als Fallpauschale oder als tagesgleicher Pflegesatz abgerechnet wurden. In der Spalte mit der Überschrift FP sind die Fälle dargestellt, die über Fallpauschalen abgerechnet wurden. In der Spalte TS sind diejenigen Fälle vermerkt, die über tagesgleiche Pflegesätze abgerechnet wurden. In der Spalte mit der Überschrift "Misch" sind die Fälle vermerkt, die sowohl per Fallpauschale als auch per tagesgleichem Pflegesatz abgerechnet wurden. Solche Fälle können beispielsweise dann auftreten, wenn die Grenzverweildauer für Fallpauschalen-Abrechnungen überschritten wird. Für die meisten Diagnosen, die per Fallpauschale abgerechnet werden sollen, ist durch eine obere Grenzverweildauer festgelegt, wie viele Tage des stationären Aufenthalts über die Fallpauschale höchstens abgedeckt sein sollen. Bei der chronischen Mandelentzündung mit Operation zur Herausnahme der Mandeln (Tonsillitis mit Tonsillektomie) werden beispielsweise 15 Tage als Grenzverweildauer angegeben. Liegt ein Patient mit dieser Erkrankung und Behandlung länger als diese 15 Tage im Krankenhaus, wird anschließend ab dem 16. Tag mit tagesgleichen Pflegesätzen abgerechnet.

Zusätzlich zu den Abrechnungen nach Fallpauschalen oder tagesgleichen Pflegesätzen gibt es noch Sonderentgelte. Falls ein Fall nicht nur nach Fallpauschalen abgerechnet wird, sondern zusätzlich auch noch Sonderentgelte anfallen, dann wird der Fall dennoch als Fall mit Fallpauschale behandelt. Da Sonderentgelte in der Regel als zusätzliche Entgelte zu bewerten sind, werden die Fälle, in denen tagesgleiche Pflegesätze und Sonderentgelte gemeinsam abgerechnet wurden, entsprechend unserer Systematik als

Fälle mit tagesgleichen Pflegesätzen begriffen. Fälle, bei denen nur Sonderentgelte abgerechnet wurden, finden sich in der Kategorie "sonst".

Für die Zuordnung zu den Diagnosegruppen ist anzumerken, dass die Kodierung der Diagnosen in den 301er-Daten fast durchweg nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD10-Kodierung) registriert wurde. Zum späteren Vergleich mit den GBE-Daten sind die Diagnosen in eine ältere Klassifikation der Krankheiten (ICD9-Kodierung) umkodiert worden. Die ICD9-Kodierung ist verglichen mit der ICD10-Kodierung etwas einfacher. D. h., sie hat weniger Ausprägungen und die mitunter sehr differenzierten Diagnosen in der ICD10-Kodierung sind in der ICD9-Kodierung zusammengefasst. Das heißt aber nicht, dass die ICD9-Kodierung nur ein insgesamt gröberes Diagnoseschema bereitstellt, das in der ICD10-Kodierung nur weiter aufgegliedert wird. Teilweise ist eine direkte Übersetzung von ICD10 zu ICD9 sehr schwierig, wenn nicht sogar unmöglich. Die ICD9-Kodierung der Diagnosen ist das ältere Verfahren. Die ICD10-Kodierung baut zwar auf der ICD9-Kodierung auf, aber manche Kodierungen aus dem ICD10-Schema passen nicht in das ICD9-Schema.

Durch die Umkodierung von ICD10 in ICD9 wird es also zwangsläufig zu geringen Verschlechterungen der Datenqualität kommen. Diese Verschlechterung bleibt aber in einem verträglichen Rahmen. Die Umkodierung ist nach dem Umsteigerschlüssel Version 30 des Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln vorgenommen worden.

Die Fallpauschalen sind nicht gleichmäßig über die Diagnosegruppen verteilt. In einigen Diagnosegruppen sind Fallpauschalen (erwartungsgemäß) äußerst selten und können teilweise als Fehlbuchungen angesehen werden – und zwar deshalb, weil für diese Krankheiten nach der seit 1996 geltenden Bundespflegesatzverordnung keine Fallpauschalen definiert wurden. Am meisten werden Fallpauschalen bei Diagnosegruppe 11 abgerechnet. Hierbei handelt es sich um Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett. Darunter fallen auch normale Entbindungen. Ansonsten werden noch folgende Diagnosegruppen häufig als Fallpauschale abgerechnet: Diagnosegruppe 02 Neubildungen (140-239), Diagnosegruppe 03 Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Störungen im Immunitätssystem (240-279), Diagnosegruppe 06 Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (320-389), Diagnosegruppe 07 Krankheiten des Kreislaufsystems (390-459), Diagnosegruppe 08 Krankheiten der Atmungsorgane (460-519), Diagnosegruppe 09 Krankheiten der Verdauungsorgane (520-579), Diagnosegruppe 10 Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (580-629), Diagnosegruppe 13 Krankheiten des Skeletts, der Muskeln

und des Bindegewebes (710-739), Diagnosegruppe 17 Verletzungen und Vergiftungen (800-999). Keine Rolle spielen hier folgende Diagnosegruppen: Diagnosegruppe 01 Infektiöse und parasitäre Krankheiten (001-139), Diagnosegruppe 04 Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe (280-289), Diagnosegruppe 05 Psychiatrische Krankheiten (290-319), Diagnosegruppe 12 Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (680-709), Diagnosegruppe 14 Kongenitale Anomalien (740-759), Diagnosegruppe 15 Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben (760-779), Diagnosegruppe 16 Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen (780-799). Fälle mit tagesgleichen Pflegesätzen finden sich in allen Diagnosegruppen in ausreichender Zahl für eine Analyse.

Die fünf häufigsten Diagnosen in den 301er-Daten sind ICD9-Code 780, 414, 650, 474 und 296. Dahinter verbergen sich aus der ICD-Hauptgruppe 16 "Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen" Allgemeine Symptome (ICD9-Code 780), aus der Hauptgruppe 7 "Krankheiten des Kreislaufsystems" Sonstige Formen von chronischen ischämischen Herzkrankheiten (ICD9-Code 414), aus der Hauptgruppe 11 "Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett" Normale Entbindung (ICD9-Code 650), aus der Hauptgruppe 8 "Krankheiten der Atmungsorgane" Chronische Affektionen der Tonsillen und des adenoiden Gewebes (ICD9-Code 474) und aus der Hauptgruppe 5 "Psychiatrische Krankheiten" Affektive Psychosen (ICD9-Code 296).

Die häufigsten Diagnosen, die als Fallpauschalen abgerechnet werden, sind Normale Entbindung (ICD9: 650); Leistenbruch (ICD9: 550), Chronische Affektionen der Tonsillen und des adenoiden Gewebes (ICD9: 474), Cholelithiasis (ICD9: 574), Varizen der unteren Extremitäten (ICD9: 454) und Osteoarthritis und entsprechende Affektionen (ICD9: 715) (siehe Tabelle 17). Die Fälle mit diesen Diagnosen werden noch näher betrachtet werden, um detaillierter zu erkennen, inwieweit die Einführung der Fallpauschalen einen Effekt auf die oben genannten erwarteten Veränderungen hat. Zusätzlich zu diesen Diagnosen soll bei allen nachfolgenden Betrachtungen noch die Akute Appendizitis (ICD9: 540) berücksichtigt werden, weil auch hier sehr viele Fälle sowohl als Fallpauschalen als auch als tagesgleiche Pflegesätze abgerechnet wurden.

Ein besonderes Augenmerk soll ferner auf die Schwangerschaft und Entbindung (ICD9: 640 - 673) gelegt werden, da die meisten Abrechnungen nach Fallpauschalen aus diesen Diagnosen resultieren. Die normale Entbindung (ICD9: 650) wird in aller Regel nur nach Fallpauschalen abgerechnet (siehe Tabelle 17). Behandlungen bei Entbin-

dungsfolgen und bei Problemen in der Schwangerschaft werden zu ähnlichen Teilen als Fallpauschalen und als tagesgleiche Pflegesätze abgerechnet.

Tabelle 17: Anzahl der Fälle nach Hauptdiagnose und Abrechnungsart, die in den 301er-Daten erfasst sind

Diagnose (ICD9-Kodierung)	FP	TS	Misch	sonst.
gesamt:	8092	55176	1037	4344
davon entfallen auf				
Normale Entbindung (650)	1240	9	123	0
Schwangerschaft und Entbindung (640 - 673)	2323	814	318	34
Leistenbruch (550)	674	110	48	67
Chronische Affektionen der Tonsillen und des adenoiden Gewebes (Mandelentzündung) (474)	604	386	45	27
Cholelithiasis (Gallensteinleiden) (574)	470	361	44	53
Varizen der unteren Extremitäten (Krampfadern) (454)	439	167	26	68
Osteoarthritis und entsprechende Affektionen (degenerative Gelenkerkrankung) (715)	431	290	121	79
Akute Appendizitis (Blinddarmentzündung) (540)	246	255	34	21

Anmerkung: Auszählung auf der Basis der kombinierten GBE- und 301er-Daten

Für die nachfolgenden Analysen werden insbesondere die Daten aus dem Jahr 1995 mit den Daten aus dem Jahr 2002 verglichen. 1995 ist das Jahr vor der Einführung der Fallpauschalen und 2002 ist das Jahr vor der allmählichen Einführung der DRGs. Für das Jahr 2002 werden zudem die Fälle mit Fallpauschalen-Abrechnung mit den Fällen mit tagesgleichen Pflegesätzen verglichen – soweit dies möglich ist.

Die Interpretationsmöglichkeiten der Entwicklungen werden durch mindestens drei Faktoren eingeschränkt. Diese drei Faktoren sind: (1) Flächendeckende Einführung der Fallpauschalen im Jahre 1996, (2) technischer Fortschritt und ökonomische Veränderungen und (3) Verfügbarkeit der 301er-Daten.

(1): Im Jahre 1995 wurden für bestimmte Diagnosen kombiniert mit bestimmten Behandlungen Fallpauschalen eingeführt. Ab 1996 kann man davon ausgehen, dass diese Behandlung immer und von allen Krankenhäusern als Fallpauschale abgerechnet wurden. Ein Vergleich der Auswirkungen von Abrechnungsarten innerhalb bestimmter Jahre ist daher nicht ohne Weiteres möglich.

(2): Als zweites erschwerendes Hindernis kommt hinzu, dass der technische Fortschritt zu effektiveren, schnelleren und günstigeren Behandlungsmethoden, aber auch zu komplexeren, länger andauernden und teureren Behandlungsmethoden führen kann. Dieser Faktor macht es schwierig, die Fallpauschalen aus späteren Jahren mit tagesgleichen Pflegesätzen aus früheren Jahren zu vergleichen.

(3): Die Vollerfassung auch der Papierrechnungen nach dem umfassenderen 301-er-Datenstandard ist für die frühen Jahre der Verwendung der Fallpauschalen (also 1996 ff.) nicht verfügbar. Erst zwischen Anfang 2000 und Ende 2002 wurde die Erfassung allmählich auf 100 % gesteigert. Für die Zukunft sind also aussagefähigere Analysen möglich.

Insgesamt können also mit den vorliegenden Daten nur eingeschränkt oder über Umwege Aussagen über die Entwicklung gewonnen werden. Zugleich dient diese Analyse aber für die weitere Beobachtung der Entwicklung – gerade im Hinblick auf die Einführung der DRGs – als ein wichtiger erster Vergleichsmaßstab.

Nach dieser kurzen Beschreibung der Daten wird zunächst die allgemeine Entwicklung der Verweildauern, der Wiederaufnahmen, der Anzahl der Aufenthalte, der Gesamtdauer der Aufenthalte und der Diagnosen in den Jahren 1990 – 2002 dargestellt.

5.2 Erster Überblick

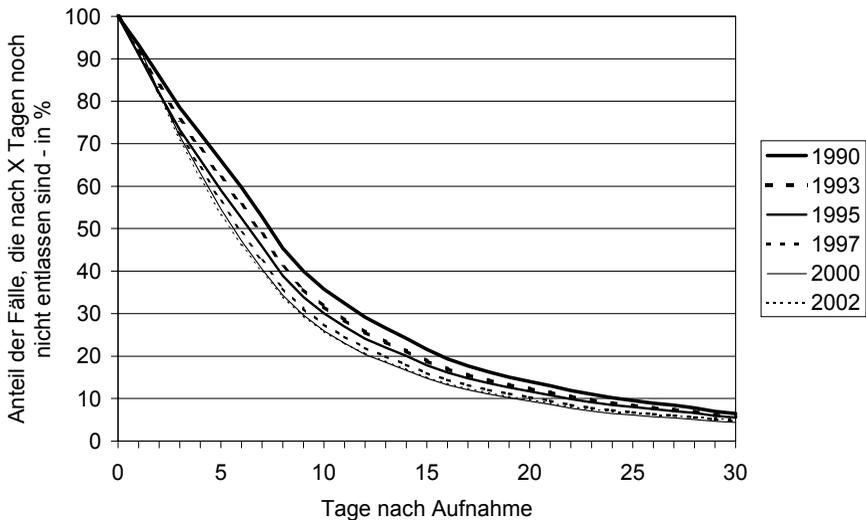
5.2.1 Verweildauern

Die Verweildauern werden mittels einer Survivorfunktion dargestellt. Der Begriff Survivorfunktion kommt aus der medizinischen Forschung. Die Survivorfunktion sollte darstellen, wie lange die untersuchten Objekte bzw. Subjekte mit gleichen Diagnosen bei verschiedenen Behandlungen überleben (Survivor (engl.): Überlebende). Die hier verwendeten Survivorfunktionen zeigen nicht an, wie lange die Patienten noch leben, sondern, wie lange sie noch im Krankenhaus liegen. Die Survivorfunktion der Krankenhausaufenthalte ist die Darstellung der Fälle, die zu jedem bestimmten Zeitpunkt noch im Krankenhaus liegen. Die Gesamtsumme ist 100 %. Am ersten Tag des Krankenhausaufenthalts sind noch alle Fälle – also 100 % – im Krankenhaus. Am Tag nach der Aufnahme können schon einige Fälle entlassen sein. Damit sinkt dann der Anteil unter 100 %. Bei 0 ist dann kein Fall mehr im Krankenhaus.

Abbildung 74 zeigt für die Jahre 1990, 1993, 1995, 1997, 2000 und 2002 den Anteil der Fälle, die nach X Tagen noch im Krankenhaus liegen. Die Verweildauern sind nur für Fälle in Akut-Krankenhäusern berechnet. Reha-Maßnahmen sind also nicht integriert.

Die Entwicklung zur verkürzten Aufenthaltsdauer wird deutlich. Nach 5 Tagen lagen im Jahr 1990 noch 66 % im Krankenhaus. Im Jahr 1995 waren es noch 59 % und im Jahr 2002 waren es nur noch 53 %. Nach 10 Tagen waren es im Jahr 1990 noch 36 %. Im Jahr 1995 waren es nach 10 Tagen noch 30 % und im Jahr 2002 waren es dann nur noch 26 %. Es ist also eine relativ stetige Abnahme der Verweildauer über die Jahre zu beobachten. Die Entwicklung fing schon vor 1996 an und war im Ausmaß von 1990 bis 1995 mindestens ebenso groß wie von 1995 bis 2002. Ein direkter, plötzlicher oder gar ausschließlicher Effekt durch die Einführung der Fallpauschalen ist an dieser Stelle nicht sichtbar. Dennoch wäre mit dieser Entwicklung ein eingangs erwähntes Ziel der Gesundheitspolitik erreicht: Die Verweildauern sinken pro Fall.

Abbildung 74: Verweildauern im Krankenhaus in ausgewählten Jahren



Anmerkung: Berechnung auf Grundlage der GBE-Daten. Nur Fälle aus Akut-Krankenhäusern mit vollstationärer oder teilstationärer Behandlung.

Wie steht es aber nun mit den Wiederaufnahmen? Wenn die Verweildauern sinken und die Wiederaufnahmen gleich blieben, dann wäre Potenzial vorhanden, die Kosten in der stationären Behandlung zu senken.

5.2.2 Rehospitalisierung

Die Wiederaufnahme in einer akutstationäre Einrichtung oder einer Rehabilitationseinrichtung nach einer vorangegangenen stationären oder teilstationären Maßnahme nennen wir Rehospitalisierung.

Es wurden Bedenken geäußert, die Umstellung der Abrechnungsart von tagesgleichen Pflegesätzen auf Fallpauschalen könnte dazu führen, dass die Patienten nicht mehr ausreichend lange stationär versorgt würden. Wenn nicht kompensierend für eine geeignete Pflege und Behandlung dieser Patienten außerhalb des stationären Sektors gesorgt wird, könnte es eine Folge sein, dass sie anschließend um so schneller wieder in eine stationäre Behandlung kommen würden. Ein Blick auf die grafische Darstellung der Rehospitalisierung im Zeitraum von 1990 – 2002 in Abbildung 75 zeigt, in welchem Umfang in den verschiedenen Jahren das Phänomen der Rehospitalisierung aufgetreten ist. In diesem Fall wird die Survivorfunktion quasi umgedreht. Wir beginnen jetzt nicht mit 100 %, die entlassen wurden, sondern wir beginnen bei 0 %. Dargestellt wird dann der Anteil der Fälle, die am X-ten Tag nach der Entlassung erneut stationär aufgenommen wurden. Es handelt sich also um eine Verteilungsfunktion.

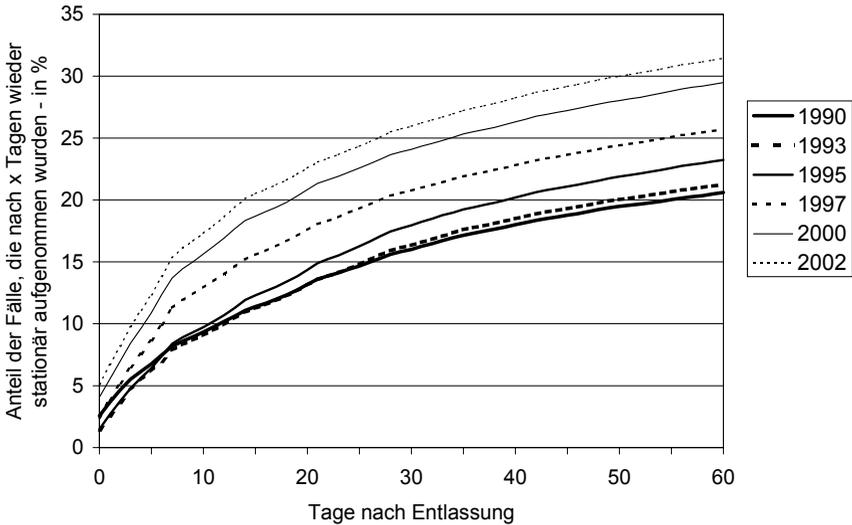
Ausgangspunkt der Untersuchung ist das Ende einer vollstationären oder teilstationären Behandlung in einem Krankenhaus. Der Tag der Entlassung wird als Tag 0 gewertet. Der Tag nach der Entlassung ist dann der Tag 1 usw. Am Tag 0 ist es natürlich schon möglich, eine erneute Aufnahme zu erleben. Die erneuten Aufnahmen können in dieser Untersuchung wieder ein Akut-Krankenhaus oder auch eine Rehabilitationsklinik sein.

Wie oben gesehen, ist die Verweildauer in akutstationären Einrichtungen stetig gesunken. Dem steht aber eine höhere Rate der Rehospitalisierung entgegen. Die Rate der Rehospitalisierung steigt zwischen 1990 und 2002 rapide an. Im Jahr 1990 waren nach 10 Tagen ca. 9 % wieder stationär aufgenommen worden. Im Jahr 1995 waren es nach 10 Tagen ca. 10 %. Im Jahr 2002 waren es dann aber ca. 17 %. Nach 30 Tagen waren im Jahr 1990 16 % rehospitalisiert. Im Jahr 1995 waren es ca. 18 % und im Jahr 2002 waren es schon ca. 26 %.

Die Entwicklung zwischen 1990 und 1995 ist zunächst etwas zögerlich. Nach 1995 – also nach der Einführung der Fallpauschalen – steigt die Rehospitalisierung aber dann

sprunghaft an. Dieser Sachverhalt mag als Indiz dafür dienen, dass ein Teil der Befürchtungen von Kritikern der Fallpauschalen berechtigt ist. Die Entwicklung der Rehospitalisierung zwischen 1995 und 2002 wird in Kapitel 5.5 genauer untersucht. Dabei werden die Analysen auf bestimmte Diagnosen fokussiert.

Abbildung 75: Rehospitalisierung nach Aufenthalt in einem Akut-Krankenhaus



Anmerkung: Berechnung auf Grundlage der GBE-Daten. Nur Fälle aus Akut-Krankenhäusern mit vollstationärer oder teilstationärer Behandlung.

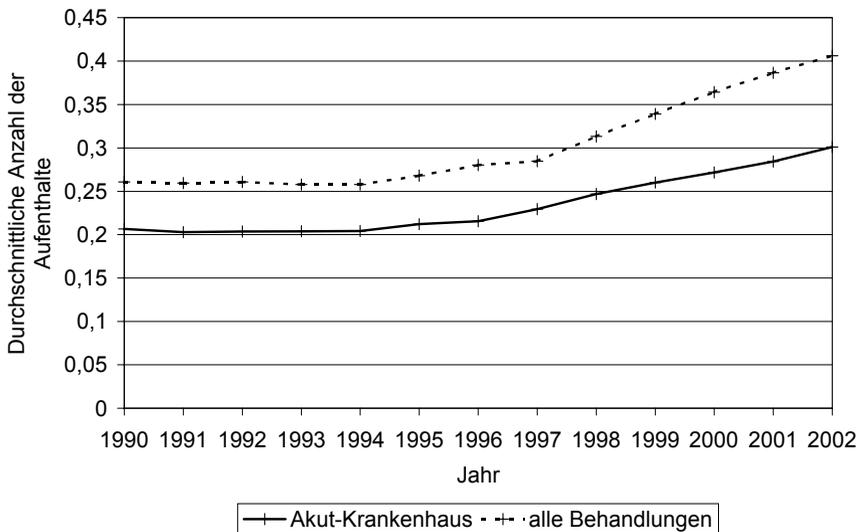
Inwieweit die erhöhte Rate der Rehospitalisierung die Zahl der Aufenthalte und die Gesamtverweildauer beeinflusst hat, soll im Weiteren noch gezeigt werden.

5.2.3 Anzahl der Aufenthalte

Möglicherweise ist durch die verkürzte Verweildauer im Krankenhaus und die schnellere Rehospitalisierung die stationäre Versorgung verbessert worden. Möglicherweise haben wir es aber auch mit einer erhöhten Zahl von „Fallsplitting“ zu tun, wodurch ein Fall dann zweimal und eventuell in verschiedener Weise abgerechnet werden kann.

In Abbildung 76 wird die Anzahl stationärer Aufenthalte für einzelne Jahre dargestellt. Dabei wurden jeweils nur die Mitglieder berücksichtigt, die in den jeweiligen Jahren durchgängig Mitglieder der GEK waren. Diese Statistik zeigt nicht die absolute Zahl der Fälle in stationärer Behandlung, sondern die durchschnittliche Anzahl der Aufenthalte pro Mitglied. Das heißt die Statistik ist nicht durch Schwankungen der Mitgliederzahlen verfälscht.

Abbildung 76: Anzahl der Aufenthalte in stationärer Behandlung



Anmerkung: Berechnung auf Grundlage der GBE-Daten. Aufenthaltsdauern für alle Versicherte, die in den jeweiligen Jahren durchgängig Mitglieder der GEK waren. Zum einen nur Fälle aus Akut-Krankenhäusern mit vollstationärer oder teilstationärer Behandlung und zum anderen alle stationären und teilstationären Behandlungen inklusive in Reha-Kliniken.

Die Statistik zeigt, dass die durchschnittliche Zahl der Aufenthalte im Akut-Krankenhaus von 1990 bis 1994 relativ konstant bei etwas über 0,20 Aufenthalten pro Mitglied gelegen hat. Bis 1996 gibt es dann einen leichteren Anstieg auf über 0,21 Aufenthalte pro Mitglied. Seit der Einführung der Fallpauschalen steigt die durchschnittliche Anzahl der Aufenthalte im Akut-Krankenhaus dann aber rapide an und erreicht 2002 einen

Wert von ca. 0,30. Betrachtet man alle stationären Aufenthalte – also auch die Behandlungen in Reha-Kliniken – so zeigt sich ein ähnliches Bild auf einem höheren Niveau. Von 1990 bis 1994 gibt es kaum Veränderungen zu beobachten. Die Werte erscheinen sogar eher rückläufig: 1990 wurden 0,261 Aufenthalte pro Mitglied gemessen und 1994 wurden 0,258 Aufenthalte pro Mitglied gemessen. Anschließend beobachten wir einen etwas leichteren Anstieg bis 1997. In diesem Jahr werden 0,285 Aufenthalte pro Mitglied erreicht. Bis zum Jahr 2002 steigt die Anzahl der Aufenthalte dann aber noch steiler an als zwischen den Jahren 1994 und 1997. Für das Jahr 2002 messen wir 0,406 stationäre Aufenthalte pro Mitglied. D. h., im Jahr 2002 gab es pro 100 Mitglieder 40,6 stationäre Aufenthalte. Der Anstieg bei allen stationären Aufenthalten ist größer als der Anstieg bei Akut-Krankenhäusern. Auch in Reha-Kliniken hat also die Anzahl der Aufenthalte pro Mitglied zugenommen.

Um auch noch die möglichen Verfälschungen durch sich verändernde Altersstrukturen und sich verändernde Geburtenraten der GEK-Mitglieder auszuschließen, haben wir eine Kontrolluntersuchung gemacht, in der in den jeweiligen Jahren nur Männer berücksichtigt sind, die jeweils 30-45 Jahre alt waren. Die Tendenzen entsprechen genau denen bei der Gesamtbetrachtung. Einzig die absoluten Werte unterscheiden sich. Bei der Gesamtbetrachtung stieg die durchschnittliche Anzahl aller Krankenhaus- und Rehabilitationsaufenthalte von 1990 bis 1996 von 0,261 auf 0,280. Bis 2002 stieg der Wert dann auf 0,406. Bei den 30-45-jährigen Männern entwickelte sich der Wert von 0,188 über 0,2247 auf 0,3199. Der Anstieg ist also auch für die 30-45-jährigen Männer in der Zeitspanne von 1996-2002 deutlich höher als in der gleichen Zeitspanne zuvor.

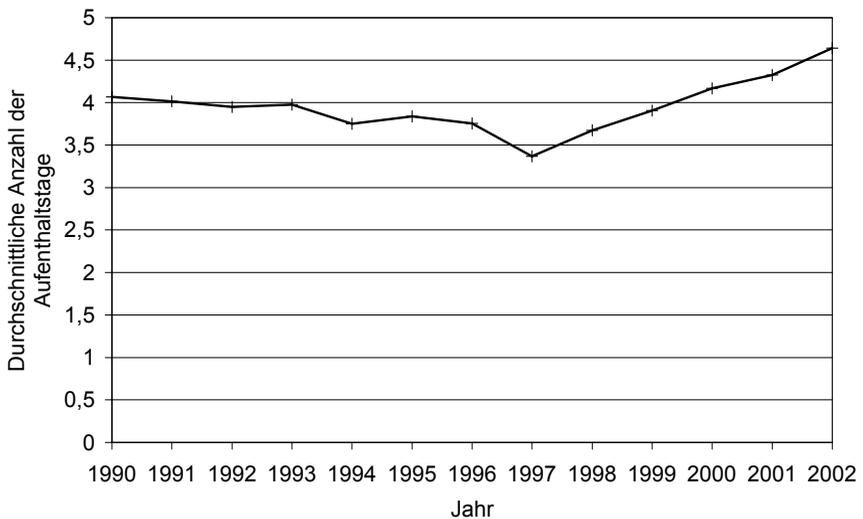
Der Erfolg der Verkürzung der Liegezeiten wird also mit einer erhöhten Anzahl von Aufenthalten erkauft.

5.2.4 Gesamtdauer

Inwieweit führt die erhöhte Anzahl der Aufenthalte bei gleichzeitig rückläufiger Verweildauer zu einer Veränderung der Gesamtverweildauer in stationärer oder teilstationärer Akut-Krankenhausbehandlung und Reha-Maßnahmen? Zur Beantwortung dieser Frage messen wir für alle Mitglieder, die in den jeweiligen Jahren durchgängig Mitglieder waren, wie viele Tage sie im Jahr in stationärer Behandlung waren. Die Gesamtzahl der Tage in stationärer Behandlung wird dann durch die Anzahl der durchgängigen Mitglieder dividiert. So erhalten wir für jedes Jahr die durchschnittliche Anzahl der Aufenthaltstage für durchgängige Mitglieder.

Abbildung 77 zeigt für die Zeit von 1990 bis 1997 einen Rückgang der durchschnittlichen Aufenthaltstage von ca. 4,1 auf ca. 3,4. Der Rückgang erfolgt im Wesentlichen in den Jahren 1994 und 1997. Ab 1997 steigt dann die durchschnittliche Anzahl der Aufenthaltstage pro Mitglied stetig auf über 4,6. Ein Erfolg in Form von verminderter Verweildauer im Krankenhaus ist also nur für den einzelnen Aufenthalt zu beobachten. Die Gesamtverweildauer wird nicht verkürzt, sondern letztlich sogar noch verlängert. Eine deutliche Verkürzung der gesamten Verweildauer ist nur im Jahr 1994 und kurze Zeit nach der Einführung der Fallpauschalen zu erkennen. Dieser Effekt ist aber schnell wieder verpufft.

Abbildung 77: Durchschnittliche Anzahl der Aufenthaltstage in stationärer oder teilstationärer Krankenhausbehandlung und Reha-Maßnahme pro Jahr und Mitglied



Anmerkung: Berechnung auf Grundlage der GBE-Daten. Aufenthaltsdauern für alle Mitglieder, die in den jeweiligen Jahren durchgängig Mitglieder der GEK waren. Berücksichtigt sind hier neben den Aufenthalten in Akut-Krankenhäusern auch die Zeiten in Reha-Kliniken und in vorstationären Behandlungen.

Auch bei dieser Betrachtung haben wir eine Kontrolluntersuchung angestellt, in der nur Männer eingebunden waren, die in den jeweiligen Jahren 30-45 Jahre alt waren, um Verzerrungen durch sich verändernde Altersstrukturen oder sich ändernde Geburtenraten auszuschließen. Die Kurvenverläufe sind für die Männer in den speziellen Alterskategorien entsprechend der Kurvenverläufe aller Mitglieder. Auch hier unterscheiden sich die Kurvenverläufe nur in der Höhe, aber nicht in der Verlaufsform. Für alle Mitglieder sank die durchschnittliche Gesamtverweildauer von 1990 bis 1997 von 4,07 Tagen auf 3,37 Tage. Bis 2002 stieg die Verweildauer dann auf 4,64 an. Bei den 30-45-jährigen Männern sank die durchschnittliche Gesamtverweildauer von 1990 bis 1997 von 3,20 auf 2,87. Anschließend stieg die Gesamterweildauer bis 2002 auf 3,92.

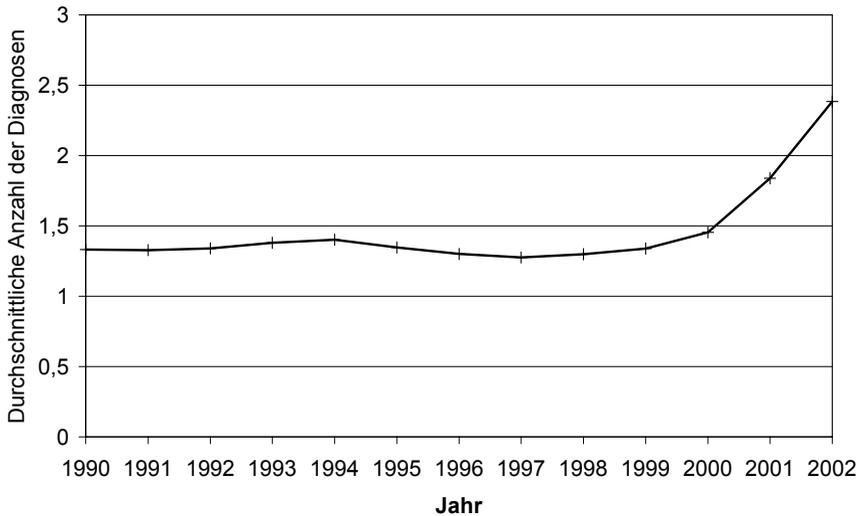
5.2.5 Diagnosezahlen

Ein weiterer Aspekt, der Auswirkungen auf die Qualität und Effizienz der Behandlung haben kann ist die Anzahl der Diagnosen. Durch die ausführliche Angabe aller Nebendiagnosen verbunden mit der Angabe der Behandlungsmethoden ist der medizinischen Forschung eine bessere Möglichkeit geboten, die Qualität und Effizienz von Behandlungen zu überprüfen. Durch die generelle Abbildung des gesamten Morbiditätsverlaufs eröffnen sich möglicherweise Hinweise auf bisher noch nicht bekannte Paralleltäten oder Zusammenhängen von verschiedenen Krankheitsverläufen. Neben den zuvor beschriebenen Maßzahlen ist die Anzahl der Diagnosen eine der wenigen Maßzahlen, die auch mit den GBE-Daten als Zeitreihe seit 1990 gemessen werden kann.

Für die Krankenhäuser war die ausführliche Angabe der Nebendiagnosen bisher nicht unbedingt erforderlich. Aus ökonomischer Sicht verursacht ausführliche Diagnostik einen größeren bürokratischen Aufwand. Zusätzliche Entgelte gab und gibt es unter den bisher bestehenden Regelungen der Fallpauschalen und der Tagessätze nur in besonderen Fällen, wenn Sonderentgelte geltend gemacht werden können. Mit der Einführung der DRG werden aber einige Nebendiagnosen zu wichtigen ökonomischen Faktoren im Krankenhaus. Zu vielen Hauptdiagnosen gibt es eine Reihe von Nebendiagnosen, die zu erhöhten Entgelten führen. Diese Nebendiagnosen steigern die Schweregrade der Hauptdiagnose. Bei erhöhtem Schweregrad können höhere Entgelte abgerechnet werden. Es gibt Befürchtungen, dass es vorkommen könnte, "finanziell attraktive" Nebendiagnosen schon fast standardmäßig in den Patientenbericht zu notieren. Aber ein solches Verhalten kann und soll hier nicht unterstellt werden; Beweise dafür können wir in unserer Untersuchung jedenfalls nicht liefern. Ohnehin würde es die Schwelle zum Betrug vermutlich überschreiten, wenn im Krankenhaus eine in Wahrheit nicht vorliegende Nebendiagnose dokumentiert wird, nur um die Abrechnung zu "optimieren".

Auch gegenüber dem Patienten, dessen Behandlungsqualität nicht zuletzt davon abhängt, dass die zugehörigen Datenblätter korrekt geführt werden, wäre eine solche Strategie nicht zu verantworten.

Abbildung 78: Durchschnittliche Anzahl der Diagnosen pro Fall



Anmerkung: Berechnung auf Grundlage der GBE-Daten. Nur Fälle aus Akut-Krankenhäusern mit vollstationärer oder teilstationärer Behandlung.

Abbildung 78 gibt uns Aufschluss darüber, inwieweit im Vorfeld der DRG-Einführung Veränderungen in der Anzahl der Diagnosen zu erkennen sind. Es zeigt sich eine Entwicklung, die mit hoher Plausibilität durch die bevorstehende Einführung der DRGs beeinflusst ist. Von 1990 an bis 1999 gab es kaum eine Veränderung. Erst jetzt – kurz vor der Einführung der DRG – wächst die Zahl der Diagnosen erwartungsgemäß explosionsartig an. Für 1990 wurden durchschnittlich 1,33 Diagnosen und für 1999 wurden durchschnittlich 1,34 Diagnosen gemessen. Für 2002 messen wir durchschnittlich 2,38 Diagnosen. Hier wird also die Annäherung an das Kalkulationsverfahren für die DRG deutlich. Bisher waren die Krankenhäuser anscheinend nicht daran interessiert mehr als ein bis zwei Diagnosen zu melden. Mit der Einführung der DRG sind die Krankenhäu-

ser aus ökonomischer Sicht dazu getrieben, zumindest jene Nebendiagnosen zu übermitteln, die die Entgelte steigern oder grundsätzlich alle festgestellten Nebendiagnosen zutreffend zu vermerken.

Soweit nun zum Überblick über die Verweildauer, Rehospitalisierung, Gesamtzahl und Gesamtdauer sowie Anzahl der Diagnosen, wie er uns mit den GBE-Daten für einen relativ langen Zeitraum möglich war. Ab Kapitel 5.3 werden dann auch die Aspekte mit betrachtet, die nur in den 301er-Daten zu finden sind und auch nur für die Jahre 2000–2002. Hierunter fallen der Einfluss der Abrechnungsarten auf Diagnosezahl, Verweildauer und Rehospitalisierung.

5.3 Diagnosemix bei Fallpauschalen und bei Tagessätzen

In diesem Kapitel wollen wir herausfinden, ob die Hauptdiagnose oder die Abrechnungsart einen besonderen Effekt auf die Erhöhung der Diagnosezahl hat. Wenn die Fallpauschalen der triftige Grund für die Erhöhung der Diagnosezahl wären, dann müssten gerade bei den Diagnosegruppen mit Fallpauschalen diese Erhöhungen sichtbar werden. Wenn es sich um eine allgemeine Steigerung handelt, dann zielt diese schon ab auf die DRG-Einführung oder ist eine Folge einer verbesserten Datenübermittlung.

Tabelle 18 zeigt die durchschnittliche Anzahl der Nebendiagnosen je Hauptdiagnosegruppe. Die Werte sind berechnet für 1995, für 2002, für Fallpauschalen 2002 und tagesgleiche Pflegesätze 2002. Im Vergleich der Jahre 1995 und 2002 beobachten wir über alle Hauptdiagnosegruppen einen Zuwachs an Nebendiagnosen. Es gibt keine Ausnahme. Es wurde argumentiert, dass die Fallpauschalen-Abrechnung eine Triebfeder zu solch einer Entwicklung sein könnte. Bei genauerer Betrachtung fällt dieses Argument allerdings teilweise weg: (1) Die Steigerung der Anzahl der Nebendiagnosen betrifft ebenso die Hauptdiagnosegruppen, in denen oft nach Fallpauschalen abgerechnet wird, wie diejenigen Hauptdiagnosegruppen, in denen fast nie nach Fallpauschalen abgerechnet wird. (2) Die Zahl der Nebendiagnosen ist bei den Fällen mit tagesgleichen Pflegesätzen meistens noch höher als bei Fällen mit Fallpauschalen. (3) Sowohl bei den Fällen mit tagesgleichen Pflegesätzen als auch bei Fällen mit Fallpauschalen ist die durchschnittliche Zahl der Nebendiagnosen im Jahr 2002 höher als allgemein im Jahr 2002.

Tabelle 18: Durchschnittliche Anzahl der Nebendiagnosen nach Jahr, Entgeltart und Hauptdiagnosegruppen

Jahr:	1995	2002	2002		2002	
Entgelte:	alle	alle	FP		TS	
	Ø	Ø	Ø	N	Ø	N
alle	0,35	1,39				
01 Infektiöse und parasitäre Krankheiten	0,44	1,66	^b		2,40	1584
02 Neubildungen	0,21	1,64	2,41	386	2,66	6599
03 Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Störungen im Immunitätssystem	0,39	1,66	1,52	289	2,79	1260
04 Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	0,53	1,84	^b		2,91	370
05 Psychiatrische Krankheiten	0,43	1,21	^b		1,70	4789
06 Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	0,27	1,43	2,68	358	2,13	2949
07 Krankheiten des Kreislaufsystems	0,54	1,99	2,20	573	3,30	7016
08 Krankheiten der Atmungsorgane	0,44	1,36	1,30	857	2,54	2431
09 Krankheiten der Verdauungsorgane	0,31	1,32	1,48	1460	2,48	4140
10 Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	0,30	1,26	2,43	283	1,97	3214
11 Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	0,07	0,28	0,12 ^a	1900	1,14	1056
12 Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	0,24	1,18	^b		1,97	875
13 Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	0,33	1,30	2,99	536	2,09	3636
14 Kongenitale Anomalien	0,26	1,15	^b		1,70	637
15 Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben	0,27	1,77	^b		2,53	404
16 Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	0,59	1,44	^b		2,18	2253
17 Verletzungen und Vergiftungen	0,34	1,16	2,35	303	1,87	4620

Anmerkung: Berechnungen auf Grundlage der GBE-Daten. Nur Fälle in Akut-Krankenhäusern mit vollstationärer oder teilstationärer Behandlung.

a) Die normalen Entbindungen werden in den GBE-Daten gesondert erfasst. Bei dieser gesonderten Erfassung sind keine ICD-Kodierungen registriert. Für die Analysen ist diesen Krankenhausfällen die ICD9-Kodierung 650 zugewiesen worden.

den. Dazu wurden keine Nebendiagnosen registriert. Der niedrigere Wert 0,12 für Fälle mit Fallpauschalen im Jahr 2002 im Vergleich zu 0,29 für alle Fälle im Jahr 2002 könnte daher rühren.

b) Auf Grund zu geringer Fallzahlen wurden hier keine durchschnittliche Anzahl an Nebendiagnosen berechnet. Es wurden jeweils nur 1 - 11 Fälle gezählt.

Insgesamt führt das zu dem Schluss, dass es nicht die Abrechnungsart ist, welche die Zahl der Nebendiagnosen in die Höhe treibt, sondern die Art der Datenerfassung. Die Daten, die Eingang in die 301er-Daten gefunden haben, sind mit mehr Einträgen versehen. Dies mag möglicherweise schon mit Hinblick auf die Einführung der DRG geschehen oder das Anzeichen für eine Art "Anlauf" oder "Training" darstellen. Hier wäre es dann möglich, mit bestimmten zusätzlichen Diagnosen den abzurechnenden Betrag zu erhöhen. Es könnte aber auch eine Folge des § 301 Abs. 1 SGB V sein, dass die Krankenhäuser nun gewissenhafter ihre Informationen über ihre Patienten dokumentieren.

Tabelle 19: Vergleich der Hauptdiagnosen zwischen Einweisung, Aufnahme und Entlassung

	Einweisung – Aufnahme			Aufnahme – Entlassung		
	Missing	anders	gleich	Missing	anders	gleich
absolut						
FP	6538	213	1516	4	2543	5720
TS	45703	1698	8067	566	19503	35399
in %						
FP	79,09 %	2,58 %	18,34 %	0,05 %	30,76 %	69,19 %
TS	82,40 %	3,06 %	14,54 %	1,02 %	35,16 %	63,82 %

Anmerkung: Datengrundlage: 301er-Daten. Gemessen wurden die Unterschiede auf der Grundlage der dreistelligen ICD9-Kodierung der Einzeldiagnosen.

Eine weitere Vermutung lautet, in einem primär auf ökonomische Aspekte konzentrierten Krankenhaus würden sich unter Fallpauschale-Bedingungen Einweisungs-, Aufnahme- und Entlassungsdiagnosen stärker unterscheiden. Ein Patient, der mit einer bestimmten Diagnose ins Krankenhaus eingewiesen wird, bekäme dann dort eine etwas teurere Variante der Diagnose als Aufnahmediagnose. Durch zusätzliche interne Verle-

gungen oder weiteres Upgraden oder sonstiger Änderung der Diagnose käme es dann möglicherweise auch zu Unterschieden zwischen Aufnahme- und Entlassungsdiagnose.

Die Annahme, dass durch die Fallpauschalen die Einweisungs-, Aufnahme- und Entlassungsdiagnosen voneinander vermehrt abweichen würden, kann hier nicht bestätigt werden (siehe Tabelle 19). Das liegt hauptsächlich daran, dass in den meisten Fällen die Information über die Einweisungsdiagnose fehlt. Für ca. 80 % der Fälle wurde keine Einweisungsdiagnose registriert. Fälle mit tagesgleichen Pflegesätzen haben sogar eine etwas höhere Quote an Diagnosewechslern zwischen Einweisung und Aufnahme als Fälle mit Fallpauschalen. Bei Fällen mit Fallpauschalen-Abrechnung sind die Diagnosen öfter gleich. Dasselbe Bild zeichnet sich auch beim Vergleich von Aufnahme- und Entlassungsdiagnose ab. Auch hier gibt es mehr Diagnosewechsel bei Fällen mit tagesgleichen Pflegesätzen. Fälle mit Fallpauschalen-Abrechnung haben bisher öfter gleichbleibende Diagnosen.

Insgesamt ist also die Anzahl der Diagnosen gestiegen. Eine treibende Rolle kann dabei aber nicht bei den Fallpauschalen gefunden werden. Der Diagnosemix wird weder im Ausmaß noch in der Variabilität durch die Fallpauschalen beeinflusst.

5.4 Verweildauer im Krankenhaus

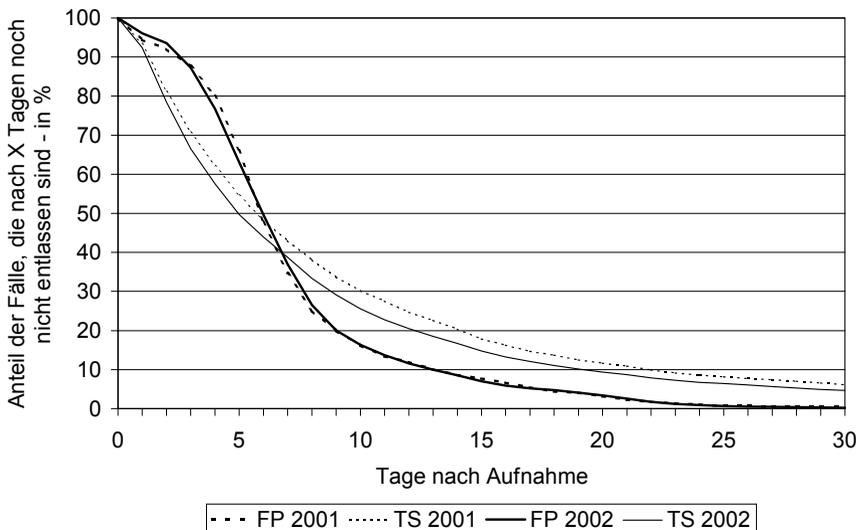
Die Einführung der Fallpauschalen hatte insbesondere zum Ziel, die Liegezeiten im Krankenhaus und damit auch die Kosten zu senken. Für ein Krankenhaus kann ökonomisch der Anreiz entstehen, die bei einer Verkürzung der Fallpauschal-Liegedauer "verlorenen" Tage durch längere Verweildauern bei den Fällen mit tagesgleichen Pflegesätzen auszugleichen, damit die Auslastung des Krankenhauses insgesamt unverändert bleibt. Wir analysieren die vorhandenen Daten im folgenden darauf hin, ob es für ein solches Verhalten in der jüngsten Vergangenheit Anzeichen gibt.

Man kann generell einen Unterschied in der Verweildauer bei Tagessatz- und Fallpauschalen-Fällen für das Jahr 2002 vermuten. Diese Vermutung resultiert nicht nur daraus, dass es möglicherweise die erwartete Veränderung der Verweildauern für Fallpauschalen-Fälle gegeben hätte, sondern rührt auch daher, dass sich die Fallpauschalen-Fälle und Tagessatz-Fälle von ihrem Behandlungsinhalt her unterscheiden. So werden die meisten Fallpauschalen-Fälle mit einer Operation behandelt. Die Fallpauschalen sind klar definiert für bestimmte Diagnosen mit bestimmten Operationsschlüsseln. Unter den Tagessatz-Fällen sind dagegen sehr viele unbestimmte Fälle, chronisch Kranke,

multimorbide Fälle usw. Diese spezielle Selektion wird direkten Einfluss auf die Verweildauern haben.

Ein undifferenzierter Blick auf die Verweildauer kann eventuelle Verschiebungen in der Verteilung der Krankheitsbilder allerdings nicht ans Tageslicht bringen. Daher werden wenigstens für den Vergleich der Jahre 1995 und 2002 die Unterschiede für ausgewählte Diagnosen dargestellt. Es handelt sich hierbei um Fälle mit Diagnosen, die in besonders häufigem Maße als Fallpauschalen abgerechnet werden. Die Verweildauern werden hier nur für Krankenhaus-Fälle in stationärer und teilstationärer Behandlung dargestellt. Fälle in Rehabilitationsmaßnahmen und Fälle in vorstationärer oder nachstationärer Behandlung sind für diese Untersuchung ausgeschlossen. Es ist hierbei noch anzumerken, dass teilstationäre Behandlungen nicht über Fallpauschalen abgerechnet werden.

Abbildung 79: Verweildauern nach Entgeltart für die Jahre 2001 und 2002



Anmerkung: FP: Fälle mit Fallpauschalen; TS: Fälle mit tagessatz-Pflegesatz

Inwieweit haben sich die Verweildauern im Allgemeinen für Tagessatz-Patienten und Fallpauschalen-Patienten verändert? Abbildung 79 zeigt keine großen Veränderungen

zwischen 2001 und 2002 an. Die fetten Linien für die Fallpauschalenfälle verlaufen fast identisch. D. h., der Anteil der Patienten, die am ersten Tag, am zweiten Tag, am dritten Tag usw. entlassen wurden, ist konstant geblieben. Für die Tagessatz-Fälle wurde eine Verlängerung der Liegezeiten befürchtet. Von einer Verlängerung kann zwischen den Jahren 2001 und 2002 aber keine Rede sein. Die Verweildauer im Krankenhaus ist auch für Tagessatz-Fälle eher rückläufig. In der Abbildung erkennen wir dass die durchgezogene dünne Linie für die Tagessatz-Fälle von 2002 unterhalb der gestrichelten Linie für die Tagessatz-Fälle von 2001 verläuft. D. h., der Anteil der Fälle, die nach X Tagen noch nicht entlassen sind ist für die Tagessatz-Fälle im Jahre 2002 geringer als für die Tagessatz-Fälle im Jahre 2001. Umgekehrt ausgedrückt heißt das, im Jahre 2002 wurden die Tagessatz-Fälle schneller entlassen als im Jahre 2001.

Tabelle 20: Anzahl der Fälle nach Diagnose, Jahr und Abrechnungsart

Diagnose (ICD9-Kodierung)	1995	2002	2002 FP	2002 TS
Normale Entbindung (650)	6091	8477	971	4
Schwangerschaft und Entbindung (640 - 673)	8474	12694	1900	696
Leistenbruch (550)	2687	3165	584	100
Chronische Affektionen der Tonsillen und des adenoiden Gewebes (Mandelentzündung) (474)	3908	4040	533	322
Cholelithiasis (Gallensteinleiden) (574)	1007	3506	425	330
Varizen der unteren Extremitäten (Krampfadern) (454)	1503	2483	373	144
Osteoarthritis und entsprechende Affektionen (degenerative Gelenkerkrankung) (715)	1461	3140	386	258
Akute Appendizitis (Blinddarmentzündung) (540)	1405	2284	211	220

Anmerkung: Grundlage sind die GBE-Daten in Kombination mit den 301er-Daten. Der große Unterschied zwischen der Gesamtzahl im Jahr 2002 und der Zahl der Fälle mit Fallpauschalen oder tagesgleichen Pflegesätzen beruht darauf, dass die 301er-Daten erst für das Ende des Jahres 2002 vollständig zur Verfügung stehen.

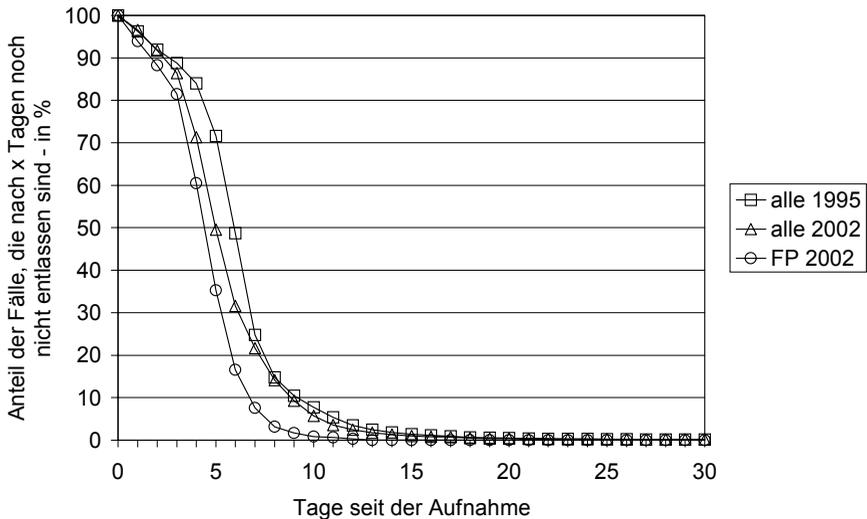
Nun wollen wir die Verweildauern für spezielle Diagnosen zwischen 1995 und 2002 vergleichen. Damit werden aktuelle gesundheitliche oder Behandlungszustände mit den Zuständen vor der Einführung der Fallpauschalen verglichen. Für das Jahr 2002 werden zudem noch die Verweildauern für die untersuchten Hauptdiagnosen getrennt für Tagessatz-Fälle und Fallpauschalen-Fälle dargestellt. Mit dem Blick auf die Entwicklung

bei bestimmten Diagnosen entledigen wir uns des Problems, dass eine Veränderung der Krankheitsverteilung über die Jahre zu einer veränderten Verweildauer in den Krankenhäusern führen könnten.

Tabelle 20 zeigt, wie viele Fälle unter die bestimmten Kategorien fallen, die später dargestellt werden sollen. Die häufigste Diagnose ist die normale Entbindung. Die Rubrik Schwangerschaft und Entbindung (640-673) ist eine Zusammenfassung verschiedener Diagnosen, die mit Schwangerschaft und Entbindung im Zusammenhang stehen. Normale Entbindungen werden in aller Regel mit einer Fallpauschale abgerechnet. Die anderen hier aufgeführten Diagnosen kommen in den Daten pro Jahr auch jeweils mehr als tausend mal vor. Anders als bei der normalen Entbindung sind bei den anderen Diagnosen auch sehr viele Fälle nach tagesgleichen Pflegesätzen abgerechnet worden.

Für alle Diagnosen, die in Tabelle 20 aufgeführt wurden werden nachfolgend die Survivorfunktionen für die Verweildauern im Krankenhaus dargestellt.

Abbildung 80: Verweildauern bei normaler Entbindung



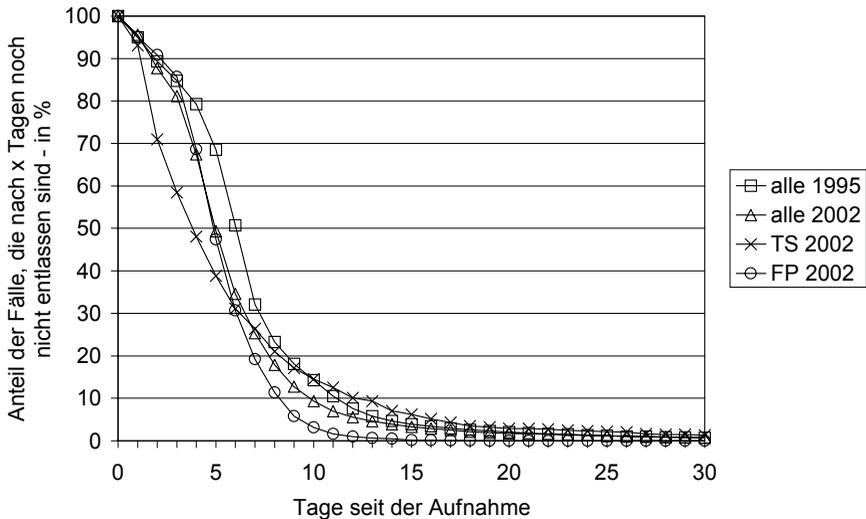
Anmerkung: Datengrundlage sind die GBE-Daten kombiniert mit den 301er-Daten. Nur normale Entbindung (ICD9: 650).

Die normale Entbindung wird fast nur als Fallpauschale abgerechnet. Diese Diagnose ist somit sehr gut geeignet, die Entwicklung über die letzten Jahre zu beurteilen.

Im Gegensatz zu den Darstellungen der Verweildauern bei allen anderen Diagnosen werden hier die Fälle mit tagesgleichem Pflegesatz nicht dargestellt. Der Grund dafür ist die minimale Fallzahl, die keine sinnvolle Darstellung erlaubt. Dargestellt sind nur die Verweildauern für 1995, für 2002 und die Verweildauern für die Fälle aus 2002, von denen die Informationen über die Entgeltart aus den 301er-Daten vorliegt.

Die Kurve für die Verweildauer im Krankenhaus bei normaler Entbindung verläuft für 1995 und 2002 im ersten Teil und im letzten Teil ziemlich identisch (siehe Abbildung 80). Nur zwischen dem 4. und dem 8. Tag nach der Aufnahme unterscheidet sich die Kurve voneinander. Insgesamt liegen die Patientinnen im Jahr 2002 kürzere Zeit im Krankenhaus als 1995. Der Unterschied beträgt im Durchschnitt einen halben Tag.

Abbildung 81: Verweildauern bei Schwangerschaft und Entbindung



Anmerkung: Datengrundlage sind die GBE-Daten kombiniert mit den 301er-Daten. Diagnosen Schwangerschaft und Entbindung (ICD9: 640-673)

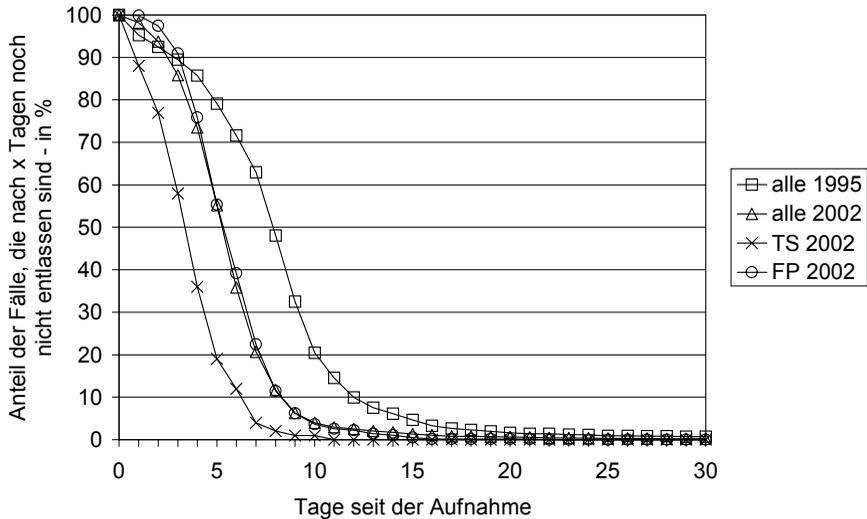
Die Kurve der Verweildauer von Fallpauschalen-Patientinnen zeigt überwiegend nur Fälle aus dem letzten Vierteljahr im Jahr 2002. Es scheint hier eine weitere Verkürzung der Liegezeiten zu geben. Es handelt sich aber hier nicht unbedingt um eine weitere Verkürzung der gesamten indikationsspezifischen Verweildauer im Krankenhaus. Gerade an diesem Beispiel zeigt sich eine Tücke des Vergleichs von Fallpauschalen-Patientinnen mit Tagessatz-Patientinnen: Die Fallpauschalen haben in aller Regel eine definierte Grenzverweildauer. D. h., sobald eine Patientin länger als die Grenzverweildauer im Krankenhaus liegt, wird der Fall zu einem Mischfall. Bis zur Grenzverweildauer wird er mit einer Fallpauschale und die anschließenden Tage werden als tagesgleiche Pflegesätze abgerechnet. Bei komplizierteren Schwangerschaften und Entbindungen gibt es Grenzverweildauern zwischen 13 und 21 Tagen. Diejenigen Fälle, die längere Verweildauern zu verzeichnen haben, sind hier also nicht mehr dargestellt. Dadurch kommt es in der Darstellung zu einer verkürzten Verweildauer. Diese Information, die aus der Betrachtung der normalen Entbindung deutlich wird, ist auch bei der Interpretation der Kurven für die Verweildauern bei anderen Diagnosen nützlich.

Die Entbindungen sind prinzipiell den Fallpauschalen zugeordnet. Die Fälle mit tagesgleichen Pflegesätzen sind Fälle mit Diagnosen während der Schwangerschaft oder im Anschluss an die Entbindung. Es gibt allerdings auch eine Reihe von Diagnosen zwischen ICD9 640 und ICD9 673, die über Fallpauschalen abgerechnet werden und nicht unter die Kategorie normale Entbindung (ICD9: 650) fallen.

Die Verweildauern im Krankenhaus sind bei der Gesamtbetrachtung aller Diagnosen, die im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung stehen, ebenso rückläufig wie die Verweildauern bei normaler Entbindung (siehe Abbildung 81). Nach 5 Tagen waren 1995 noch fast 70 % der Fälle nicht entlassen. 2002 waren hingegen nur 50 % noch nicht entlassen.

Die Tagessatz-Patientinnen verlassen zunächst schneller das Krankenhaus. Nach 6 Tagen kreuzt die Kurve für die Fallpauschalen-Patientinnen aber die Kurve der Tagessatz-Patientinnen. D. h., danach sind weniger Fallpauschalen-Patientinnen als Tagessatz-Patientinnen noch im Krankenhaus. Vor dem Hintergrund, dass die Fallpauschalen-Patientinnen in ihrer Verweildauer aber eine definitorische Verweildauergrenze eingebaut haben können, ist die Kurve dahingehend zu interpretieren, dass Fallpauschalen-Patientinnen im Durchschnitt länger im Krankenhaus liegen als Tagessatz-Patientinnen.

Abbildung 82: Verweildauern bei Leistenbruch

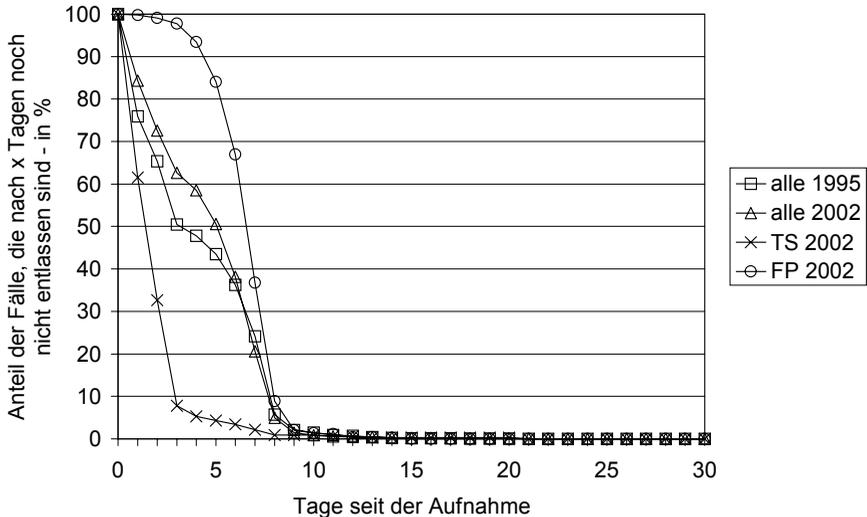


Anmerkung: Datengrundlage sind die GBE-Daten kombiniert mit den 301er-Daten.

Ein deutlicher Rückgang in der Verweildauer im Krankenhaus ist bei der Diagnose Leistenbruch zu erkennen (siehe Abbildung 82). Waren 1995 nach 6 Tagen noch fast 80 % der Patienten im Krankenhaus, so waren es 2002 nur noch ca. 35 %. Nach 9 Tagen waren 1995 noch über 30 % der Patienten mit der Diagnose Leistenbruch im Krankenhaus, während es 2002 nur noch ca. 5 % waren.

Die Fallpauschalen-Patienten liegen im Durchschnitt länger im Krankenhaus als die Tagessatz-Patienten. Nach 4 Tagen liegen die Fallpauschalen-Patienten zu über 75 % noch im Krankenhaus, während von den Tagessatz-Patienten nur noch knapp über 35 % im Krankenhaus liegen. Nach 7 Tagen liegen noch über 20 % der Fallpauschalen-Patienten im Krankenhaus, während es bei den Tagessatz-Patienten weniger als 5 % sind. Bei den Fallpauschalen-Patienten ist auch bei dieser Diagnose die geringe Entlassungstendenz in den ersten Tagen erkennbar. Erst nach ca. 3 Tagen beginnt für die Fallpauschalen-Patienten die Entlassungszeit. Bei den Tagessatz-Patienten beginnt die Entlassungsphase schon gleich nach dem ersten Tag.

Abbildung 83: Verweildauern bei chronischen Affektionen der Tonsillen und des adenoiden Gewebes (Mandelentzündung)



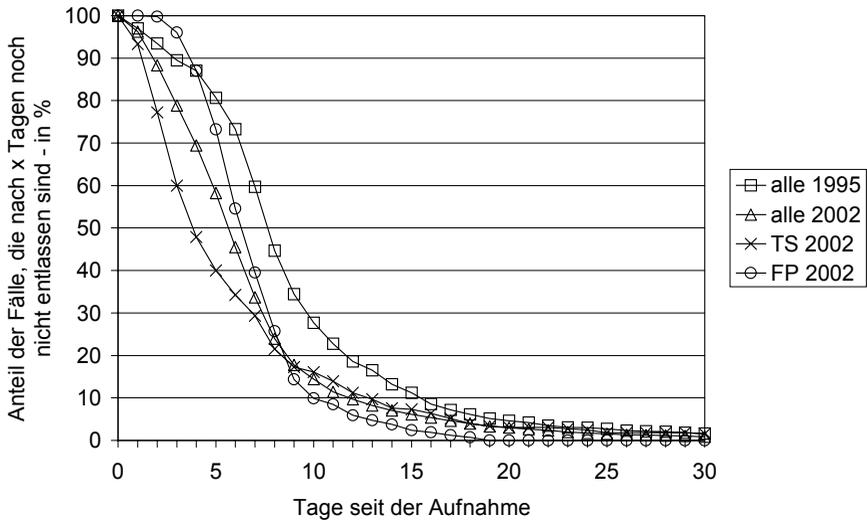
Anmerkung: Datengrundlage sind die GBE-Daten kombiniert mit den 301er-Daten.

Bei der Mandelentzündung (siehe Abbildung 83) hat sich die Verweildauer zwischen 1995 und 2002 verlängert. Hier könnte die Einführung der Fallpauschalen eine Rolle gespielt haben. Wie man sieht, sind die Fälle mit tagesgleichen Pflegesätzen nach drei Tagen schon fast alle entlassen. Die Fälle mit Fallpauschalen-Abrechnung sind nach 3-4 Tagen noch fast alle im Krankenhaus. Erst danach werden sie sehr schnell entlassen, so dass nach 9 Tagen fast keiner mehr im Krankenhaus liegt. Die Verlängerung der durchschnittlichen Verweildauer zwischen 1995 und 2002 könnte also daher rühren, dass inzwischen mehr Fälle über Fallpauschalen abgerechnet werden oder dass die Fälle mit Fallpauschalenabrechnung inzwischen eine längere Verweildauer im Krankenhaus haben.

Angenommen die Verläufe für das Jahr 1995 würden für die Fälle, die heute als Fallpauschalen oder Tagessätze abgerechnet werden, genauso verlaufen wie für das Jahr 2002, dann müsste man aus den Kurven schließen, dass vermehrt Behandlungen durchgeführt werden, die als Fallpauschale abgerechnet werden. D. h., es würden im Fall der

Diagnose Mandelentzündung vermehrt operative Entfernungen der Mandeln vorgenommen.

Abbildung 84: Verweildauern bei Cholelithiasis (Gallensteinleiden)



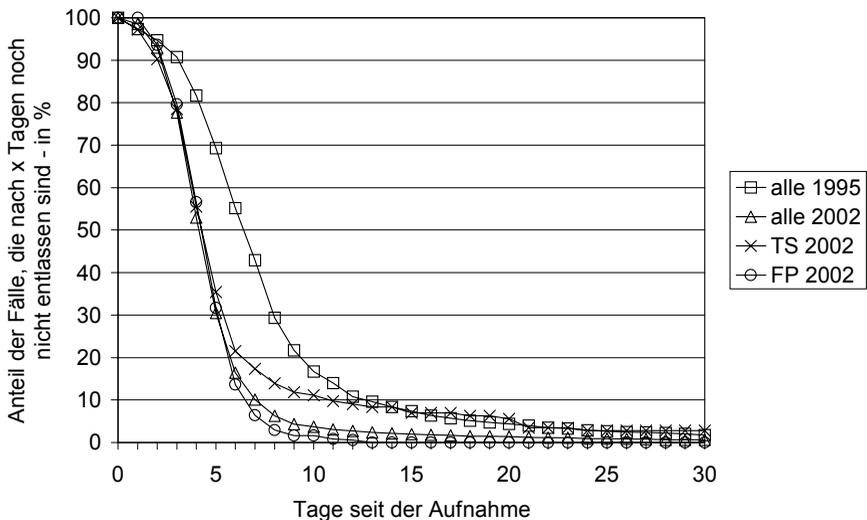
Anmerkung: Datengrundlage sind die GBE-Daten kombiniert mit den 301er-Daten.

Ebenso wie bei Schwangerschaft und Entbindungen sowie beim Leistenbruch ist auch im Fall der Gallensteinleiden (siehe Abbildung 84) die Verweildauer im Krankenhaus deutlich gesunken. Waren im Jahr 1995 nach 5 Tagen noch über 80 % der Patienten im Krankenhaus, so waren es im Jahr 2002 nur noch unter 60 %. Auch im weiteren Verlauf der Survivorkurven bleibt die Kurve von das Jahr 2002 unter der Kurve von 1995. Die Verweildauer ist für Patienten mit Gallensteinleiden in dieser Zeit also durchschnittlich um 1-2 Tage gesunken.

Inwieweit die Einführung der Fallpauschalen auf diese Entwicklung einen Einfluss hat, kann aus den Kurvenverläufen nicht direkt ersehen werden. Sichtbar wird hier, dass die Fälle mit Fallpauschalen-Abrechnung zunächst nicht so schnell aus dem Krankenhaus entlassen werden. Nach 3 Tagen sind noch immer über 95 % von ihnen im Krankenhaus, während zu diesem Zeitpunkt nur noch 60 % der Fälle mit tagesgleichen Pflege-

sätzen im Krankenhaus liegen. Danach geht es mit den Entlassungen bei den Fällen mit Fallpauschalen-Abrechnung aber deutlich schneller voran, so dass die Kurven sich nach 8-9 Tagen schneiden. Dies bedeutet, ab diesem Zeitpunkt liegen weniger Fälle mit Fallpauschalen-Abrechnung als Fälle mit tagesgleichen Pflegesätzen noch im Krankenhaus. Insgesamt ist aber die durchschnittliche Verweildauer für Fälle mit Fallpauschalen-Abrechnung auch hier höher.

Abbildung 85: Verweildauern bei Varizen (Krampfadern) der unteren Extremitäten



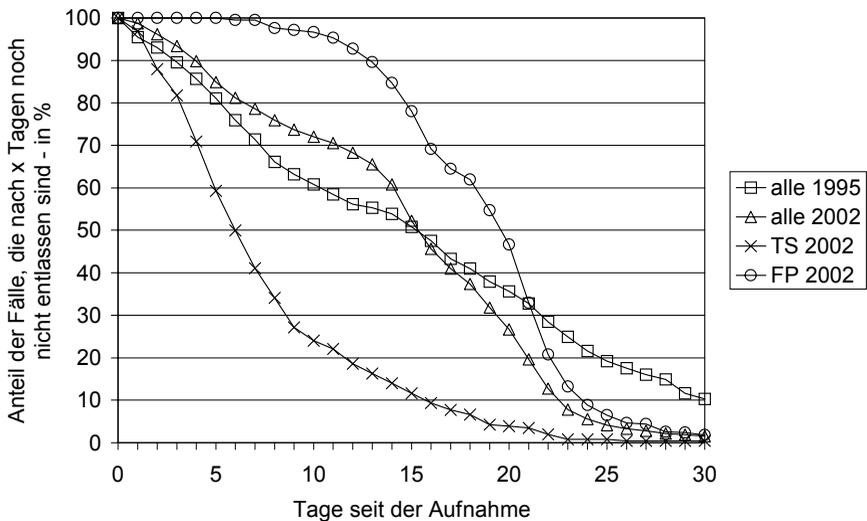
Anmerkung: Datengrundlage sind die GBE-Daten kombiniert mit den 301er-Daten.

Die Verweildauer im Krankenhaus hat sich für die Fälle verringert, die mit der Diagnose "Varizen der unteren Extremitäten (Krampfadern)" im Krankenhaus behandelt wurden (siehe Abbildung 85). Nach fünf Tagen waren 1995 noch ca. 70 % im Krankenhaus. Im Jahr 2002 waren es nach fünf Tagen nur noch ca. 30 %. Bis zum 6. Tag unterscheiden sich die Fälle mit Fallpauschalen-Abrechnung und die Fälle mit tagesgleichen Pflegesätzen nur sehr wenig. In diesem Bereich sind aber schon sehr deutlich die Unterschiede zwischen den Jahren 1995 und 2002 hervorgetreten. Das bedeu-

tet, dass wir die Veränderung zwischen 1995 und 2002 nicht aus dem Unterschied aus den Fällen mit Fallpauschalen-Abrechnung und den Fällen mit tagesgleichen Pflegesätzen erklären können.

Bei den degenerativen Gelenkerkrankungen (siehe Abbildung 86) sind deutlich unterschiedliche Verläufe für die Verweildauer zu sehen. Bis zum 16. Tag des Krankenhausaufenthalts sieht es so aus, als wäre die durchschnittliche Verweildauer von 1995 bis 2002 angestiegen. Nach dem 16. Tag des Krankenhausaufenthalts zeigt sich aber für 2002 eine kürzere Verweildauer als für 1995. Insgesamt sind die Verweildauern damit im Durchschnitt von 1995 und 2002 sehr ähnlich. Ein Hinweis darauf, wieso die Form für die Survivorfunktion für die Verweildauer sich so verändert hat, könnte der Vergleich von Fallpauschalen-Abrechnungen und tagesgleichen Pflegesätzen geben.

Abbildung 86: Verweildauern bei Osteoarthritis und entsprechender Affektionen (degenerative Gelenkerkrankung)



Anmerkung: Datengrundlage sind die GBE-Daten kombiniert mit den 301er-Daten.

Fälle mit tagesgleichen Pflegesätzen sind im Durchschnitt deutlich kürzere Zeit im Krankenhaus als Fälle mit Fallpauschalen-Abrechnung. Dies liegt sehr daran, welche

Behandlung im Fall der Diagnose für nötig erachtet wurde. Diagnostik ohne weitere Operation ist im Allgemeinen schneller zu erledigen als Diagnostik mit weiterer Operation und Nachbehandlung. Aber nicht nur die durchschnittliche Verweildauer unterscheidet sich zwischen Fällen mit Fallpauschalen und Fällen mit tagesgleichen Pflegesätzen, sondern auch die Form der Survivorfunktion. Während die Kurve für die Fälle mit tagesgleichen Pflegesätzen sofort nach der Aufnahme stark fällt und dann ab ca. dem 9. Tag etwas flacher verläuft, ist die Kurve für die Fälle mit Fallpauschalen-Abrechnung zweifach gebogen und enthält einen Wendepunkt. D. h., einerseits werden die Fälle mit tagesgleichen Pflegesätzen von Anfang an relativ gleichmäßig wieder entlassen. Und andererseits werden die Fälle mit Fallpauschalen-Abrechnung zunächst fast gar nicht entlassen, dann ab dem 13.-14. Tag werden die Entlassungen sehr häufig und schließlich flacht die Kurve wieder ab.

Insgesamt sind die Verweildauern für Fallpauschalen-Patienten ca. 10 Tage länger als für Tagessatz-Patienten. Dies steht natürlich wieder im direkten Zusammenhang mit Behandlungsform, wonach schließlich auch entschieden wird, ob ein Fall als Fallpauschale oder mit tagesgleichen Pflegesätzen abgerechnet wird.

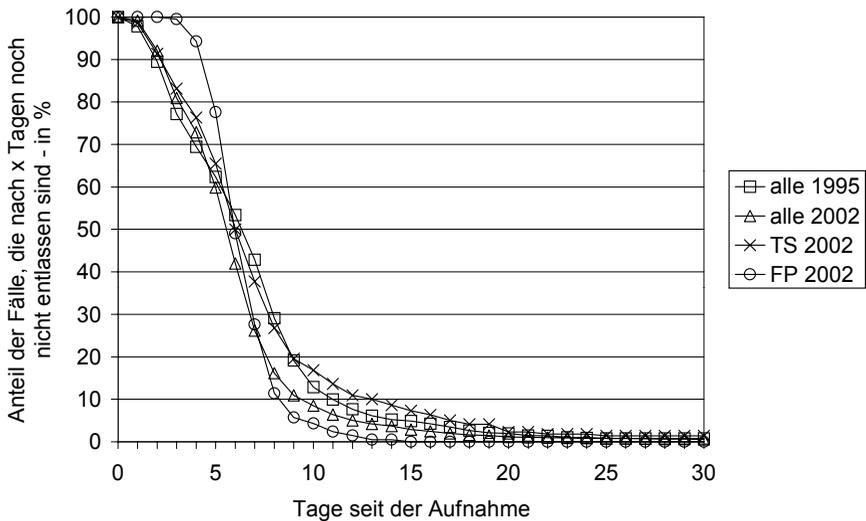
Vergleichbar mit den Ergebnissen bei den Gallensteinleiden gibt es auch bei den degenerativen Gelenkerkrankungen anscheinend ein bestimmtes zeitliches Fenster für die Entlassung. Inwieweit dieses Verfahren nun ein Zeichen dafür ist, ob die Patienten nicht ausreichend lang versorgt wurden, kann an dieser Stelle nicht gesagt werden.

Bei der Blinddarmentzündung (siehe Abbildung 87) hat es im Vergleich zwischen 1995 und 2002 keine sehr große Veränderung in der Entlassung innerhalb der ersten Tage gegeben. Die Verweildauer im Jahr 2002 ist aber im Durchschnitt etwas kürzer, weil ab ca. dem 6. Tag deutlich mehr entlassen wurde.

Auffällig ist der Verlauf der Survivorfunktion für die Fälle mit Fallpauschalen im Jahre 2002. Für die ersten Tage nach der Aufnahme ist der Anteil derer, die noch im Krankenhaus liegen, größer als bei den Fällen mit tagesgleichen Pflegesätzen. Nach ca. 5 Tagen tritt dann aber eine sehr große Entlassungswelle ein, so dass nach 7 Tagen schon mehr Fälle mit Fallpauschalen-Abrechnung als Fälle mit tagesgleichen Pflegesätzen entlassen sind. Die Fälle mit Fallpauschalen-Abrechnung haben ein exakteres Fenster der Verweildauer als die Fälle mit tagesgleichen Pflegesätzen. Auch hier ist aber zu berücksichtigen, dass die Verweildauern der Fallpauschalen-Fälle durch die Grenzverweildauer definitorisch begrenzt sind. Insgesamt sind die durchschnittlichen Verweildauern für Fallpauschalen-Patienten ähnlich lang wie für Tagessatz-Patienten. Addierte

man noch die Fälle hinzu, die im Grunde als Fallpauschalen-Patienten gestartet sind und dann aber als Mischfälle enden, weil sie die Grenzverweildauer überschreiten, dann sähe die mittlere Verweildauer für Fallpauschalen-Patienten sicherlich noch länger aus als für Tagessatz-Patienten.

Abbildung 87: Verweildauern bei akuter Appendizitis (Blinddarmentzündung)



Anmerkung: Datengrundlage sind die GBE-Daten kombiniert mit den 301er-Daten.

Insgesamt fällt bei der Betrachtung der Verweildauern für einzelne Diagnosen auf, dass die Verweildauer im Allgemeinen für die Tagessatz-Fälle geringer ausfällt. Dies hängt in den meisten Fällen im Wesentlichen damit zusammen, dass erst die bestimmte Behandlungsmethode bei einer Diagnose den Fall zu einem Fallpauschalen-Fall werden lässt. Diese Behandlungsmethoden dauern in der Regel etwas länger, insbesondere dann, wenn es sich dabei um Operationen handelt. Der typische Verlauf der Survivorkurve für die Verweildauer von Fallpauschalen-Patienten beginnt mit einer Stagnation in den ersten Tagen. D. h., in den ersten Tagen werden diejenigen Fälle, die über Fallpauschalen abgerechnet werden, kaum bis gar nicht entlassen. Dahinter verbirgt sich, dass Fallpauschalen-Fälle nicht nur zu diagnostischen Zwecken im Krankenhaus lie-

gen, sondern in aller Regel auch eine (operative) Behandlung erfahren. Nach einer notwendigen Mindestdauer, die eine Diagnose plus adäquate Behandlung benötigen, steigt die Entlassungsrate für die Fallpauschalen-Fälle rapide an. Dadurch, dass in unseren Darstellungen keine Mischfälle untersucht wurden, wird auch die Grenzverweildauer für die einzelnen Diagnosen deutlich.

Mischfälle sind oftmals Fallpauschalen-Fälle, die über die Grenzverweildauer hinaus noch im Krankenhaus liegen. Für diese wird dann für alle nachfolgenden Tage nach tagesgleichen Pflegesätzen abgerechnet. Die Kurve der Verweildauer für die Fallpauschalenfälle würde also nicht so stark gegen Null laufen, wenn die Mischfälle, die aus der Überschreitung der Grenzverweildauer resultieren, integriert worden wären. Eine Integration war aber nicht eindeutig möglich, weil nicht genau differenziert werden konnte, ob die Mischfälle als Tagessatz-Patienten gestartet sind und dann zu Fallpauschalen-Patienten wurden oder ob sie als Fallpauschalen-Patienten gestartet sind und sich dann z. B. auf Grund der Überschreitung der Grenzverweildauer tagesgleiche Pflegesätze anknüpften.

Unterstellte man den Verantwortlichen in den Krankenhäusern ein primär ökonomisches Denken und erst dann gesundheitliche Kalküle, dann könnte man erwarten, dass mit der Einführung der Abrechnungen nach DRG der Aufenthalt nach den nötigen Behandlungen so schnell wie möglich beendet wird. Dann würde die Kurve für die Verweildauer noch extremer verlaufen als jetzt schon die Kurven Fallpauschalen-Fälle ohne die Mischfälle verlaufen. Diese hier dargestellten Kurven der Verweildauern bilden somit den Maßstab für den späteren Vergleich nach der Einführung der DRG.

Der Vergleich der Jahre 1995 und 2002 hat für fast alle Diagnosen gezeigt, dass die Verweildauer gesunken ist. Das entspricht im übrigen einem seit langem zu beobachtenden säkularen Trend. Inwieweit dies positiv oder negativ zu bewerten hat, ist aber aus der Verkürzung der Verweildauer noch nicht zu erkennen. Einerseits wurden Verkürzungen der Verweildauer gefordert, um Geld einzusparen und auch den Patienten einen unnötigen Aufenthalt im Krankenhaus zu ersparen. Andererseits wurde aber auch befürchtet, die Verkürzung der Verweildauer könnte so extrem ausfallen, dass die Patienten noch nicht ausreichend ausgeheilt entlassen würden, so dass sie kurze Zeit später erneut stationär behandelt werden müssten.

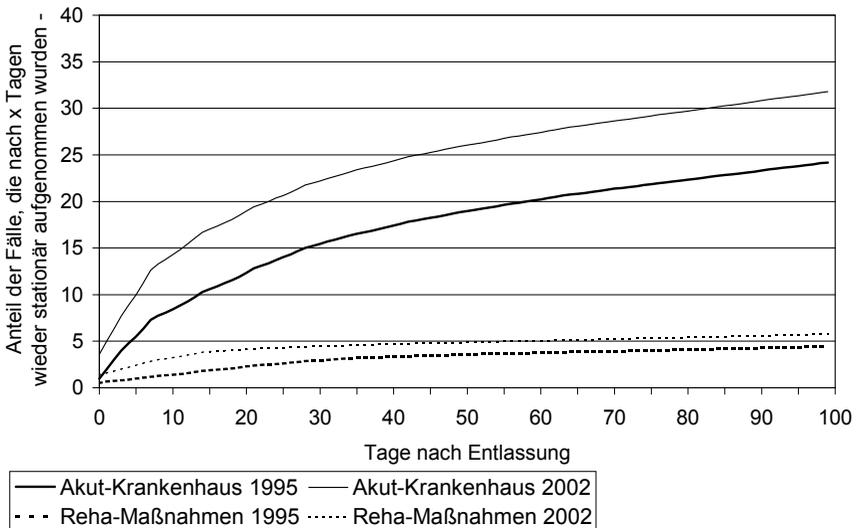
An dieser Stelle soll versucht werden, eine weitere Facette des Geschehens in den Blick zu nehmen: Untersucht wird, inwieweit eine erneute Behandlung im Krankenhaus (Re-

hospitalisierung) von der Entgeltart abhängig ist und inwieweit sich die Rehospitalisierung bei bestimmten Diagnosen seit der Einführung der Fallpauschalen verändert hat.

5.5 Erneute Aufnahme – Rehospitalisierung

Bei den Rehospitalisierungen wird im folgenden unterschieden, ob es sich um eine Wiederaufnahme im Akut-Krankenhaus oder um eine (Weiter-) Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung handelt. Bei bestimmten Erkrankungen ist bekanntlich die nahtlose und zügige Weiterbehandlung in einer Rehabilitationseinrichtung in hohem Maße erwünscht. Eine baldige Wiederaufnahme in ein Akutkrankenhaus kann dagegen sehr negativ interpretiert werden. Es könnte bedeuten, dass die Behandlung im vorherigen Akutkrankenhaus nicht in einem ausreichenden Maße abgeschlossen war.

Abbildung 88: Rehospitalisierung nach Art der nachfolgenden stationären Maßnahme für die Jahre 1995 und 2002

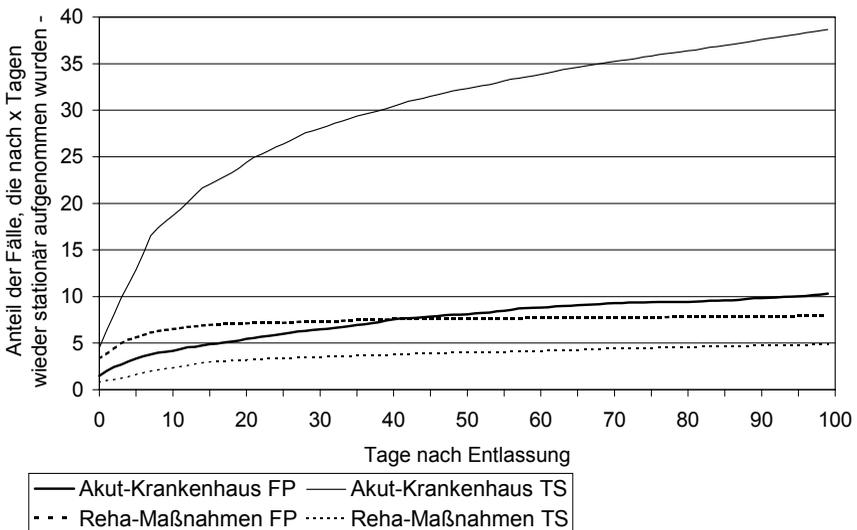


Anmerkung: Datengrundlage sind die GBE-Daten kombiniert mit den 301er-Daten.

Abbildung 88 zeigt an, inwieweit die Rehospitalisierungen sich zwischen 1995 und 2002 verändert haben. Das zusätzlich differenzierende Kriterium ist hierbei die Art der stationären Maßnahme. Es wird dabei unterschieden, ob die Patienten nach ihrem Aufenthalt im Krankenhaus erneut in ein Akut-Krankenhaus aufgenommen werden oder ob sie in eine Reha-Klinik aufgenommen werden.

Für beide Arten der stationären Behandlung ist zwischen 1995 und 2002 ein Zuwachs in der Rehospitalisierung zu beobachten. Dabei machen die Reha-Maßnahmen sowohl im Jahr 1995 als auch im Jahr 2002 den weitaus geringeren Teil aus. Wenngleich es bei bestimmten Indikationen Gründe dafür geben mag, nach einem Krankenhausaufenthalt innerhalb von einer bestimmten Zeit den Patienten erneut aufzunehmen (z.B. um eine laufende Therapie fortzusetzen oder weil der Behandlungserfolg nur im Rahmen einer stationären Aufnahme kontrolliert werden kann), gibt der Anstieg zwischen 1995 und 2002 im Akut-Krankenhaus zu denken.

Abbildung 89: Rehospitalisierung nach Art der nachfolgenden stationären Maßnahme und nach Abrechnungsart



Anmerkung: Datengrundlage sind die GBE-Daten kombiniert mit den 301er-Daten (überwiegend 2002, aber auch 2001 und einige Fälle aus 2000).

In Abbildung 89 wird nun gezeigt, wie groß die Rehospitalisierung nach Art der nachfolgenden stationären Maßnahmen und nach der Abrechnungsart ist. Es soll hierbei der Frage nachgegangen werden, inwieweit die Fallpauschalen einen direkten Effekt auf die Steigerung der Rehospitalisierung haben können.

Ca. 1,5 % der Patienten, die im Akut-Krankenhaus nach Fallpauschalen abgerechnet werden, werden am Entlassungstag wieder in einem Akut-Krankenhaus aufgenommen. Dies trifft für ca. 4,5 % der Fälle zu, die nach tagesgleichen Pflegesätzen abgerechnet werden. Bei der Rehospitalisierung in Richtung Rehabilitationsmaßnahmen verkehrt sich das Verhältnis. Ca. 3,3 % der Fälle, die im Akut-Krankenhaus nach Fallpauschalen abgerechnet wurden, werden am Entlassungstag in eine Reha-Klinik aufgenommen. Dies trifft allerdings nur für ca. 0,8 % der Fälle mit tagesgleichen Pflegesätzen zu (siehe Abbildung 89).

Im Verlauf der nachfolgenden Tage steigt die Zahl der Rehospitalisierungen noch weiter an. Nach 20 Tagen sind ca. 5,5 % der Fälle mit Fallpauschalen-Abrechnung erneut in einem Akut-Krankenhaus aufgenommen worden. Bei den Fällen, die mit tagesgleichen Pflegesätzen abgerechnet wurden, sind aber nach 20 Tagen schon ca. 24 % der Fälle wieder im Akut-Krankenhaus aufgenommen worden. Die Rehospitalisierung in Richtung Reha-Maßnahmen bleibt auch im weiteren Verlauf eher eine Folgeerscheinung der Fälle mit Fallpauschalen-Abrechnung als für Fälle die nach tagesgleichen Pflegesätzen abgerechnet wurden. Nach 20 Tagen haben ca. 7,1 % der Fälle mit Fallpauschalen eine Reha-Maßnahme angetreten. Bei den Fällen mit tagesgleichen Pflegesätzen sind es nach 20 Tagen lediglich ca. 3,2 %.

Eine wesentliche Erklärung dafür, warum die Verteilung so aussieht, liegt darin, dass die Fälle mit Fallpauschalen in der Regel durch Operationen behandelt werden, wodurch zumeist die Ursache des stationären Aufenthalts beseitigt wird. Nach dieser Behandlung kann sich sinniger Weise eine Reha-Maßnahme sehr schnell anschließen. Unter die Tagessatz-Fälle fallen dagegen häufiger Fälle, bei denen die Beobachtung und die Diagnostik im Vordergrund stehen. Viele Fälle darunter sind deshalb nur Tagessatz-Fälle, weil sie zur adäquateren Behandlung in ein geeigneteres Krankenhaus überwiesen werden. Dadurch lässt sich auch zum großen Teil erklären, warum die Rehospitalisierung in Richtung Reha-Maßnahmen bei den Fallpauschalen relativ hoch ist und die Rehospitalisierung in Richtung Akut-Krankenhaus bei den Tagessätzen so hoch ist.

Ein weiterer Punkt, der die Verteilung verschiebt, ist die Tatsache, dass unter die Diagnosen, die über tagesgleiche Pflegesätze abgerechnet werden sehr viele chronische Krankheiten und die ganze Palette der psychiatrischen Krankheiten fallen. Unter diesen Bedingungen sind natürlich auch höhere Rehospitalisierungsraten in Richtung Akut-Krankenhaus für Tagessatz-Patienten zu erwarten.

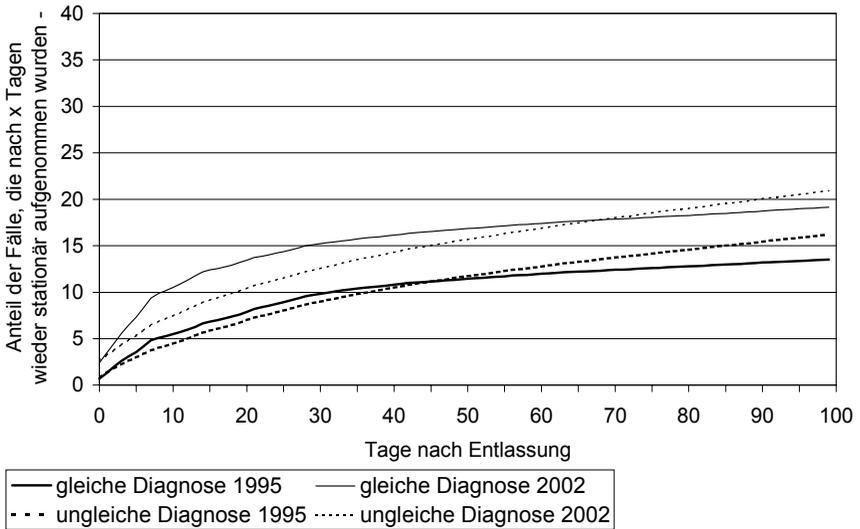
Zur Frage, ob die Fallpauschalen-Fälle maßgeblich und direkt die erhöhte Rehospitalisierung verursachen, lässt sich Folgendes sagen: Der Anteil der Rehospitalisierungen hat in besonderem Ausmaß in Richtung erneuter Behandlung im Akut-Krankenhaus bis zum 100. Tag nach der Entlassung um etwas über 7,6 Prozentpunkte zugenommen. Die Rehospitalisierungen in Richtung Akut-Krankenhaus erreichen bei Fallpauschalen-Fällen nach 100 Tagen gerade einmal 10 %. Man kann davon ausgehen, dass die Fälle von 1995, die im Jahr 2002 als Fallpauschalen-Fälle abgerechnet worden wären, im Jahr 1995 nicht nur zu 0 %, 1 % oder 2 % rehospitalisiert wurden. Das bedeutet, dass der Zuwachs an Rehospitalisierung weitestgehend von den Fällen mit tagesgleichen Pflegesätzen herrührt. Bei diesen Fällen beobachten wir im Jahr 2002 auch eine extrem hohe Rehospitalisierung. Dies kann ein Indiz dafür sein, dass Fälle aufgesplittet werden. D. h., Fälle werden zunächst als Tagessatz-Fälle aufgenommen, wieder entlassen und erst dann werden die Behandlungen vorgenommen, die dann möglicherweise über Fallpauschalen abgerechnet werden. So werden dann die diagnostischen Maßnahmen, die im Sinne des Gesetzgebers auch unter die Fallpauschale fallen sollten, separat über tagesgleiche Pflegesätze abgerechnet. Unter dem Strich ist damit personen- bzw. patientenbezogen nichts gewonnen.

Um einen besseren Einblick zu bekommen, inwieweit es sich bei der gestiegenen Rehospitalisierung bei Tagessatz-Fällen um Fall-Splitting handeln könnte, wollen wir schauen, inwieweit die Rehospitalisierungen mit gleicher oder mit unterschiedlicher Diagnose geschehen.

Die Rehospitalisierungen haben sowohl mit gleicher als auch mit ungleicher Diagnose zugenommen (siehe Abbildung 90). Die Rehospitalisierung mit gleicher Diagnose hat dabei noch etwas mehr zugenommen als die Rehospitalisierung mit ungleicher Diagnose. Nach 20 Tagen waren im Jahr 1995 7,9 % mit gleicher Diagnose und 7,0 % mit ungleicher Diagnose wieder aufgenommen worden. Im Jahr 2002 waren nach 20 Tagen 13,5 % mit gleicher Diagnose und 10,4 % mit ungleicher Diagnose wieder stationär oder teilstationär aufgenommen. Mit gleicher Diagnose gab es also einen Zuwachs um 5,6 Prozentpunkte und mit ungleicher Diagnose gab es einen Zuwachs um 3,4 Prozent-

punkte. Dieser Befund bestärkt also noch mehr die Hypothese eines anwachsenden Fall-Splitting-Geschehens.

Abbildung 90: Rehospitalisierung nach Art der nachfolgenden Diagnose für die Jahre 1995 und 2002

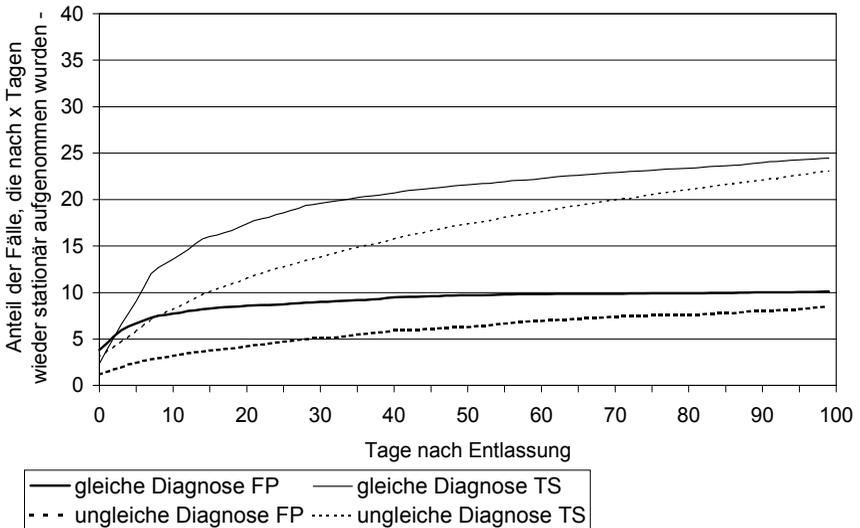


Anmerkung: Datengrundlage sind die GBE-Daten kombiniert mit den 301er-Daten.

Um diese These weiter zu erhärten, wird in Abbildung 90 dargestellt, inwieweit sich die Rehospitalisierungen nach unterschiedlichen Abrechnungsarten unterscheiden.

Abbildung 91 zeigt uns differenziert nach Entgeltart die Anteile derer, die nach einer Entlassung aus stationärer oder teilstationärer Krankenhausbehandlung nach x Tagen wieder in eine stationäre oder teilstationäre Behandlung aufgenommen werden. Auch hierbei wird die stärkere Rehospitalisierung bei den Tagessatz-Fällen im Vergleich zu den Fallpauschalen-Fällen deutlich. Für beide Abrechnungsarten sind die Unterschiede zwischen Rehospitalisierung mit gleicher oder unterschiedlicher Diagnose aber relativ identisch. In beiden Fällen gibt es in den ersten Tagen deutlich mehr Rehospitalisierungen mit gleicher Diagnose. Je mehr Zeit seit der Entlassung verstrichen ist, desto größer wird dann der Anteil der Rehospitalisierung mit anderen Diagnosen.

Abbildung 91: Rehospitalisierung nach Art der nachfolgenden Diagnose und nach Abrechnungsart

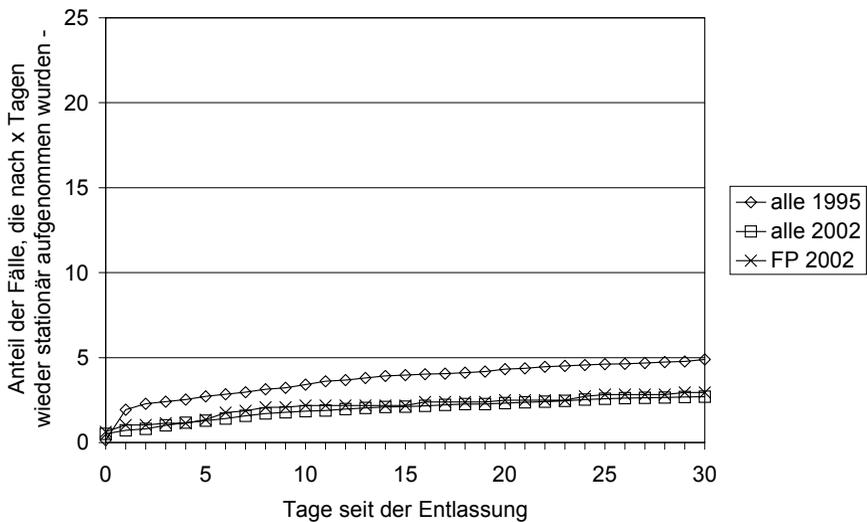


Anmerkung: Datengrundlage sind die GBE-Daten kombiniert mit den 301er-Daten.

Unterstellt man also, dass die insgesamt größere Rehospitalisierung bei den Tagessatz-Fällen aus der besonderen Konstellation von Diagnose und Behandlung resultiert, dann ist zwischen den Fallpauschalen-Fällen und den Tagessatz-Fällen erst einmal kein Unterschied in der Rangfolge der gleichen und ungleichen Diagnosen in Bezug auf die Rehospitalisierung festzustellen. Die insgesamt größere Rehospitalisierung bei Tagessatz-Fällen lässt zwar die Vermutung zu, dass die Entwicklung zu größerer Rehospitalisierung insgesamt ein Effekt der Tagessatz-Fälle ist, aber inwieweit die Unterschiede beim Anstieg der Rehospitalisierung mit gleichen und ungleichen Diagnosen ein Effekt von Fallpauschalen ist oder eher die Tagessatz-Fälle betrifft, lässt sich hier kaum ermitteln. Da wir aber schon wissen, dass die Rehospitalisierung von Fallpauschalen-Fällen häufiger in Richtung Reha-Maßnahmen erfolgt und die Rehospitalisierung von Tagessatz-Fällen in der Regel im Akut-Krankenhaus erfolgt, verstärken sich zusammengekommen die Indizien für ein Fall-Splitting.

Möglicherweise ist diese Betrachtung aber auch nur zu grob. Um strukturelle Faktoren auf die Verläufe der Rehospitalisierung zu minimieren, werden nachfolgend die Rehospitalisierungen bei einzelnen Diagnosen betrachtet und anschließend die Ergebnisse zusammengefasst. Auch hierbei wird wieder verglichen, wie die Entwicklung zwischen 1995 und 2002 verlaufen ist. Gleichzeitig sollen auch hierbei für das Jahr 2002 der Unterschied zwischen Fällen mit tagesgleichen Pflegesätzen und Fällen mit Fallpauschalen gemessen werden.

Abbildung 92: Rehospitalisierung bei normaler Entbindung



Anmerkung: Datengrundlage sind die GBE-Daten kombiniert mit den 301er-Daten.

Beim Blick auf die Abbildungen zu den Rehospitalisierungen ist darauf zu achten, dass der Maßstab nicht einheitlich ist. In der Regel haben wir die Skalierung der Y-Achse mit Werten von 0 % bis 25 % vorgenommen. In Abbildung 93 (S. 209) ist die Y-Achse mit Werten von 0 % bis 50 % skaliert und in Abbildung 98 (S. 216) ist die Y-Achse mit Werten von 0 % bis 100 % skaliert. Dies ist ein Kompromiss zwischen der Vergleichbarkeit der Darstellungen und der Erkennbarkeit von Informationen.

Tabelle 21: Anzahl der Krankenhausfälle und Rehabilitationsmaßnahmen innerhalb von 30 Tagen nach abgeschlossenem Krankenhausfall differenziert nach Diagnose, Jahr und Abrechnungsart

Diagnose (ICD9-Kodierung)		1995	2002	2002	2002
				FP	TS
normale Entbindung (650)	Akute Behandlung	3115	512	35	1
	Nachstationäre Behandlung		2	1	
	Rehabilitation	539	21	2	
Schwangerschaft und Entbindung (640 - 673)	Akute Behandlung	5013	2644	81	402
	Nachstationäre Behandlung	2	63	4	20
	Rehabilitation	628	30	3	1
Leistenbruch (550)	Akute Behandlung	1383	409	48	15
	Nachstationäre Behandlung		56	8	11
	Rehabilitation	314	50	7	1
Chronische Affektionen der Tonsillen und des adenoiden Gewebes (Mandelentzündung) (474)	Akute Behandlung	1439	363	36	22
	Nachstationäre Behandlung		8		3
	Rehabilitation	433	65	2	3
Cholelithiasis (Gallensteinleiden) (574)	Akute Behandlung	581	774	23	95
	Nachstationäre Behandlung	1	82	11	13
	Rehabilitation	100	61	2	4
Varizen der unteren Extremitäten (Krampfadern) (454)	Akute Behandlung	830	361	35	18
	Nachstationäre Behandlung		48	3	8
	Rehabilitation	157	47	2	1
Osteoarthritis und entsprechende Affektionen (degenerative Gelenkerkrankung) (715)	Akute Behandlung	778	389	13	46
	Nachstationäre Behandlung	1	58		24
	Rehabilitation	496	1771	328	23
Akute Appendizitis (Blinddarmentzündung) (540)	Akute Behandlung	571	279	12	21
	Nachstationäre Behandlung	1	54		17
	Rehabilitation	82	26		2

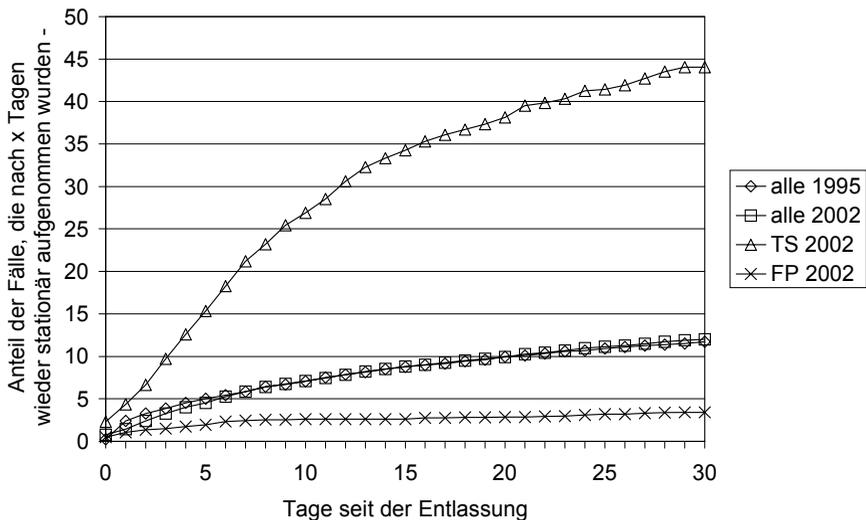
Anmerkung: Grundlage sind die GBE-Daten in Kombination mit den 301er Daten

Bei der normalen Entbindung liegen erwartungsgemäß nur sehr wenige Rehospitalisierungen vor (siehe Abbildung 92). Innerhalb der ersten 30 Tage nach der Entlassung nach einer normalen Entbindung waren im Jahr 1995 nur ca. 5 % der ehemaligen Krankenhausinsassen erneut im Akut-Krankenhaus oder in einer Reha-Klinik aufgenommen worden. Im Jahr 2002 sind es dann nur noch 3 % gewesen. Es ist also ein deutlicher Rückgang der Rehospitalisierung nach normaler Entbindung zu beobachten.

Da bei der normalen Entbindung im Jahr 2002 stets nach Fallpauschalen abgerechnet wurde, kann für dieses Jahr kein Vergleich zwischen Tagessatz-Patienten und Fallpauschalen-Patienten angestellt werden. Die Rehospitalisierungsraten liegen für die Fälle, die für das Jahr 2002 als Fallpauschalen-Patienten registriert wurden, auf einem sehr ähnlichen Niveau wie allgemein für das Jahr 2002.

Eine Vermutung könnte also sein, dass der Rückgang der Rehospitalisierung im Zusammenhang steht mit der Umstellung der Abrechnungen nach 1995.

Abbildung 93: Rehospitalisierung bei Schwangerschaftsproblemen und Entbindung



Anmerkung: Datengrundlage sind die GBE-Daten kombiniert mit den 301er-Daten.

Beim Blick auf die Rehospitalisierung bei Schwangerschaftsproblemen und Entbindung (siehe Abbildung 93) fällt uns kein Unterschied zwischen den Jahren 1995 und 2002 auf. Das bedeutet letztlich, dass die Rehospitalisierungen unter der Bedingung von tagesgleichen Pflegesätzen mehr geworden sind; denn die Rehospitalisierungen unter Fallpauschalen-Bedingungen sind seit 1995 weniger geworden (siehe Abbildung 92). Die normalen Entbindungen, die schließlich über Fallpauschalen abgerechnet werden, fallen auch unter die Kategorie "Schwangerschaftsproblemen und Entbindung".

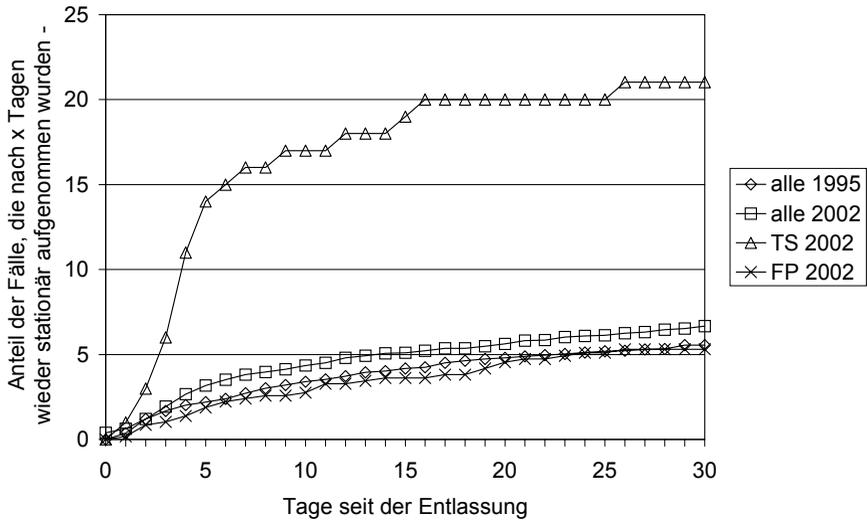
Die unterschiedlichen Verläufe für die Fallpauschalen und die tagesgleichen Pflegesätze resultieren aus den unterschiedlichen Diagnosen, die hier berücksichtigt sind. Die Fallpauschalen beinhalten prinzipiell alle Entbindungen, während bei den tagesgleichen Pflegesätzen nur Schwangerschaftsprobleme und Diagnosen nach der Entbindung auftauchen. Probleme im Schwangerschaftsverlauf führen natürlich zu einer schnelleren Rehospitalisierung, weil in der Regel die Entbindung noch anliegt. Entsprechend sind die Arten der Rehospitalisierung auch zu allermeist erneute stationäre Behandlungen (siehe Tabelle 21). Die Zahl der Reha-Maßnahmen ist sehr viel geringer. Im Jahr 1995 war noch jede 7. anschließende Behandlung nach einer normalen Entbindung eine Rehabilitationsmaßnahme. Im Jahr 2002 war nur noch jede 25. anschließende Behandlung eine Rehabilitationsmaßnahme. Zusammengefasst mit allen anderen Schwangerschaftsproblemen ist der Rückgang der Rehospitalisierung in Richtung Rehabilitation noch viel größer. Ein Unterschied zwischen Fallpauschalen-Fällen und Tagessatz-Fällen kann aber nicht festgestellt werden.

Insgesamt lässt sich aber doch nach der Betrachtung der Rehospitalisierung nach normaler Entbindung und nach Schwangerschaftsproblemen und Entbindung sagen, dass eine direkte Verschlechterung der Situation durch die Fallpauschalen hier nicht zu erkennen ist. Es kam zu einer Verringerung der Rehospitalisierung bei Fallpauschalen-Patienten. Auf der anderen Seite kam es aber zu einer Erhöhung der Rehospitalisierung bei Tagessatz-Patienten, was im Zuge der Sparpolitik eher negativ zu bewerten ist.

Im Fall des Leistenbruchs ist die Rehospitalisierung zwischen den Jahren 1995 und 2002 leicht angestiegen (siehe Abbildung 94). Für 1995 beobachten wir nach 30 Tagen eine Rehospitalisierung von 5,6 %. Für das Jahr 2002 beträgt die Rehospitalisierung nach 30 Tagen 6,7 %. Für die Fallpauschalen-Fälle liegt die Rehospitalisierungsrate niedriger als die allgemeine Rehospitalisierungsrate. Nach 30 Tagen hatten 5,3 % der ehemaligen Patienten mit der Diagnose Leistenbruch eine erneute stationäre oder teilstationäre Behandlung. Besonders hoch fällt die Rehospitalisierung für die Tagessatz-

Fälle aus 30 Tagen nach der Entlassung mit der Hauptdiagnose Leistenbruch sind schon über 20 % erneut in einer stationären oder teilstationären Behandlung.

Abbildung 94: Rehospitalisierung bei Leistenbruch



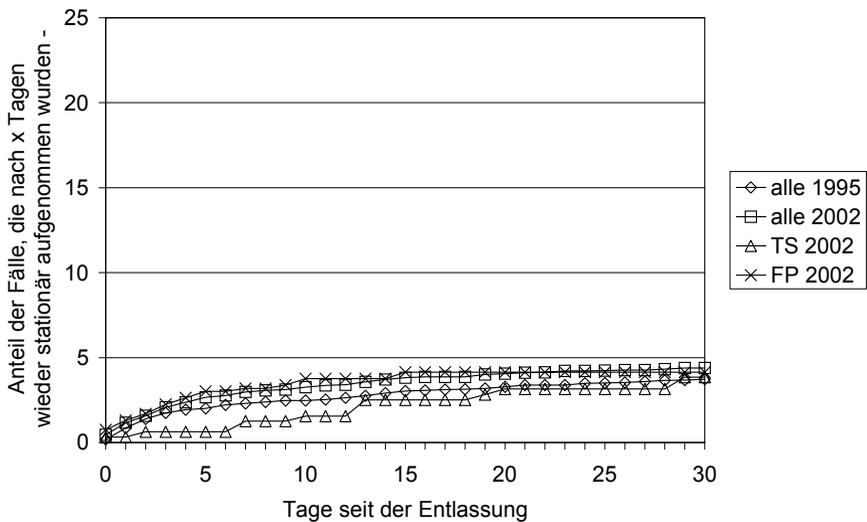
Anmerkung: Datengrundlage sind die GBE-Daten kombiniert mit den 301er-Daten.

In der Mehrzahl handelt es sich bei den Rehospitalisierungen um Aufnahmen in ein Akut-Krankenhaus (siehe Tabelle 21). Die Zahl der nachstationären Behandlungen und der Rehabilitationsmaßnahmen ist deutlich geringer. Die Verteilung der Rehospitalisierung in akute Behandlung, nachstationäre Behandlung und Reha-Maßnahmen ist für Tagessatz-Fälle und Fallpauschalen-Fälle sehr ähnlich. Auffällig ist aber, dass die nachstationären Behandlungen 1995 noch gar nicht in Erscheinung traten (siehe Tabelle 21) und 2002 die Reha-Maßnahmen zahlenmäßig überflügelten. Zusammenaddiert bilden die nachstationären Behandlungen und die Reha-Maßnahmen sehr ähnliche Anteile der Rehospitalisierung im Jahr 1995 und 2002.

Die Rehospitalisierung nach einer Behandlung der Mandelentzündung ist vergleichsweise gering. In keiner der hier dargestellten Kategorien wird innerhalb der ersten 30 Tage die 5 %-Marke überschritten (siehe Abbildung 95). Im Jahr 1995 sind 3,7 % der

Patienten mit Mandelentzündung innerhalb von 30 Tagen nach ihrer Entlassung wieder stationär oder teilstationär aufgenommen worden. Im Jahr 2002 waren es 4,4 %. Für die Fälle die nach Fallpauschalen abgerechnet wurden waren innerhalb der ersten 30 Tage nach ihrer Entlassung 4,1 % wieder stationär oder teilstationär aufgenommen worden. Für die Fälle mit tagesgleichem Pflegesatz lag der Wert bei 3,8 %. Der einzig deutlicher erkennbare Unterschied liegt in den ersten 12 Tagen. Bis zu diesem Zeitpunkt verläuft die Rehospitalisierung für die Tagessatz-Fälle des Jahres 2002 sichtbar langsamer.

Abbildung 95: Rehospitalisierung bei Mandelentzündung

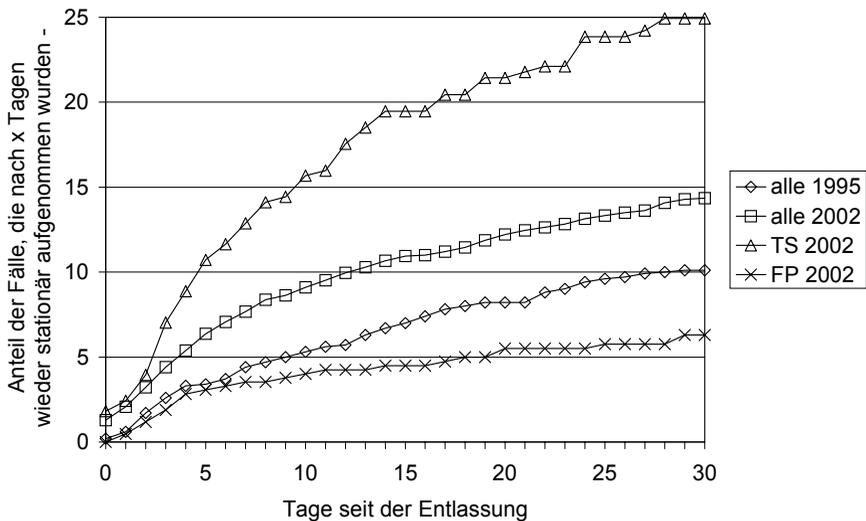


Anmerkung: Datengrundlage sind die GBE-Daten kombiniert mit den 301er-Daten.

Unterschiede sind in der Art der Rehospitalisierung zwischen 1995 und 2002 zu erkennen (siehe Tabelle 21). War im Jahr 1995 jede 4. erneute Aufnahme nach einer Mandelentzündung in eine Reha-Maßnahme, so war es im Jahr 2002 nur noch jede 7. erneute Aufnahme. Unterschiede zwischen Fällen mit Fallpauschalen-Abrechnung und Fällen mit tagesgleichem Pflegesätzen werden nicht deutlich. Die Zahl der nachstationären Behandlungen ist sehr gering.

Beim Gallensteinleiden ist ein deutlicher Anstieg der Rehospitalisierung zwischen 1995 und 2002 zu beobachten (siehe Abbildung 96). Innerhalb der ersten 30 Tage nach einer Entlassung mit der Hauptdiagnose Gallensteinleiden hatten die Patienten im Jahr 1995 zu ca. 10 % einen erneuten stationären oder teilstationären Aufenthalt. Im Jahr 2002 waren es schon über 14 %.

Abbildung 96: Rehospitalisierung bei Cholelithiasis (Gallensteinleiden)



Anmerkung: Datengrundlage sind die GBE-Daten kombiniert mit den 301er-Daten.

Ebenso wie bei Schwangerschaftsproblemen und beim Leistenbruch ist die Rehospitalisierung bei Tagessatz-Fällen sehr viel höher als bei Fallpauschalen-Fällen. Nach 30 Tagen haben 25 % der Tagessatz-Fälle eine erneute Aufnahme im Krankenhaus oder in einer Reha-Klinik erfahren. Unter den Fällen mit Fallpauschalen-Abrechnung waren es bis zum 30. Tag nach der Entlassung nur etwas über 6 %.

Die Anteil der rehospitalisierten Fallpauschalen-Fälle ist zeitweise gerade einmal so groß wie die Differenz der Rehospitalisierung zwischen 1995 und 2002. Da man davon ausgehen kann, dass die Rehospitalisierung fast nie einen so niedrigen Wert annimmt, der gegen Null geht, kann man also interpretieren, dass der Zuwachs an Rehospitalisie-

rungen im Wesentlichen durch die Fälle mit tagesgleichen Pflegesätzen entstanden sein muss.

Der Anteil der erneuten akuten Behandlung ist von 1995 bis 2002 gleich geblieben (siehe Tabelle 21, S. 208). Geändert hat sich aber ebenso wie beim Leistenbruch und bei den Schwangerschaftsproblemen der Anteil der nachstationären Behandlungen. Hier wie dort gab es im Jahr 1995 kaum registrierte nachstationäre Behandlungen. Alle nicht akuten Behandlungen waren im Jahr 1995 als Reha-Maßnahmen erfasst. Für 2002 werden aber 82 Rehospitalisierungen innerhalb der ersten 30 Tage nach der Entlassung gezählt, die mit einem nachstationären Krankenhausaufenthalt fortgeführt werden. Dem stehen 61 Reha-Maßnahmen gegenüber. Für die Fallpauschalen-Fälle ist der Anteil der akuten nachfolgenden Behandlungen deutlich geringer als für die Tagessatz-Fälle.

Die weitaus höhere Rehospitalisierung mag auf die nicht erfolgte Operation zurückzuführen sein, die aus einem Fallpauschalen-Fall einen Tagessatz-Fall macht. In manchen Fällen muss eine bestimmte Operation gegeben sein, damit ein Fall als Fallpauschale abgerechnet werden kann. Wenn diese eine bestimmte Operation nicht durchgeführt wird, dann "ruht" die Behandlung und das ursächliche Problem ist damit eventuell noch nicht behoben. Auf der anderen Seite wäre mit einer Operation das ursächliche Problem wahrscheinlich behoben, aber es könnten Folgewirkungen auftreten, die einen erneuten Krankenhausaufenthalt nötig machen. Insgesamt sollte aber die Rehospitalisierung nach einer abgeschlossenen Behandlung geringer sein, wodurch sich auch die geringere Rehospitalisierung bei Fallpauschalen-Fällen erklären ließe.

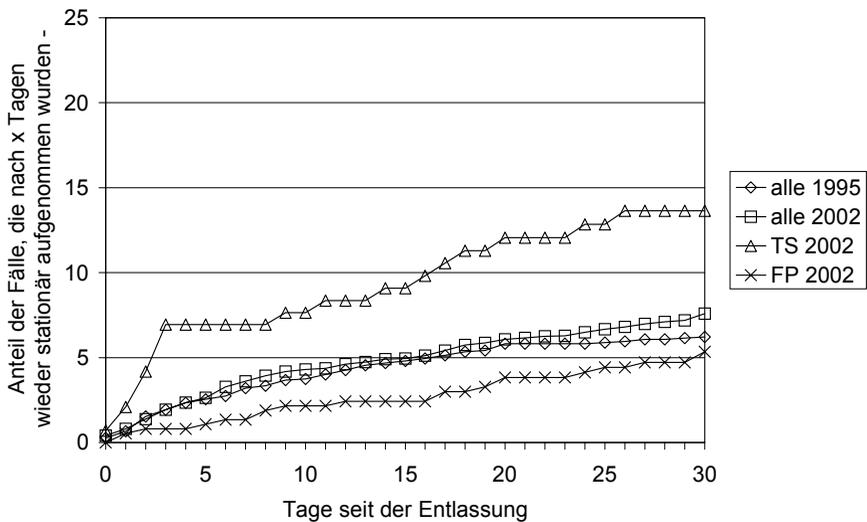
Ebenso wie bei der Entbindung und beim Leistenbruch gab es auch nach den Krankenhausaufenthalten auf Grund von Krampfadern an den Beinen kaum eine Änderung in der Höhe der Rehospitalisierung zwischen 1995 und 2002 (siehe Abbildung 97). 30 Tage nach der Entlassung hatten im Jahr 1995 6,2 % der Patienten einen erneuten Aufenthalt in einer Reha-Klinik oder in einem Krankenhaus. Im Jahr 2002 waren es 7,6 %. Bis zum 20. Tag haben sich die Rehospitalisierungen noch weniger unterschieden.

Einmal mehr sind auch bei der Diagnose "Varizen der unteren Extremitäten" die Rehospitalisierungsraten für Tagessatz-Fälle deutlich höher als für Fallpauschalen-Fälle. Während die Rehospitalisierung unter den Tagessatz-Fällen bis zum 30. Tag nach der Entlassung 13,6 % erreicht, steigt die Rehospitalisierung bis zum 30. Tag für die Fallpauschalen-Fälle lediglich auf 5,3 %.

Auch bei den Fällen, die wegen Krampfadern einen stationären oder teilstationären Aufenthalt hinter sich gebracht haben, ist für das Jahr 1995 kein nachstationärer Kran-

kenhausaufenthalt registriert, der sich anschließt (siehe Tabelle 21, S. 208). Rehospitalisierungen fanden 1995 zum größten Teil in Akut-Krankenhäuser statt. Ca. jede 6. Rehospitalisierung geschah in Richtung Reha-Maßnahmen. Zum Jahr 2002 sank der Anteil der Rehospitalisierungen in Richtung Akut-Krankenhaus. Der Anteil der nachstationären Behandlungen an den Rehospitalisierungen wurde ebenso groß wie der Anteil der Reha-Maßnahmen an den Rehospitalisierungen.

Abbildung 97: Rehospitalisierung bei Varizen (Krampfadern) der unteren Extremitäten



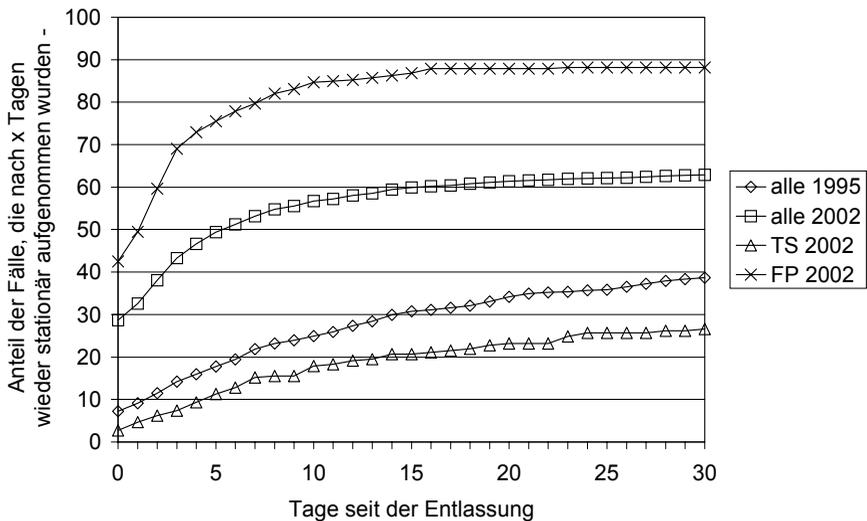
Anmerkung: Datengrundlage sind die GBE-Daten kombiniert mit den 301er-Daten.

Einen Einfluss der Abrechnungsart auf die Rehospitalisierung kann man bei dieser Diagnose nicht feststellen, da es zwischen 1995 und 2002 keine große Veränderung in der Rehospitalisierung gegeben hat.

Die einzige hier dargestellte Rehospitalisierung von Fallpauschalen-Fällen, die bei gleicher Diagnose größer ist als die Rehospitalisierung von Tagessatz-Fällen, ist die Rehospitalisierung nach Osteoarthrose (siehe Abbildung 98). 30 Tage nach der Entlassung sind fast 90 % der Fallpauschalen-Fälle erneut in stationärer oder teilstationärer

Behandlung gewesen. Bei den Tagessatz-Fällen sind es lediglich etwas über 26 %. Ganz deutlich ist auch der Unterschied zwischen 1995 und 2002 zu sehen. Nach 30 Tagen waren 1995 ca. 39 % erneut im Krankenhaus oder in einer Reha-Klinik gewesen. Zum Jahr 2002 stieg dieser Anteil auf ca. 63 %.

Abbildung 98: Rehospitalisierung bei Osteoarthritis und entsprechender Affektionen (degenerative Gelenkerkrankung)



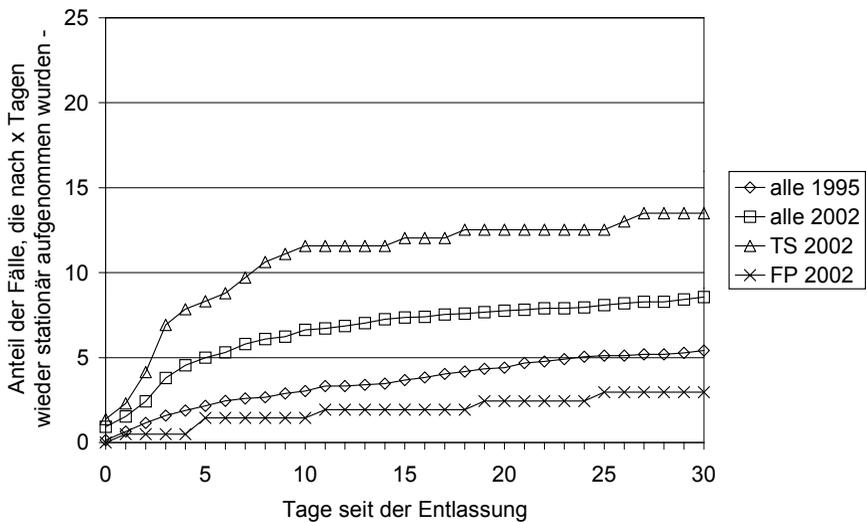
Anmerkung: Datengrundlage sind die GBE-Daten kombiniert mit den 301er-Daten.

Bei der Osteoarthritis ist die Rehospitalisierung bei Tagessatz-Fällen zeitweise deutlich geringer als der Unterschied zwischen den Jahren 1995 und 2002. D. h., die Tagessatz-Fälle können bei dieser Diagnose nicht den größten Einfluss auf die Entwicklung zwischen 1995 und 2002 gehabt haben. Auch an der Form der Rehospitalisierungskurven ist deutlich zu erkennen, dass sich hinter den Rehospitalisierungen im Jahr 2002 insbesondere die Fallpauschalen-Fälle verbergen.

Parallel zu der Entwicklung zu mehr Rehospitalisierung verläuft bei der Osteoarthritis zwischen 1995 und 2002 auch eine Entwicklung zu mehr Reha-Maßnahmen bei der Rehospitalisierung (siehe Tabelle 21, S. 208). Im Jahr 1995 waren noch 39 % der Re-

hospitalisierungen Reha-Maßnahmen. Im Jahr 2002 waren es dann 80 %. Ein noch höherer Anteil der Reha-Maßnahmen zeigt sich bei den Fallpauschalen-Fällen des Jahres 2002. Die Tagessatz-Fälle sind im Jahr 2002 nur zu 50 % in Reha-Maßnahmen rehospitalisiert. Die Zunahme der Rehospitalisierung beruht also auf einer Entwicklung der Reha-Maßnahmen, die insbesondere durch Fallpauschalen-Fälle in Anspruch genommen wird.

Abbildung 99: Rehospitalisierung bei akuter Appendizitis (Blinddarmentzündung)



Anmerkung: Datengrundlage sind die GBE-Daten kombiniert mit den 301er-Daten.

30 Tage nach der Behandlung einer Blinddarmentzündung waren 1995 etwas über 5 % der Patienten erneut zu einer Behandlung stationär oder teilstationär aufgenommen worden. Bis zum Jahr 2002 stieg dieser Anteil auf über 8 %. Die besonders hohe Rehospitalisierungsrate bei den Tagessatz-Patienten ist ein Schlüssel zur Erklärung dieses Anstiegs. Wie wir in Abbildung 99 sehen können, sind nach 10 Tagen schon mehr als 12 % der Tagessatz-Fälle erneut in stationärer oder teilstationärer Behandlung. Unter den Fällen, die nach Fallpauschalen abgerechnet wurden, sind nicht einmal 2 %, die

nach 10 Tagen wieder in stationärer oder teilstationärer Behandlung waren. Für das Jahr 1995 beobachten wir allgemein eine Rehospitalisierung von ca. 3 % nach 10 Tagen. Für das Jahr 2002 betrug die allgemeine Rehospitalisierung 6,7 %. Der Unterschied in der Rehospitalisierung zwischen 1995 und 2002 ist also größer als der Wert der Rehospitalisierung unter Fallpauschalen-Bedingungen im Jahr 2002. D. h., die Zunahme in der Rehospitalisierung kann nicht auf einer Zunahme der Rehospitalisierung bei Fallpauschalen-Patienten beruhen, da die absolute Rehospitalisierungsrate der Fallpauschalen-Fälle deutlich geringer ist als der Zuwachs der allgemeinen Rehospitalisierungsrate.

Wie bei den Schwangerschaften und Entbindungen beobachten wir also auch bei der Blinddarmentzündung geringere Rehospitalisierungen unter Fallpauschalen-Bedingungen als bei Tagessatz-Fällen. Und in beiden Fällen wird über die Zeit eine Erhöhung der Rehospitalisierung unter Tagessatz-Fällen deutlich.

Zusammenfassend möchten wir hier festhalten: Es gab deutlich mehr Rehospitalisierungen in 2002 als in 1995 (siehe Tabelle 21, S. 208); nachstationäre Behandlungen fanden im Jahr 1995 fast gar nicht statt, bis zum Jahr 2002 stieg die Anzahl der nachstationären Behandlungen; es gab deutlich mehr Rehospitalisierungen bei Tagessatz-Fällen als bei Fallpauschalen-Fällen; es gibt deutliche Anzeichen, dass es zu einer Vermehrung der Rehospitalisierungen bei Tagessatz-Fällen gekommen ist; und schließlich gibt es deutliche Anzeichen, dass es zu einer Verringerung der Rehospitalisierungen bei Fallpauschalen-Fällen gekommen ist. Dabei erfolgt die Vermehrung der Rehospitalisierungen bei Tagessatz-Fällen insbesondere durch neue Aufnahmen in Akut-Krankenhäusern. Wenn es eine Erhöhung der Rehospitalisierung bei Fallpauschalen-Fällen gibt, beruht diese insbesondere auf einer vermehrten Aufnahme in anschließende Reha-Maßnahmen.

Insgesamt wird der Rückgang der Rehospitalisierungen bei den Fallpauschal-Fällen durch die Zunahme bei den Tagessatz-Fällen überkompensiert. Es gibt einige Indizien dafür, dass bestimmte Behandlungsschritte, die nicht definitorisch zu einer Fallpauschalen-Abrechnung führen, zunächst über tagesgleiche Pflegesätze abgerechnet worden sind. Nach einer ausreichenden Unterbrechung wurde dann die nötige endgültige Behandlung, die dann auch als Fallpauschale abgerechnet wird, durchgeführt. Dies würde die gestiegene Rehospitalisierung erklären, die insbesondere bei den Tagessatz-Fällen zu beobachten ist, und es würde zusätzlich den deutlichen Unterschied bei der Rehospitalisierung zwischen Fallpauschalen- und Tagessatz-Fällen erklären. Ein Teil der Tagessatzbehandlungen könnten daher die Funktion einer Art "Überdruckventil" haben

für Fälle, die mit Fallpauschalen nicht, nicht sofort oder nicht zu kalkulierbarem Aufwand behandelt werden können. Hervorgehoben sei, dass es sich hier um Indizien und Plausibilitäten handelt, nicht aber um Beweise.

Mit der Einführung der DRG ist eine solche Verschiebung einzelner Behandlungsabschnitte in die tagesgleichen Pflegesätze nicht mehr möglich. Davon ausgehend müsste dann insgesamt die Rehospitalisierung sinken, sobald die DRG eingeführt werden. Da aber mit der Umstellung auf eine dominant fallpauschalenorientierte Vergütungsform nicht automatisch die komplexeren "Fälle" bzw. Patienten verschwinden, die bisher (möglicherweise) in einem Mix von Tagessatz- und Fallpauschalenvergütung behandelt wurden, sind durchaus auch andere Zukunftsszenarien möglich. Entweder beginnt rasch eine Debatte um die Verschiebung der oberen Grenzverweildauern nach oben, oder Patienten werden wirklich "blutig", d. h. nicht bis zum medizinisch notwendigen Ende behandelt entlassen und entweder ambulant weiter behandelt oder doch wieder stationär aufgenommen. Inwieweit dies alles der Fall sein wird, werden zukünftige Analysen zeigen.

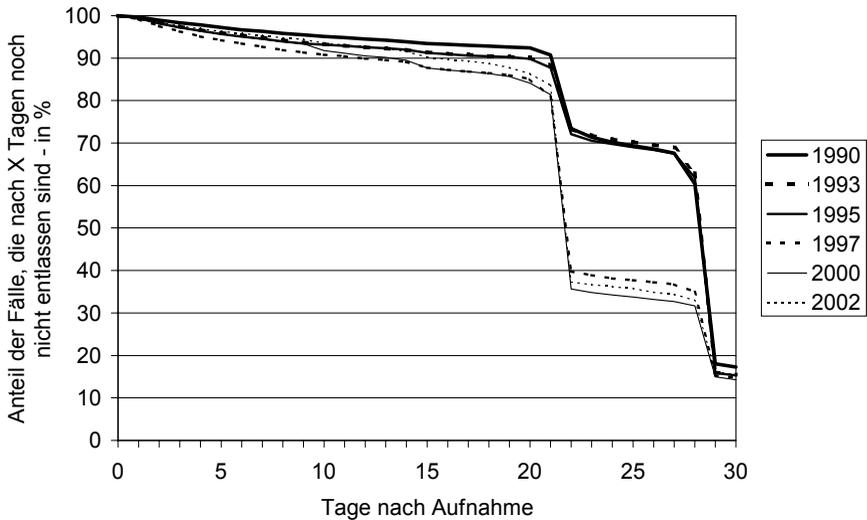
5.6 Verweildauer in Reha-Maßnahmen

Es stellt sich bei den Rehospitalisierungen nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus in eine Reha-Maßnahme die Frage, ob Patienten auch "blutig" in die Reha-Maßnahmen überstellt werden und in den Reha-Maßnahmen Aufgaben übernommen werden (müssen), die eigentlich eher dem akut-stationären Bereich zuzuordnen wären. Hinzu kommt für die Kassen die Frage der Mehrkosten, wenn die nach tagesgleichen Pflegesätzen bezahlte Reha-Maßnahmen in solchen Fällen länger dauert, die Fallpauschale im Akut-Krankenhaus aber in voller Höhe bezahlt werden muss. Zur Beurteilung dieses Aspekts werden die Verweildauern in Reha-Maßnahmen gemessen. Wenn die Verweildauern in Reha-Maßnahmen im Jahr 2002 länger sind als im Jahr 1995, dann wäre dies ein Indiz dafür, dass in der Reha-Maßnahmen Aufgaben übernommen werden, die Teil der akut-stationären Maßnahmen gewesen wären.

Abbildung 100 zeigt, dass die Verweildauern in Reha-Maßnahmen im Zeitraum von 1990 bis 2002 nicht länger geworden sind. Es gab vielmehr einen allgemeinen leichten Rückgang zu verzeichnen. Einen besonderen Rückgang gab es zwischen 1995 und 1997. In diesem Zeitraum sind medizinische Reha-Maßnahmen in ihrer regulären normalen Länge per Gesetz von drei Wochen auf vier Wochen verkürzt worden. Nach ge-

nau drei Wochen und genau vier Wochen zeichnet sich jeweils ein großer Entlassungsschub ab. Drei und vier Wochen sind die Regel-Verweildauern in Reha-Maßnahmen.

Abbildung 100: Survivorfunktion der Verweildauern in Reha-Maßnahmen

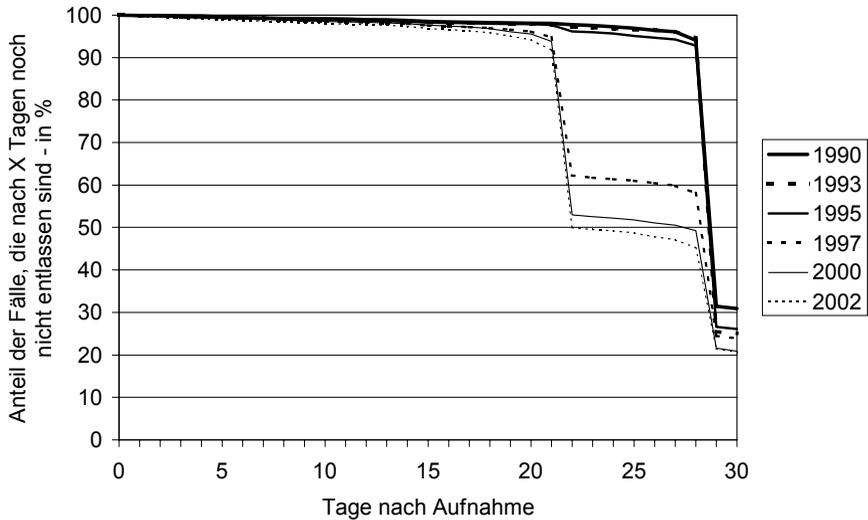


Anmerkung: Datenbasis sind die GBE-Daten. Berücksichtigt sind alle Reha-Maßnahmen.

Auch wenn man sich nur die Anschlussheilbehandlungen, die Anschlussrehabilitationen (mit Kostenträger GEK) und die Reha-Maßnahmen anschaut, die von der Arbeiterrentenversicherung oder der Angestelltenrentenversicherung getragen werden, stellt man nicht fest, dass es eine Verlängerung der Verweildauern in den Reha-Maßnahmen gegeben hätte (siehe Abbildung 101). Bei diesen Maßnahmen werden die vorgegebenen drei oder vier Wochen noch viel exakter eingehalten. Zwischen 1995 und 1997 ist auch hier die Reduktion der standardisierten Verweildauer für einige Maßnahmen sichtbar. Diese Reduktion wird sogar noch über das Jahr 1997 hinaus fortgeführt

Letztlich lässt sich aber durch diese Darstellung der Verweildauern kein zusätzliches Indiz dafür finden, dass die Patienten vorzeitig zur weiteren Behandlung, die eigentlich Aufgabe des Akut-Krankenhauses gewesen wäre, in eine Reha-Maßnahme "abgeschoben" werden.

Abbildung 101: Survivorfunktion der Verweildauern in bestimmten Reha-Maßnahmen



Anmerkung: Datengrundlage sind die GBE-Daten. Berücksichtigt sind nur folgende Reha-Maßnahmen: die Anschlussheilbehandlung; die Anschlussrehabilitation, in der die GEK Kostenträger ist; Rehabilitationsmaßnahmen, bei denen die Angestellten-Rentenversicherung der Kostenträger ist; Rehabilitationsmaßnahmen, bei denen die Arbeiter-Rentenversicherung der Kostenträger ist.

5.7 Zusammenfassung der Analysen stationärer Behandlungen mit Routinedaten

Trotz des Fehlens der direkten Messbarkeit von Fallpauschalen-Fällen und Tagessatz-Fällen vor 2000 konnten einige Beobachtungen gemacht und können Schlüsse gezogen werden: Gerade bei den Fällen mit tagesgleichen Pflegesätzen ließen sich durch verlängerte Aufenthalte die Entgelte erhöhen. Diese Verlängerung der Verweildauer von Tagessatz-Fällen können wir nicht bestätigen. Zudem wurde befürchtet, dass die Verweildauern für Fallpauschalen-Fälle sinken würden, um dadurch Kosten einzusparen. Ne-

ben einem allgemeinen Rückgang der Verweildauer können wir aber keinen speziellen Rückgang der Verweildauer bei Fallpauschalen-Fällen feststellen.

Es ist eine Zunahme der gestellten Diagnosen zu verzeichnen. Zwischen 1995 und 2002 haben sich die registrierten Nebendiagnosen im Akut-Krankenhaus mehr als verdreifacht. Eine große Rolle spielt in diesem Zusammenhang sicherlich das Erhebungsdefizit bis kurz vor der Einführung der DRG. Gerade im Hinblick auf die Einführung der DRG wird eine Zunahme der Nebendiagnosen erwartet, die bei gegebener Hauptdiagnose den Schweregrad und somit auch die Entgelte erhöhen. Der ökonomische Vorteil führt somit zu einer begrüßenswert präziseren Berichterstattung.

Für die Befürchtung, es könne zu einem Drehtüreffekt kommen, finden sich in den vorliegenden Analysen einige Indizien. Die Befürchtung, es würde vermehrt zu kurzfristigen Entlassungen und Wiederaufnahmen kommen, wird eindeutig bestätigt. Zwischen den Jahren 1990 und 2002 hat die Zahl der Wiederaufnahmen deutlich zugenommen. Insbesondere ist dabei ein Anstieg seit der Einführung der Fallpauschalen zu beobachten. Betroffen sind in erster Linie Wiederaufnahmen in Akut-Krankenhäusern von Fällen, die zuvor mit tagesgleichen Pflegesätzen abgerechnet wurden. Folgende Interpretation wäre also vorstellbar: Bestimmte Diagnosen und Behandlungen, die als Fallpauschale abgerechnet werden müssen und komplexer oder komplizierter sind, werden in mehrere Behandlungsepisoden gesplittet. Vorbereitende Diagnosen und Behandlungen werden bisher so eingerichtet, dass sie als tagesgleicher Pflegesatz abgerechnet werden können. Dann werden die Fälle entlassen und anschließend wird nach einer Wiederaufnahme die Diagnose gestellt und Behandlung durchgeführt, die den Fall zum Fallpauschalen-Fall macht.

Wäre eigentlich zu befürchten gewesen, dass die Verweildauern zumindest für die Tagessatz-Fälle länger würden, so käme es durch die Aufsplittung der Episoden zu verkürzten Episoden: Die im Durchschnitt verkürzte Verweildauer entstünde somit durch vorgelagerte Tagessatzfälle, die nach kurzer Zeit eine Rehospitalisierung erfahren. Würde diese Aufsplittung nicht vorgenommen, würden die Verweildauern pro Fall höher liegen.

Dass die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus insgesamt gesunken ist, ist ein Scheineffekt. Zwar sind die durchschnittlichen Verweildauern pro abgerechnetem Fall gesunken, aber durch die starke Erhöhung der Rehospitalisierung und der damit verbundenen erhöhten Fallzahl pro Mitglied steigt auch die durchschnittliche Verweildauer der überhaupt stationär behandelten Mitglieder pro Jahr an. Es ist also im Zu-

sammenhang mit der Verkürzung der Verweildauern nicht zu einer Effektivitäts- und Effizienzsteigerung gekommen. Hervorzuheben ist, dass ein solcher Effekt nur durch die hier vorgenommenen Längsschnitt-Analysen (bei der eine Person jeweils über einen längeren Zeitraum betrachtet wird) entdeckt und transparent gemacht werden kann.

Abschließend wollen wir unsere Ergebnisse auch noch simulativ unter den Bedingungen des künftig beherrschenden DRG-Modell überprüfen. Was wird geschehen, wenn nun bald alle Diagnosen und Behandlungen (ausgenommen die psychiatrischen Erkrankungen) nach DRG abgerechnet werden? Wie werden sich für die jetzt noch über Tagessätze abgerechneten Fälle in Zukunft die Entgelte, Nebendiagnosen, Verweildauern, Rehospitalisierungen und Gesamtverweildauern entwickeln?

Die Idee des Gesetzgebers ist zunächst, dass die Entgelte pro Fall eher sinken als steigen. Für jede Diagnose verbunden mit einer bestimmten Behandlung wurde deshalb ein Entgeltsschlüssel erarbeitet, der das Entgelt für den Aufwand im normalen Rahmen regeln soll. Zusätzliche Einnahmen durch Patienten, die im Krankenhaus unnötig lang gehalten werden, sollten vermieden werden. Die Entgelte hängen ab der Einführung der DRG stark von der Anzahl der Nebendiagnosen ab, die den Schweregrad steigern. Im Vorfeld der DRG-Einführung wurde die Anzahl der Nebendiagnosen schon deutlich erhöht und für die nächste Zukunft ist eine Fortsetzung dieser Tendenz zu erwarten. Dadurch werden die Entgelte pro Fall – auch wenn es zwischenzeitlich ein kleines Tief durch die Umstellung geben sollte – nicht allgemein sinken oder stagnieren sondern wieder oder weiter steigen.

Die Verweildauern werden sich insbesondere für derzeitige Tagessatz-Fälle etwas verkürzen, weil durch zusätzliche medizinisch überflüssige Liegezeiten keine zusätzlichen Einnahmen mehr erzielt werden können, wenn sie über DRG abgerechnet werden. Die mitunter deutlich geringere Verweildauer bei Tagessatz-Fällen im Vergleich zu Fallpauschalen-Fällen mit der selben Diagnose wird dann noch mal etwas geringer. Die Verkürzung der Verweildauer kann aber – wie es sich schon seit der Einführung der Fallpauschalen gezeigt hat – zu vermehrten Rehospitalisierungen führen. Nach der DRG-Philosophie soll nur eine Hauptdiagnose abgerechnet werden. Das bedeutet, dass Fälle, die mit mehreren Befunden aufgenommen werden, dann möglicherweise nach einer Behandlung des ersten Befundes wieder entlassen werden um dann für die folgenden Befunde neu aufgenommen zu werden. Es ist dabei sehr fraglich, ob die Gesamtliegezeit dadurch verringert wird. Es ist eher zu vermuten, dass sich die Gesamtliegezeit trotz der zu erwartenden kürzeren Liegezeiten für derzeitige Tagessatz-Fälle insgesamt erhöhen wird.

Letztlich wäre somit weder für die Effektivität der Krankenhausbehandlung noch für die Effizienz des Gesundheitssystems etwas erreicht. Der Aufwand für die Beteiligten würde sich nur immens erhöhen, die Patienten wären öfter im Krankenhaus und die Kosten würden nicht sinken.

Für die Zukunft lässt sich die Entwicklung sehr detailliert beschreiben und beurteilen, solange der derzeitige Umfang der erhobenen Daten erhalten bleibt. D. h., wir werden sehr gut in der Lage sein, das Fall-Management (inklusive Verweildauern, Rehospitalisierungen, Abrechnungsarten, Abrechnungssummen usw.) genau zu beobachten und die Reaktionen der Krankenhäuser auf die Einführung der DRG zu beschreiben und zu beurteilen. Die hier gefundenen Ergebnisse werden die Grundlage für einen erneuten Vergleich nach der DRG-Einführung liefern.

6 Zusammenfassung

Im Abschnitt 1.4 haben wir vier wichtige Fragestellungen für unsere Untersuchungen des derzeitigen und künftigen stationären Versorgungsgeschehens und die Rolle, die dabei die Vergütungsform Fallpauschale spielt, herausgearbeitet. Aus der Fülle der ausführlichen Versuche, sie zu beantworten, lassen sich folgende Aspekte zusammenfassen:

- Sieht man sich die stationären Behandlungen aus Sicht von Fällen an, scheint bereits die seit 1996 existierende Vorstufe der DRG-Fallpauschalenvergütung dank einer sinkenden durchschnittlichen Verweildauer potenziell ausgabensenkend zu wirken. Spätestens die hier durchgeführte personen- bzw. patientenbezogene Längsschnittsbetrachtung zeigt aber, dass mindestens ein großer Teil dieses Potenzials u.a. durch eine deutliche Zunahme der Wiedereinweisung ins Krankenhaus kompensiert wird. Da nicht davon ausgegangen werden kann, dass sich die Art und Komplexität der Erkrankungen von stationären Patienten in Zukunft grundlegend ändert, wird sich an der kräftig getrübbten Kostensenkungsbilanz von Fallpauschalen auch nach der flächendeckenden Einführung von DRGs wenig ändern.
- Die Versorgung im Krankenhaus ist aus Patientensicht durch erhebliche qualitative Unterschiede geprägt. Zum einen macht ein hoher Anteil der Patienten in vielerlei Hinsicht positive Erfahrungen mit dem stationären Behandlungsgeschehen und bewertet es gut. Trotzdem werden erst zukünftige Untersuchungen zeigen können, ob die vorhandenen kritischen Bewertungen frühe Hinweise auf Qualitätsverschlechterungen sind. Problematischer sieht die Qualität aus Patientensicht schon jetzt an den Übergängen ins Krankenhaus und in die nachstationäre Zeit aus. Dies ist insofern wichtig, weil von der problemgerechten Wirksamkeit dieser Übergänge abhängt, ob die mit den DRGs beabsichtigte weitere Verkürzung der Liegezeiten im Krankenhaus zu den befürchteten unerwünschten Auswirkungen auf die Lebens- und Versorgungsqualität der Patienten führt. Unsere multivariaten Analysen zeigen eine insgesamt geringe Wirkung der Vergütungsformen, also auch der Fallpauschalenvergütung, auf die Erfahrungen und Bewertungen der Patienten zu wichtigen Qualitätsindikatoren des stationären Geschehens. Als bedeutend relevanter erweisen sich dagegen klassische Merkmale und Bedingungen, wie etwa die Kooperationsgüte von Ärzten und Pflegekräfte, die Möglichkeit zur Mitbestimmung bei der Behandlung oder die Informiertheit der Ärzte bei der Aufnahme ins Krankenhaus.

- Über Verhältnis von erwünschten und unerwünschten Auswirkungen einer Fallpauschalenvergütung lässt sich noch wenig Gesichertes sagen. Dies liegt u.a. an der bisher noch bestehenden Möglichkeit, Nachteile der Fallpauschalen durch Ergänzungen einer tagessatzvergüteten Behandlung auszugleichen oder präventiv (z.B. durch eine vor einer Fallpauschalenbehandlung erfolgende „Vorbehandlung“ mit Tagessatzbehandlungen) abzumildern. Bemerkenswert ist aber, dass selbst in der Parallel-Welt beider Vergütungsformen einige der befürchteten unerwünschten Auswirkungen der Fallpauschalenvergütung (z.B. Rehospitalisierung) nachweisbar sind.
- Die Hoffnung, die ökonomischen Anreize der DRG-Fallpauschalen würden in einer Art Selbstlauf auch ein Optimum an Versorgungsqualität herstellen, ist trügerisch. Ohne eine zusätzlich und noch deutlich über die jetzigen Bemühungen hinausgehende Qualitätssicherung z.B. an den Schnittstellen und Übergängen der Versorgungskette, werden sich die dort bereits erkennbaren Probleme schnell vervielfachen. Nach den Ergebnissen der Patientenbefragung sollten aber bei der künftigen Qualitätssicherung die dort als relevant erkannten „altmodischen“ sozialen Faktoren viel mehr Beachtung finden.

7 Grundauszählung der Patientenbefragung

Bis auf begründete Ausnahmen wird für die Merkmale immer die relative Häufigkeit aller Antwortmöglichkeiten inklusive der Möglichkeit „keine Angabe“ angegeben.

Sofern keine andere Bezugsgröße als die 4.007 antwortenden Befragten genannt wird, ist es jeweils diese Anzahl von Befragten.

Warum waren Sie zuletzt im Krankenhaus? (Mehrfachnennungen möglich)

	%
Entbindung (n=155)	3,9
Augenerkrankung (n=159)	4,0
Verletzungen (z.B. Beinbruch) (n=230)	5,7
Schlaganfall (n=137)	3,4
Vergiftung (n=21)	0,5
Hals-/Nasen-/Ohrenerkrankung (n=222)	5,5
Herzinfarkt, akut (n=128)	3,2
Herz-/Kreislaufkrankung, chronische (z.B. Herzschmerzen)	12,0
Stoffwechselerkrankung, chronisch (z.B. Diabetes) (n=147)	3,7
Krebserkrankung (n=480)	12,0
Magen-/Darmerkrankung(akut oder chronisch ohne Krebs)	6,1
Entzündliche Rheuma-Erkrankung (n=43)	1,1
Erkrankung am Bewegungssystem (Bandscheibe etc.)	11,3
schwerer Schmerz, akut oder chronisch (z.B. Migräne) (n=99)	2,5
Hauterkrankung, akut oder chronisch (z.B. Ekzem) (n=73)	1,8
psychische Erkrankung und neurologische Erkrankung (n=76)	4,4
Atemwegserkrankung/Asthma (n=144)	3,6
sonstige Infektionen/Entzündungen (n=152)	3,8
als Folge einer Komplikation einer Krankenhausbehandlung	2,4
sonstiger Grund (n=1341)	33,5

Wer veranlasste Ihren Krankenhausaufenthalt? (n=3.933)

mein Hausarzt per Einweisung	32,6
ein Facharzt per Einweisung	48,3
ein Notarzt	11,3
ich selbst ohne ärztliche Einweisung	7,8

Es kommt vor, dass Patienten abgewiesen oder von „Tür zu Tür“ geschickt werden. Ist Ihnen das auch passiert? (n=3874)

ja	3,1
nein	96,9

Wenn ja, welche der folgenden Begründungen wurden Ihnen dafür vom Krankenhaus gegeben? (n=158)

kein Platz zum Termin	38
Behandlung konnte dort nicht durchgeführt werden	13,3
anderes Krankenhaus geeigneter	16,5
Behandlung möglich, aber nur als Privatpatient	2,5
keine Begründung	29,7

Wie viele Tage waren Sie während des letzten Aufenthaltes im Krankenhaus?

Tage im Durchschnitt	11,9

Wie viele Tage haben Sie trotz Einweisung auf einen Platz im Krankenhaus gewartet? (n=3760)

keinen einzigen Tag	64,3
bis zu einer Woche	14,1
zwei bis vier Wochen	13,5
über vier Wochen	8,1

Fanden Sie die Dauer Ihres Krankenhausaufenthaltes richtig? (n=3932)

ja, war genau richtig	71,2
nein, hätte etwas länger sein können	8,9
nein, hätte ruhig etwas kürzer sein können	7,4
kann ich nicht beurteilen	12,6

Gab es einen bestimmten Arzt oder eine bestimmte Ärztin, der oder die für Ihre Betreuung zuständig war und sich regelmäßig um Sie kümmerte? (n=3892)

ja	76,1
nein	23,9

Was war Ihrer Meinung nach der Grund für die Wartezeit?

Wartezeiten sind bei diesem Krankenhaus üblich (n=313)	7,8
ich hatte keine Einweisung vom Hausarzt/Facharzt (n=26)	0,6
ich bin gesetzlich und nicht privat versichert (n=189)	4,7
das Krankenhaus war offensichtlich belegt (n=620)	15,5
Art meiner Erkrankung (n=272)	6,8
es ging von mir aus/war mein eigenes Interesse (n=263)	6,6
weiß nicht (n=95)	2,4
andere Gründe (n=178)	4,4

In welcher Abteilung/Station (z.B. Innere Medizin) wurden Sie während Ihres letzten Krankenhausaufenthaltes überwiegend behandelt? (n=3898)

Chirurgische (einschließlich Urologie, Gynäkologie)	39,7
Innere Medizin	24,6
Neurologie	7,1
Orthopädie	7,7
Geburtshilfe	3,7
Andere	17,2

Denken Sie bitte an den ersten Kontakt mit einem Arzt während Ihres letzten Krankenhausaufenthaltes: Hatte er Ihrer Meinung nach alle notwendigen Informationen?

	ja	nein	weiß nicht
über Ihren Gesundheitszustand (n=3867)	81,8	10,4	7,9
über die vorangegangene Behandlung	74,2	13,2	12,6

Wurde die Diagnose des einweisenden Arztes vom Krankenhaus bestätigt? (n=3687)

ja, Diagnose wurde bestätigt	63,1
ja, Diagnose wurde bestätigt und erweitert	29,5
nein, Diagnose nicht bestätigt	3,7
es wurde mir weder vom Haus- noch Krankenhausarzt eine Diagnose mitgeteilt	2,1
weiß nicht/kann mich nicht erinnern	1,6

In welchem Maße entsprechen die folgenden Aussagen Ihren Erfahrungen als Krankenhauspatient/in?

	Stimme vollständig zu	Stimme eher zu	Stimme teilweise zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Das Krankenhauspersonal bemüht sich vorbildlich und individuell um die Gesundheit der Patienten (n=3.928)	63,2	21,2	12,6	2,1	0,8
Im Krankenhaus bekommt man das Gefühl, eine Nummer zu sein und unpersönlich behandelt zu werden	4,6	7,0	15,1	28,7	44,5
Im Krankenhaus bekommt man das Gefühl, dass bei Entscheidungen über die Behandlung und die Aufenthaltsdauer Geld und Kosten eine entscheidende Rolle spielen (n=3747)	8,6	9,7	20,3	27,9	33,6
Im Krankenhaus wird die persönliche Betreuung immer mehr durch die Technik und Apparate verdrängt	4,3	8,1	24,5	32,2	30,9
Im Krankenhaus wird man mit Aufmerksamkeit und Rücksicht behandelt	43,8	29,6	17,7	6	2,9

Würden Sie das Krankenhaus, in dem Sie Ihren letzten Aufenthalt hatten, einem Verwandten oder Freund mit denselben gesundheitlichen Problemen weiter empfehlen? (n=3934)

ja	85,2
nein	7,6
weiß nicht	7,2

Wie viel Vertrauen hatten Sie in das Krankenhauspersonal bzw. in das Krankenhaus?

	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft teilweise zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
Ich hatte uneingeschränktes Vertrauen zu Ärzten und Ärztinnen (n=3932)	64,5	19,3	12,4	2,6	1,1
Ich hatte uneingeschränktes Vertrauen in Schwestern und Pfleger (n=3887)	57,8	24,5	13,3	2,8	
Ich hatte uneingeschränktes Vertrauen, dass im Krankenhaus alles für meine Gesundheit getan wurde (n=3915)	63	22,3	10,9	2,3	1,4

Wurden Maßnahmen (diagnostische, therapeutische bzw. operative) verständlich mit Ihnen besprochen? (n=3933)

ja	92,1
nein	7,9

Konnten Sie Ihre Ängste oder Befürchtungen, die Sie wegen Ihrer Krankheit oder Behandlung hatten, mit einem Arzt oder einer Ärztin besprechen? (n=3962)

ich hatte keine Ängste oder Befürchtungen	33,7
ja, ausführlich	48,2
ja, aber nicht ausführlich genug	14,3
nein	3,8

Konnten Sie im Bedarfsfall mit einer Schwester oder einem Pfleger über Ihre Ängste oder Befürchtungen sprechen? (n=3881)

ich hatte keine Ängste oder Befürchtungen	45
ja, ausführlich	32,2
ja, aber nicht ausführlich genug	12,9
nein	10

Waren Ärzte, Schwestern und Pfleger im Krankenhaus für Sie da, wenn Sie sie brauchten?

	Fast nie	Selten	Meis- tens	immer
Arzt/Ärztin (n=3913)	2,1	7,8	46,3	43,8
Schwester/Pfleger (n=3897)	0,9	2,7	29,6	66,8

Wurden Ihre Untersuchungen (z.B. Röntgenaufnahmen) und Behandlungen (z.B. Physiotherapie) wie geplant durchgeführt? (n=3833)

ich erfuhr nichts oder wenig über die Planung von Aktivitäten	12,4
ich hatte keine geplanten Untersuchungen oder Anwendungen	19,4
ja, immer	61
ja, manchmal	6,7
nein, praktisch nie	0,5

Sofern Sie durch unterschiedliche Ärzte im Krankenhaus behandelt wurden: Trät eines oder mehrere der folgenden Probleme auf?

unterschiedliche Aussagen zur Krankheit und Genesung (n=240)	6,0
unterschiedliche Behandlungsvorschläge (n=226)	5,6
andere Probleme (n=165)	4,1
es gab keines der genannten Probleme (n=2569)	64,1
weiß nicht (n=226)	5,6

Hat Ihnen ein Arzt oder eine Ärztin den Zweck der Medikamente, die Sie im Krankenhaus erhielten, verständlich erklärt? (n=3954)

ja, voll und ganz	41,9
ja, einigermaßen	16,7
ja, aber nur bei Nachfrage	15,8
ich brauchte keine Erklärung	6,2
ich musste keine Medikamente nehmen	13,8
nein	5,6

Wenn nein, hat Ihnen dann eine Schwester oder Pfleger den Zweck der Medikamente erklärt? (n=914)

ja	37,1
ja, aber nur bei Nachfrage	38,6
nein	24,3

Hatten Sie während Ihres Krankenhausaufenthaltes Schmerzen? (n=3917)

nein	43,6
ja	56,4

Wenn Sie Schmerzen hatten, wie stark waren sie? (n=2209)

stark	34,5
mittel	47,2
gering	18,3

Erhielten Sie eine erfolgreiche Schmerztherapie? (n=2209)

ja, voll und ganz	54,8
ja, einigermaßen	24,1
nein	21,1

Wie gut haben Ärzte, Ärztinnen, Schwestern und Pfleger Ihrer Meinung nach zusammengearbeitet? (n=3961)

kann ich nicht beurteilen	27,3
schlecht	1,2
mittelmäßig	4,6
gut	35,9
sehr gut	24
ausgezeichnet	6,9

Haben sie die Beschwerden, die zu Ihrem Krankenhausaufenthalt führten, gebessert? (n=3846)

nein, sogar verschlechtert	2,5
nein, gleich geblieben	8,9
ja, gebessert	39,3
habe diese Beschwerden nicht mehr	32,9
noch nicht beurteilbar	16,3

Fühlen Sie sich im Nachhinein alles in allem ausreichend über Ihre Krankheit und Genesung informiert? (n=3876)

ja	86,7
nein	13,3

Hatten Ihre Angehörigen ausreichend Gelegenheit mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin im Krankenhaus zu sprechen? (n=3935)

Frage trifft nicht zu, weil ich keine Angehörigen habe	2,6
meine Angehörigen waren nicht interessiert	2,4
Angehörige wurden voll und ganz mit einbezogen	27
Angehörige wurden einigermaßen einbezogen	10,1
nein, Angehörige wurden nicht mit einbezogen	7,6
nein, weil ich sie selber informiert habe	50,3

Konnten Sie bei Ihrer Behandlung genügend mitbestimmen? (n=3896)

ja, völlig	31,1
ja, einigermaßen	24,4
nein	16,9
ich wollte nicht mitbestimmen	27,7

Wurden Ihnen ärztlicherseits Sinn und Zweck der Medikamenteneinnahme nach der Entlassung verständlich erklärt? (n=3941)

ja, voll und ganz	37,7
ja, einigermaßen	13,6
nein	7,1
ich brauchte keine Erklärung	9,4
ich musste keine Medikamente nehmen	32,1

Wurde Ihnen ärztlicherseits erklärt, wie Sie sich nach der Entlassung verhalten und auf welche Warnsignale sie achten sollen? (n=3931)

ja, ausführlich	52,1
ja, einigermaßen	19,3
nein, erfolgte nicht	13,4
war nicht notwendig	15,3

Wurden mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, wann und wie Sie Ihre gewohnten Alltagsaktivitäten wieder aufnehmen können? (n=3921)

ja, ausführlich	37,7
ja, einigermaßen	17,7
nein, erfolgte nicht	18,3
war nicht notwendig	26,3

Hat Ihnen jemand im Krankenhaus ausführlich erklärt, wie Sie sich bei Ihrer Genesung selber helfen können? (n=3906)

ja, ausführlich	29,5
ja, einigermaßen	19,1
nein, erfolgte nicht	20,1
war nicht notwendig	31,3

Wurden Ihre Angehörigen oder andere Ihnen nahe stehende Menschen im Krankenhaus darüber informiert, wie Ihnen bei der Genesung geholfen werden kann? (n=3879)

ja, ausführlich	9,7
ja, einigermaßen	6,4
nein, erfolgte nicht	26,1
war nicht notwendig	57,7

Haben Sie im Anschluss an Ihren Krankenhausaufenthalt eine der aufgezählten Behandlungen, Hilfen und Unterstützungen gebraucht und wie haben Sie sie erhalten?

	Nein, habe ich nicht gebraucht	Ja, aber einfach erhalten	Ja, aber schwer erhalten	Ja, aber nicht erhalten
Behandlung Haus-/Facharzt (n=3719)	19,1	78,6	1,5	0,8
Ambulante Behandlung durch das Krankenhaus/Übergangspflege (n=2220)	75	16,4	0,4	8,2
Kuraufenthalt/Rehabilitation (Anschlussheilbehandlung) (n=3109)	69,3	17,6	1,6	11,5
Behandlungen wie Physiotherapie, Krankengymnastik, Ergotherapie) (n=2120)	65	24,7	1,1	9,2
Betreuung d. Angehör. zu Hause	63,8	31	0,7	4,4
Pflegedienst (n=2988)	88,9	3,1	0,3	7,8
Kurzzeitpflege (n=2953)	90,8	1		8,2
Pflegeheim (n=2957)	91,7	0,5	0,1	7,6
andere (z.B. Haushaltshilfe) (n=2970)	87	4,1	0,3	8,6
Hilfsmittel (z.B. Gehhilfe) (n=3063)	77,8	15,4	0,4	6,4

Sofern Sie unmittelbar nach der Entlassung Hilfen oder Behandlungen benötigten: Hat sich darum schon jemand während Ihres Krankenhausaufenthaltes gekümmert? (n=2233)

ja, der Sozialdienst	13,9
ja, der behandelnde Arzt	44,4
ja, Pflegepersonal/Übergangshilfe	3,9
niemand hat sich darum gekümmert	28,1
weiß nicht/kann mich nicht erinnern	9,7

Wenn Sie Schwierigkeiten hatten, eine der genannten Hilfen zu erhalten, Haben oder hatten Sie den Eindruck deswegen spürbare gesundheitliche Nachteile erleiden müssen? (n=2529)

ja, sicher	6,8
ja, vielleicht	7,2
nein	75
weiß nicht	11

Wie oft waren Sie seit der Beendigung Ihres Krankenhausaufenthaltes noch bei einem niedergelassenen Arzt in Behandlung? (n=3843)

kein einziges Mal	7,6
1X	18
2X bis 5X	46,6
6X bis 10X	11,3
über 10X	15,4

Übernahm Ihr niedergelassener Arzt sämtliche Therapiemaßnahmen des Krankenhauses (z.B. verordnete Medikamente) (n=3495)

ja, ohne weiteres	73,9
ja, aber nur mit Vorbehalten	5,6
ja, aber erst in Rücksprache mit dem Krankenhaus	2,8
nein	11,1
weiß nicht	6,6

Wenn nein, welche Gründe nannte Ihr niedergelassener Arzt? (n=387)

finanzielle Gründe (ist zu teuer)	14,3
medizinische Gründe	17,7
andere	13,4
gar keine	54,6

Waren Sie nach Beendigung Ihres Krankenhausaufenthaltes noch wegen der gleichen Erkrankung krank geschrieben? (n=3850)

gar nicht, bin nicht erwerbstätig/Rentner	63,2
gar nicht, war arbeitsfähig	4,8
bis zu einer Woche	5,3
bis zu zwei Wochen	6,9
bis zu vier Wochen	5,9
länger als vier Wochen	12,3
teilarbeitsunfähig	1,7

Waren Sie wegen Ihrem geschilderten gesundheitlichen Problem schon mal zuvor im Krankenhaus gewesen? (n=3914)

ja	42,9
nein	57,1

Wenn ja, wie oft innerhalb der letzten 24 Monate?

Mal im Durchschnitt	2,6x
Tage im Durchschnitt	26,5

Waren Sie wegen eines anderen gesundheitlichen Problem schon mal zuvor im Krankenhaus gewesen? (n=3778)

ja	64,9
nein	35,1

Über welche der folgenden Aspekte wünschten Sie sich vor einem erneuten Krankenhausaufenthalt überhaupt oder bessere Informationen?

Kosten (n=660)	16,5
Fachliche/technische Kompetenzen medizinischen Personals	26,3
Behandlungserfolge/Behandlungsqualität (n=1396)	34,8
bestimmte Fachabteilungen (Spezialisierungen) (n=955)	23,8
Vergleich mit anderen Krankenhäusern der Region (n=820)	20,5
Anderes (n=65)	1,6
fühlte mich ausreichend informiert (n=1656)	41,3

Was halten Sie von den folgenden Aussagen zur Behandlung im Krankenhaus?

	Stimme vollständig zu	Stimme eher zu	Stimme teilweise zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht
Eine gute Behandlung bedeutet den Einsatz der besten medizinischen Experten und Geräte (n=3883)	76,3	13,6	9,1	0,6	0,3
Streng genommen muss der Patient alleine entscheiden und die Verantwortung tragen (n=3750)	36,1	18,3	27,5	11	7,2
Über Behandlungsmöglichkeiten muss der Patient mitentscheiden	61,7	20,8	14,7	1,7	1
Ärzte müssen alles tun, was gesundheitlich notwendig ist und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen (n=3845)	79,3	13,4	6	1	0,3

Ärzte müssen das medizinisch Notwendige und die Kosten gegeneinander abwägen (n=3775)	26,2	13,2	23,9	18,3	18,4
Eine gute Behandlung soll meine Selbstheilungskräfte stärken (n=3876)	82,1	13	4	0,6	0,3

Sie sind...(n=3985)

eine Frau	40,4
ein Mann	59,6

Als was sind Sie überwiegend tätig? (n=3971)

bin in Vollzeit erwerbstätig	23,4
bin in Teilzeit erwerbstätig	7,3
bin derzeit arbeitslos	5,5
bin derzeit in Ausbildung	0,3
bin nicht mehr erwerbstätig (Rentner, Pensionär, Vorruhe-	52,6
bin Hausfrau/Hausmann	10,9

Sofern Sie erwerbstätig waren oder sind: In welcher der folgenden Berufsgruppen sind oder waren Sie hauptsächlich beschäftigt? (n=3695)

Arbeiter, an- und ungelernt	11,9
Facharbeiter	32,5
Vorarbeiter/Meister	10,3
Angestellter mit einer Tätigkeit, die nach Anweisung erledigt	10,9
Angestellter mit selbständiger und verantwortlicher Tätigkeit	29,8
Beamter	0,4
Selbständiger	3,8
in Ausbildung/Lehre	0,3

Welches ist Ihr höchster Bildungsabschluss? (n=3893)

Hauptschule	62,2
Realschule	23
Abitur	3,8
Fachhochschulabschluss	8,6
Hochschul-/Universitätsabschluss	2,3

Wie viele Personen leben mit Ihnen in Ihrem Haushalt? (n=3955)

ich lebe alleine	14,2
eine Person	51,6
mehr als eine Person	34,2

Wo wohnen Sie?

Postleitzahl (dreistellig)	

Wie viele Einwohner hat Ihr ständiger Wohnsitz? (n=3852)

bis 5000 Einwohner	26,3
5001 bis 10.000	13,1
10.001 bis 20.000	12,4
20.001 bis 100.000	19,1
100.001 bis 500.000	12,9
über 500.000 Einwohner	16,1

Waren oder sind Sie im Gesundheitswesen als Arzt, Ärztin oder Pflegekraft beschäftigt? (n=3908)

ja	4
nein	96

Haben Sie eine private Zusatzversicherung für stationäre Behandlungen abgeschlossen? (n=3941)

ja	8,4
nein	91,6

Wie viele Personen in Ihrem privaten Bereich kennen Sie, von denen Sie sich ohne weitere Umstände für eine oder zwei Wochen in Ihrer Wohnung versorgen lassen könnten? (n=3011)

Eine	49,7
Zwei	27,1
Drei	11,2
Vier	6
Fünf	3,5
Sechs	1
Sieben	0,2
Acht	0,4
Neun	1

Altersgruppen (n=3974)

30-39	13,7
40-49	14,9
50-59	14,6
60-69	35,9
70-80	20,9

Vergütungsformen (n=4007)

Fallpauschalen	25,4
Tagesgleicher Pflegesatz	73,9
Unklar / Mischform	0,7

Trägerform des Krankenhauses (n=4007)

Frei gemeinnütziger Träger	27,7
Privater Träger	7,9
Uni-Klinik	13,5
Sonstige öffentlicher Träger	43,7
Unklar / unbekannt	7,2

Regionen (n=3604)

Ostdeutschland	12,5
Berlin	4,7
Norddeutschland	21,8
Westdeutschland/NRW	9,9
Hessen/Saarland/Rheinland-Pfalz	13
Baden-Württemberg	19
Bayern	19,3

8 Verzeichnisse

8.1 Tabellen

Tabelle 1: Ausgewählte Eckdaten zur Anzahl der Krankenhäuser und zum Umfang der stationären Behandlung 1990-2001	14
Tabelle 2: Entwicklung der personellen Ausstattung von Krankenhäusern 1993-2001	17
Tabelle 3: Strukturmerkmale der Befragtenstichprobe und Antwortengruppe der Krankenhauspatienten-Befragung 2002	38
Tabelle 4: Durchschnittliche Verweildauer nach ausgewählten Behandlungsanlässen 2002	53
Tabelle 5: Durchschnittliche Verweildauer nach Krankenhausabteilungen 2002.....	53
Tabelle 6: Durchschnittliche Verweildauer nach Behandlungsanlässen und Krankenhausträgertypen 2002	55
Tabelle 7: Veranlasser des Krankenhausaufenthaltes nach Altersgruppen, Geschlecht, Bildungsabschluss, Vergütungsform und Trägerform des Krankenhauses.....	64
Tabelle 8: Gründe für Wartezeiten trotz Einweisung vor Aufnahme in ein Krankenhaus (Mehrfachnennungen möglich)	66
Tabelle 9: Erwartungen von Patienten an die Art der Behandlung im Krankenhaus....	67
Tabelle 10: Unterschiedliche Erfahrungen mit ausgewählten Qualitätsaspekten der Krankenhausbehandlung (in %)	81
Tabelle 11: Auftreten und uneingeschränkt erfolgreiche Therapie von Schmerzen für ausgewählte Personen und Situationen 2002.....	101
Tabelle 12: Häufigkeit von Informationswünschen nach ausgewählten soziodemografischen und Strukturmerkmalen der letzten Krankenhausbehandlung 2002.....	145
Tabelle 13: Regressionsanalyse für ausgewählte Aspekte der Ergebnisqualität der Krankenhausbehandlung 2002	160
Tabelle 14: Regressionsanalyse für wichtige Erfahrungen während der stationären Behandlung 2002.....	161

Tabelle 15: Regressionsanalyse für das Vertrauen von Patienten zu Ärzten, Pflegenden und „zum Krankenhaus“ 2002.....	162
Tabelle 16 Anzahl der Fälle, die in den 301er-Daten erfasst sind, nach Hauptgruppe der Hauptdiagnose und Abrechnungsart.....	170
Tabelle 17 Anzahl der Fälle nach Hauptdiagnose und Abrechnungsart, die in den 301er-Daten erfasst sind	174
Tabelle 18 Durchschnittliche Anzahl der Nebendiagnosen nach Jahr, Entgeltart und Hauptdiagnosegruppen	184
Tabelle 19 Vergleich der Hauptdiagnosen zwischen Einweisung, Aufnahme und Entlassung	186
Tabelle 20 Anzahl der Fälle nach Diagnose, Jahr und Abrechnungsart	189
Tabelle 21 Anzahl der Krankenhausfälle und Rehabilitationsmaßnahmen innerhalb von 30 Tagen nach abgeschlossenem Krankenhausfall differenziert nach Diagnose, Jahr und Abrechnungsart.....	208

8.2 Abbildungen

Abbildung 1: Absolute und relative Ausgaben für die Behandlung in Krankenhäusern 1992 bis 2000 (Statistisches Bundesamt 2002)	13
Abbildung 2: Entwicklung ausgewählter Indikatoren der stationären Versorgung 1990-2001 (1990=100).....	15
Abbildung 3: Entwicklung der mittleren Verweildauer in Akutkrankenhäusern 1991-2001	16
Abbildung 4: Entwicklung ausgewählter Indikatoren der personellen Ausstattung von Krankenhäusern 1993-2001 (1993=100).....	17
Abbildung 5: Überwiegende Tätigkeit 2003.....	40
Abbildung 6: Berufsgruppen heutiger oder früherer Tätigkeit 2003	41
Abbildung 7: Einwohner des ständigen Wohnsitzes 2003.....	42
Abbildung 8: Regionalverteilung der Befragten 2003	42

Abbildung 9: Selbst benannte Behandlungsanlässe für den letzten Krankenhausaufenthalt der Befragten 2002 (Mehrfachnennungen möglich)	43
Abbildung 10: Häufigkeit der selbstgenannten Behandlungsanlässen für den letzten Krankenhausaufenthalt 2002	44
Abbildung 11: Stationen/Abteilungen beim letzten Krankenhausaufenthalt 2002	47
Abbildung 12: Durchschnittliche Dauer einer innerhalb der letzten 24 Monate erfolgten stationären Behandlung wegen der aktuellen Erkrankung nach soziodemografischen Merkmalen und Charakteristika der Behandlung.....	49
Abbildung 13: Durchschnittliche Dauer von aktuellen Krankenhausaufenthalten nach soziodemografischen Merkmalen und strukturellen Bedingungen der stationären Behandlung I 2002	51
Abbildung 14: Durchschnittliche Dauer von aktuellen Krankenhausaufenthalten nach soziodemografischen Merkmalen und strukturellen Bedingungen der stationären Behandlung II 2002	52
Abbildung 15: Trägerstruktur der in Anspruch genommenen Krankenhäuser 2002/2001	57
Abbildung 16: Häufigkeit unterschiedlicher Bettengrößenklassen bei den in Anspruch genommenen Krankenhäusern 2001/2002.....	58
Abbildung 17: Bettengrößenklassen nach Trägerformen für die zuletzt genutzten Krankenhäuser 2002.....	59
Abbildung 18: Anteil von Fallpauschalen- oder Tagessatzvergütung nach Krankenhaustypen 2002	60
Abbildung 19: Häufigkeit unterschiedlicher Anteile des Erlöses aus Fallpauschalen und Sonderentgelten am Gesamterlös der Krankenhäuser 2001.....	61
Abbildung 20: Wartezeiten trotz Einweisung beim letzten Krankenhausaufenthalt 2002	65
Abbildung 21: Häufigkeit der Assoziation von guter Behandlung mit Experteneinsatz nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen und Eigenarten der stationären Behandlung 2002 (alle Befragten=89.9 %).....	68

Abbildung 22: Häufigkeit der "Patient-entscheidet-allein"-Orientierung nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen und Eigenarten der stationären Behandlung 2002 (alle Befragten=54,4 %)	70
Abbildung 23: Häufigkeit der "Ärzte müssen medizinisch Notwendiges und Kosten gegeneinander abwägen"-Orientierung nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen und Eigenarten der stationären Behandlung 2002 (alle Befragten=39,4 %)	72
Abbildung 24: Wahrgenommene Uninformiertheit von Krankenhausärzten über den Gesundheitszustand bei Aufnahme nach ausgewählten soziodemografischen und gesundheitlichen Merkmalen 2002.....	73
Abbildung 25: Wahrgenommene Uninformiertheit von Krankenhausärzten über die vorherige Behandlung bei Aufnahme nach ausgewählten soziodemografischen und gesundheitlichen Merkmalen 2002.....	74
Abbildung 26: Häufigkeit von Uninformiertheit von Krankenhausärzten über den Gesundheitszustand bei Aufnahme nach ausgewählten Indikatoren der Behandlungsqualität 2002	78
Abbildung 27: Häufigkeit von Uninformiertheit von Krankenhausärzten über die vorherige Behandlung bei Aufnahme nach ausgewählten Indikatoren der Behandlungsqualität 2002	79
Abbildung 28: Krankenhauspatienten mit schlechten Erfahrungen mit Bemühungen des Krankenhauspersonals nach ausgewählten persönlichen und strukturellen Merkmalen 2002.....	83
Abbildung 29: Krankenhauspatienten mit schlechten Erfahrungen unpersönlicher Behandlung nach ausgewählten persönlichen und strukturellen Merkmalen 2002	84
Abbildung 30: Krankenhauspatienten mit schlechten Erfahrungen der entscheidenden Rolle von Geld und Kosten nach ausgewählten persönlichen und strukturellen Merkmalen 2002.....	85
Abbildung 31: Krankenhauspatienten mit schlechten Erfahrungen der Verdrängung von Betreuung durch Technik nach ausgewählten persönlichen und strukturellen Merkmalen 2002.....	86

Abbildung 32: Krankenhauspatienten mit schlechten Erfahrungen hinsichtlich einer Behandlung mit Aufmerksamkeit und Rücksicht nach ausgewählten persönlichen und strukturellen Merkmalen 2002.....	87
Abbildung 33: Uneingeschränktes Vertrauen in Akteure und die Gesamtheit der stationären Behandlung 2002	89
Abbildung 34: Beeinträchtigung des uneingeschränkten Vertrauens zu Ärzten nach ausgewählten soziodemografischen und Behandlungsmerkmalen 2002 (alle Befragten = 16,1 %)	91
Abbildung 35: Beeinträchtigung des uneingeschränkten Vertrauens zu Pflegenden nach ausgewählten soziodemografischen und Behandlungsmerkmalen 2002 (alle Befragten = 17,7 %)	92
Abbildung 36: Beeinträchtigung des uneingeschränkten Vertrauens zu gesamten Krankenhaus nach ausgewählten soziodemografischen und Behandlungsmerkmalen 2002 (alle Befragten = 14,6 %).....	93
Abbildung 37: Empfehlung des zuletzt aufgesuchten Krankenhauses an Verwandte oder Freunde mit denselben gesundheitlichen Problemen 2002.....	95
Abbildung 38: Empfehlung des zuletzt genutzten Krankenhauses nach soziodemografischen und gesundheitlichen Merkmalen und Eigenarten der stationären Behandlung 2002	96
Abbildung 39: Verständliche Erklärung des Zwecks der im Krankenhaus erhaltenen Medikamente 2002	99
Abbildung 40: Schmerzen während des Krankenhausaufenthaltes 2002	100
Abbildung 41: Präsenz von Ärzten und Pflegenden aus Patientensicht 2002.....	104
Abbildung 42: Mangelhaft bewertete Präsenz von Ärzten nach ausgewählten soziodemografischen, gesundheitlichen und Behandlungsmerkmalen 2002	105
Abbildung 43: Mangelhaft bewertete Präsenz von Pflegenden nach ausgewählten soziodemografischen, gesundheitlichen und Behandlungsmerkmalen 2002	106
Abbildung 44: Güte der Kooperation von Ärzten und Pflegenden im Krankenhaus 2002	107
Abbildung 45: Einbindung von Angehörigen in die stationäre Behandlung 2002	112

Abbildung 46: Grad der Kommunikation zwischen Krankenhausärzten und Angehörigen 2002	113
Abbildung 47: Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Krankenhausbehandlung 2002	116
Abbildung 48: Fehlende oder unzureichende Mitbestimmungsmöglichkeiten nach soziodemografischen Merkmalen und Eigenarten der stationären Behandlung 2002	117
Abbildung 49: Erhalt von Entlassungs- oder Überleitungsleistungen 2002	121
Abbildung 50: Keine oder unzureichende Erklärungen zur Medikamenteneinnahme nach der Entlassung nach ausgewählten soziodemografischen und Behandlungsmerkmalen 2002	124
Abbildung 51: Keine oder unzureichende Erklärungen zu Warnsignalen nach der Entlassung nach ausgewählten soziodemografischen und Behandlungsmerkmalen 2002	125
Abbildung 52: Keine oder unzureichende Erklärungen zur Aufnahme von Alltagsaktivitäten nach der Entlassung nach ausgewählten soziodemografischen und Behandlungsmerkmalen 2002	126
Abbildung 53: Keine oder unzureichende Erklärungen zur Selbsthilfe bei der Genesung nach der Entlassung nach ausgewählten soziodemografischen und Behandlungsmerkmalen 2002	127
Abbildung 54: Keine oder unzureichende Information von Angehörigen über Möglichkeit der Hilfe bei Genesung nach der Entlassung nach ausgewählten soziodemografischen und Behandlungsmerkmalen 2002	129
Abbildung 55: Hilfe beim Erhalt nachstationärer Leistungen durch unterschiedliche Einrichtungen und Akteure des Krankenhauses 2002	130
Abbildung 56: Besserung der Beschwerden, die zum Krankenhausaufenthalt führten 2002	132
Abbildung 57: Besserung der Beschwerden, die zum Krankenhausaufenthalt führten nach der Vergütungsform 2002	133

Abbildung 58: Bedarf für nachstationäre Behandlungen, Hilfen und Unterstützungen 2002.....	135
Abbildung 59: Art und Weise des Erhalts nachstationärer Behandlungen, Hilfen und Unterstützungen 2002.....	136
Abbildung 60: Gesundheitliche Nachteile durch schwer oder gar nicht erhaltene nachstationäre Leistungen 2002	137
Abbildung 61: Häufigkeit und Dauer von Krankschreibung nach Entlassung aus stationärer Behandlung 2002	138
Abbildung 62: Häufigkeit der Inanspruchnahme ambulant tätiger Ärzte durch Krankenhausentlasspatienten mit Arztkontakten 2002.....	141
Abbildung 63: Häufigkeit der Übernahme von Therapiemaßnahmen des Krankenhauses durch niedergelassene Ärzte 2002.....	141
Abbildung 64: Art und Häufigkeit der Begründungen einer Nichtübernahme von Therapiemaßnahmen des Krankenhauses durch niedergelassene Ärzte 2002	142
Abbildung 65: Informationswünsche vor einem Krankenhausaufenthalt (Mehrfachnennungen möglich) 2002	144
Abbildung 66: Vergleich der Altersstruktur von Fallpauschalen- und Tagessatzpatienten 2002.....	147
Abbildung 67: Absolute und relative Häufigkeit von Fallpauschalen- und Tagessatzbehandlung nach Krankheitsarten 2002.....	149
Abbildung 68: Vergütungsform des aktuellen KH-Aufenthaltes und Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte wegen der aktuellen Erkrankungsart in den letzten 24 Monaten 2002.....	150
Abbildung 69: Vergütungsform des aktuellen KH-Aufenthaltes und Dauer der Krankenhausaufenthalte wegen der aktuellen Erkrankungsart in den letzten 24 Monaten 2002.....	151
Abbildung 70: Häufigkeit von Multimorbidität beim letzten Krankenhausaufenthalt nach Vergütungsformen 2002	152
Abbildung 71: Positive und negative Abweichungen spezifischer Patientengruppen unter Fallpauschalen- und Tagessatzvergütung 2002	157

Abbildung 72: Positive und negative Abweichungen spezifischer Patientengruppen in privat und öffentlich (ohne Uni-Kliniken) getragenen Krankenhäusern 2002.....	165
Abbildung 73: Positive und negative Abweichungen spezifischer Patientengruppen in privat getragenen Krankenhäusern und Uni-Kliniken 2002	166
Abbildung 74 Verweildauern im Krankenhaus in ausgewählten Jahren	176
Abbildung 75 Rehospitalisierung nach Aufenthalt in einem Akut-Krankenhaus	177
Abbildung 76 Anzahl der Aufenthalte in stationärer Behandlung.....	179
Abbildung 77 Durchschnittliche Anzahl der Aufenthaltstage in stationärer oder teilstationärer Krankenhausbehandlung und Reha-Maßnahme pro Jahr und Mitglied.....	181
Abbildung 78 Durchschnittliche Anzahl der Diagnosen pro Fall.....	183
Abbildung 79 Verweildauern nach Entgeltart für die Jahre 2001 und 2002.....	188
Abbildung 80 Verweildauern bei normaler Entbindung.....	190
Abbildung 81 Verweildauern bei Schwangerschaft und Entbindung.....	191
Abbildung 82 Verweildauern bei Leistenbruch.....	193
Abbildung 83 Verweildauern bei chronischen Affektionen der Tonsillen und des adenoiden Gewebes (Mandelentzündung).....	194
Abbildung 84 Verweildauern bei Cholelithiasis (Gallensteinleiden)	195
Abbildung 85 Verweildauern bei Varizen (Krampfadern) der unteren Extremitäten .	196
Abbildung 86 Verweildauern bei Osteoarthritis und entsprechender Affektionen (degenerative Gelenkerkrankung)	197
Abbildung 87 Verweildauern bei akuter Appendizitis (Blinddarmentzündung)	199
Abbildung 88 Rehospitalisierung nach Art der nachfolgenden stationären Maßnahme für die Jahre 1995 und 2002	201
Abbildung 89 Rehospitalisierung nach Art der nachfolgenden stationären Maßnahme und nach Abrechnungsart.....	202

Abbildung 90 Rehospitalisierung nach Art der nachfolgenden Diagnose für die Jahre 1995 und 2002	205
Abbildung 91 Rehospitalisierung nach Art der nachfolgenden Diagnose und nach Abrechnungsart	205
Abbildung 92 Rehospitalisierung bei normaler Entbindung.....	207
Abbildung 93 Rehospitalisierung bei Schwangerschaftsproblemen und Entbindung.	209
Abbildung 94 Rehospitalisierung bei Leistenbruch.....	210
Abbildung 95 Rehospitalisierung bei Mandelentzündung.....	211
Abbildung 96 Rehospitalisierung bei Cholelithiasis (Gallensteinleiden)	213
Abbildung 97 Rehospitalisierung bei Varizen (Krampfadern) der unteren Extremitäten	214
Abbildung 99 Rehospitalisierung bei Osteoarthrose und entsprechender Affektionen (degenerative Gelenkerkrankung)	216
Abbildung 99 Rehospitalisierung bei akuter Appendizitis (Blinddarmentzündung) ..	217
Abbildung 100 Survivorfunktion der Verweildauern in Reha-Maßnahmen.....	219
Abbildung 101 Survivorfunktion der Verweildauern in bestimmten Reha-Maßnahmen	220

8.3 Übersichten

Übersicht 1: Kurze historische Entwicklung der Krankenhausvergütungsreformen 1972 bis 2003 (Simon o.J.).....	19
Übersicht 2: Fahrplan der DRG-Einführung als Anpassung eines „lernenden Systems“ (Simon o.J.)	22
Übersicht 3: Versorgungsbezogene Effekte der Ökonomisierung des Krankenhauses durch Fallpauschalenvergütung (Simon 2001)	27
Übersicht 4: Empirische Anreiz- und Verteilungswirkungen von DRGs im Medicare-System der USA (Lauterbach/Lüngen 2001, 41ff.)	28

8.4 Abkürzungsverzeichnis

A-DRG

BPfIV

DKG

DRG

G-DRG

KHEntG

KHG

Australian DRG

Bundespflugesatzverordnung

Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft

diagnosis-related groups

German Refined DRGs

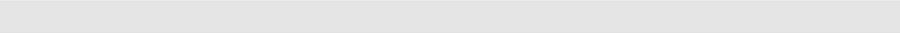
Krankenhausentgeltgesetz

Krankenhausgesetz

9 Literaturverzeichnis

- AOK (0.J.): Lexikon. www.aok-krankenhaus.de/lextex/lexF.html
- Arnold, M.; Klauber, J.; Schellschmidt, H. (2003): Krankenhaus-Report 2002. Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb. Stuttgart/New York
- Aust, B. (1994): Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. WZB-Paper P94-201. Berlin
- Badura, B./Feuerstein, G. (1996): Systemgestaltung im Gesundheitswesen: Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung, 2. Auflage. Weinheim/München
- Böcken, J.; Braun, B.; Schnee, M. (Hrsg.) (2002): Gesundheitsmonitor 2002. Gütersloh
- Braun, B. (2000): Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen. Ergebnisse einer Befragung von GEK-Versicherten. St. Augustin
- Braun, B. (2002): Häufigkeit und Auswirkungen von Leistungsrationierungen. In: Böcken et al. 2002, 97-111
- Cleary, P.D.; Edgman-Leviton, S.; Walker, J.; DelbaNCO; T.L. et al. (1991): Data-Watch: Patients Evaluate their Hospital Care – a National Survey. In: Health Affairs. Winter. 254-267
- Davies, HAT; Rundall TH (2000): Managing patient trust in managed care. Milbank Quarterly 78 (4), 609-24
- Düllings, J./Fischer, W./Greulich, A./Königer, H./Metzger, F./Brudermüller-Fleischle, S./Tabbert, I. (2001): Praxishandbuch Einführung der DRGs in Deutschland. Heidelberg
- Gerste, B. (2003): Veränderungen der Trägerschaft von Krankenhäusern seit 1992, in Arnold et al. 2003, 295-312
- Goold, SD (1998): Trust and physician payment. Healthcare Exec. July-August 13 (4), 40-41
- Grobe, T.G. et al. (2001): GEK-Gesundheitsreport 2001. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Psychische Störungen. St. Augustin

- Kühn, H./Simon, M. (2001): Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung (Budgets, Fallpauschalen) und ihre Auswirkungen auf die Patientenorientierung. Forschungsprojekt des Berliner Forschungsverbundes Public Health, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (Förderkennzeichen 01 EG 9525/8). Berlin
- Lauterbach K./Lüngen M. (2000): DRG-Fallpauschalen: eine Einführung. Stuttgart/New York
- Lüngen, M./Lauterbach, K. (2003): DRG in Deutschland. Praktische Umsetzung und Auswirkungen der Diagnosis-Related Groups. Stuttgart/New York
- Lüngen, M./Wolf-Ostermann, G./Lauterbach K. (2001): Krankenhausvergleich. Stuttgart/New York
- Männel, G. et al. (2002): Chaos Krankenhaus. So kommen sie heil aus der Klinik. Hamburg
- Mechanic D.; Schlesinger, M. (1996): The impact of managed care on patient‘ trust in medical care and their physicians. JAMA 5, 275 (21), 1693-97
- Mechanic, D. (1998): Managed care, rationing and trust in medical care. Journal of Urban Health. March 75 (1), 118-22
- Müller, S. (2001): DRGs im Krankenhaus und Versorgungsverläufe älterer und alter Menschen. Weiden/Regensburg
- Picker-Institute Europe (2003): Through the eyes of the patient. Measuring patients‘ experience of health care: The Picker approach. www.pickereurope.org/about/approach.htm
- Ruprecht, Th. (2000): Qualität quo vadis – die Perspektive der Patienten. In: Newsletter der GQMG 1 (7)
- Ruprecht, Th. (2001): Qualität aus der Perspektive der Patienten – das Picker-Modell. In: Satzinger et al.; 181-194
- Sackett, D.; Straus, Sh.; Richardson, W.; Rosenberg, W.; Haynes, R. (2000): Evidence-Based Medicine. How to Practice and Teach EBM. Edinburgh

- Satzinger, W./Trojan, A./Kellermann-Mühlhoff (Hrsg.) (2001): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen. Band 15 der Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik. St. Augustin
- Simon, M. (2001) Die Ökonomisierung des Krankenhauses. WZB-Paper 01-205. Berlin
- Simon, M. (o.J.): Grundzüge des deutschen DRG-Systems. Hannover
- Stapf-Finé, H./Schölkopf, M. (2003): Die Krankenhausversorgung im internationalen Vergleich – Zahlen, Fakten, Trends -. Düsseldorf
- Statistisches Bundesamt (2002): Gesundheitsausgaben 1992 bis 2000. Wiesbaden (Presseexemplar)
- Statistisches Bundesamt (2002): Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen – Krankenhausverzeichnis – Stand: 31.12. 2000. Wiesbaden
- Stratmeyer, P. (2002): Das patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektiven einer Kooperation zwischen Pflege und Medizin. Weinheim/München
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. / Arbeiter Ersatzkassen-Verband e.V. (Hrsg.) (2002): Krankenhausrecht inklusive der Änderungen durch das Fallpauschalengesetz 5. Auflage. Siegburg
- 

In der GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse
sind erschienen:

Bericht über die Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe ...
(vergriffen)

- Nr. 1: *Werkzeugmechaniker (1994)*
- Nr. 2: *Edelmetallschmiede (1993)*
- Nr. 3: *Zahntechniker (1993)*
- Nr. 4: *Elektroniker und Monteure im Elektrobereich (1994)*
- Nr. 5: *Augenoptiker (1995)*
- Nr. 6: *Zerspanungsmechaniker (1996)*
- Nr. 7: *Industriemeister (1996)*
- Nr. 8: *Maschinenbautechniker (1996)*
- Nr. 9: *Techniker im Elektrofach (1996)*
- Nr. 10: *Industriemechaniker (1996)*

Band I: *Müller, R. et al.: Auswirkungen von Krankengeld-Kürzungen. Materielle Bestrafung und soziale Diskriminierung chronisch erkrankter Erwerbstätiger. Ergebnisse einer Befragung von GKV-Mitgliedern. 1997*
ISBN 3-930 784-02-5 Euro 9,90

Band II: *Bitzer, E. M. et al.: Der Erfolg von Operationen aus Sicht der Patienten. – Eine retrospektive indikationsbezogene Patientenbefragung zum Outcome elektiver chirurgischer Leistungen in der stationären Versorgung – am Beispiel operativer Behandlungen von Krampfadern der unteren Extremitäten, von Nasenscheidewandverbiegungen sowie von arthroskopischen Meniskusbehandlungen. 1998*
ISBN 3-980 6187-0-6 Euro 9,90

- Band III: *Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 1998. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. 1998.*
ISBN 3-537-44003 (vergriffen) Euro 7,90
- Gmünder ErsatzKasse GEK (Hrsg.): Bericht über die Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe ... Ergebnisse von Beschäftigtenbefragungen, Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten und Literaturrecherchen zu Zusammenhängen von Arbeitswelt und Erkrankungen.*
- Band IV: *Gesundheitsbericht 11 – Werkzeugmechaniker.*
ISBN 3-537-44001 Euro 4,90
- Band V: *Gesundheitsbericht 12 – Bürofachkräfte.*
ISBN 3-537-44002 Euro 4,90
- Band VI: *Gesundheitsbericht 13 – Zerspanungsmechaniker.*
ISBN 3-537-44006-5 Euro 4,90
- Band VII: *Gesundheitsbericht 14 – Industriemechaniker.*
ISBN 3-537-44007-3 Euro 4,90
- Band VIII: *Gesundheitsbericht 15 – Zahntechniker.*
ISBN 3-537-44008-1 Euro 4,90
- Band IX: *Gesundheitsbericht 16 – Augenoptiker.*
ISBN 3-537-44009-X Euro 4,90
- Band X: *Gesundheitsbericht 17 – Edelmetallschmiede.*
ISBN 3-537-440010-3 Euro 4,90
- Band XI: *Gesundheitsbericht 18 – Elektroberufe.*
ISBN 3-537-440011-1 Euro 4,90
- Band XII: *Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 1999. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. 1999.*
ISBN 3-537-44012-X Euro 7,90

- Band XIII: *Marstedt, G. et al.: Young is beautiful? Zukunftsperspektiven, Belastungen und Gesundheit im Jugendalter. Ergebnisbericht zu einer Studie über Belastungen und Probleme, Gesundheitsbeschwerden und Wertorientierungen 14-25jähriger GEK-Versicherter. 2000.*
ISBN 3-537-44013-8 Euro 9,90
- Band XIV: *Bitzer, E. M. et al.: Lebensqualität und Patientenzufriedenheit nach Leistenbruch- und Hüftgelenkoperationen. Eine retrospektive indikationsbezogene Patientenbefragung zum Outcome häufiger chirurgischer Eingriffe in der zweiten Lebenshälfte. 2000.*
ISBN 3-537-44014-8 Euro 9,90
- Band XV: *Marstedt, G. et al. (Hrsg.): Jugend, Arbeit und Gesundheit. Dokumentation eines Workshops, veranstaltet vom Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen und der Gmünder Ersatzkasse (GEK) am 20. Mai 1999 in Bremen. Mit einem Grafik- und Tabellen-Anhang „Materialien zur gesundheitlichen Lage Jugendlicher in Deutschland“. 2000.*
ISBN 3-537-44015-4 (vergriffen)
- Band XVI: *Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2000. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Erkrankungen des Rückens. 2000.*
ISBN 3-537-44016-X (vergriffen)
- Band XVII: *Braun, B.: Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen – Folgen eines fahrlässigen Umgangs mit budgetierten Mitteln. Ergebnisbericht einer Befragung von GEK-Versicherten. 2000.*
ISBN 3-537-44017-4 Euro 9,90
- Band XVIII: *Grobe, T.G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2001. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Psychische Störungen. 2001.*
ISBN 3-537-44018-9 Euro 9,90

- Band XIX: *Braun, B.: Die medizinische Versorgung des Diabetes mellitus Typ 2 – unter-, über- oder fehlversorgt? Befunde zur Versorgungsqualität einer chronischen Erkrankung aus Patientensicht. 2001.*
ISBN 3-537-44019-7 Euro 9,90
- Band XX: *Glaeske, G.; Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2001. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 1999 - 2000. 2001.*
ISBN 3-537-44020-0 Euro 9,90
- Band XXI: *Braun, B., König, Chr., Georg, A.: Arbeit und Gesundheit der Berufsgruppe der Binnenschiffer.*
ISBN 3-537-44021-9 Euro 9,90
- Band XXII: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2002. Schwerpunkt: "High Utilizer" – Potenziale für Disease Management. 2002.*
ISBN 3-537-44022-7 Euro 9,90
- Band XXIII: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2002. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2000 bis 2001. 2002.*
ISBN 3-537-44023-5 Euro 9,90
- Band XXIV: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2003. Schwerpunkt: Charakterisierung von Hochnutzern im Gesundheitssystem – präventive Potenziale? 2003.*
ISBN 3-537-44024-3 Euro 9,90
- Band XXV: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2003. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2001 bis 2002. 2003.*
ISBN 3-537-44025-1 Euro 9,90