



Edition

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 46

Bernard Braun

Rolf Müller

Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten

Ergebnisse einer wiederholten Patientenbefragung und einer Längsschnittanalyse von
GEK-Routinedaten

Schwäbisch Gmünd

Juni 2006



Edition

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 46

Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten

Die Deutsche Bibliothek – CPI-Einheitsaufnahme

Gmünder Ersatzkasse:

Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten
[Hrsg.: GEK, Gmünder ErsatzKasse.

Autoren: Bernard Braun, Rolf Müller,
ZeS, Zentrum für Sozialpolitik, Bremen].
Sankt Augustin: Asgard-Verl. Hippe. 2006.

(GEK-Edition; Bd. 46)

ISBN 3-537-44046-4

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
ZeS, Zentrum für Sozialpolitik, Bremen.
<http://www.zes.uni-bremen.de>

Verlag:

Asgard-Verlag
Einsteinstraße 10
53757 St. Augustin

Edition

Inhalt

1. Zusammenfassung	2
2. Einführung	5
2.1. Überblick und Charakteristika des Gesamtprojekts	5
2.1.1. Ziele und sozialpolitische Bedeutung	5
2.1.2. Sozialwissenschaftlicher Ansatz	6
2.1.3. Erhebungsdesign	6
2.2. Erwartungen, Befürchtungen und Hoffnungen im Zusammenhang mit der DRG-Einführung	6
2.3. Quantitative Eckdaten der stationären Versorgung	9
2.3.1. Anzahl der Krankenhäuser	10
2.3.2. Anzahl der behandelten Fälle im Krankenhaus	11
2.3.3. Falldauern	14
2.3.4. Gesamtzeiten stationärer Behandlung	15
2.3.5. Personal im Krankenhaus	17
2.3.6. Ausgaben für den Krankenhaussektor	20
3. Veränderungen der Versorgungsqualität in Krankenhäusern aus Patientensicht 2002-2005	23
3.1. Betrachtungs- und Darstellungsweise	23
3.2. Soziale Merkmale der befragten Patienten, der gesundheitlichen Anlässe des Krankenhausaufenthalts und ihrer Versorgungsstrukturen 2002-2005	24
3.3. Veranlassung des Krankenausaufenthalts und Umstände der Aufnahme	31
3.4. Aufenthaltsdauer im Krankenhaus	34
3.5. Prozessqualität: Erfahrungen mit Akteuren und Versorgungsbedingungen des Krankenhauses	36
3.6. Ergebnisqualität: Behandlungserfolg	56
3.7. Schnittstelle stationär-nachstationär/ambulant	58
3.8. Nach der Entlassung	74
3.9. Generelle Bewertungen der stationären Versorgung	76
3.10. Patienten mit mehrfachen Krankenausaufenthalten	81

Edition

3.11. Befragte mit einer und mehreren Krankheiten oder Behandlungsanlässen	83
4. Analysen stationärer Behandlung mit Routinedaten.....	87
4.1. Die Daten.....	88
4.2. Wirkung der DRGs auf die akut-stationäre Behandlung.....	89
4.2.1. Vollstationäre Behandlung insgesamt	89
4.2.2. Vollstationäre Behandlung nach Alter und Geschlecht.....	91
4.2.3. Diagnosen stationärer Behandlungen	94
4.2.4. Auswirkungen von Nicht-DRG-Fällen auf die Fallzahlen und Aufenthaltszeiten.....	96
4.2.5. Rehospitalisierung nach vollstationärer Behandlung	99
4.2.6. Zwischenfazit der grob aggregierten Betrachtung.....	103
4.3. Stationäre Behandlung bei Fällen mit speziellen ICD	104
4.3.1. Dorsopathien–Rückenleiden (ICD-9: 720-724).....	105
4.3.2. Krankheit des zerebrovaskulären Systems–Gefäßerkrankung im Gehirn (ICD-9: 430-438).....	107
4.3.3. Katarakt–grauer Star (ICD-9: 366)	110
4.3.4. Innere Kniegelenksschädigung (ICD-9: 717).....	113
4.4. Fazit der Routinedatenanalyse	117
5. Literatur	120
6. Abbildungsverzeichnis	122
7. Tabellenverzeichnis	128
8. Anhang	129
8.1. Standardisierung	129
8.2. Versichertenvierteljahr	129
8.3. Grundauszählung der Patientenbefragungen 2002/2005	130
9. GEK-Materialien	145

Vorwort Dieter Hebel, GEK-Vorstandsvorsitzender

Mit dem vorliegenden Band setzt die Gmünder ErsatzKasse ihre Veröffentlichungsreihe fort und beleuchtet dabei zum wiederholten Male das Thema Krankenhaus. Dieses starke Interesse für einen besonders leistungsintensiven Sektor unseres Gesundheitswesens ist nicht zufällig. Bereits 2003 haben wir mit Band 26 der GEK-Edition "Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung – Ergebnisse einer Längsschnittanalyse von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung" unsere Aufmerksamkeit für die weitere Entwicklung der Qualität der Behandlung vor bzw. während der Einführung des DRG-Systems dokumentiert. Seit 2003 haben wir unsere Veröffentlichungen zu diesem Sektor weiter ausgebaut, zuletzt mit den Editionsbänden Nr. 37 (GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2005) und Nr. 45 (GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2006).

Wir wissen, dass es ab dem Jahr 2002 bei der Zahl der Krankenhausfälle eine Trendwende gegeben hat. Während diese – altersstandardisiert und je 1.000 Versichertenjahre gerechnet – über viele Jahre hinweg gestiegen war, geht sie seit 2003 zurück. Gleichzeitig hat sich aber der seit langem zu beobachtende Trend der sinkenden Zahl Krankenhaustage je Kalenderjahr und 1.000 Versichertenjahre fortgesetzt.

1996 ist in Deutschland zunächst ein "kleines" Fallpauschalsystem eingeführt worden, das vor allem operierende Fächer betraf. Die erwähnte Trendwende ab 2003 fällt zeitlich recht gut mit der Ausweitung des kleinen Fallpauschalsystems auf das DRG-System zusammen, in dem die Vergütung für alle Leistungsbereiche außer der Psychiatrie pauschaliert wurde. Dieses Phänomen wird von uns aufmerksam beobachtet.

Der hier vorgestellte Band geht über die Auswertung der in der GEK vorhandenen pseudonymisierten Daten zum Krankenhausgeschehen hinaus, indem zusätzlich die Ergebnisse einer Befragung von GEK-Versicherten vorgestellt werden. Die Versicherten, ihr Wohlergehen und die Qualität ihrer Behandlung stehen nicht nur bei den Beteiligten im Krankenhaus, sondern selbstverständlich auch für uns als Krankenkasse obenan. Ich bin sehr dankbar, dass sich unsere Versicherten der Mühe unterzogen haben, die verstandenen Fragebögen zu beantworten und den beteiligten Wissenschaftlern so wichtige Grunddaten für ihre Arbeit zu liefern.

Den Lesern dieses Buches wünsche ich eine spannende und aufschlussreiche Lektüre.

Schwäbisch Gmünd, Juni 2006

Dieter Hebel

1. Zusammenfassung

Der Krankenhaussektor ist einer der größten und kostspieligsten Bereiche im Gesundheitswesen. Er ist deshalb auch seit langem zu einem Dreh- und Angelpunkt für Verbesserungen der Ergebnisqualität der gesundheitlichen Versorgung und deren Wirtschaftlichkeit geworden. Neben die Hoffnung, durch entsprechende Umstrukturierungen und Instrumente eine bessere und kostengünstigere Versorgung zu erreichen, gesellt sich die Befürchtung, dass dadurch auch die Arbeitsbelastung der Beschäftigten steigt und sich dadurch die Versorgungsqualität für die Patienten verschlechtert. Das Hauptziel unserer Untersuchungen ist es, parallel zur Einführung der Diagnosis related groups (DRGs) als einem der wichtigsten neuen Gestaltungsinstrumente, mit verschiedenen Methoden und Quellen sozialwissenschaftlich zu überprüfen, welche der genannten Erwartungen zutrifft.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung stammen zum einen aus zwei schriftlichen Befragungen von Krankenhauspatienten in den Jahren 2002 und 2005, aus den Daten der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes sowie aus Routinedaten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) aus den Jahren 1990 bis 2005, welche diese für ihre Gesundheitsberichterstattung aufbereitet.

Die Fallzahlen vollstationärer Behandlungen sind langfristig steigend. Ganz gegen die Erwartung eines zunehmenden Fallsplitting oder von erneuten Aufnahmen von zu früh oder "blutig" entlassenen Patienten, sanken seit der obligatorischen Einführung der DRGs die Fallzahlen vollstationärer Behandlungen. Ein Grund: Eine steigende Zahl vollstationärer Behandlungen ist durch ambulante Operationen an oder außerhalb von Krankenhäusern ersetzt worden.

Die durchschnittlichen Falldauern gehen schon langfristig zurück. Ein spezieller DRG-Effekt ist nicht erkennbar. Aus der Patientenbefragung entsteht nicht der Eindruck, die Verkürzung der Aufenthaltszeiten sei unangemessen. Allerdings werden die kürzeren Falldauern vermehrt bis an die untere Grenzverweildauer verlängert, um Abschläge bei der Abrechnung zu vermeiden.

Die Aufnahme ins Krankenhaus ist seit der optionalen Einführung der DRGs in der Wahrnehmung von Patienten mit einer geringeren Wartezeit verbunden. Außerdem ist die Zahl der Patienten, die angaben, zuvor nicht von einem anderen Krankenhaus abgewiesen worden zu sein, relativ klein geblieben. Dennoch gibt es auch Umstände bei der Aufnahme, die Verbesserungswürdig sind und sich nicht gebessert haben. Hierzu zählt ein nicht ausreichender Informationsstand der Krankenhausärzte sowohl über den Gesundheitszustand der Patienten als auch über die vorangegangenen Behandlungen.

Die Erfahrungen der Patienten mit dem Krankenhaus-Personal sind weiterhin sehr gut. Die Zufriedenheit verwundert etwas, da in den Jahren 2003 und 2004 deutlich Personal abgebaut wurde und der Arbeitsaufwand für die Pflegekräfte deutlich gestiegen ist. Jüngere Patienten haben allerdings häufiger als Ältere schlechte oder kritische Erfahrungen mit Kostenkalkülen oder einer nicht rücksichtsvollen Behandlung gemacht. In

privaten Krankenhäusern werden seit 2003 Verschlechterungen in der Beurteilung der Behandlungssituation erkennbar.

Die Patienten sind im Jahr 2005 mit den Ergebnissen der Krankenhausbehandlung fast genauso zufrieden wie im Jahr 2002. Knapp ein Drittel der Patienten hatte anschließend keine Beschwerden mehr. Der größte und zwischen 2002 und 2005 zunehmende Teil der Patienten nimmt eine Zustandsverbesserung wahr.

Angesichts der insgesamt wenigen und geringen Veränderungen von Wahrnehmungen und Erfahrungen fallen die Rückmeldungen der Befragten, die in beiden Jahren als Patient in einem privaten Krankenhaus lagen, besonders auf. Diese Patientengruppe macht 2005 deutlich schlechtere Erfahrungen als 2002. Zum Teil handelt es sich dabei lediglich um das Verschwinden der 2002 überdurchschnittlich guten Verhältnisse und das Erreichen des Durchschnittsniveaus. Teilweise sind die ihren Erfahrungen zugrunde liegenden Versorgungsbedingungen aber auch schlechter geworden als die von Patienten in öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern.

Auffällig sind auch die zwischen 2002 und 2005 verbreitet schlechter werdenden Erfahrungen und Bewertungen ihrer Behandlung durch die multimorbidien Patienten und zwar innerhalb dieser Patientengruppe als auch im Vergleich mit den Patienten, die „nur“ wegen einer Krankheit in Behandlung waren.

Auffällig sind in beiden Jahren auch die Unterschiede der Patientenerfahrungen nach der Anzahl von Betten ihres Krankenhauses: Patienten in Kleinkrankenhäusern mit bis zu 200 Betten machten vielfach bessere Erfahrungen als solche in größeren Krankenhäusern.

Sollten die Prognosen eintreffen, dass der Anteil der Kleinkrankenhäuser schwindet und der von privat getragenen Kliniken ansteigt, könnten sich also künftig aus Patientensicht Nachteile kumulieren.

Die Verkürzung der Falldauern führt nicht zu einer steigenden Zahl erneuter Aufnahmen in akut-stationärer Behandlung. Eine anschließende Rehabilitationsmaßnahme setzt schneller im Anschluss an einen vollstationären Aufenthalt an. Allerdings hat noch immer eine Reihe von Patienten bestimmte nachstationäre Versorgung für nötig befunden, aber nicht erhalten.

Teilweise fallen die messbaren Veränderungen sowohl der Leistungs- oder Abrechnungsdaten als auch der subjektiven Erfahrungen und Bewertungen geringer aus als dies von zahlreichen Akteuren befürchtet oder erhofft wurde und wird. Dass spezielle und große, DRG-begründete Effekte auf die Verwaltungsdaten nur vereinzelt eindeutig auszumachen sind, kann zum einen bedingt sein durch eine abwartende Haltung der Akteure in einem noch am Anfang stehenden Lernprozess des DRG-Systems. Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass die DRG-Einführung zwar eine große Reform des Gesundheitswesens ist, sich aber in eine Vielzahl anderer Reformen des Gesundheitswesens und auch des Krankenhausbereichs eingliedert. Die geringen Veränderungen der subjektiven Elemente können sowohl darauf beruhen, dass sich manche Wirkungen

der Wahrnehmung von Patienten entziehen als auch auf der Kompensation mancher Wirkungen durch engagiertes Personal.

Wie die Ergebnisse zeigen, bedeutet die relativ geringe Veränderung aber keinen Grund zum „Zurücklehnen“, sondern kann auch Bedenkliches bedeuten. Was bedeuten schließlich die zurückgegangenen Fallzahlen? Bedeutet dies, dass einigen Menschen die stationäre Versorgung vorenthalten wurde? Ist es im Sinne des Patienten, wenn er nach einer kurzen Behandlung länger als nötig im Krankenhaus bleiben muss, nur weil die untere Grenzverweildauer aus Kostengründen erreicht werden muss? Was bedeutet der Hang zur weiteren Privatisierung, wenn die privaten Krankenhäuser als diejenigen erscheinen, in denen sich die Versorgungsqualität in der Wahrnehmungen der Patienten seit der DRG-Einführung im Vergleich zu den anderen Krankenhäusern verschlechtert hat?

2. Einführung

2.1. Überblick und Charakteristika des Gesamtprojekts

Die vorliegende Arbeit entstand als Ergänzung oder Teilprojekt zu dem von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Projekt "**Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System**" (WAMP), Sozialwissenschaftliche Längsschnittanalyse der Auswirkungen des DRG-Systems auf den pflegerischen und medizinischen Dienstleistungsprozess und die Versorgungsqualität im Krankenhaus. Das Projekt wird bearbeitet vom Zentrum für Sozialpolitik an der Universität Bremen und vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Das Projekt erfolgt in Kooperation mit der Gmünder Ersatzkasse, der Landesärztekammer Hessen und ver.di.

2.1.1. Ziele und sozialpolitische Bedeutung

Die Dienstleistungsarbeit in den deutschen Krankenhäusern beeinflusst direkt und oft irreversibel Leben und Gesundheit von jährlich über 16 Millionen Patienten, einem Fünftel der Bevölkerung. Das Krankenhaus ist zu einem wichtigen Bestandteil der Lebenswelt der Bürgerinnen und Bürger geworden. Die meisten Bürger werden im Krankenhaus geboren und ein großer Teil von ihnen stirbt im Krankenhaus. Die Zuverlässigkeit des Krankenhauses ist Grundlage ihres Vertrauens, im Bedarfsfall schnellen und chancengleichen Zugang zu einer wirksamen Krankenhausbehandlung zu haben. Dieses Vertrauen hat den Charakter eines öffentlichen Gutes und ist ein wesentlicher Bestandteil des Lebensstandards auch derjenigen Menschen, die das Krankenhaus de facto nicht in Anspruch nehmen.

Die deutschen Krankenhäuser wiederum stehen in einem Prozess tief greifender Veränderungen. Die bevorstehende Umstellung der gesamten Krankenhausfinanzierung auf ein diagnosebezogenes Fallpauschalsystem (Diagnosis-Related Groups = DRGs) gilt als das folgenreichste einzelne Reformelement in der Gesundheitspolitik der letzten Jahrzehnte. Alle Leistungen des Krankenhauses (Ausnahme Psychiatrie) sollen einheitlich definiert, pauschaliert und vergütet werden. Das Reformziel besteht darin, die Krankenhäuser verstärkt zu wirtschaftlichem Verhalten zu motivieren, eine effizientere Krankenhausversorgung zu erreichen, überflüssige Leistungen zu reduzieren, die Verweildauer (weiter) zu senken und Kapazitäten abzubauen ohne die Qualität der Versorgung zu verschlechtern. Der Umstellungsprozess wird als äußerst komplex und in seinen Auswirkungen unvorhersehbar angesehen. Offen ist nicht nur, inwieweit die positiven Reformziele einschließlich der damit einhergehenden Gestaltungschancen realisiert werden können, sondern auch, ob und in welchem Umfang nicht intendierte unerwünschte Effekte auftreten und wie ihnen begegnet werden kann.

Vor diesem Hintergrund zielt das Projekt darauf, sowohl die nicht intendierten Versorgungsrisiken als auch die Entwicklungschancen des Umstellungsprozesses auf das DRG-System zu identifizieren. Die Implementierung des Fallpauschalengesetzes erfolgt über mehrere Jahre und mehrere inhaltliche Stufen, die durch das Projekt WAMP begleitet werden sollen.

2.1.2. Sozialwissenschaftlicher Ansatz

Der inhaltliche und forschungsökonomische 'archimedische Punkt', an dem das Projekt WAMP ansetzt ist der medizinische und pflegerische Dienstleistungsprozess bzw. die Krankenhausarbeit. Medizinische und pflegerische Dienstleistungen sind dadurch gekennzeichnet, dass Produktionstätigkeit und Konsumtion zugleich in einem Prozess ('uno actu') erfolgen. Um sowohl die Patienten- als auch die Organisationsperspektive erfassen und zueinander in Beziehung setzen zu können, wird das Krankenhaus als ein soziales System betrachtet, das durch die Produktion medizinischer und pflegerischer Dienstleistungen strukturiert wird. Nach unserem Verständnis sind die Patienten darin keine jenseits der Produktion stehenden Abnehmer bzw. Konsumenten, sondern Bestandteil dieses Produktionsprozesses selbst. In den medizinischen und pflegerischen Arbeitsprozessen spielen sie eine Doppelrolle als 'Arbeitsgegenstand' und 'Mitproduzent'. Als Arbeitsgegenstand (am deutlichsten ausgedrückt durch die Lage auf dem Operationstisch im narkotisierten Zustand) sind sie Objekte, während sie überall dort, wo es auf ihre Motivation und ihr Verhalten ankommt und sie ihr Selbstbestimmungsrecht ausüben (können), auch Subjekte und Mitproduzenten im medizinisch-pflegerischen Arbeitsprozess sind. Nahezu jeder Aspekt des Wandels dieser Arbeitsprozesse bzw. der Krankenhausorganisation beeinflusst ihre Lage und damit die Qualität der Versorgung.

2.1.3. Erhebungsdesign

Zur Untersuchung der Folgen der DRG-Einführung wurde ein mehrdimensionales Längsschnittdesign entwickelt. Im Projekt WAMP wird der Effekt der DRG-Einführung auf mehreren Ebenen zu mehreren Zeitpunkten gemessen. Zu den Ebenen gehören Patientenbefragungen, Befragungen von Pflegekräften, Befragungen von Ärzten sowie Fallstudien ganzer Krankenhäuser. Die Veränderungen, die die Einführung des DRG-Systems für den Dienstleistungsprozess und die Versorgungsqualität hat, können nur dann angemessen erfasst und bewertet werden, wenn die Ausgangslage bekannt ist. Die Erhebungszeitpunkte der ersten Welle lagen zwischen 2002 und 2003, also in etwa zu Beginn der DRG-Einführung. Die zweite Welle der Patienten- und Ärztebefragung erfolgte nach der budgetneutralen Phase (2005) und die dritte Welle ist gegen Ende der Einführungs- oder Konvergenzphase geplant.

2.2. Erwartungen, Befürchtungen und Hoffnungen im Zusammenhang mit der DRG-Einführung

Sowohl der „kleine“¹ Vorläufer der DRG, die 1996 im deutschen Krankenhauswesen eingeführten Fallpauschalen, als auch die Vorbereitung und Einführung der DRG wurden von einer Fülle von Erwartungen, Hoffnungen, Befürchtungen und Prognosen begleitet. Daran beteiligten sich wissenschaftliche wie politische Akteure intensiv. Dabei

¹ „Klein“, weil nur maximal ein Viertel aller stationären Leistungen vor allem aus dem chirurgischen Bereich nach Fallpauschalen abgerechnet und der große Rest des Geschehens weiterhin mit tagesgleichen Pflegesätzen oder Sonderentgelten vergütet wurde.

ist zu beachten, dass dies nicht nur die bei Veränderungen und Reformabsichten im Gesundheitswesen nahezu übliche Stimmungsmache von Lobbyisten war und ist, sondern eine politisch gewollte Debatte über die als „lernendes System“ verstandenen DRG-Strukturen. Dass es sich hierbei nicht nur um politische Rhetorik handelt, zeigt die Konzeption einer mehrjährigen Konvergenzphase, in der die Krankenhäuser schrittweise und mit zunehmender Intensität an ein Handeln unter DRG-Bedingungen herangeführt und in der mögliche technische und inhaltliche Unzulänglichkeiten der DRGs korrigiert werden sollen. Das durch das 2. Fallpauschalenänderungsgesetz 2004 auf das Jahr 2009 verlegte Ende der Konvergenzphase, die laufende Aufnahme zahlreicher zusätzlicher DRGs (z. B. im Bereich der geriatrischen Versorgung) oder die ebenfalls weiter stattfindende Modifikation bereits existierender DRGs sind praktische Belege. Hierzu passte auch die gesetzliche Pflicht, die Wirkungen der DRGs u. a. in einem Zwischenbericht „im Jahr 2005“ aufzuarbeiten. Nicht zuletzt die methodisch und damit letztlich auch für mögliche Defizitanalysen problematische Verzögerung der gesetzlich vorgesehenen Evaluation stand Pate für den Start des eigenständigen, sozialwissenschaftlich orientierten Projektes WAMP.

In diesem Projekt sollte durch mehrfache, den Einführungsprozess der DRG begleitende schriftliche und mündliche Befragungen von Patienten, Pflegekräften, Krankenhausärzten und anderen Akteuren im Krankenhaus ergebnisoffen geprüft werden, ob und welche der kontroversen Hauptelemente der DRG-Einführungsdebatte auftreten und in welcher Stärke.

Aus der Sicht der Patienten handelt es sich dabei um die folgenden negativen und positiven Elemente:

Negativ:

- Zunahme der selektiven Aufnahme von Patienten, mit dem Ziel „komplizierte“ und schwer kalkulierbare Patienten fernzuhalten
- Zunahme von gesundheitlich/medizinisch zu frühen oder auch „blutigen“ Entlassungen von Patienten
- Verschlechterung der Versorgung multimorbider Patienten durch das Aufsplitten ihrer Situation in einzeln zu versorgende Krankheiten und wiederholte Aufnahmen ins Krankenhaus (Stichwort: Zunahme der Rehospitalisierung)
- Benachteiligung polysymptomatischer (z. B. alte Patienten) gegenüber monosymptomatischen Patienten.

Positiv:

- Verbesserung der Informationssituation über Patienten bei der Aufnahme zur Straffung des Behandlungsablaufs bei kürzer werdenden Liegezeiten
- Verbesserung der Information der Patienten über den Ablauf und die weiteren Umstände der Behandlung zur Straffung und Verkürzung der Liegezeiten
- Bessere Berücksichtigung der Ressourcen des Patienten

- Besseres „Sichkümmern“ um den Patienten zur Optimierung des Behandlungsprozesses
- Verbesserungen bei besonders die Behandlungszeit verlängernden gesundheitlichen Störungen wie beispielsweise der Schmerzbehandlung
- Verkürzung der Liegezeiten
- Verbesserung der Versorgungssteuerung im Krankenhaus durch Prozessstrukturierung (Stichwort: clinical pathways) und Schnittstellensteuerung (Stichwort: Entlassungs- und Überleitungsmanagement).

Die vorliegende Analyse konzentriert sich anders als die Veröffentlichung über die erste Patientenbefragung (Braun, B.; Müller, R. 2003) auf einen Vergleich der Antworten auf Fragen, die inhaltlich Indikatoren für die hier vorgestellten Elemente sein können und die in einer jeweiligen Zufallsstichprobe von in der GEK versicherten Krankenhauspatienten Anfang 2003 und Ende 2005 gestellt worden sind. Es handelt sich damit um einen Vergleich der Ende 2002 und im Sommer 2005 in Krankenhäusern gemachten Erfahrungen nach gut 1 ½ (wenn man vom Zeitpunkt der verbindlichen Einführung an allen Krankenhäusern rechnet) oder 2 ½ (gerechnet vom ersten Befragungszeitpunkt, als einige der Krankenhäuser bereits DRG erprobten) Jahren DRG-Einführung.

Zu den zentralen Annahmen des Projektes gehören, dass

- quantitative und qualitative Zustände in den angesprochenen Sachbereichen von Patienten und Beschäftigten im Krankenhaus erfahrbar und wahrnehmbar und bei mehrfacher Abfrage Veränderungen messbar sind und
- alle Krankenhäuser, selbst dann, wenn die DRG erst langsam „scharf gestellt“ werden, z. B. durch Vergleiche mit den Basisfallwerten ihre relative regionale Situation erkennen können und sich u. a. durch die gezielte Veränderungen der genannten Art auf den „Ernst“ am Ende der Konvergenzphase vorbereiten müssen.

Bei der Wahrnehmung, Erfahrung und Bewertung realer Versorgungsbedingungen spielen u. a. auch die folgenden Faktoren eine aktive Rolle, die Unterschiede verstärken oder auch minimieren können und auch auf unsere Ergebnisse einwirken können:

- Da zwangsläufig unterschiedliche Patienten befragt werden, sind feine Unterschiede in der Sozialstruktur aber vor allem der Einstellungen zu Gesundheit oder zum Gesundheitssystem nicht zu vermeiden.
- Zwischen den Befragungszeiträumen können sich die so genannten Referenzstrukturen der Patienten ändern. Zum Beispiel könnte die negative und pessimistische Berichterstattung in den Medien aber auch paradoxe Weise der kritische wissenschaftliche Diskurs über die Qualitätsmängel der Versorgung dazu führen, dass man sowieso nichts mehr vom Gesundheitswesen erwartet und/oder zufrieden ist, wenn man noch einigermaßen gut behandelt und „heil“ entlassen wird. Angesichts des hohen Durchschnittsalters von Krankenhauspatienten kommt evtl. noch ein Element von Altersresignation hinzu.

- Die DRG-Einführung wirkt sich vorübergehend oder dauerhaft nur sehr selektiv auf bestimmte, kleine Patientengruppen (z. B. Ältere, chronisch Kranke) aus. Diese Veränderungen schlagen sich in Durchschnittsbetrachtungen kaum nieder, was sogar noch durch die mögliche Nichtbeteiligung genau dieser Gruppen an Umfragen verstärkt sein könnte.
- Patienten bekommen bestimmte Folgen der DRG-Einführung wie etwa die Abnahme von Diagnostik oder die Nichtanwendung neuer Behandlungsmethoden gar nicht mit. Bestimmte Selektionsaktivitäten wie beispielsweise die Abweisung bestimmter Patienten können völlig harmlos oder plausibel vermittelt werden.
- Angesichts der Komplexität und des Volumens des sozialen Systems Krankenhaus, das durch immer noch rund 2.400 autonome Institutionen/Unternehmen mit hunderttausenden Beschäftigten unterschiedlichster Kompetenz und Macht und zig Millionen Behandelten bestimmt wird, könnte es auch sein, dass die DRG-Einführung tatsächlich (noch) keine (negativen oder positiven) Folgewirkungen für die Patientenversorgung hat.

Hierfür sind wiederum verschiedene Gründe denkbar:

- Kompensation der Folgen für Patienten durch mehr und anderes Engagement von Pflegekräften und Ärzten.
- Die während der Projektlaufzeit erfolgte gesetzliche Verlängerung der Konvergenzphase und die dadurch anhaltenden jährlichen Anpassungsaktivitäten des "Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus" (InEK) haben die Veränderungen der Rahmenbedingungen in vielen Krankenhäusern ebenfalls über einen längeren Zeitraum verteilt.
- Es gibt Krankenhäuser, die sich noch zusätzlich Zeit lassen, weil sie von weiteren gravierenden Veränderungen der Berechnungsgrundlagen durch das InEK und einer weiteren Verlängerung der Konvergenzphase ausgehen.
- Die Befürchtungen sind grundlos, d. h. die Gegensteuerungsmaßnahmen greifen.
- Die Versorgung war vorher schon so schlecht, dass sie nicht mehr wesentlich schlechter werden kann.

2.3. Quantitative Eckdaten der stationären Versorgung

In diesem Kapitel werden die Entwicklungen der Zahl der Krankenhäuser und der Zahl der stationären Behandlungen, die Personalentwicklung sowie die Ausgabenentwicklung dargestellt. Der Beobachtungszeitraum umfasst, soweit es möglich ist, die Jahre 1990 – 2005. Die Darstellung der Fallzahlen und der Zeiten im Krankenhaus geschieht üblicherweise nur unter Berücksichtigung der vollstationären Fälle. Da es aber seit 1996 eine Ausweitung anderer Arten von stationären Aufenthalten gibt, die nicht über DRGs abgerechnet werden und somit mögliche „Verschiebebahnhöfe“ wären, werden auch diese hier detailliert dargestellt.

Die Datenbasis sind die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes und die auf die jeweilige Bevölkerung hoch gewichteten Routinedaten der GEK. Durch die gemeinsame Darstellung mit den Daten der Krankenhausstatistik wird deutlich, dass es möglich ist, auch mit Routinedaten der GEK relativ repräsentative Ergebnisse darzustellen. Ein Vorteil der Routinedaten gegenüber den Daten der Krankenhausstatistik ist dabei, dass längere Zeitreihen darstellbar sind.

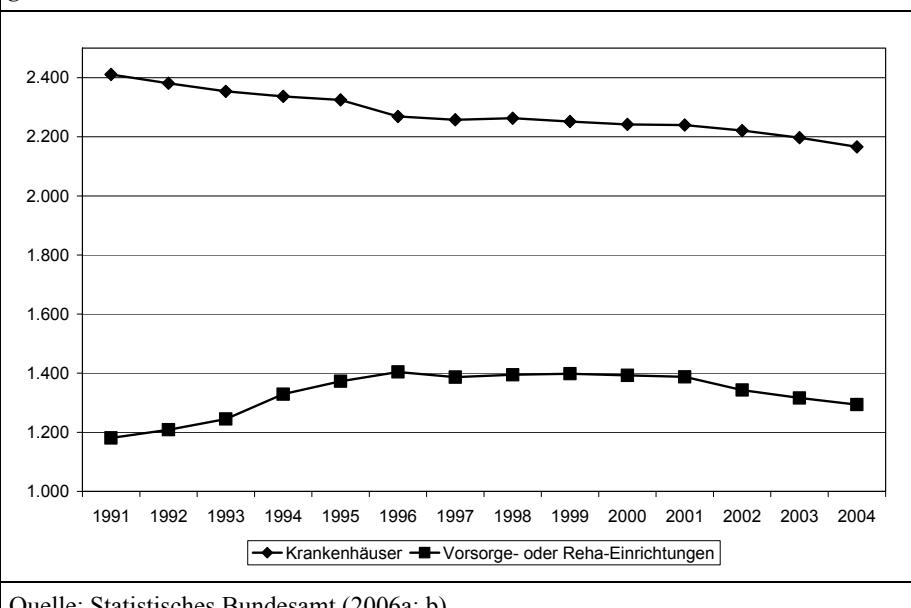
Üblicherweise sind die Folgen politischer Entscheidungen nicht unmittelbar zu erkennen. Es gibt immer schon Diskussionen und Anpassungseffekte vorab oder auch verzögerte Reaktionen. Unmittelbare Auswirkungen wie der kurzfristige Rückgang der Arztbesuche nach der Einführung der Praxisgebühr sind eher selten. Die Auswirkungen der DRG lassen sich auch deshalb nicht deutlich ablesen, weil die Umstellung von tagesgleichen Pflegesätzen auf Fallpauschalen und DRG auch nicht an einem Tag erfolgte, sondern sich über lange Zeit hinzieht. Die Einführung der DRG ist im Prinzip eine Fortsetzung der Umstellung von tagesgleichen Pflegesätzen auf Fallpauschalen, die ihren ersten Schub 1996 erhalten hat. Damals sind die Abrechnungsweisen von ca. 25% der Behandlungen im Krankenhaus von tagesgleichem Pflegesatz auf Fallpauschalen umgestellt worden. Ab 2003 erfolgte nun optional die Umstellung auf DRGs, ab 2004 ist die Umstellung zwar verpflichtend, aber noch nicht durchweg vollzogen. Durch die Konvergenzphase haben die Krankenhäuser noch mehrere Jahre Zeit, sich dem System anzupassen. Eine plötzliche drastische Veränderung in irgendeiner Statistik ist daher nicht zwangsläufig zu erwarten.

2.3.1. Anzahl der Krankenhäuser

Eine Befürchtung im Zuge der Umstellung auf Fallpauschalen und der damit in Verbindung gebrachten Ökonomisierungstendenz der Krankenhäuser ist, nicht konkurrenzfähige Krankenhäuser müssten schließen. Ein Blick auf die Statistik (Abbildung 1) zeigt allerdings keinen plötzlichen Rückgang der Zahl der Krankenhäuser speziell in den letzten drei, vier Jahren. Vielmehr ist ein Rückgang der Zahl der Krankenhäuser schon seit Anfang der 1990er Jahre zu erkennen. Der als „Krankenhaussterben“ dramatisierte Rückgang der Anzahl von Krankenhäusern ist also keine ausschließliche Folge der Umstellung der Abrechnungsarten, sondern folgt einem langfristigen Trend. Allerdings lässt sich ein jeweils zu den Schlüsseljahren der Strukturveränderungen (1996 sowie 2003 und 2004) leicht beschleunigter Rückgang der Zahl der Krankenhäuser feststellen.

Anfang der 1990er Jahre wurde die Zahl der stationären Einrichtungen insgesamt noch durch die steigende Zahl an Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ausgeglichen. Seit 2001 ist aber auch die Zahl der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen rückläufig.

Abbildung 1: Anzahl der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1991-2004



Quelle: Statistisches Bundesamt (2006a; b)

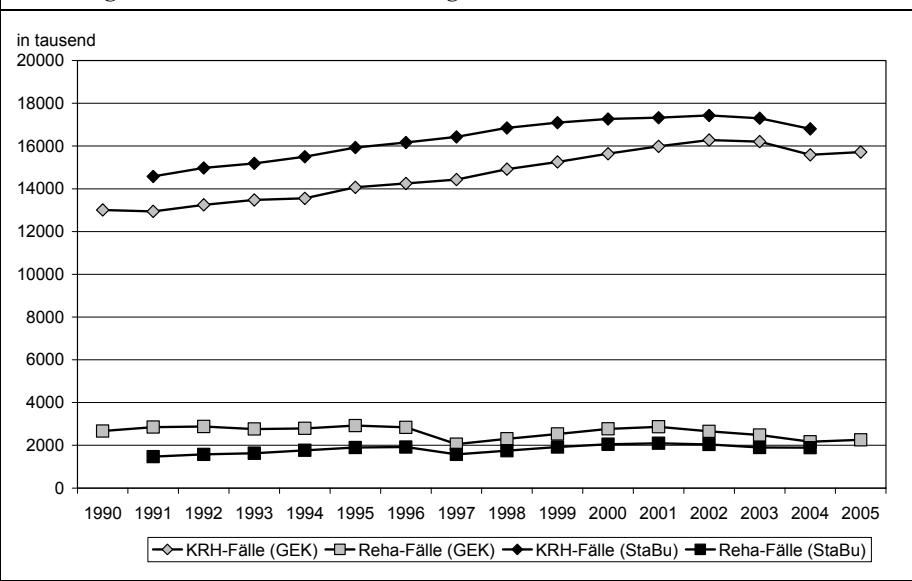
2.3.2. Anzahl der behandelten Fälle im Krankenhaus

Im DRG-System wird pro vollstationärem Krankenhausaufenthalt nur eine DRG, also die Behandlung einer Erkrankung, abgerechnet. Mit der Einführung der DRGs geht die Befürchtung einher, die im pauschalen System nicht für einen Krankhausaufenthalt abrechenbaren Leistungen multimorbider Patienten würden auf einen erneuten Krankenhausfall verschoben werden. Die Patienten würden wegen der einen Erkrankung behandelt, entlassen und anschließend für die andere Erkrankung wieder neu aufgenommen. Dies führte dann zu einer erhöhten Fallzahl und wahrscheinlich zu einer weiteren Reduktion der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer je Fall.

Entgegen diesen Erwartungen ist allerdings im Jahr 2003 und besonders im Jahr 2004 ein Rückgang der Fallzahlen vollstationärer Aufenthalte festzuhalten (Abbildung 2). Im Jahr 2005 steigt die Zahl wieder leicht an, liegt aber noch immer unter dem Niveau von 2003. Eine Erklärungsmöglichkeit ist in einem geänderten Einweisungsverhalten der Hausärzte zu suchen. In den USA ist es mit der Einführung der DRGs zu einer verminderten Einweisungshäufigkeit gekommen (Coffey 1999). Vielleicht führten auch in Deutschland bestimmte Annahmen der Hausärzte über die Konsequenzen der DRGs zu einer reduzierten Neigung, Patienten in ein Krankenhaus einzuzweisen. Eine weitere Erklärungsmöglichkeit sind die im DRG-System derzeit praktizierten Budgetverhandlungen der Krankenkassen und Krankenhäuser. Diese verlaufen "prospektiv und leistungsorientiert über Art und Anzahl der zu erbringenden Leistungen" (Busse, Riesberg 2005):

201). Mit anderen Worten: die Budgetverhandlungen laufen neuerdings über Fälle und nicht über Pflegetage. Die bedeutendste Erklärung ist aber die Ausweitung der stationären Versorgung jenseits der vollstationären Versorgung. Neben der vollstationären Versorgung haben sich seit 1996 in zunehmendem Maße auch teilstationäre Behandlungen und ambulante Operationen etabliert. Seit 1.1.2004 gilt ein Vertrag einige vollstationäre operative Behandlungen durch ambulante Operationen zu ersetzen. Dieser Vertrag ist geschlossen zwischen den Verbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Hierauf wird weiter unten noch genauer eingegangen.

Abbildung 2: Fallzahlen vollstationärer Aufenthalte in Akut-Krankenhäusern und Fälle in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 1990-2005



Quelle: Statistisches Bundesamt (2006a; b); GEK-Daten standardisiert auf jährliche Bevölkerung

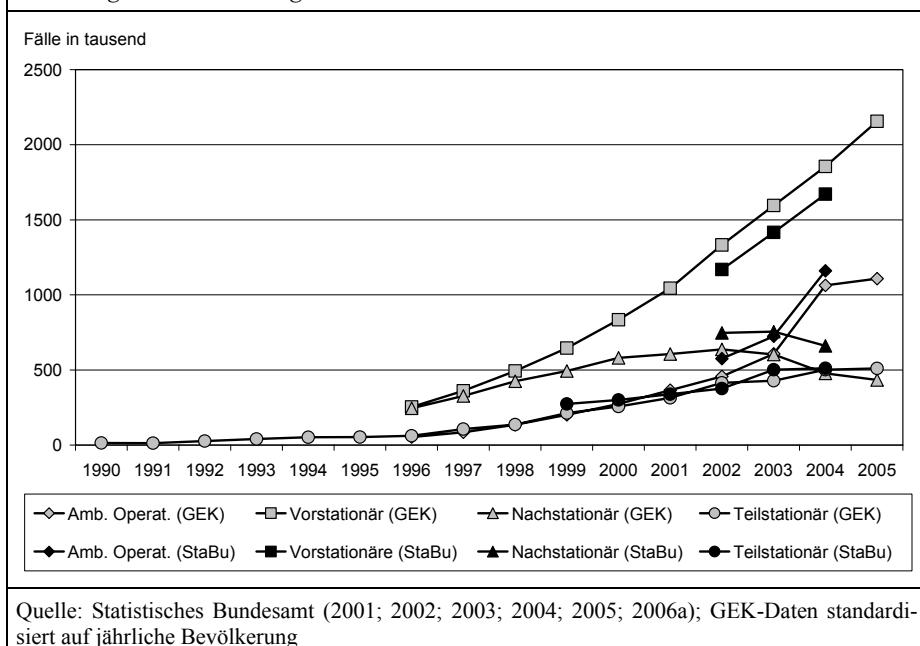
Anmerkung: KRH: vollstationär; Reha: Vorsorge- und Rehabilitation

Die Befürchtung, eine Verkürzung der Aufenthaltszeiten (s. u.) pro Fall führe zu einer vermehrten Verlagerung akutmedizinischer Behandlung in Rehabilitationsmaßnahmen, kann auf Grund dieses allgemeinen Überblicks nicht gestützt werden. Seit der Einführung der DRGs ist die Zahl der Fälle in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen konstant oder rückläufig.

Die Beurteilung, ob eine politische Maßnahme oder eine strukturelle Umgestaltung eine Auswirkung auf die Versorgung hat, ist nicht nur deshalb schwer zu beurteilen, weil die einzelnen Änderungen nicht tagessgenau wirken, sondern auch, weil es noch andere Entwicklungen gibt. So werden beispielsweise seit 1996, dem Jahr der ersten teilweisen Einführung der Fallpauschalen, vorstationäre und nachstationäre Behandlungen sowie

ambulante Operationen separat registriert. Vor- und nachstationäre Fälle sind dabei noch zugehörig zu einem vollstationären Fall. Zudem gibt es schon längere Zeit auch registrierte teilstationäre Behandlungen.

Abbildung 3: Anzahl sonstiger Fälle im Krankenhaus 1990-2005



Die Anzahl der in den Daten für die Gesundheitsberichterstattung registrierten nachstationären Fälle sinkt seit 2003 bedingt durch die Umstellung auf die DRGs (Abbildung 3). Dieser Rückgang erscheint gleichermaßen in den Daten der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes und in den GEK-Daten. Das bedeutet nicht, dass die nachstationären Behandlungen wegfallen. Sie erfolgen weiterhin. In vielen Fällen ist es aber so, dass die nachstationären Behandlungen in den Zeitraum bis zur oberen Grenzverweildauer der vollstationären Abrechnungsfälle fallen. Wenn dies der Fall ist, werden sie zusammen mit der vollstationären Behandlung registriert und tauchen daher nicht mehr offen in der Statistik für die Gesundheitsberichterstattung der GEK auf.² Bis zur Einführung der DRGs wurden die nachstationären Behandlungen separat abgerechnet. Insgesamt lässt sich seit 1996 für alle sonstigen Formen der akutstationären Krankenhausbehandlungen jenseits der vollstationären Behandlungen ein Anstieg der Fallzahlen feststellen. In besonderem Maße steigt die Zahl der vorstationären Aufenthalte.

² Die nachstationären Fälle sind dennoch auffindbar. In den so genannten 301er Daten sind sie in den Daten TKA02200 zu finden. In dem Schlüssel EKZ sind sie den ersten beiden Ziffern mit 42 kodiert. In den Daten TKA01900 sind sie im OPS-Schlüssel zu finden.

Diese sind als Vorbereitung für die vollstationären Behandlungen gedacht. Dies trägt mit zur Verringerung der vollstationären Aufenthaltsdauer seit 1996 bei. Die Zahl der ambulanten Operationen³ steigt seit 1996 ebenfalls deutlich an und trifft besonders für das Jahr 2004 zu.

Diese ehemals vollstationären Fälle haben eine sehr kurze Aufenthaltsdauer von in der Regel nur einem Tag. Dadurch, dass diese Fälle nicht mehr in der Gruppe der vollstationären Aufenthalten auftauchen, verlängert sich zunächst die durchschnittliche Länge der verbleibenden vollstationären Fälle. Die Entwicklungen der Fallzahlen der vorstationären Behandlungen und der ambulanten Operationen wirken also auf die Dauer der vollstationären Fälle genau entgegengesetzt.

Wie man schon an diesem Beispiel sehen kann, ist die Bewertung der Entwicklungen von Fallzahlen und Falldauern nicht einfach. Sehr viele Faktoren wirken gleichzeitig und müssen zusammen betrachtet werden.

2.3.3. Falldauern

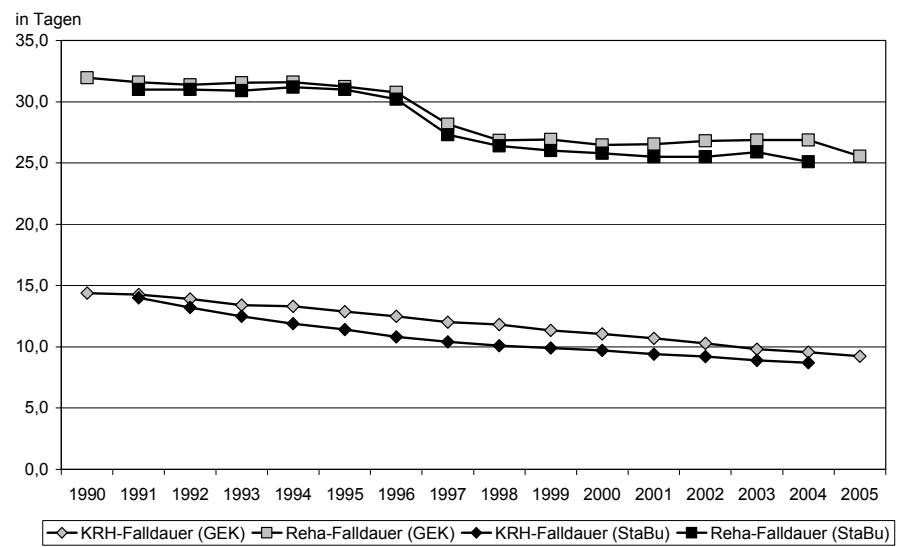
Ein wichtiges Ziel, das durch die Einführung der DRGs erreicht werden sollte, ist die Senkung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer im Krankenhaus. Da die Abrechnung nach DRGs vom Prinzip her pauschal erfolgt, erwartet man, dass die Patienten so schnell wie möglich entlassen werden.

Die durchschnittliche Falldauer vollstationärer Aufenthalte sinkt im gesamten beobachteten Zeitraum fast kontinuierlich in gleicher Geschwindigkeit (Abbildung 4). Im Jahr 1990 lag die durchschnittliche Falldauer vollstationärer Aufenthalte noch bei über 14 Tagen. Im Jahr 2005 sind es nur noch ca. 9 Tage. Eine speziell durch die Einführung der DRGs ausgelöste Verkürzung der Falldauern lässt sich auf den ersten Blick nicht feststellen. Hierzu ist eine detailliertere Betrachtung notwendig, die im Kapitel 4 erfolgt. Zu berücksichtigen ist dabei zum Beispiel, dass es einen Wandel im Erkrankungsspektrum gegeben hat.

Die Vermutung, dass durch eine steigende Anzahl zu früher Entlassungen im vollstationären Bereich der Pflege- und Behandlungsaufwand in einer anschließenden Rehabilitation steigt, kann nicht bestätigt werden. Von Eiff, Klemann und Middendorf (2005) stellen auch bei einer detaillierteren Betrachtung keine derartigen Auswirkungen fest. Entgegen der Vermutung zeigt sich eine konstante oder sogar rückläufige durchschnittliche Verweildauer bei den Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnamen.

³ Hier sind nur die ambulanten Operationen im Krankenhaus gezählt. Die Auslagerung bestimmter vor- und vollstationärer Versorgungen in die ambulante Operation betrifft auch die niedergelassenen Ärzte. Die Zahl der ambulanten Operationen ist insgesamt also noch deutlich höher. Genaue Zahlen für das Bundesgebiet stehen allerdings nicht zur Verfügung.

Abbildung 4: Durchschnittliche Falldauern vollstationärer Aufenthalte in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1990-2005



Quelle: Statistisches Bundesamt (2006a; b); GEK-Daten standardisiert auf jährliche Bevölkerung

Anmerkung: KRH: vollstationär; Reha: Vorsorge- und Rehabilitation

2.3.4. Gesamtzeiten stationärer Behandlung

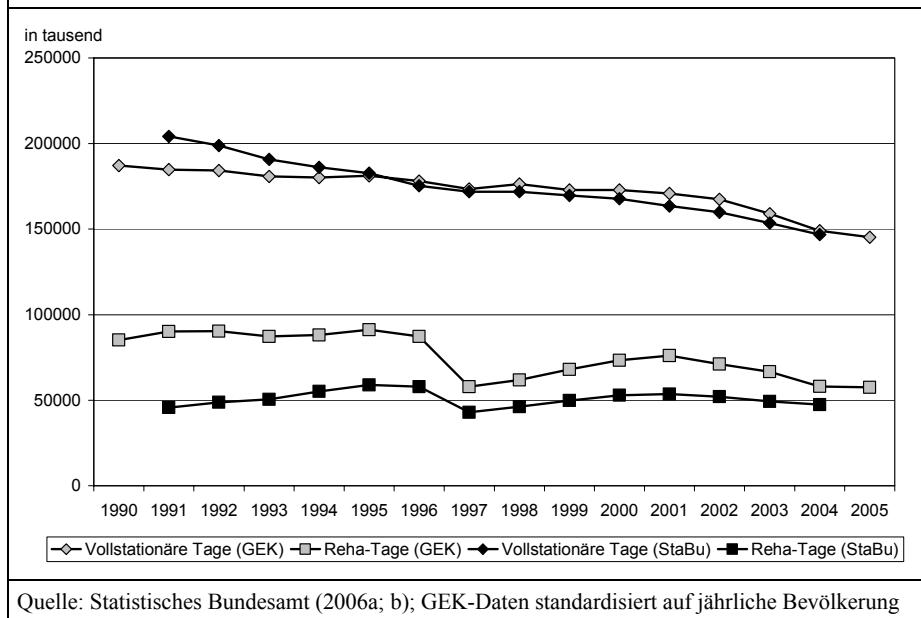
Die Multiplikation der durchschnittlichen Falldauer mit der Anzahl der Fälle ergibt die Anzahl der Aufenthaltstage (in der amtlichen Statistik spricht man hier auch von Be- rechnungs- und Belegungstagen bzw. Pflegetagen). Trotz steigender Fallzahlen bis in die 2000er Jahre gibt es einen Rückgang der Aufenthaltstage auf Grund des Rückgangs in der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer pro Fall (Abbildung 5). Ab 2003 sinkt dann die Gesamtzahl der Aufenthaltstage deutlicher, weil zur Verringerung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer pro Fall auch noch eine Verringerung der Fallzahl hinzukommt.

Man kann also den vorläufigen Schluss ziehen, dass die Fallzahl vollstationärer Aufenthalte und die Zahl der vollstationären Aufenthaltstage durch die DRG-Einführung nicht gestiegen sind. Im Gegenteil sind vollstationäre Fälle teilweise vermieden worden.

An dieser Stelle stellt sich dann die Frage, ob diese Vermeidung auch dadurch zustande kommt, dass Patienten vermehrt (begründet oder unbegründet) abgewiesen werden oder ob die Zahl vollstationärer Fälle nur durch beschleunigte Umstrukturierung der stationären Versorgung verringert wird. Inwieweit sich die Abweisungspraxis geändert hat, wird in Kapitel 3.3 dargestellt. Die vollstationären Aufenthalte werden aber in erster

Linie und in steigendem Maße seit 1996 durch andere Formen der stationären Versorgung ersetzt. Hier wären in erster Linie die teilstationäre Versorgung und die ambulanten Operationen zu nennen (nähere Betrachtung in Kapitel 4.2.4.).

Abbildung 5: Gesamtzahl der Aufenthaltstage durch vollstationäre Aufenthalte in Krankenhaus und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1990-2005

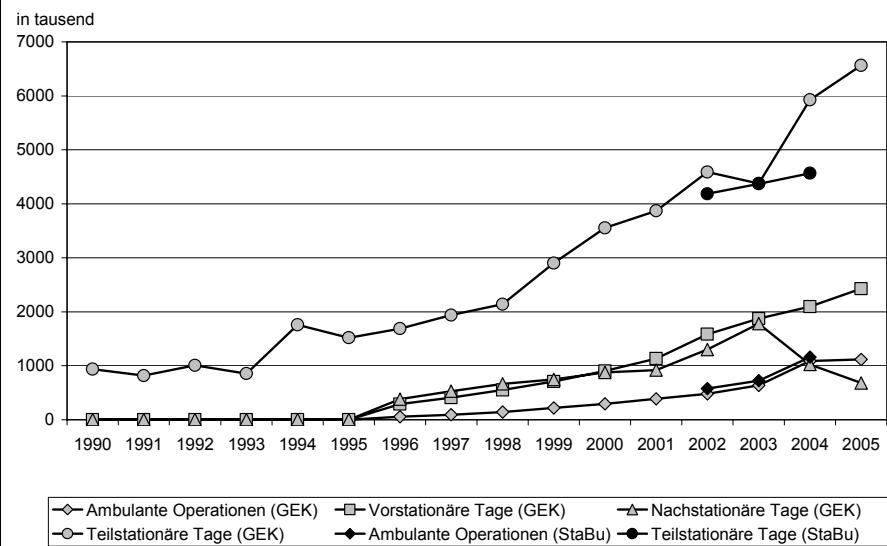


Quelle: Statistisches Bundesamt (2006a; b); GEK-Daten standardisiert auf jährliche Bevölkerung

Wie in Abbildung 3 schon gezeigt, steigt die Zahl der teilstationären Fälle und der ambulanten Operationen kontinuierlich an. Auch die resultierende Zahl der Aufenthaltstage aus dieser Art der Krankenhausversorgung nimmt kontinuierlich zu (Abbildung 6). Ein besonderer Anstieg der Leistungstage jenseits der vollstationären Versorgung zur Einführung der DRGs ist im Bereich der ambulanten Operationen zu beobachten. Insgesamt bleiben aber die Fallzahlen stationärer Behandlungen im Jahr 2004 hinter denen des Jahres 2003 zurück.

Das kann also nur bedeuten, dass vormals ins Krankenhaus aufgenommene Fälle nun nicht mehr im Krankenhaus aufgenommen werden. Denn man kann nicht davon ausgehen, dass die Bevölkerung durch die Einführung der DRGs plötzlich gesünder geworden ist. Ganz im Gegenteil ist bei einer ständig weiter alternden Bevölkerung mit einem höheren Erkrankungsgrad in der Bevölkerung zu rechnen. Ob und in welchem Maße Patienten, die in einem Krankenhaus behandelt wurden, in anderen Krankenhäusern abgewiesen worden sind, haben wir in unserer Befragung von Patienten im Jahre 2005 ergründet (siehe Kapitel 3.3).

Abbildung 6: Gesamtzahl der Aufenthaltstage durch sonstige Aufenthalte im Krankenhaus 1990-2005



Quelle: Statistisches Bundesamt (2004; 2005; 2006a; b); GEK-Daten standardisiert auf jährliche Bevölkerung

2.3.5. Personal im Krankenhaus

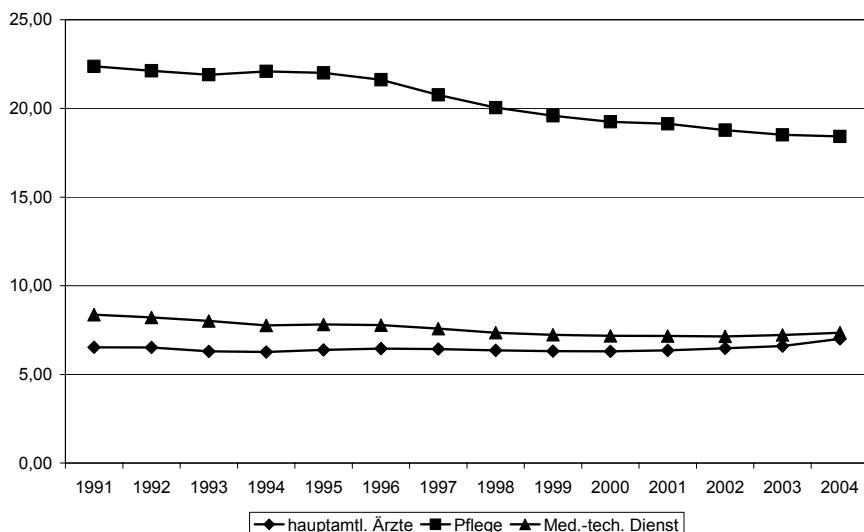
Zur optimalen Qualität der Versorgung gehört aber nicht nur, dass man bei Bedarf seine medizinische und pflegerische Versorgung im Krankenhaus erhält, sondern auch, dass ausreichend Personal da ist, um jederzeit eine bestmögliche Versorgung zu erhalten. Die amtliche Statistik weist eine von 1991 bis 1995 steigende Anzahl an Pflegekräften (umgerechnet in Vollzeitkräfte) aus (Statistisches Bundesamt 2006a). Anschließend sinkt die Zahl der Pflegekräfte im Krankenhaus kontinuierlich. Dabei wurde gerade zu den Zeiten der DRG-Einführung in 2003 und insbesondere in 2004 deutlich Personal abgebaut. Die Zahl der hauptamtlichen Ärzte ist hingegen kontinuierlich von 95.208 im Jahr 1991 auf 117.681 im Jahr 2004 gestiegen. Die Zahl der Beschäftigten im medizinisch-technischen Dienst stieg relativ gemächlich von 122.018 im Jahr 1991 auf 124.927 im Jahr 2003. Im Jahr 2004 wurde aber auch in diesem Segment gespart und die Zahl der Beschäftigten auf 123.465 gesenkt.

Es gibt also in absoluten Zahlen gesehen eine unterschiedliche Entwicklung in der Anzahl der Beschäftigten. Die Zahl der Ärzte steigt auch in Zeiten der DRG-Einführung, während in anderen Bereichen Personal eingespart wird.

So sehr diese Entwicklung vielleicht die Ärzte erleichtert, weil durch die höhere Anzahl der Ärzte der einzelne Arzt möglicherweise nicht mehr so lange arbeiten muss, und bei

den Pflegekräften durch die Einsparungsdiskussion Panik geschürt wird, interessiert es den Patienten wohl eher, dass für ihn ausreichend Personal da ist. Deshalb ist der Blick auf die absolute Zahl etwas irreführend. Aus der Sicht des Patienten ist entscheidender, wie viele Pflegekräfte je Fall oder je Aufenthaltstag präsent sind. Der Personalschlüssel x Ärzte bzw. Pflegekräfte je y Patienten ist dann der Maßstab.

Abbildung 7: Personal im Krankenhaus (umgerechnet in Vollzeitkräfte) je 1000 vollstationärer Fälle 1991-2004



Quelle: Eigene Berechnung auf Grundlage von Statistisches Bundesamt (2006a)

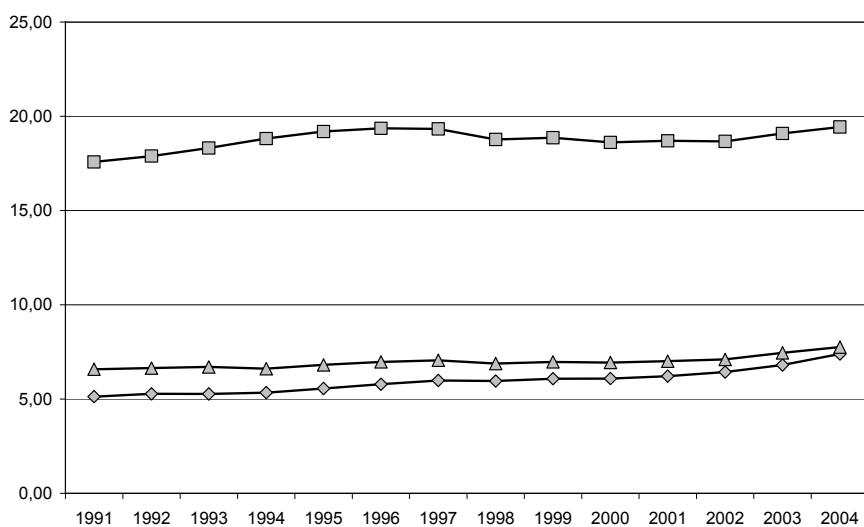
Wenn man diesen Maßstab anlegt, dann kommt man zu einem differenzierten Ergebnis. Bezogen auf die vollstationären Fälle je Jahr nimmt die Zahl der Pflegekräfte seit 1996 kontinuierlich ab (Abbildung 7). Während für 1000 vollstationäre Fälle im Jahr 1991 noch im Durchschnitt 22,37 Pflegekräfte zur Verfügung standen, reduzierte sich diese Quote bis 2004 auf 18,42. Während die Zahl der Pflegekräfte und die Zahl der Beschäftigten im medizinisch-technischen Dienst pro vollstationärem Fall rückläufig sind, steigt die Zahl der hauptamtlichen Ärzte je Fall leicht an. Ausgehend davon, dass der Pflegeaufwand pro Fall geringer wird und der ärztliche und medizinisch-technische Aufwand vergleichsweise konstant bleibt, könnte die Entwicklung ein Hinweis dafür sein, dass die Versorgung in ähnlichem Umfang und ähnlicher Qualität geleistet werden könnte wie vor der DRG-Einführung.

Rückt man ein wenig ab von dem üblichen Blick der amtlichen Statistik auf die vollstationären Fälle und integriert auch die akut-stationären Fälle, die nicht vollstationär sind, dann verschiebt sich das Bild etwas und die Arbeitsbelastung wird insgesamt deutlicher messbar. Insbesondere bezüglich des Pflegeaufwands ist es auch nicht an-

gemessen, nur auf die Fallzahl zu schauen, sondern die Zahl der Pflegetage hat ihre besondere Bedeutung. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass der Aufwand pro Pflegetag im Laufe der Zeit deutlich gestiegen ist.

Da es seit 1996 eine steigende Zahl akut-stationärer Aufenthaltstage neben den vollstationären Aufenthaltstagen gibt, sollten diese bei der Bewertung des Personalschlüssels auch berücksichtigt werden. Zu den akut-stationären Behandlungen zählen die teil-, voll-, vor- und nachstationären Behandlungen und die ambulanten Operationen im Krankenhaus. Die Berechnung des Personalschlüssels ist uns aber nicht auf der Grundlage der amtlichen Statistik möglich, da dort die Informationen aus den zurückliegenden Jahren nicht vorliegen. Für die Berechnung des Personalschlüssels unter Berücksichtigung aller akut-stationärer Aufenthalte verwenden wir die Zahlen über das Personal aus der amtlichen Statistik sowie die registrierten Aufenthaltstage aus den GEK-Routinedaten, die auf die jeweilige Bevölkerung nach Alter und Geschlecht standardisiert hochgerechnet wurden.

Abbildung 8: Personal im Krankenhaus (umgerechnet in Vollzeitkräfte) je 10.000 akut-stationärer Aufenthaltstage 1991-2004



Quelle: Eigene Berechnung. Datenbasis: Statistisches Bundesamt (2006a) und GEK-Routinedaten

Auf Grundlage dieser Berechnung ergibt sich ein über die Jahre relativ stabiler Personalschlüssel für Pflegekräfte, Ärzte und den medizinisch-technischen Dienst, der zur Zeit der Einführung der DRGs sogar steigt (Abbildung 8). Insgesamt ist also nicht nur bezogen auf den einzelnen vollstationären Patiententag, sondern auch bezogen auf alle akut-stationären Patiententage mehr Personal je Patient da. Für die Versorgungsqualität

bedeutete dies auf den ersten Blick eine leichte Verbesserung für die Patienten. Auf den zweiten Blick relativiert sich dies aber. Denn der Aufwand, den alle Beschäftigte bei einem größeren Durchlauf an Patienten leisten müssen, steigt. Die gesamten Liegezeiten der Patienten haben sich zwar reduziert, doch der Aufwand pro Pflegetag steigt durch häufigere Aufnahmen und Entlassungen und dadurch, dass die Patienten praktisch nur noch an den behandlungs- und pflegeintensiven Tagen im Krankenhaus liegen. Die meist weniger aufwändigen Pflegetage am Ende der Krankenhausaufenthalte fallen schließlich durch die Verkürzung der Liegezeiten immer mehr weg. Insgesamt verdichtet sich also die Arbeit pro Patiententag für das gesamte medizinische, medizinisch-technische und pflegerische Personal. Inwieweit die Patienten dies auch so spüren, wird auf der Basis einer Patientenbefragung in Kapitel 0 zu klären sein.

Befragungen unter hessischen Ärzten (Klinke, Kühn 2006 im Erscheinen) und unter Pflegekräften (Braun, Müller, Timm 2004) sowie Fallstudien in verschiedenen Krankenhäusern (Buhr, Klinke 2006 im Erscheinen) zeigen an, dass ein Wandel in der Tätigkeit stattgefunden hat und der Arbeitsaufwand gestiegen ist. Nur eine sehr schwierige Verknüpfung dieser qualitativen Informationen mit den Berechnungen der Personalschlüssel könnte einen Gesamteindruck vermitteln, inwieweit sich Versorgungsqualität entsprechend verändert hat.

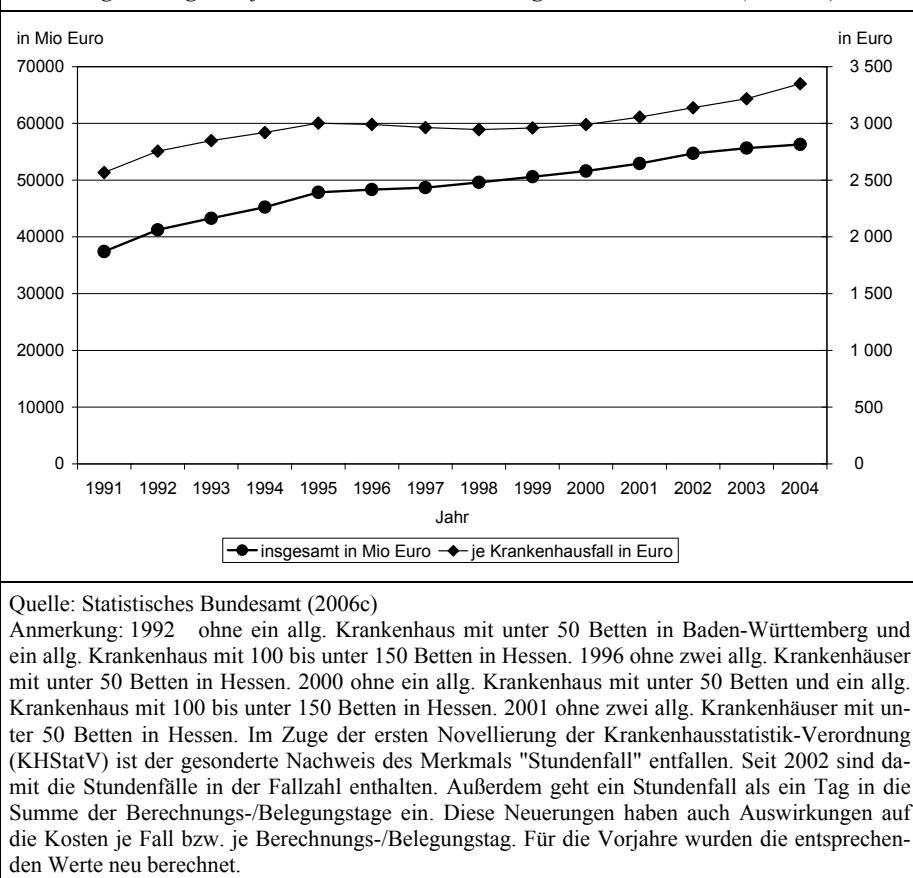
2.3.6. Ausgaben für den Krankenhaussektor

Das Hauptaugenmerk liegt in diesem Buch auf der Untersuchung der Versorgungsqualität im Krankenhaus. Dennoch darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die DRGs nicht nur wegen der Versorgungsqualität eingeführt wurden, sondern hauptsächlich um im Krankenhaussektor Kosten und damit Ausgaben zu senken. Überversorgung sollte abgebaut, zu lange Aufenthaltszeiten gekürzt und Behandlungsabläufe optimiert werden.

Abbildung 9 zeigt die Entwicklung der Ausgaben fürs Krankenhaus. Zum einen sind die Ausgaben insgesamt und zum anderen die Ausgaben pro vollstationärem Krankenhausfall ausgewiesen. In beiden Messweisen kommt es zu einem Trend zu höheren Ausgaben. Die insgesamt von 1995 bis 2000 relativ konstant gehaltenen Gesamtausgaben steigen im Vorfeld der DRG-Einführung und noch extremer seit der Einführung der DRGs an – und das, trotz zuletzt deutlich rückläufiger Fallzahlen. Damit ist ein wesentliches Ziel, das durch die DRG-Einführung erreicht werden sollte, verfehlt worden.

Die Ausgaben pro vollstationärem Krankenhausfall steigen kontinuierlich an. Dies liegt einerseits an der – wenn auch minimalen, aber dennoch vorhandenen – Inflation sowie an anderen Gründen, die hier nicht eindeutig identifizierbar sind. Zu diesen kann eine teurere Versorgung der Patienten ebenso gehören wie eine Erhöhung der Gewinne der Krankenhäuser. Dass die Ausgaben pro Fall seit 1999 zunächst nur merklich aber dann immer intensiver steigen, liegt aber wohl auch an dem Maßstab, den die amtliche Statistik zu Grunde legt. Die Ausgaben pro Fall beziehen nur die Ausgaben pro vollstationärem Fall ein. Die Ausgaben pro akut-stationärem Fall (inklusive ambulante Operationen und teilstationäre Aufenthalte) liefern ein Bild, das die Ausgaben je Fall in weit aus geringerem Maße ansteigen lässt.

Abbildung 9: Ausgaben für Krankenhausbehandlungen von 1991- 2004 (nominal)



Quelle: Statistisches Bundesamt (2006c)

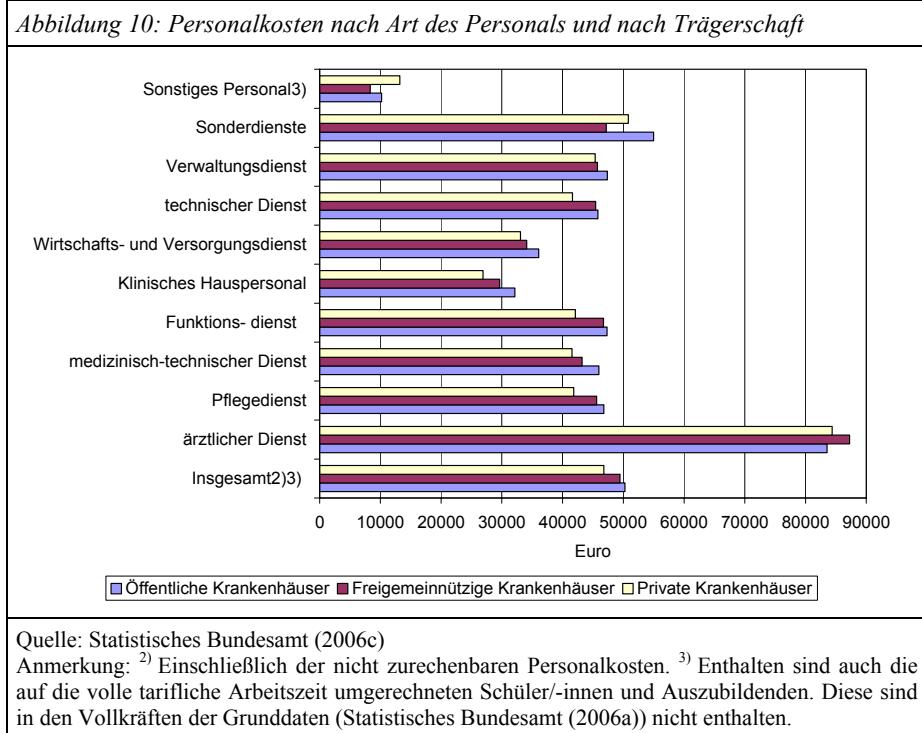
Anmerkung: 1992 ohne ein allg. Krankenhaus mit unter 50 Betten in Baden-Württemberg und ein allg. Krankenhaus mit 100 bis unter 150 Betten in Hessen. 1996 ohne zwei allg. Krankenhäuser mit unter 50 Betten in Hessen. 2000 ohne ein allg. Krankenhaus mit unter 50 Betten und ein allg. Krankenhaus mit 100 bis unter 150 Betten in Hessen. 2001 ohne zwei allg. Krankenhäuser mit unter 50 Betten in Hessen. Im Zuge der ersten Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) ist der gesonderte Nachweis des Merkmals "Stundenfall" entfallen. Seit 2002 sind damit die Stundenfälle in der Fallzahl enthalten. Außerdem geht ein Stundenfall als ein Tag in die Summe der Berechnungs-/Belegungstage ein. Diese Neuerungen haben auch Auswirkungen auf die Kosten je Fall bzw. je Berechnungs-/Belegungstag. Für die Vorjahre wurden die entsprechenden Werte neu berechnet.

Die Ausgaben unterscheiden sich hinsichtlich der Trägerschaft und der Krankenhausgröße (Statistisches Bundesamt 2006c). In großen Krankenhäusern mit 800 und mehr Betten entstanden im Jahr 2004 je Behandlungsfall bereinigte Kosten von durchschnittlich 4.187 Euro, in kleinen Krankenhäusern mit unter 50 Betten dagegen bereinigte Kosten in Höhe von 2.984 Euro. Größere Krankenhäuser haben im Durchschnitt die teureren Fälle. Dies ist auch nicht ganz verwunderlich, da in den größeren Krankenhäusern (z. B. Universitätskliniken) auch besonders viele schwere Fälle behandelt werden, die in kleineren Krankenhäusern nicht behandelt werden könnten. Öffentliche Einrichtungen hatten mit 3.569 Euro die höchsten, freigemeinnützige mit 3.031 Euro die niedrigsten bereinigten Kosten aufzuweisen. Private Kliniken wendeten durchschnittlich 3.306 Euro auf. Da die größten Kliniken in der Regel öffentliche Einrichtungen sind, erklären sich auch die höheren Kosten. Hinzu kommt aber auch noch, dass nicht nur die Behandlung als solche durch die Sachkosten insgesamt teurer sein kann,

sondern auch, dass das Personal unterschiedlich bezahlt wird. Das Personal in öffentlichen Einrichtungen erhält durch fast alle Bereiche ein höheres Gehalt als das Personal in privaten Kliniken (Abbildung 10). Nur die Ärzte erhalten in den öffentlichen Einrichtungen im Durchschnitt ein geringeres Gehalt als in nichtöffentlichen Krankenhäusern..

Die geringeren Kosten in privaten Krankenhäusern sind also nicht (nur) durch eine effizientere Versorgungsstruktur bedingt. Verantwortlich sind auch die geringeren Personalkosten und die geringere Anzahl schwerer und teurer Fälle. Ein Effizienzmaßstab ist mit den allgemeinen Kosten noch nicht gegeben. Wie sich allerdings die Beurteilung der Versorgungsqualität zwischen Patienten aus Krankenhäusern unterschiedlicher Trägerschaft darstellt, wird noch in den Analysen der Befragungsdaten ermittelt werden.

Abbildung 10: Personalkosten nach Art des Personals und nach Trägerschaft



Quelle: Statistisches Bundesamt (2006c)

Anmerkung: ²⁾ Einschließlich der nicht zurechenbaren Personalkosten. ³⁾ Enthalten sind auch die auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Schüler/-innen und Auszubildenden. Diese sind in den Vollkräften der Grunddaten (Statistisches Bundesamt (2006a)) nicht enthalten.

3. Veränderungen der Versorgungsqualität in Krankenhäusern aus Patientensicht 2002-2005

3.1. Betrachtungs- und Darstellungsweise

Die Absicht der ersten Patientenbefragung im Jahre 2002 war es, eine Art Status-quo ante-Analyse vor der verpflichtenden Einführung der DRGs durchzuführen. Dabei war klar, dass es in sozialen Systemen generell schwierig ist, einen Nullpunkt von materiellen Entwicklungen darzustellen. Meist gibt es wahrnehmbare und wirksame Vorläufer von Veränderungen, die nicht selten Ausgangspunkte für große systematische Strukturveränderungen sind. Hinzu kommen Ankündigungseffekte und Wirkungen, die ausschließlich auf der Antizipation möglicher künftiger Veränderungen beruhen. Beim Versuch der Bestimmung einer Art Nullpunkt vor Einführung von DRGs ist dies nicht anders. Auch hier gibt es mit den seit 1996 eingeführten und wirksamen Fallpauschalen, also einer DRG-ähnlichen Vergütungsform, einen Vorläufer und schon vor der DRG-Einführung reichlich Diskussionen um die Anpassungsstrategien und die Folgen. Da es zu keinem Zeitpunkt möglich ist, Situationsbeobachtungen um den Einfluss dieser und weiterer Determinanten zu bereinigen, nehmen wir die Erfahrungen der Patienten aus dem Jahr 2002 als Nullpunkt vor der 2003 zunächst optionalen und dann 2004 flächendeckenden und verpflichtenden DRG-Einführung. Die aktuelle Befragung von Krankenhauspatienten, die Mitte 2005 stationär behandelt wurden, erfasst die Erfahrungen und Wahrnehmungen nach rund zweieinhalb Jahren dieser DRG-Einführung.

Wie bereits erwähnt, stehen im Mittelpunkt der hier vorgestellten Analysen systematische Vergleiche der Antworten auf Fragen, die identisch in den Jahren 2002 und 2005 zu den Erfahrungen, Wahrnehmungen und Bewertungen von Patienten mit der stationären Versorgung gestellt wurden. Dabei interessiert uns vor allem, ob sich in den rund zweieinhalb Jahren Veränderungen vollzogen haben, die möglicherweise etwas mit der DRG-Einführung zu tun haben.

In unseren Analysen finden wir Merkmale und Bereiche der stationären Behandlung, die sich aus Sicht der Patienten

- nicht verändert haben, und angesichts von Befürchtungen über unerwünschte Reformfolgen positiv zu bewerten sind,
- nicht verändert haben, angesichts anderer materieller Wirkungen der DRG-Einführung problematisch für die Versorgungsqualität sind und negativ bewertet werden müssen sowie solche, die sich
- spürbar verändert haben und spezifisch bewertet werden müssen.

Für alle Ergebnisse gilt der Vorbehalt, dass es sich mit Sicherheit noch nicht um abschließende Erkenntnisse über die Wirkungen der DRG-Einführung handelt, sondern lediglich um erkennbare Tendenzen. Diese müssen und sollen im Rahmen dieses Pro-

jetes in weiteren Befragungen bestätigt, erhärtet oder verworfen werden. Dem politisch gewollten Prinzip eines „lernenden Systems“ der DRG-Einführung entspricht es durchaus, jede beobachtbare Tendenz darauf zu überprüfen, ob sie einen Bedarf an Gegensteuerung oder Aktivitäten auslöst und begründet oder nicht.

Dieses Verständnis der gewonnenen Erkenntnisse hat auch methodische Konsequenzen. Wir verzichten nämlich bewusst auf die bei abschließend wertenden Analysen üblichen Angaben zur statistischen Signifikanz von Ergebnissen. Dabei sind allerdings die wichtigsten Ergebnisse über Veränderungen zwischen den beiden ersten Messpunkten in jedem Fall statistisch signifikant.

Die Darstellung der Vergleichsergebnisse folgt im Großen und Ganzen den unterscheidbaren Phasen eines stationären Aufenthalts von der Aufnahme über die Entlassung bis zur nachstationären Situation und den dazu jeweils erfragten wahrnehmbaren oder erfahrbaren Faktoren oder Bedingungen.

3.2. Soziale Merkmale der befragten Patienten, der gesundheitlichen Anlässe des Krankenhausaufenthalts und ihrer Versorgungsstrukturen 2002-2005

Für die zweite Welle der Befragung von Personen, die etwa drei Monate vor dem Befragungszeitraum nach den Routinedaten der GEK in stationärer Behandlung waren, zogen wir im August 2005 eine Zufallsstichprobe von 4.000 Personen. Nach weiteren Prüfläufen befragten wir schließlich im November 2005 3.851 Personen mit einem schriftlichen Fragebogen, der inhaltlich und im Aufbau nahezu identisch mit dem Anfang 2003 an eine Stichprobe von Krankenhaus-Patienten der GEK verschickten Fragebogen war. Nach einem Erinnerungsschreiben im Dezember 2005 erhielten wir bis zum Februar 2006 2.242 auswertbare Fragebögen. Dies entspricht einem Nettorücklauf von 58,2 %. Die Daten sind in einer Datenbank erfasst worden und werden mit dem Statistikprogramm SPSS ausgewertet.

Zwischen den beiden Patientengruppen gibt es bei den soziodemografischen wie auch einigen anderen Merkmalen mehrfach Unterschiede. 2005 beteiligen sich außerdem mehr Personen, die noch erwerbstätig waren, an der Befragung. Dem Rückgang der Hauptschulabsolventen um rund 7 Prozentpunkte steht ein höheres Gewicht der Real- schulabsolventen und Abiturienten gegenüber.

Angesichts der deutlichen Unterschiede der Altersgruppenzusammensetzung und den ebenfalls vorhandenen Differenzen der Geschlechterzusammensetzung beider Befragtengruppen, wurde bei allen Vergleichen zwischen 2002 und 2005, die sämtliche Befragten einschließen, eine Alters- und Geschlechtsstandardisierung durchgeführt. Dabei wird die Alters- und Geschlechtsstruktur der 2005 Befragten rechnerisch an die entsprechende Struktur der 2002 Befragten angeglichen und damit der vorhandene Einfluss der unterschiedlichen soziodemografischen Merkmale ausgeschlossen.

Zu den anderen Merkmalen gehört z. B. ob der Befragte im Gesundheitswesen tätig ist oder eine Zusatzversicherung für die Krankenhausbehandlung abgeschlossen hat. Während 2002 4% der Befragten im Gesundheitswesen tätig waren, waren es 2005 4,6%. Die Gruppe mit einer privaten Zusatzversicherung wuchs von 8,4% auf 10,2%.

Tabelle 1: Alters-, Geschlechts- und Tätigkeitsstruktur der befragten Krankenhaus-Patienten 2002 und 2005

Merkmale	Antwortenden-Gruppe 2002 (in %)	Antwortenden-Gruppe 2005 (in %)
30-39 Jahre	13,7	13,6
40-49 Jahre	14,9	21,4
50-59 Jahre	14,6	22,2
60-69 Jahre	35,9	26,2
70-80 Jahre	20,9	16,6
Männer	59,6	56,9
Frauen	40,4	43,1
Vollzeit erwerbstätig	23,4	28,5
Teilzeit erwerbstätig	7,3	8,7
derzeit arbeitslos	5,5	6,9
derzeit in Ausbildung	0,3	0,5
nicht mehr erwerbstätig	52,6	44,4
Hausfrau/-mann	10,9	11,0
Hauptschulabschluss	62,2	55,8
Realschulabschluss	23,0	27,6
Abitur	3,8	4,8
Fachhochschulabschluss	8,6	8,5
Universitätsabschluss	2,3	3,3
Total	4.007	2.242

Sehr deutlich haben sich in den 2 1/2 Jahren Befragungszeitraum einige Merkmale der Versorgungsstrukturen der Befragten verändert. Wie die Abbildung 11 zeigt, nahm der Anteil der Befragten, der in privaten und freigemeinnützigen Krankenhäusern sowie Universitätskliniken behandelt wurde, mehr oder weniger kräftig zu. Abgenommen hat der Anteil der Patienten in öffentlichen Krankenhäusern. Differenziert man 2005 die öffentlich getragenen Krankenhäuser danach, ob sie noch uneingeschränkt dem öffentlichen Bereich angehören oder ihn als gGmbH bereits teilweise hinter sich gelassen haben, waren nur noch 21,4% der Befragten in Kliniken mit öffentlichem Eigentümer.

Fast 20% der Befragten waren 2005 in einem Krankenhaus in Behandlung, das weniger als 200 Betten hatte, und damit zu der nach Prognosen mehrerer Experten (Arthur Andersen 2000 und Lauterbach, Lüngen 2003) in Zukunft existenzgefährdeten Gruppe der Kleinkrankenhäusern (vgl. zur Klassifikation Eichhorn 1975) gehört. Wie die Abbildung 12 zeigt, steigt aber die Anzahl der Befragten, die in einem Kleinkrankenhaus stationär versorgt wurde in unserer Studie noch an. Am deutlichsten zugenommen hat aber in unserem Beobachtungszeitraum der Anteil der Patienten, die in einem mittelgroßen Krankenhaus von 200 bis 499 Betten behandelt wurden.

Abbildung 11: Trägerschaft der Krankenhäuser der Befragten 2002 und 2005

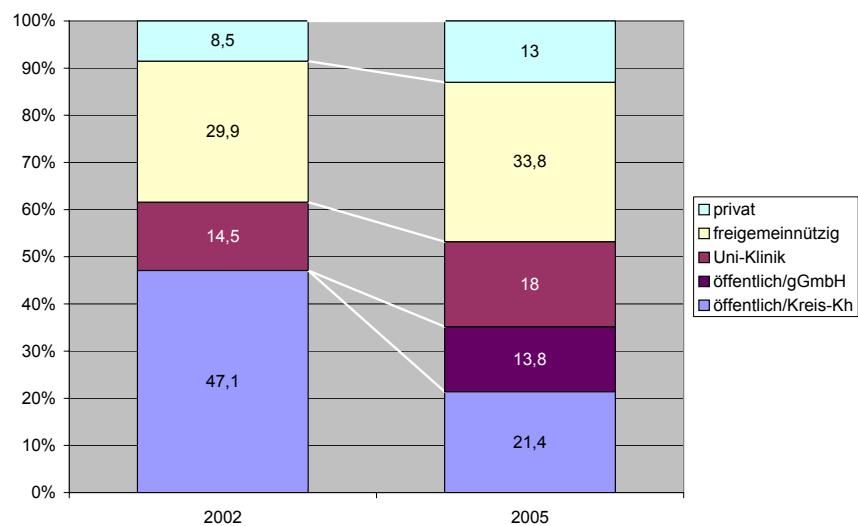
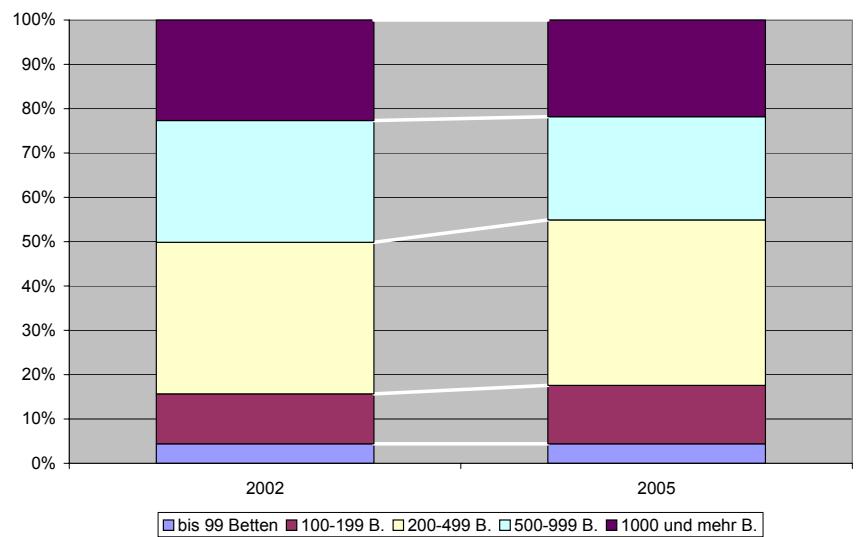


Abbildung 12: Bettenanzahl der Krankenhäuser der Befragten 2002 und 2005



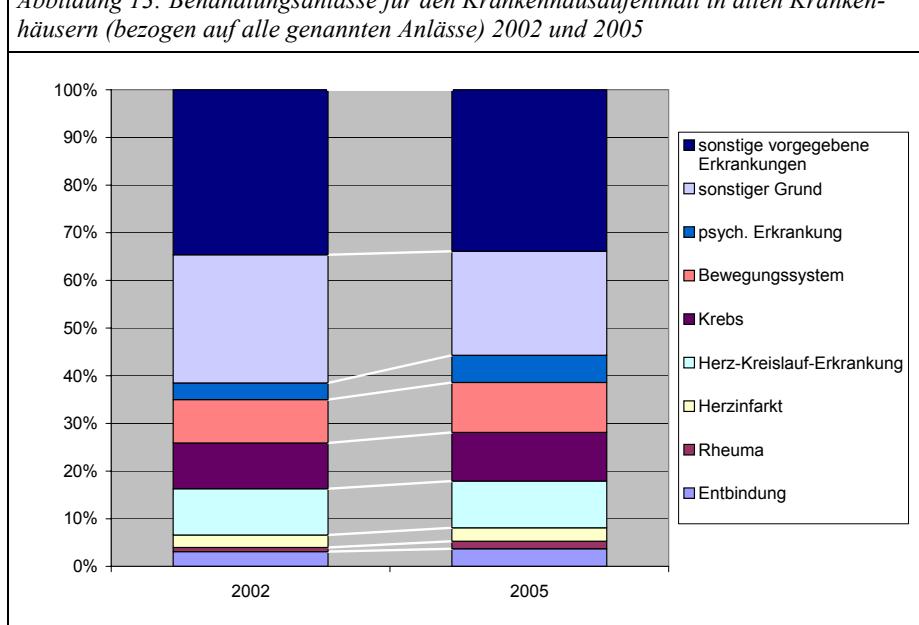
In beiden Befragungsjahren konnten die Befragten den gesundheitlichen Anlass für ihren letzten Krankenhausaufenthalt aus einer Liste von 19 Anlässen (siehe Anhang)

auswählen. Die Auswahlliste ist an vergleichbare und erprobte Abfragen z. B. des Bundesgesundheitssurveys angelehnt. Außerdem bestand die Möglichkeit einen "sonstigen Grund" anzukreuzen. Mehrfachnennungen waren möglich.

Die Behandlungsanlässe wurden in beiden Jahren in erheblichem Umfang durch Mehrfach-Morbidität bestimmt. 2002 nannten 25,2% aller Befragten einen Zweit- oder Drittgrund ihres Krankenhausaufenthaltes, ein Anteil, der 2005 mit 22,1% leicht unterschritten wurde (vgl. hierzu auch das Kapitel 0).

Die Abbildung 13 zeigt die qualitative Struktur der in beiden Jahren genannten Behandlungsanlässe. Angesichts der ansonsten nicht erheblichen Veränderungen der Häufigkeiten gewinnt die mehrere Prozentpunkte umfassende Zunahme des Gewichts der psychischen und der Erkrankungen des Bewegungssystems besondere Bedeutung: Der Anteil aller psychischen Erkrankungen wächst von 3,5 auf 5,7% und der der Erkrankungen des Bewegungssystems von 9,1 auf 10,5%. Der Anteil der restlichen im Fragebogen ausdrücklich erfragten Erkrankungarten und der mit der Antwortmöglichkeit „sonstiger Grund“ erfragten weiteren Erkrankungen, nahmen von 2002 auf 2005 um einige Prozentpunkte ab.

Abbildung 13: Behandlungsanlässe für den Krankenhausaufenthalt in allen Krankenhäusern (bezogen auf alle genannten Anlässe) 2002 und 2005



Diese Veränderungsprozesse der qualitativen Zusammensetzung des stationären Krankheitsspektrums könnten u. a. die Folge der Auslagerung einer Vielzahl von Behandlungen, darunter vor allem chirurgische Prozeduren in den Bereich des ambulanten Operierens sein.

Interessant ist, dass diese Veränderungsprozesse nicht einheitlich in allen Krankenhäusern verlaufen, sondern je nach Trägerschaft⁴ auf deutlich unterschiedlichen Niveaus. Wie Abbildung 14, Abbildung 15 und Abbildung 16 zeigen, scheinen⁵ sich vor allem die privaten Krankenhäusern mit Erfolg auf die Behandlung von möglichst wenigen Erkrankungsarten zu konzentrieren. Bei ihnen haben die sechs Behandlungsanlässe Entbindung, Herzinfarkt, Herz-/Kreislauferkrankungen, Krebs, Rheuma, Erkrankungen des Bewegungssystems und psychische Erkrankungen im Jahr 2005 einen Anteil von 50% am gesamten Behandlungsgeschehen. Die zahlreichen anderen Erkrankungen prägen dann die andere Hälfte des gesamten Geschehens. Im Vergleich zum Jahr 2002 stiegen im Jahr 2005 in privaten Krankenhäusern in drei der genannten Haupterkrankungen die Anteile an allen Behandlungen: Rheuma, Erkrankungen des Bewegungssystems und psychische Erkrankungen. Derartige Spezialisierungsbemühungen oder -erfolge lassen sich bei den öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern in unserem Befragungszeitraum nicht oder lediglich in geringerem Umfang nachweisen.

Der im Jahr 2005 erreichte Zwischenstand dieser Entwicklungen und die damit verbundenen unterschiedlichen Handlungsmöglichkeiten werden in der Abbildung 17 quantifiziert und für alle Trägertypen vergleichbar.

Die Unterschiede beim Muster der Behandlungsanlässe sind aber nicht der einzige gravierende strukturelle Unterschied zwischen den Krankenhäusern. So bestehen auch klare Unterschiede bei der mit der Bettenanzahl gemessenen Größe. Während die Abbildung 12 einen durchschnittlichen Anteil von knapp 20% aller Befragten gezeigt hat, der in Krankenhäusern mit weniger als 200 Betten gelegen hat, waren nach der Abbildung 18 fast 50% der im Jahr 2005 befragten Nutzer privater Krankenhäuser in Häusern dieser Größenklasse zur Behandlung. Bei den Nutzern freigemeinnütziger Kliniken lag dieser Anteil etwas über der 20-Prozentmarke und bei den befragten Patienten öffentlicher Krankenhäuser bei knapp 10%. Erwartungsgemäß gibt es nur sehr wenige Patienten aus Uni-Kliniken, deren Haus in diesem Größenbereich lag. Hieraus wird noch mal deutlich, dass es einen grundlegenden Unterschied zwischen den einzelnen Trägern bezüglich des Versorgungsauftrags gibt. Die großen Krankenhäuser mit Maximalversorgung sind noch immer überwiegend in öffentlicher Hand, während die in freigemeinnütziger und privater Hand befindlichen Krankenhäusern eher kleinere Spezialkliniken sind.

⁴ Die Informationen über die Trägerschaft und die Bettenanzahl der Krankenhäuser, in denen die befragten Personen behandelt wurden, wurden durch eine zusätzliche Recherche im Verzeichnis der statio-nären Einrichtungen des Statistischen Bundesamtes und im Internet zusammengetragen. Diese Recherche stützte sich auf die offenen Angaben der Patienten zum Namen und Ort des von ihnen genutzten Krankenhauses.

⁵ Diese muss deshalb so zurückhaltend formuliert werden, weil unsere Erkenntnisse natürlich nur auf den Antworten von antwortbereiten Patienten beruhen, die in einem privaten oder anders getragenen Krankenhaus in Behandlung waren. Dies gilt auch dann, wenn es unwahrscheinlich ist, dass Patienten aus unterschiedlichen Krankenhaus-Typen systematisch voneinander abweichend oder verzerrt antwor-ten.

Abbildung 14: Behandlungsanlässe in privaten Krankenhäusern (bezogen auf alle genannten Anlässe) 2002 und 2005

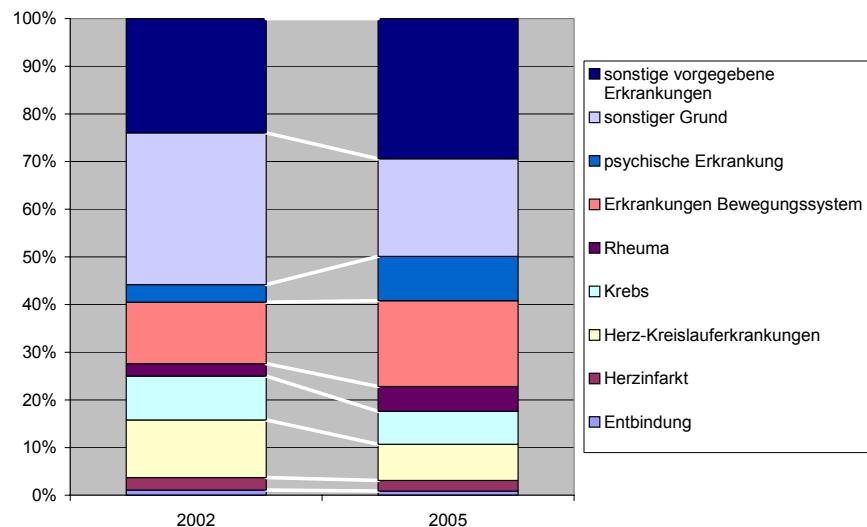


Abbildung 15: Behandlungsanlässe in öffentlichen Krankenhäusern (bezogen auf alle genannten Anlässe) 2002 und 2005

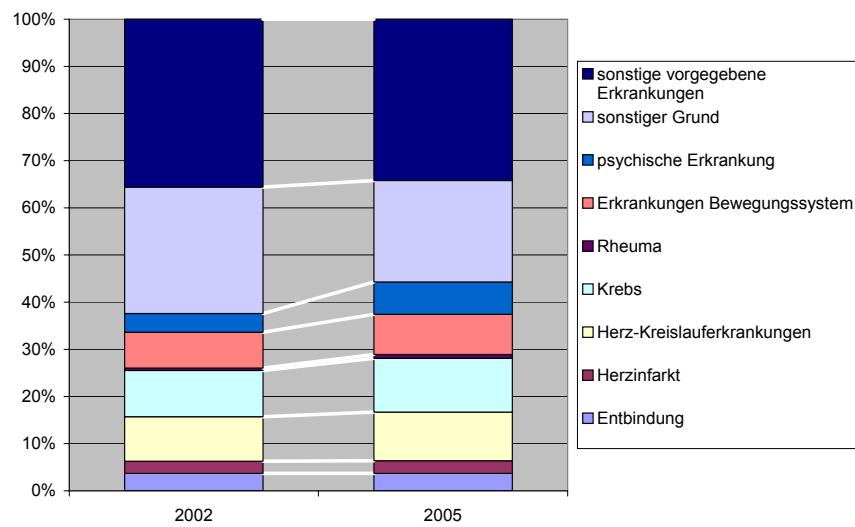


Abbildung 16: Behandlungsanlässe in freigemeinnützigen Krankenhäusern (bezogen auf alle genannten Anlässe) 2002 und 2005

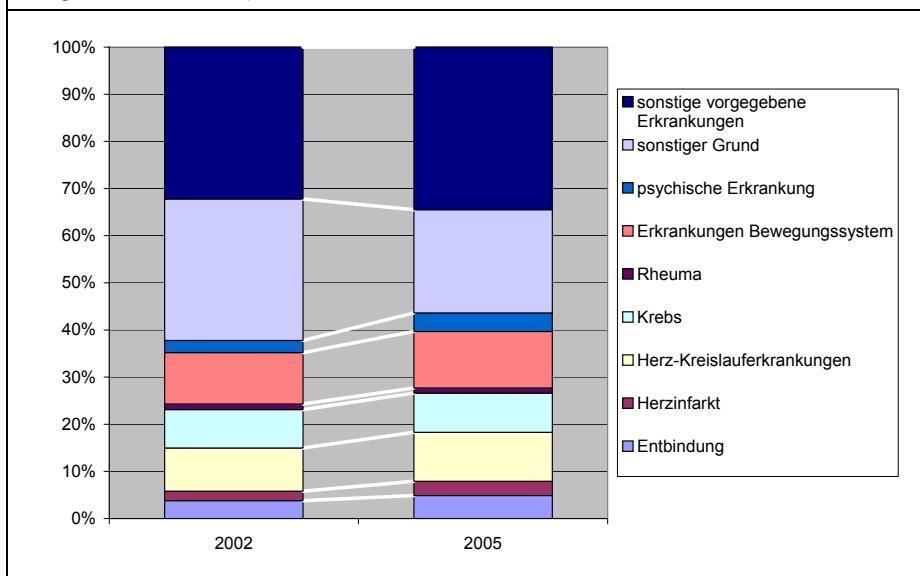


Abbildung 17: Behandlungsanlässe in öffentlichen, privaten, freigemeinnützigen und Uni-Kliniken (UK) (bezogen auf alle genannten Anlässe) 2005

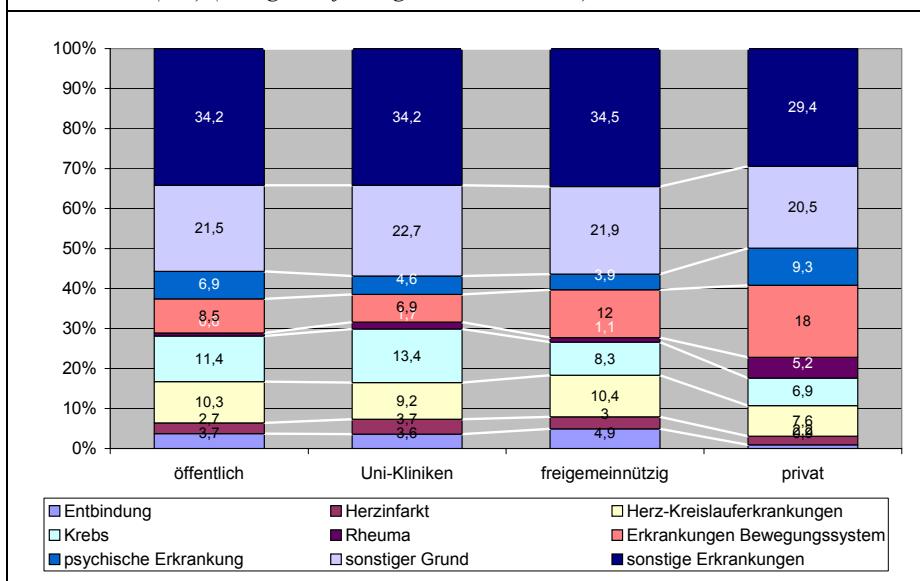
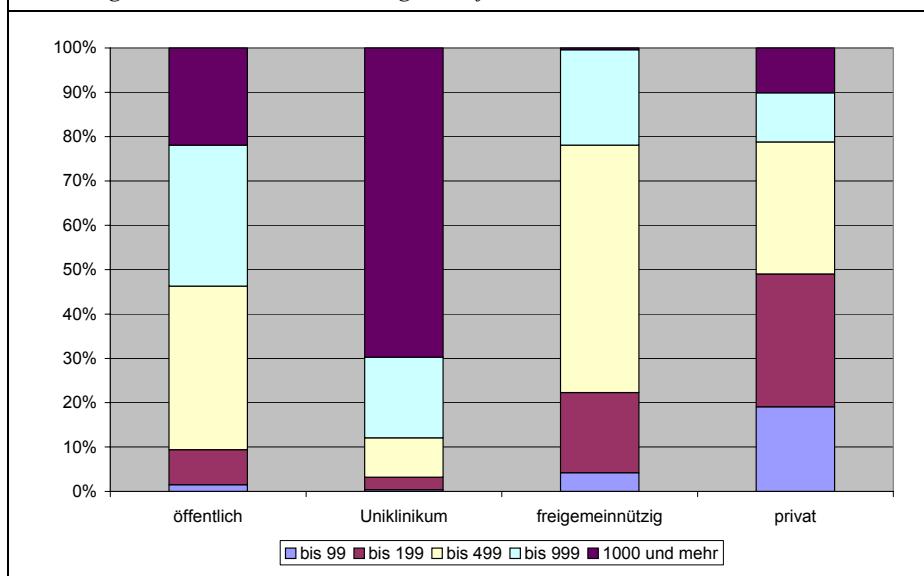


Abbildung 18: Bettenanzahl nach Trägerschaft des Krankenhauses 2005



3.3. Veranlassung des Krankenhausaufenthalts und Umstände der Aufnahme

Der Anteil der Befragten, der die Erfahrung gemacht hat, von einem **Krankenhaus abgewiesen** zu werden, sank von einem bereits sehr niedrigen Niveau noch um ein paar Zehntel Prozentpunkte von 3,1% auf 2,7%. Ohne das positive Niveau und die positive Entwicklung klein reden zu wollen, erfolgt die Messung möglicher Selektionsprozesse über die Abfrage beim Patienten am Rande seiner Wahrnehmungsfähigkeit. Wenn es aber so ist, dass die Patientenselektion eher vor ihnen verborgen wird und auch verborgen werden kann, sind rund 3% Patienten, die dies dennoch erfahren haben weder wenig noch eine positiv geringe Größe. Hinzu kommt, dass Patienten, die dauerhaft "erfolgreich" abgewiesen werden, überhaupt nicht mehr in einem Befragungssample von Krankenhaus-Patienten auftauchen und von derartigen Erfahrungen berichten können.

Leichte Veränderungen gibt es zwischen 2002 und 2005 wenn es darum geht **wer oder was einen Krankenausaufenthalt veranlasste**. Die Beteiligung von Fachärzten sank von 48,3% auf 43,2%. Dafür stieg vor allem der Anteil der Selbsteinweisungen um fast 2 Prozentpunkte auf 9,9%. Um einen ähnlichen Anteil wuchs der Anteil der Haus- und Allgemeinärzte an Einweisungen auf 34,5%. Außerdem nahm die von Notärzten veranlasste Krankenhausbehandlung leicht zu.

Deutlich verbessert hat sich seit 2002 die **Wartezeit** der Patienten mit einer Einweisung bis zu ihrer Aufnahme.: Keinen einzigen Tag warteten 2002 58% der eingewiesenen

Patienten. Ihr Anteil stieg 2005 auf 64,4%. Der Anteil der Patienten, der bis zu einer Woche wartete, stieg geringfügig auf 17,5%. Die Patientengruppe, die 2-4 Wochen oder über 4 Wochen wartete, nahm dagegen deutlich ab.

Auch für die Patienten, die durch einen Notarzt oder sich selbst in ein Krankenhaus eingewiesen wurden, verbesserte sich die immerhin noch vorhandene Wartezeit innerhalb des Untersuchungszeitraums noch ein wenig. Waren es 2002 94,3% dieser Gruppe, die keinen einzigen Tag warten mussten, waren es 2005 95,7%.

Die Aufnahme in ein Krankenhaus ist aus Patientensicht eine in hohem Maße verunsichernde Situation. Der Zustand der Verunsicherung und die Ängste stellen in vielen Fällen einen gesundheits- und gesundungsbelastenden Faktor dar. Ein wesentliches Ziel der Aufnahme muss es daher sein, so schnell und so viel wie möglich Klarheit über den gesundheitlichen Anlass und den weiteren therapeutischen wie organisatorischen Ablauf des Krankenhausaufenthaltes herzustellen.

Aber auch das Krankenhaus hat, und dies verstärkt unter DRG-Bedingungen, ein Interesse an einer schnellen und sachgerechten Organisation der Aufnahme. Das DRG-System begünstigt nämlich im Prinzip diejenige Einrichtung, die von der Aufnahme bis zur Entlassung den geradlinigsten und vor allem am wenigsten zeitaufwändigen Weg beschreitet. Idealtypisch ist es unter DRG-Bedingungen notwendig, den Patienten schon bei der Aufnahme diagnostisch und therapeutisch auf das richtige Gleis zu stellen. Für die reguläre Aufnahme von Patienten setzt das DRG-System außerdem bestimmte Anreize, eingewiesene Patienten sofort zu überprüfen, da jetzt viel eindeutiger geregelt ist, welche Patienten und Erkrankungen stationär behandelt werden dürfen bzw. abrechnungsfähig sind und welche nicht. Durch Patienten, die aus Sicht der Krankenkassen fälschlich stationär behandelt wurden, droht dem jeweiligen Krankenhaus derzeit häufig im Nachhinein der Totalverlust seiner bereits verausgabten Mittel. Eine irrtümliche Festlegung auf eine DRG und damit eine Behandlungsstrategie kann erhebliche materielle Folgen für das Krankenhaus aber auch für den Patienten haben, der u. U. länger im Krankenhaus bleiben muss als erwartet.

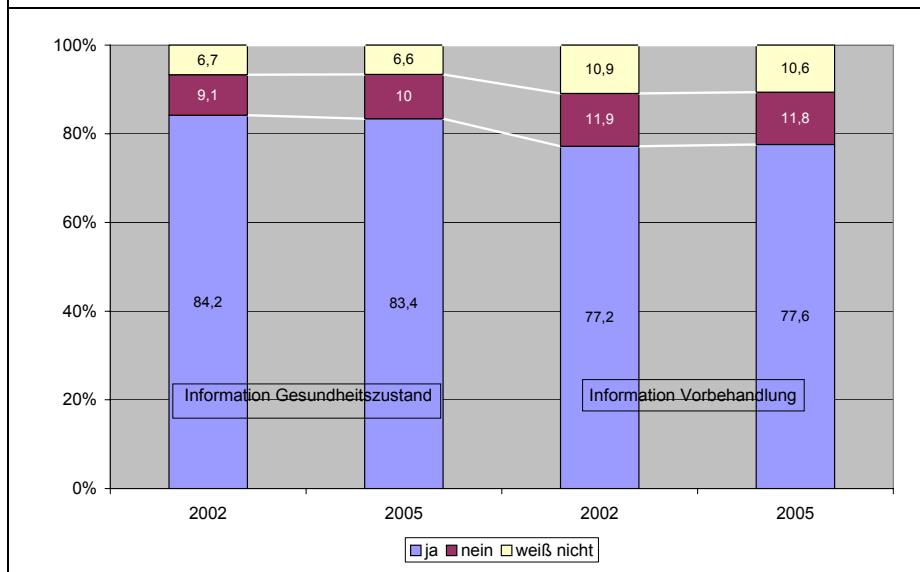
Eine Reihe von organisatorischen Vorkehrungen wie beispielsweise die Konzentration von erfahrenen und hoch qualifizierten Ärzten in einer im Status aufgewerteten Aufnahmestation, soll die genannten Probleme verhindern.⁶

Eine wichtige Bedingung, zu der auch Patienten Erfahrungen sammeln und weitergeben können, ist der **Informationsstand der Ärzte in der Aufnahmesituation**. Daher fragten wir die Patienten, ob den Ärzten nach ihrer Wahrnehmung beim "ersten Kontakt...alle notwendigen Informationen...über ihren Gesundheitszustand und über die vorangegangene Behandlung" vorgelegen haben. Wir werteten dazu nur die Antworten der Patienten aus, die von einem Haus- oder Facharzt eingewiesen wurden und bei denen damit überhaupt die Möglichkeit einer vorgängigen Informationsbeschaffung bestand.

⁶ vgl. dazu ausführlicher Klinke/Kühn 2006.

Bei etwa 10% dieser Patienten hatten die Ärzte die notwendigen Informationen nicht. Nimmt man die Patienten hinzu, die nicht wussten, wie der Informationsstand ihrer Ärzte aussah, war die Aufnahmesituation für 15 bis 20% aller eingewiesenen Patienten durch Informationsmängel ihrer Ärzte getrübt. Die für uns schwerwiegendere und unerwartete Beobachtung ist aber die zwischen 2002 und 2005 nahezu unveränderte Situation. Die gerade angesprochenen Absichten und Bemühungen, die Aufnahmesituation organisatorisch zu optimieren, scheinen zumindest bei den Patienten und damit einem Nutznießer noch nicht angekommen zu sein.

Abbildung 19: Informationsstand der Ärzte über den Gesundheitszustand und die Vorbehandlung 2002 und 2005



Die Wahrnehmung der Patienten wird im Übrigen durch die Erfahrungen der von uns 2004 befragten Krankenhaus-Ärzte bestätigt oder sogar noch etwas kritischer gesehen. Auf die Frage, ob ihnen bei der Aufnahme eine "vollständige Patientenakte" vorlage, sagten 44% von ihnen, dies wäre häufig oder sogar meistens der Fall, während 56% der Ärzte angaben, ihnen läge beim Erstkontakt nur selten bis nie eine vollständige Akte vor.⁷ Auch aus Sicht der Ärzte hat sich nach 1 1/2 Jahren DRG-Einführung nicht viel verändert: Bei der zweiten Ärztebefragung lag sogar etwas mehr, nämlich 57,1% aller Ärzte nur selten oder nie eine vollständige Patientenakte vor.

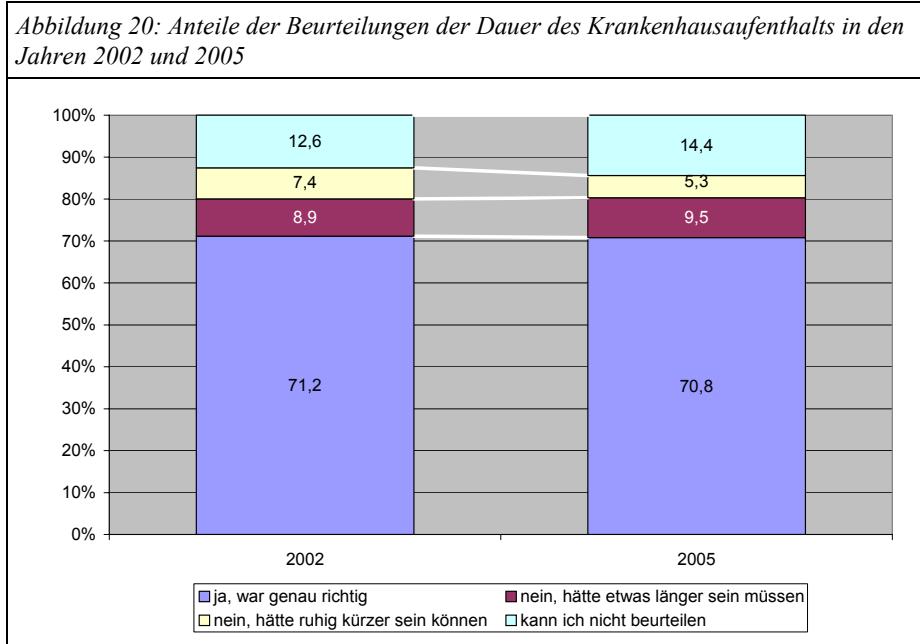
⁷ Die Angaben beziehen sich allerdings auf alle aufgenommenen Patienten, also auch Selbsteinweiser und Notfallpatienten so dass ein Teil der Differenz zu den Patientenbeobachtungen hierauf zurückzuführen ist.

Zwischen einzelnen Subgruppen von Patienten gibt es nur geringe Unterschiede, so dass wir auf eine Darstellung verzichten.

3.4. Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

Die größten Hoffnungen aber auch die schlimmsten Befürchtungen bei der Einführung von DRGs sind mit der Länge des Krankenhaus-Aufenthalts verknüpft. Dabei verkompliziert sich die Debatte dadurch, dass im "Hoffnungs-" wie im "Befürchtungs-Lager" ökonomische und gesundheitliche Effekte von Bedeutung sind. Während die einen u. a. auf das bei längeren Aufenthalten wachsende Risiko von unerwünschten Krankenhausinfektionen hinweisen, unterstreichen andere das gesundheitliche Risiko von Patienten, die beispielsweise noch mit akutmedizinischem Behandlungsbedarf in Rehabilitationseinrichtungen auftauchen.

Abbildung 20: Anteile der Beurteilungen der Dauer des Krankenhausaufenthalts in den Jahren 2002 und 2005



Insgesamt zeigt die Abbildung 20 für beide Befragungsjahre einen fast identischen Anteil von rund 70 % der Patienten, die die Dauer des Aufenthaltes "genau richtig" fanden. Ein 2005 leicht größerer Anteil der Patienten als 2002 findet den Krankenhausaufenthalt etwas zu kurz, was als Warnhinweis gewertet werden kann, die Liegezeiten weiter zu verkürzen. Gleichzeitig geht der Anteil derjenigen Patienten zurück, die eine zu lange Aufenthaltszeit beklagen. Dies ist sowohl für die Patienten als auch für diejenigen, die sich aus Kostengründen Gedanken um eine Verkürzung der Liegezeiten bemühen ein positiver Effekt. Optimal wäre es aber, wenn der Anteil, der die Liegezeit als richtig empfindet, steigt.

Abbildung 21: Anteil der Patienten mit ausgewählten Erkrankungen in öffentlichen, frei-gemeinnützigen und privaten Krankenhäusern, die meinten, ihr Krankenhausaufenthalt "hätte etwas länger sein müssen" 2002

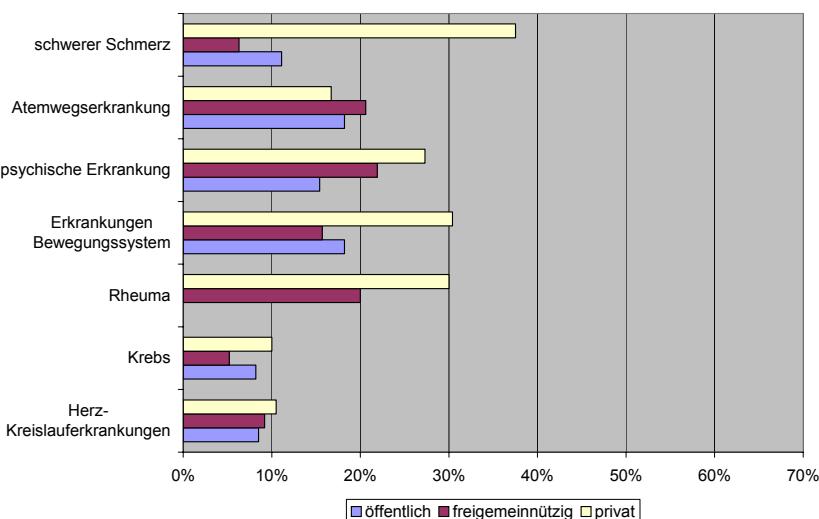
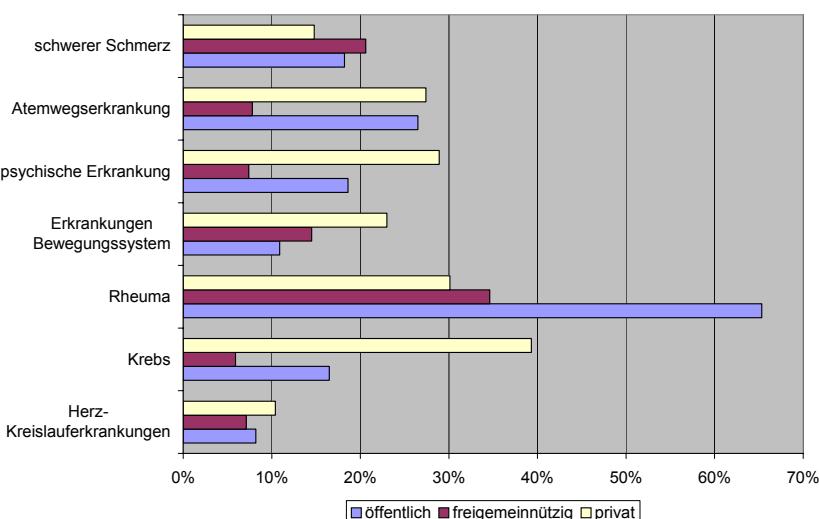


Abbildung 22: Anteil der Patienten mit ausgewählten Erkrankungen in öffentlichen, frei-gemeinnützigen und privaten Krankenhäusern, die meinten, ihr Krankenaufenthalt "hätte etwas länger sein müssen" 2005



Was sich hinter den Durchschnittswerten an Situationen und Tendenzen ergibt, zeigen wir durch eine Analyse der Häufigkeiten der Patienten, die wegen einer Reihe von Erkrankungen in öffentlichen, privaten oder freigemeinnützigen Krankenhäusern in Behandlung waren und meinten, dieser Aufenthalt hätte "etwas länger sein müssen".

Diese Wahrnehmung machten bereits 2002 (siehe Abbildung 21) bei 6 der 7 ausgewählten Erkrankungen oder Leiden am häufigsten die Patienten in privaten Krankenhäusern.

Der überdurchschnittlich hohe Anteil der Patienten in privaten Kliniken, die ihren Aufenthalt als zu kurz empfanden, zeigt sich auch 2005 bei 5 der ausgewählten Erkrankungen deutlich (Abbildung 22). Aber auch die Anteile der Patienten aus öffentlichen Krankenhäusern, die ihre Aufenthaltsdauer als zu kurz bewerten, steigen bei allen hier ausgewählten Erkrankungen.

3.5. Prozessqualität: Erfahrungen mit Akteuren und Versorgungsbedingungen des Krankenhauses

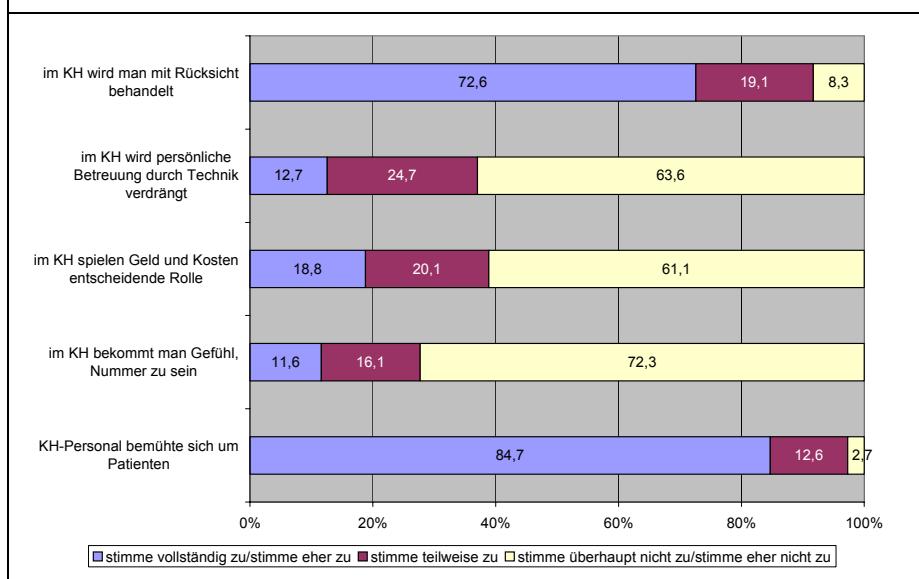
Zahlreiche Fragen versuchen Informationen über die Erfahrungen, Wahrnehmungen und Bewertungen der so genannten Prozessqualität der Behandlung zu sammeln. Dazu zählen beispielsweise die Erreichbarkeit und Ansprechbarkeit des Personals, die Organisation der Arzt-Patient-Beziehung, der Umfang und die Qualität verschiedener Interaktionen von Patienten und professionellen Akteuren im Krankenhaus und die Kooperation dieser Akteure.

Wir beginnen mit der vergleichenden Analyse der Antworten auf eine Batterie von Fragen zu verschiedenen Makrobedingungen eines stationären Aufenthaltes. In der Abbildung 23 sind zunächst die Ergebnisse der Befragung im Jahre 2005 dargestellt.

Überragend positiv sind die Erfahrungen der Patienten mit dem Krankenhaus-Personal. Nahezu uneingeschränkt sagten 2005 fast 85 % der Befragten, das Personal habe sich "vorbildlich und individuell um die Gesundheit der Patienten" bemüht. Nur 2,7 % könnten dieser Bewertung aufgrund ihrer Erfahrungen in keiner Weise zustimmen.

Bei allen anderen der von uns erfragten Erfahrungsbereiche und -gegenstände zeigen sich mehr oder weniger ausgeprägt andere Verteilungsmuster. Dem Erfahrungsurteil, sie wären im Krankenhaus "mit Aufmerksamkeit und Rücksicht behandelt" worden, stimmten noch knapp Dreiviertel der Befragten uneingeschränkt zu. Ein ähnlich hoher Anteil verneinte entschieden das Gefühl, als „Nummer...und unpersönlich behandelt“ worden zu sein. Weniger als zwei Drittel der Befragten widersprachen eindeutig dem Gefühl, es würde die "persönliche Betreuung immer mehr durch die Technik und Apparate verdrängt" oder "bei Entscheidungen über die Behandlung und die Aufenthaltsdauer (spielen) Geld und Kosten eine entscheidende Rolle". Umgekehrt bedeutet dies, dass 2005 jeweils knapp 40 % der Krankenhaus-Patienten vollständig, eher oder teilweise den Aussagen zustimmen, die finanzielle Seite spiele eine entscheidende Rolle oder persönliche Betreuung würde durch Technik verdrängt.

Abbildung 23: Häufigkeit ausgewählter Erfahrungen von Patienten mit Konzepten, Strukturen und Akteuren im Krankenhaus 2005



Beim Grad der Zustimmung (stimme vollständig zu / stimme eher zu) gibt es in diesem Erfahrungsbereich zwischen 2002 und 2005 lediglich sehr geringe, und meist leicht negative Veränderungen (Tabelle 2).

Wie anderswo finden sich auch hinter diesen Durchschnittswerten erheblich unterschiedliche Erfahrungen und Wahrnehmungen einzelner Patientengruppen. Dabei spielen das Alter der befragten Patienten und die Trägerschaft des von ihnen aufgesuchten Krankenhauses eine wichtige Rolle.

Tabelle 2: Häufigkeit ausgewählter Erfahrungen von Patienten mit Strukturen und Akteuren im Krankenhaus 2002 und 2005

nur Antworten: stimme vollständig zu / stimme eher zu	2002	2005
Personal kümmerte sich um Patienten	84,4	84,7
im Krankenhaus bekommt man Gefühl, Nummer zu sein	11,7	11,6
im Krankenhaus spielen Geld und Kosten eine entscheidende Rolle	18,3	18,8
im Krankenhaus persönliche Betreuung durch Technik verdrängt	12,4	12,7
im Krankenhaus wird man mit Rücksicht behandelt	73,4	72,6

Wie die Tabelle 3 zeigt, haben jüngere erheblich häufiger als ältere Krankenhaus-Patienten schlechte oder kritische Erfahrungen mit Kostenkalkülen oder einer nicht rücksichtsvollen Behandlung gemacht. Die 30-39-jährigen Patienten sind weitaus mehr als die 70-80-jährigen der Meinung, im Krankenhaus spielen Geld und Kosten die ent-

scheidende Rolle. Die jüngeren Patienten haben deutlich weniger das Gefühl, im Krankenhaus mit Rücksicht behandelt zu werden.

Tabelle 3: Häufigkeit ausgewählter Erfahrungen von Patienten mit Strukturen und Akteuren im Krankenhaus nach Altersgruppen 2005

nur Antworten: stimme vollständig zu / stimme eher zu	30-39	70-80
Personal kümmerte sich um Patienten	83,7	85,3
im Krankenhaus bekommt man Gefühl, Nummer zu sein	13,0	10,1
im Krankenhaus spielen Geld und Kosten eine entscheidende Rolle	25,9	15,5
im Krankenhaus persönliche Betreuung durch Technik verdrängt	11,0	13,0
im Krankenhaus wird man mit Rücksicht behandelt	67,4	76,3

Eine Erklärung der hier und in anderen Zusammenhängen altersspezifisch unterschiedlichen Erfahrungen ist mit den Befragungsdaten nicht möglich. Wahrscheinlich sind daran aber mehrere Faktoren beteiligt: Einerseits könnten Unterschiede in den Erwartungshaltungen eine Rolle spielen. So könnten ältere und Patienten, die vielfache Erfahrungen mit dem Versorgungssystem gesammelt haben, vielleicht genügsamer sein als junge, die meist noch keine Erfahrungen mit der Versorgungswirklichkeit hatten. Andererseits könnten es auch wirkliche Behandlungsunterschiede sein, bei denen die "wirklich bedürftigen" alten Patienten besser behandelt werden als die vielleicht das erste Mal schwer erkrankten jüngeren Personen. Dass diese Erklärungsversuche zu kurz greifen könnten, zeigen gegenläufige Erfahrungen der Patienten im Bereich der Entlastung aus dem Krankenhaus. Dort verbesserte sich die Situation zwischen 2002 und 2005, wenn überhaupt, vor allem bei den jungen und kaum bei den alten Patienten.

Unterschiede gibt es aber nicht nur bei unterschiedlich alten Patienten, sondern auch nach der Art der Trägerschaft der Krankenhäuser.

Tabelle 4: Häufigkeit ausgewählter Erfahrungen von Patienten mit Strukturen und Akteuren im Krankenhaus nach Trägerschaft des Krankenhauses 2005

nur Antworten: stimme vollständig zu / stimme eher zu	öffentlich	Uni-Klinikum	freigemeinnützig	privat
Personal kümmerte sich um Patienten	84,1	84,0	87,6	82,0
im Krankenhaus bekommt man Gefühl, Nummer zu sein	12,9	14,7	7,7	11,6
im Krankenhaus spielen Geld und Kosten eine entscheidende Rolle	18,9	20,7	16,4	20,0
im Krankenhaus persönliche Betreuung durch Technik verdrängt	13,6	13,7	11,9	10,6
im Krankenhaus wird man mit Rücksicht behandelt	72,5	70,9	75,2	70,4

Abbildung 24: Veränderungen der Erfahrungen von Patienten nach Trägerschaft des Krankenhauses 2002 und 2005 (in Prozentpunkten)

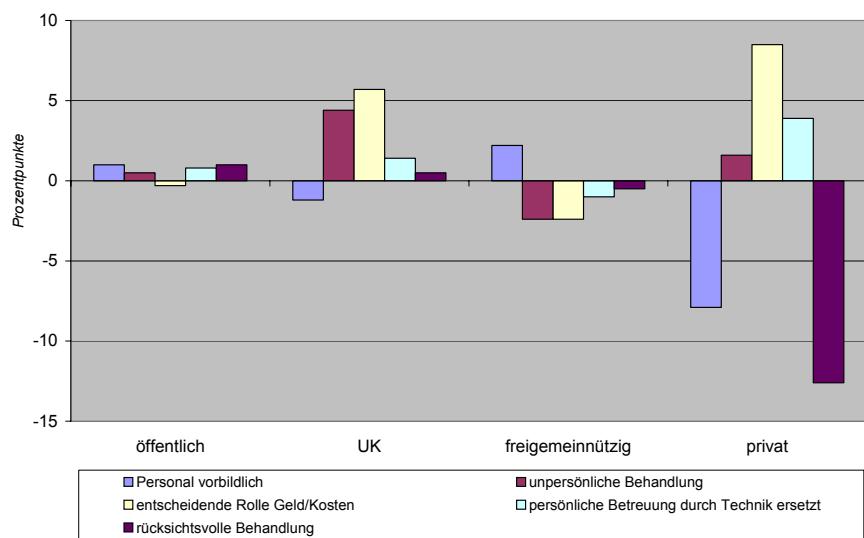
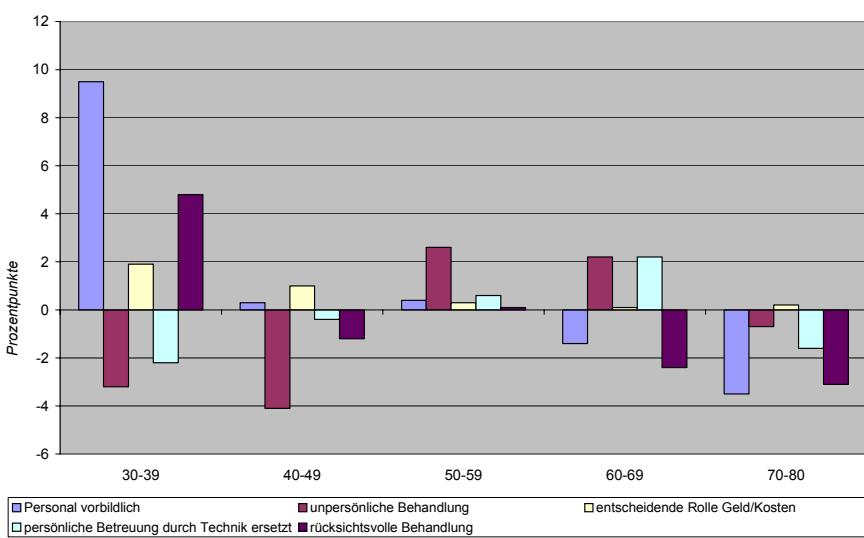


Abbildung 25: Veränderungen der Erfahrungen von Patienten nach Altersgruppen 2002 und 2005 (in Prozentpunkten)



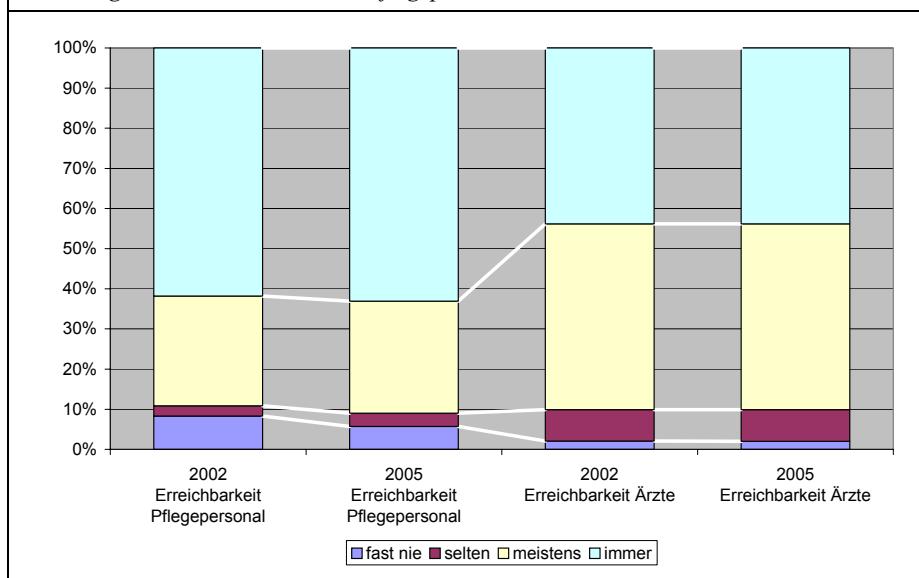
In der Tabelle 4 finden sich für das Jahr 2005 in allen Erfahrungsbereichen erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Krankenhaus-Typen. Die freigemeinnützigen Krankenhäuser gewinnen im Urteil ihrer Patienten fast durchgängig eine Spitzenposition, wenn es um positive Bewertungen der Versorgung durch die Patienten geht. Die Patienten in privaten Kliniken machten mal die besten und mal die schlechtesten Erfahrungen: Dem vergleichsweise niedrigen Anteil von 10,6% ihrer Patienten, die eine Verdrängung der persönliche Betreuung durch Technik wahrnehmen, stehen vergleichsweise viele Patienten gegenüber, die beispielsweise Erfahrungen mit einer dort dominierenden Kostenorientierung sammelten (20%). Der Anteil der Patienten, der rücksichtsvoll behandelt wurde, ist in den privaten Häusern mit gut 70% am geringsten. Auffällig ist die schlechte Bewertung ihrer gemachten Erfahrungen von Patienten aus Universitätskliniken.

Inwieweit sich die Bewertung der genannten Indikatoren in den verschiedenen Krankenhaus-Typen seit 2002 verändert hat, zeigt die Abbildung 24. Die deutlichsten und durchweg negativen Veränderungen gab es bei den privaten Häusern. Die Patienten in privaten Krankenhäusern berichten 2005 dort, wo es um positive Bedingungen geht, z. B. um die vorbildlichen Bemühungen des Personals und den rücksichtsvollen Umgang mit ihnen, über Verschlechterungen gegenüber 2002. Mit den negativen Charakteristika (z. B. der Ökonomisierung der Behandlungssituation) machen sie dagegen durchweg häufiger Erfahrung als 2002. Ob es sich dabei um Auswirkungen von Personalabbau oder andere Eigenarten der privatwirtschaftlichen Orientierung handelt, müssen andere und weitere Untersuchungen zeigen.

Im Zeitvergleich fallen ferner Ungleichheiten zwischen jungen und alten Patienten auf. So verringern sich die Anteile der 70-80-jährigen Befragten, welche die Arbeit des Personals als vorbildlich erfuhren oder sich rücksichtsvoll behandelt fühlten um rund 3 Prozentpunkte. Auf der anderen Seite hat der Anteil der 30-39-Jährigen, die derartige Erfahrungen machten, von 2002 bis 2005 um 5 bzw. 9 Prozentpunkte zugenommen. Der Anteil der Patienten, die unpersönlich behandelt wurden, ging bei den 70-80-Jährigen um weniger als 1 Prozentpunkt zurück, bei den 30-49-Jährigen aber um 3 oder 4 Prozentpunkte.

Für die **Erreichbarkeit von Krankenschwestern und -pflegern wie von Ärzten** zeigt die Abbildung 26 einige interprofessionelle Unterschiede und wenig Veränderungen im Zeitverlauf. Der Anteil der Patienten, die angaben, Pflegekräfte und Ärzte seien „fast nie“ oder „selten“ erreichbar gewesen, liegt in beiden Jahren bei rund 10%. Bei den Pflegekräften sinkt er von 2002 auf 2005 sogar leicht unter die Zehn-Prozentmarke. Den über 60% der Patienten, die Pflegekräfte „immer“ erreichten, stand ein in beiden Jahren über 5% umfassender Anteil gegenüber, der Vertreter dieser Berufsgruppe „fast nie“ erreichte. Bezogen auf Ärzte war der Anteil von Patienten, die einen Arzt „immer“ erreichte mit rund 45% kleiner als bei den Pflegekräften. Dafür war aber der Anteil sehr klein, dem dies „fast nie“ gelang. Nennenswert sind schließlich die im Zeitvergleich nahezu identischen Erfahrungen der Patienten mit der Erreichbarkeit der Ärzte.

Abbildung 26: Erreichbarkeit von Pflegepersonal und Ärzten 2002 und 2005



Ein **bestimmter zuständiger Arzt** ist aus Sicht der Patienten eine sehr wichtige positive Bedingung, die sich auch auf die Gesamtbeurteilung des Krankenhausaufenthaltes⁸ und damit wahrscheinlich auch auf seine Wirksamkeit und Effizienz auswirkt.

Der Anteil der Patienten mit dieser Konstellation ist zwischen 2002 und 2005 quantitativ gleich geblieben und liegt bei 76 %.

In beiden Jahren spielen individuelle (Alter) und strukturelle (Bettenanzahl, Trägerschaft) Faktoren eine differenzierende Rolle. Grob gesagt haben ältere Patienten häufiger einen bestimmten, für sie zuständigen Arzt als jüngere Patienten, Patienten in privaten oder freigemeinnützigen Krankenhäusern häufiger als Patienten in öffentlichen Häusern und Patienten in Kliniken mit wenigen Betten häufiger als Patienten in großen Kliniken.

Eine Folge kürzerer Liegezeiten bei sonst gleich bleibenden Versorgungsbedingungen ist für die Patienten die wachsende Wahrscheinlichkeit, in kürzerer Zeit mit mehreren Ärzten zu tun zu bekommen. Ob dies zu **Problemen in der Kommunikation über die Erkrankung und die Genesung sowie die Behandlung** führt, berührt eine wichtige Seite der Versorgungs- oder genauer der Prozessqualität.

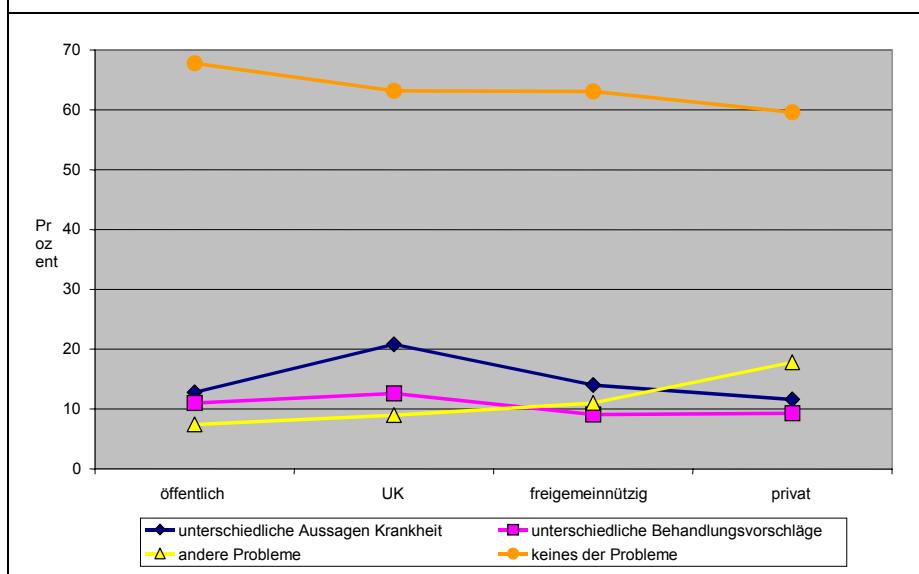
"Unterschiedliche Aussagen zur Krankheit und Genesung" erhielten 2002 und 2005 14,1 % der Patienten, die von unterschiedlichen Ärzten behandelt wurden. Mit "unter-

⁸ Dies wird durch ein Ergebnis der ersten Patientenbefragung bestätigt (vgl. dazu Braun/Müller 2003).

schiedlichen Behandlungsvorschlägen" sahen sich 9,9% (2002: 11,6%) konfrontiert und 9,7% (9,5%) hatten "andere Probleme". 61,8% (62,1%) hatten allerdings "keines der genannten Probleme".

Auch wenn die Veränderungen im Zeitverlauf gering sind, sind die Verhältnisse dennoch differenzierter. Dabei spielt die Trägerschaft des Krankenhauses eine markante Rolle.

Abbildung 27: Häufigkeit von Problemen durch die Behandlung durch unterschiedliche Ärzte 2005



Wie der Abbildung 27 zu entnehmen ist, gehen die verschiedenen Kliniken mit diesem Element der Versorgung aus Sicht ihrer Patienten spürbar anders um. Während rund ein Fünftel der Patientengruppe mit unterschiedlichen behandelnden Ärzten in Uni-Kliniken unterschiedliche Aussagen zu ihrer Krankheit und Genesung erhalten hatten, haben derartige Situationen in öffentlichen und privaten Krankenhäusern lediglich etwas mehr als ein Zehntel der vergleichbaren Patientengruppe auszuhalten. Zwar werden die Patienten in den privaten Krankenhäusern am wenigsten mit unterschiedlichen Behandlungsvorschlägen konfrontiert. Dafür nennen rund 19% ihrer Patienten aber andere als die erfragten Probleme. Dies trägt u. a. zu dem vergleichsweise geringen Anteil der Patienten in privaten Krankenhäusern bei, die keines der genannten Probleme der Behandlung durch mehrere Ärzte nannten.

Sofern **diagnostische, therapeutische oder operative Maßnahmen** überhaupt durchgeführt wurden und der Patient dafür eine **Erklärung** brauchte, wurde sie 2005 von 72,6% der Patienten als "voll und ganz" verständlich bewertet. 19,4% charakterisierten sie als "einigermaßen" verständlich. 7,1% der Patienten erhielten eine verständliche

Erklärung nur auf Nachfrage und nur 0,9% gar keine. Auch wenn diese Ergebnisse wegen einer etwas anderen Fragestellung nicht direkt mit den Ergebnissen einer ähnlichen Frage aus dem Jahr 2002 verglichen werden können, ähneln sich die Ergebnisse sehr. 2002 beantworteten 92,1% der Befragten die Frage, ob mit ihnen Maßnahmen verständlich besprochen worden sind mit "ja".

Wegen der bereits erwähnten unterschiedlichen Fragestellung haben wir nur für das Jahr 2005 nach vorhandenen Differenzierungen der Gesamtwerte zur verständlichen Erklärung von Maßnahmen gesucht. Die größten Abweichungen vom Durchschnittswert für eine "voll und ganz" verständliche Erklärung finden sich, wenn man sich einzelne Gruppen von Kranken anschaut: Am häufigsten erhalten diese Leistung an Krebs erkrankte Personen, nämlich 78,5%, dicht gefolgt von Befragten (76,6%), die zur Behandlung von Erkrankungen des Bewegungsapparates in stationärer Behandlung waren. Deutlich weniger wurden aber ihre Behandlungsmaßnahmen den psychisch Kranken (56,1%) oder Frauen erklärt, die zu einer Entbindung im Krankenhaus waren (63,5%). Wesentlich geringfügiger, aber durchaus vorhanden, waren die Unterschiede zwischen Krankenhäusern nach Trägerschaft oder den Altersklassen der Patienten. Patienten aus freigemeinnützigen (75,5%) und privaten (74,5%) Krankenhäusern erhielten häufiger verständliche Erklärungen als die Patienten aus öffentlichen (71,4%) oder Unikliniken (69,3%). Dies hängt wiederum mit den besonderen Patientenstrukturen der Krankenhäuser zusammen, aber auch von der jeweiligen Bettenanzahl ab. Eine nach der Bettenanzahl differenzierende Analyse zeigt einen fast linearen Zusammenhang mit der Häufigkeit verständlicher Erklärungen: In Krankenhäusern mit bis zu 99 Betten erhielten diese Leistung 81,8% der Patienten. Umfasste das Krankenhaus 100-199 Betten sank dieser Anteil auf 75,2%, in der Gruppe 200-499 Betten auf 72,8%, in Häusern mit 500-999 Betten auf 70,5% und erreicht in Krankenhäusern mit 1000 und mehr Betten 71,6%. Jüngere Patienten erhielten weniger häufig verständliche Erklärungen als ältere: Von den 30-39-Jährigen waren es 64,6% und unter den 70-80-Jährigen 73%.

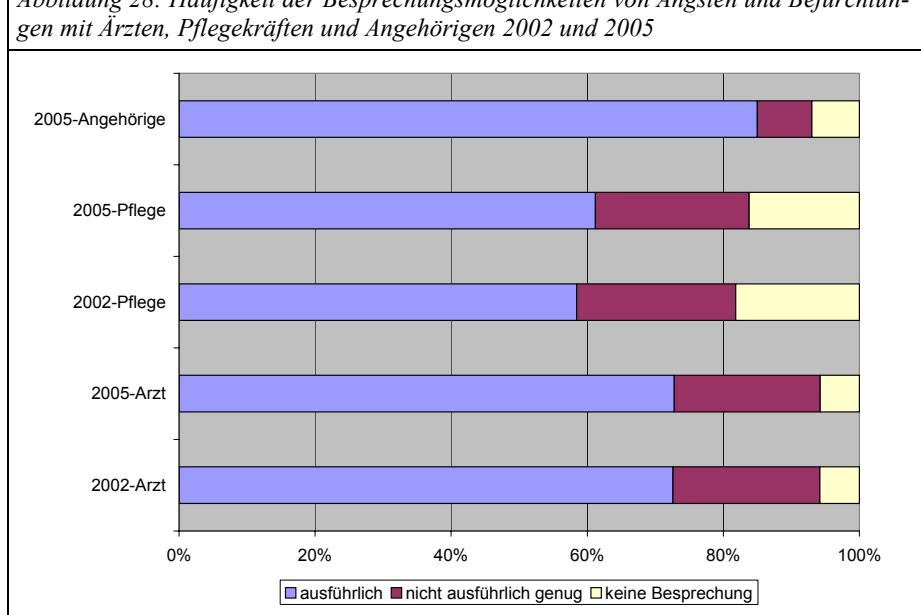
Zu den häufigsten Begleitumständen einer Krankheitsbehandlung gehören kontinuierliche oder plötzliche auftauchende und vorübergehende **Ängste und Befürchtungen**. Dabei handelt es sich einerseits um eigenständige, unangenehme Belastungen der mentalen Befindlichkeit. Andererseits ist der Umgang mit Ängsten und ihre Bewältigung eine manchmal unterschätzte Voraussetzung für die Wirksamkeit der "eigentlichen" Therapie. Insofern stellt allein schon ihre Beachtung und die Möglichkeit ihrer Besprechung mit Ärzten, Pflegekräften und Angehörigen eine wichtige Facette der Versorgungsqualität dar.

Wie bedeutend diese Facette ist, zeigt sich daran, wie viele Patienten überhaupt Ängste oder Befürchtungen hatten. 2005 gaben 59,9% bis 68,8% der Patienten an, Ängste oder Befürchtungen zu haben. Die Höhe des Anteils hängt davon ab, ob sie gefragt wurden, inwieweit sie diese mit Ärzten, Pflegekräften oder Angehörigen besprechen konnten. Dies heißt aber auch, dass maximal ein Drittel der Patienten keine Ängste oder Befürchtungen hatte.

Wie viele der Patienten mit Ängsten diese mit ihren behandelnden Ärzten und Pflegekräften und ihren Angehörigen wie gut besprechen konnten, zeigt die Abbildung 28 für

beide Untersuchungsjahre. Was die professionellen Ansprechpartner angeht, erhielten verängstigte Patienten zu beiden Untersuchungszeitpunkten mehr Unterstützung von Seiten der Ärzte als von Pflegekräften. Dabei unterscheidet sich vor allem der Anteil der Patienten, der keinerlei kommunikative Unterstützung erhielt. Einer knapp 6% starken Gruppe, die ihre Probleme nicht mit ihren Ärzten besprechen konnten, standen zwischen 15 und knapp 20% der Patienten gegenüber, die nicht mit dem Pflegepersonal über ihre Ängste sprechen konnte. Bei beiden Professionsgruppen kam dann noch ein etwas über 20% liegender Anteil der Patienten hinzu, denen die Unterstützung "nicht ausführlich genug" war – was bedeuten könnte, dass die Ängste weiter bestanden. Ausführliche Gespräche über Ängste und Befürchtungen erhielten schließlich etwas über 70% der angstvollen Patienten von Ärzten und um die 60% von ihren Pflegekräften. An diesen Verhältnissen hatte sich zwischen 2002 und 2005 bei den Ärzten wenig geändert, während es bei den Pflegekräften leichte Verbesserungen gab. Deutlich besser sieht die Unterstützung durch Angehörige aus. Diese Frage nach der Unterstützung bei Ängsten und Befürchtungen durch Angehörige wurde den Patienten nur in der Befragung im Jahr 2005 gestellt. Von denjenigen, die diesbezüglich einen Gesprächsbedarf mit ihren Angehörigen hatten, konnten 85% mit ihren Angehörigen "ausführlich" darüber sprechen.

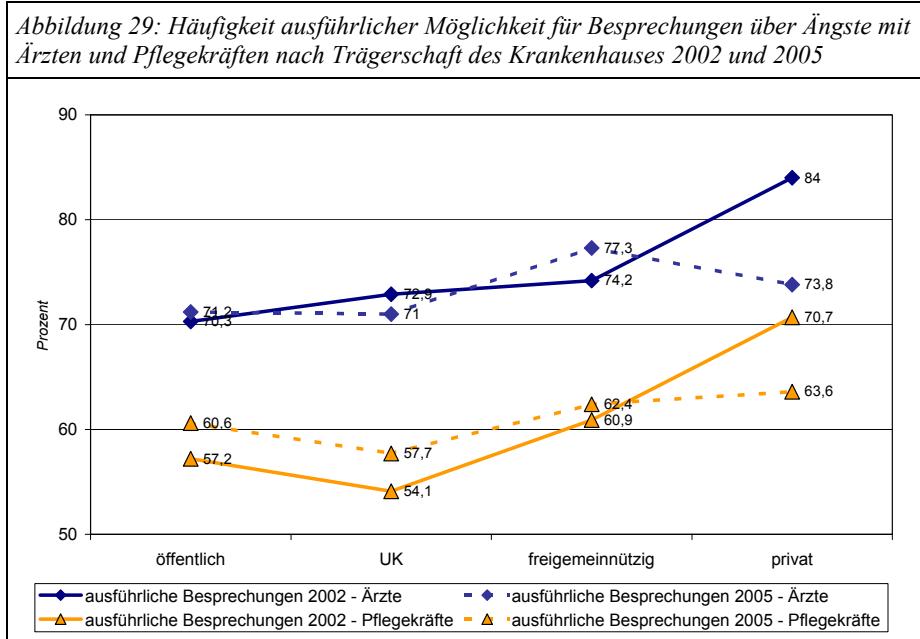
Abbildung 28: Häufigkeit der Besprechungsmöglichkeiten von Ängsten und Befürchtungen mit Ärzten, Pflegekräften und Angehörigen 2002 und 2005



Inwieweit es bei der Kommunikation über Ängste und Befürchtungen ungleiche Versorgungsverhältnisse gibt, wollen wir für den Erhalt "ausführlicher" Gesprächsunterstützung auch noch in unterschiedlichen Krankenhaustypen und Altersgruppen etwas genauer betrachten.

In den beiden folgenden Abbildungen werden differenziert nach Krankenhaustyp und Altersgruppe die jeweiligen Häufigkeiten gezeigt, mit denen die 2002 und 2005 befragten Patienten mit ausdrücklich bestätigten Ängsten und Befürchtungen angaben, "ausführlich" mit Ärzten oder Pflegekräften gesprochen zu haben. Der Differenzwert zu 100 % zeigt an, wie viele der Patienten mit den beiden professionellen Akteuren jeweils "nicht ausführlich genug" oder gar nicht gesprochen haben.

Abbildung 29: Häufigkeit ausführlicher Möglichkeit für Besprechungen über Ängste mit Ärzten und Pflegekräften nach Trägerschaft des Krankenhauses 2002 und 2005



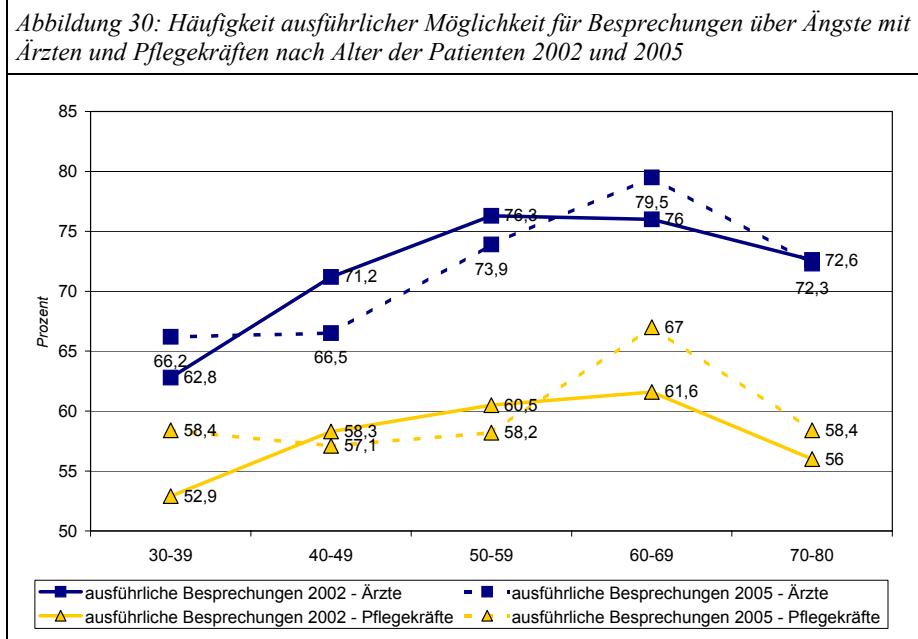
Unabhängig von der Trägerschaft des Krankenhauses, zeigen sich zwischen Ärzten und Pflegekräften deutliche Niveaunterschiede (Abbildung 29). Mit den Ärzten konnten die Patienten durchweg öfter ihre Ängste und Befürchtungen besprechen als mit den Pflegekräften.

Patienten in öffentlichen Krankenhäusern und besonders in den Unikliniken hatten im Jahr 2002 geringere Möglichkeiten, Gespräche über ihre Ängste zu führen, als Patienten in freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern. Diese Unterschiede verschwinden aber im Jahr 2005. Für die privaten Krankenhäuser relativiert sich dies aber insofern, als der Anteil der Patienten, der derartige Möglichkeiten nannte, zwischen 2002 und 2005 durchweg und erheblich zurückgegangen ist. Für Ärztegespräche ist der Rückgang so stark, dass die privaten Kliniken, die 2002 noch vor den freigemeinnützigen lagen, hinter diese zurückfallen. Ansonsten verbessern sich die Gesprächsmöglichkeiten mit Pflegekräften in den öffentlichen, Uni- und freigemeinnützigen Hospitälern zwischen 2002 und 2005 durchweg.

Betrachtet man die hier untersuchten Möglichkeiten, über Ängste zu sprechen, nach dem Alter der Patienten, die derartige Gespräche als notwendig erachteten, zeigt sich ein ebenfalls in Bewegung befindliches Bild.

Nahezu durchgängig gelang es Angehörigen der jüngsten Patientengruppe am wenigsten, mit Ärzten oder Pflegekräften "ausführlich" über ihre Ängste zu sprechen. Am häufigsten gelang dies fast immer der zweitältesten Patientengruppe, also den 60-69-Jährigen. Die noch älteren, also die 70 bis 80 Jahre alten Patienten, hatten wieder deutlich geringere Gesprächsmöglichkeiten und bewegten sich bei den Besprechungen mit Pflegekräften auf dem Niveau der 30 bis 39-Jährigen. In beiden Berufsgruppen gibt es für den Vergleichszeitraum keine eindeutige Tendenz, d. h. Zuwächse in der einen stehen neben Abnahmen in einer anderen Altersgruppe.

Abbildung 30: Häufigkeit ausführlicher Möglichkeit für Besprechungen über Ängste mit Ärzten und Pflegekräften nach Alter der Patienten 2002 und 2005



Ein immer wieder angesprochenes Defizit innerhalb des stationären Behandlungsprozesses sind lange und manchmal nutzlose **Wartezeiten auf Untersuchungen und Behandlungen**. Dies verzögert möglicherweise nicht nur die Genesung, sondern wirkt sich spätestens unter DRG-Bedingungen durch eine dadurch bedingte Verlängerung der Liegezeiten auch auf die wirtschaftliche Lage des Krankenhauses aus. Auch ohne DRGs binden aber schlecht geplante Untersuchungs- und Behandlungstermine oftmals qualifiziertes Personal und belasten dadurch ebenfalls die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses. Wichtig ist aber darüber hinaus, ob die Patienten in diese Planung einbezogen waren und ob geplante Aktivitäten auch wie geplant durchgeführt wurden.

Zunächst einmal verringerte sich zwischen 2002 und 2005 der Anteil der Patienten, die nichts oder wenig über die Planung von Untersuchungen und Behandlungen erfuhren, von 12,4% auf 6,9%. Damit näherten sich alle Krankenhausarten dem Niveau, das 2002 bereits die privaten Krankenhäuser hatten: Damals wurden lediglich 8% der Patienten in privaten Krankenhäusern nicht über die genannten Maßnahmen informiert. In freigemeinnützigen Häusern waren es dagegen 11,5%, in Uni-Kliniken 13,2% und in den anderen öffentlichen Kliniken 12,8% aller Befragten. Die Verbesserung des Informationsstandes der Patienten in diesem Bereich der Versorgung ist bei den nicht privaten Krankenhäusern sogar so stark, dass die Anteile der über die geplanten Aktivitäten nicht informierten Patienten 2005 unter denen in privaten Krankenhäusern lagen: 7,2% in privaten Kliniken standen 6,7% in öffentlichen, 6,4% in Uni-Kliniken und 6,8% in freigemeinnützigen Einrichtungen gegenüber.

In beiden Untersuchungsjahren gab es ein Informationsgefälle zwischen jungen und alten Patienten.⁹ Die Spannbreite zwischen den 30-39-Jährigen und den 70-80-Jährigen erreichte 2002 von 10,7% bis 16% und 2005 von 6,9% bis 9,1%. Unterschiedliches Bildungsniveau spielte dabei zu beiden Zeitpunkten keine nennenswerte Rolle.

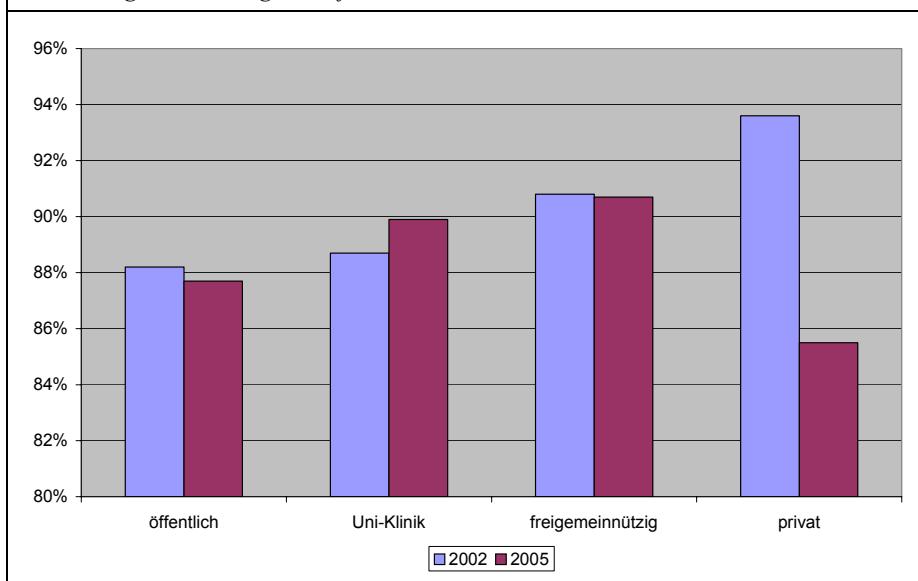
Der Anteil der Patienten, der angab, bei ihm hätte es keine geplanten Maßnahmen gegeben, sank ebenfalls und zwar von 19,3% auf 12,2%.

Sofern sie eine geplante Maßnahme hatten und etwas davon erfuhren, gab eine enorm große Mehrheit der Patienten an, sie wäre wie geplant durchgeführt worden. 2002 war dies bei 89,5% und 2005 bei 88,9% der Fall. Hinter der fast unveränderten Kennziffer und selbst auf diesem hohen Niveau lassen sich aber auch noch Unterschiede nach Trägerschaft erkennen (siehe Abbildung 31). Leichten Verbesserungen aus Sicht der Uni-klinikum-Patienten und wenigen Veränderungen bei den restlichen nicht privaten Krankenhäusern steht eine deutliche Abnahme um rund 8 Prozentpunkte bei den privaten Kliniken gegenüber. Die befragten Patienten des Jahres 2002, die in die Planung einbezogen wurden, erhielten zu 9,8% nur „manchmal“ ihre geplante Behandlung. Dieser Anteil war in 2005 mit 10,2% ähnlich hoch. Lediglich 0,7% bzw. 0,9% sagten, ihre Untersuchungen etc. wären "praktisch nie" wie geplant durchgeführt worden.

Zusätzlich wollen wir auf einige weitere Variationen aufmerksam machen. Erwartungsgemäß gibt es Unterschiede zwischen den Abteilungen. Die höchste Übereinstimmung von Planung und wirklichem Verlauf (Antwortkategorie "immer") gibt es mit rund 92% in der Chirurgie und z. B. auch noch in der Orthopädie (ebenfalls rund 92%). In der Geburtshilfe, Neurologie und inneren Medizin liegt dieser Wert niedriger, und zwar im Bereich von 80 bis 86%. Die größten Sprünge nach oben, also Verbesserungen, gibt es zwischen 2002 und 2005 in der Neurologie (82,2 auf 86,1%) und Geburtshilfe (81,7 auf 86,6%). Kräftige Unterschiede von 7 Prozentpunkten finden sich schließlich beim Erhalt geplanter Aktivitäten noch zwischen jungen (30-39 Jahre: rund 84%) und älteren (50-69 Jahre: rund 90% und 70-80 Jahre: rund 89%) Patienten.

⁹ Bei dem erfragten Sachverhalt gehen wir davon aus, dass sich auch die ältesten von uns befragten Patienten gut und verlässlich an die Umstände erinnern können.

Abbildung 31: Patienten mit "immer" wie geplant durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen nach Trägerschaft des Krankenhauses in den Jahren 2002 und 2005

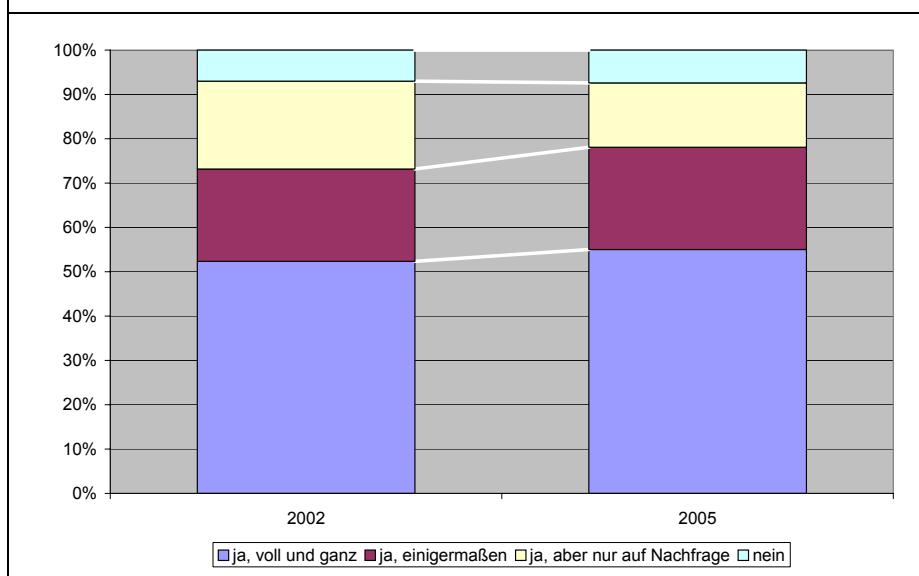


Zu den wichtigsten Leistungen in der stationären Behandlung gehört die **verständliche Erklärung des Zwecks von Arzneimitteln** und des Umgangs mit ihnen. Dies ergibt sich schon allein aus der Tatsache, dass in beiden Jahren unserer Befragung nur eine von 20 auf 16 % abnehmende Gruppe der Patienten antwortete, sie hätte entweder keine Medikamente nehmen müssen oder sie hätte keine Erklärung gebraucht.

Wie die Erklärungsqualität für die über 80 % der Befragten aussah, die derartige Erklärungen ausdrücklich brauchten, zeigt Abbildung 32. In beiden Jahren bekamen mehr als 40 % der Befragten mit Erklärungsbedarf nur mehr oder weniger eingeschränkte oder gar keine verständliche Erklärung. Der Anteil jener, die gar keine Erklärung erhielten, nahm leicht zu, wohingegen der Anteil der Patienten, denen der Zweck ihrer Arzneimittel "voll und ganz" erklärt wurden, stärker zunahm. Am deutlichsten ist die rund 5 Prozentpunkte umfassende Abnahme des Anteils von Patienten, die Erklärungen erst erhielten, wenn sie danach fragten.

Eine im tatsächlichen Behandlungsgeschehen existierende, wiewohl fachlich und rechtlich problematische Möglichkeit, Erklärungen und Informationen zu Medikamenten zu erhalten, ist Pflegekräfte anzusprechen. Hier erhielt aber in beiden Befragungsjahren nur eine Minderheit von rund 15 % der Patienten, denen Ärzte nichts erklärt haben, anstandslos eine Erklärung. Über die Hälfte dieser Patientengruppe erhielt aber auch vom Pflegepersonal nicht die benötigten Informationen.

Abbildung 32: Häufigkeit und Qualität der Erklärung des Zwecks von Medikamenten durch Ärzte 2002 und 2005



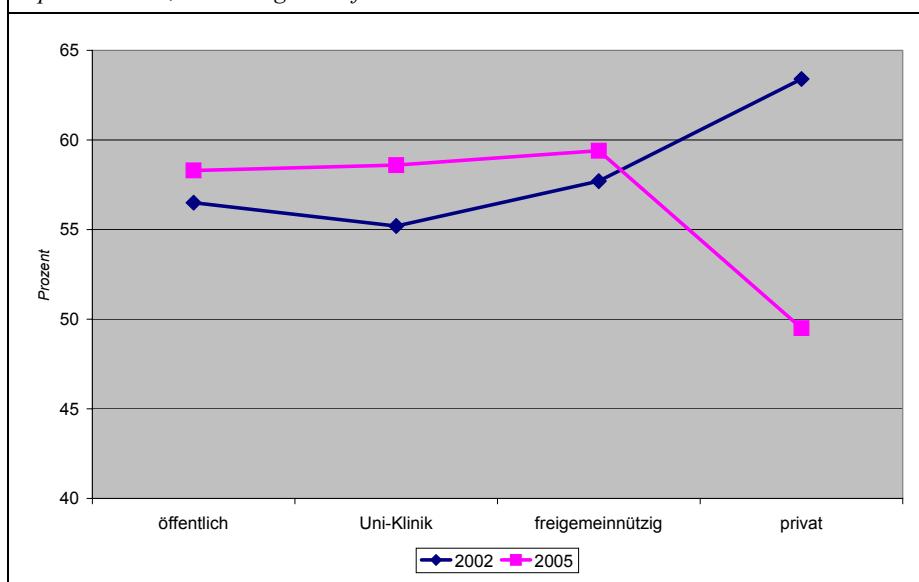
Untersucht man, ob und wenn ja, wie stark sich die Häufigkeiten einer voll und ganz zufrieden stellenden Aufklärung über Medikamente nach Trägerschaft, Bettenanzahl, Alter und weiteren Faktoren unterscheiden, findet man Folgendes: Trotz einer Abnahme von 73 auf 67% erhalten Patienten in Krankenhäusern mit weniger als 100 Betten immer noch häufiger diese Art der Unterstützung als Patienten in größeren Krankenhäusern, vor allem in Häusern mit mehr als 1000 Betten (2005: 51,8%). Im Jahr 2005 sind die Anteile in privaten (58,4%) und freigemeinnützigen (58,1%) Krankenhäusern sehr ähnlich und in den beiden anderen Krankenhaustypen mit rund 52% "voll und ganz" beratenen Patienten ebenfalls. Im Jahr 2002 lag der Anteil in den privaten Häusern allerdings mit 62% deutlich höher als 2005. In freigemeinnützig getragenen Krankenhäusern stieg der Anteil von knapp 53 auf 58,1%. Nach Altersgruppen differenziert erhielten die 70-80-jährigen Patienten in beiden Jahren am wenigsten umfassende Erklärungen zu ihrer Medikation (2002: 47%; 2005: 47,6%). Während aber 2002 auch noch die 30-39-Jährigen den niedrigen Anteil von rund 47% aufwiesen, stieg dieser in 2005 auf 55,6%.

Zu den unangenehmsten und gefürchtetsten Begleitumständen vieler Erkrankungen aber auch eigenständigen Erkrankungen gehören **Schmerzen**. Ihr Auftreten und ihre erfolgreiche Behandlung haben daher eine hohe Bedeutung dafür wie die gesamte stationäre Behandlung wahrgenommen und bewertet wird. Wegen ihrer häufig komplexen Ursachen ist ihre Eindämmung und dauerhafte Beseitigung aber zugleich schwierig und zeitaufwändig. Daher gehen Kritiker der DRGs davon aus, dass die erfolgreiche Schmerzbehandlung unter DRG-Bedingungen eher seltener wird, obwohl anhaltende

schwere Schmerzen nach der Entlassung ein Grund für eine Wiedereinweisung sein könnten.

Sowohl 2002 als 2005 sagten deutlich mehr als die Hälfte der Befragten (2002: 56,4%; 2005: 59,5%), sie hätten während ihres Krankenhausaufenthaltes Schmerzen gehabt. Der Anteil der Befragten, die „starke Schmerzen“ hatten, nahm von 37,9% auf 40,8% zu.

Abbildung 33: Anteil der Patienten mit Schmerzen, die "voll und ganz" erfolgreich therapiert wurden, nach Trägerschaft des Krankenhauses in den Jahren 2002 und 2005



Der Anteil der Befragten mit Schmerzen, die „voll und ganz“ eine erfolgreiche Schmerztherapie erhielten, bewegte sich leicht von 57,1% auf 57,4%.

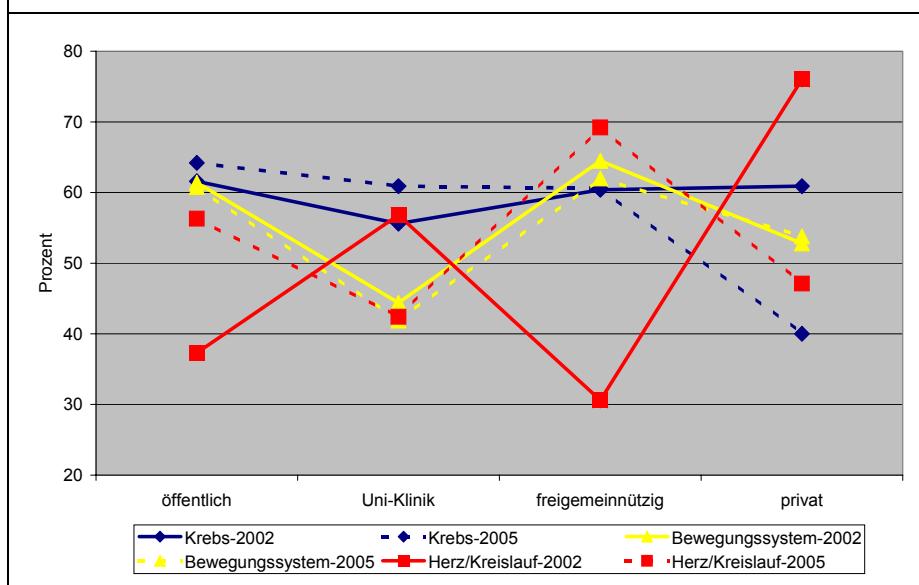
Auf den ersten Blick gibt es also keine Anzeichen für die befürchtete Vernachlässigung der Schmerztherapie.

Schaut man sich die Entwicklung der Häufigkeiten erfolgreicher Schmerztherapie allerdings differenziert nach der Trägerschaft des Krankenhauses und nach ausgewählten Krankheiten an, zeigen sich eine Reihe quantitativ relevanter und statistisch signifikanter Unterschiede.

Der Anteil der Patienten, die in privaten Kliniken eine vollständig erfolgreiche Schmerztherapie erhielten, lag im Jahr 2002 weit überdurchschnittlich bei rund 64%. Er verringerte sich allerdings auf unter 50% im Jahr 2005. Ein Erklärungsfaktor für die sinkende Erfolgsrate bei der Schmerztherapie könnte eine ebenfalls kräftige Zunahme der Patienten mit Schmerzen in den privaten Krankenhäusern sein, wodurch der Anteil von Patienten mit schwer therapierbaren Schmerzzuständen angewachsen sein könnte.

Der Anteil der Patienten mit Schmerzen stieg von rund 57% auf 69% an, eine Entwicklung, die in den anderen Krankenhaustypen nicht zu beobachten ist. In allen anderen Krankenhaustypen wächst dagegen der Anteil der Patienten mit erfolgreicher Schmerztherapie leicht an.

Abbildung 34: Anteil der Patienten mit Schmerzen, die "voll und ganz" erfolgreich therapiert wurden, nach ausgewählten Erkrankungen und Trägerschaft des Krankenhauses in den Jahren 2002 und 2005



Die Abbildung 34 zeigt aber nochmals nach dem Unterscheidungsmerkmal der Trägerschaft des Krankenhauses welche unterschiedliche Dynamiken sich auch noch hinter den gerade gesehenen Ergebnissen verbergen können. Dies wird dann deutlich, wenn man nach der erfolgreichen Schmerztherapie bei einigen der häufigsten Erkrankungen unterscheidet. Die große Abnahme der Häufigkeit einer uneingeschränkt erfolgreichen Schmerztherapie zwischen 2002 und 2005 bei privaten Krankenhäusern entsteht hauptsächlich durch weniger erfolgreiche Schmerztherapien von Herz-/Kreislaufkranken (ohne Herzinfarkt) und Krebskranken. Bei der Schmerztherapie von Patienten mit Erkrankungen des Bewegungssystems ändert sich dageingegen in der Beobachtungszeit wenig. Die "Gewinne" bei der erfolgreichen Schmerztherapie beruhen in den freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäusern sehr stark auf Erfolgen in der Schmerztherapie von Herz-/Kreislaufkranken.

Die Unterschiede der erfolgreichen Schmerztherapie zwischen den Altersgruppen schwanken minimal und nicht linear zwischen 53 und 56,5 %.

Die **Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegekräften** stellt eine für das Wohlbefinden und die Gesamtbewertung des Krankenhausaufenthaltes der Patienten sehr wichtige Bedingung dar (vgl. dazu auch Braun/Müller 2003).

Die Antworten auf die in beiden Wellen zur Qualität dieser Kooperation gestellte Frage geben wegen der unterschiedlichen Antwortmöglichkeiten nur einen groben Einblick in die Grundtendenzen. Dazu zählt der deutliche Rückgang der Patienten, welche die Güte der Kooperation nicht beurteilen können (oder wollen). Im Großen und Ganzen wächst der Anteil der Patienten, die eine positive Beurteilung der Kooperation abgeben, sogar noch an.

Tabelle 5 : Beurteilung der Kooperation von Ärzten und Pflegekräften 2002 und 2005

Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit zwischen Ärzten / Ärztinnen und Pflegekräften?

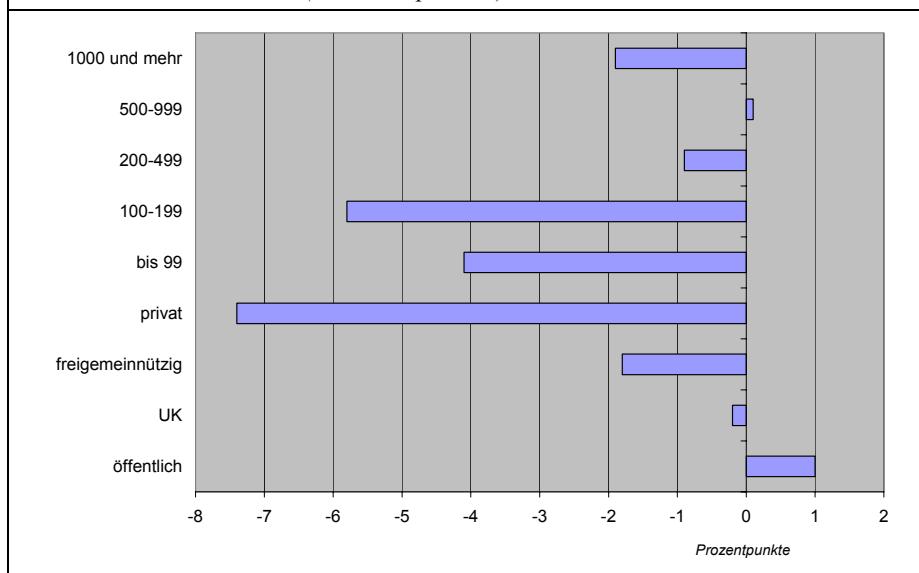
2002	%	2005	%
ausgezeichnet	6,9	sehr gut	28,3
sehr gut	24,0	gut	49,7
gut	35,9	teils / teils	8,4
mittelmäßig	4,6	schlecht	1,3
schlecht	1,2	sehr schlecht	0,5
kann ich nicht beurteilen	27,3	kann ich nicht beurteilen	11,8

Auch bei der Beurteilung der Kooperation im Krankenhaus variieren die Werte teilweise beträchtlich je nachdem in welcher Art von Krankenhaus man behandelt wird. Nimmt man nur die Ergebnisse aus dem Jahr 2005 und die Häufigkeit einer "sehr guten" Beurteilung schwankt dieser Wert relativ geringfügig zwischen dem Maximum von 30,2% unter den Patienten aus freigemeinnützigen Krankenhäusern und dem Minimum von 26% bei den Patienten aus Unikliniken. Etwas kräftiger unterscheiden sich die Häufigkeiten dieser Beurteilung nach Altersgruppen: Hier findet sich der kleinste Wert mit 23,2% bei den 30-39-Jährigen und nach fast linearem Anstieg die höchsten Werte mit 31,4 und 30% bei den 60-80-Jährigen. Am kräftigsten fallen die Unterschiede zum wiederholten Male nach der Bettenanzahl aus. In den Kliniken mit bis zu 99 Betten vergeben 44,4% der dort behandelten Patienten das Besturteil. Der Anteil nimmt mit der Größe des Krankenhauses linear ab. In den Krankenhäusern mit 1000 und mehr Betten beurteilen nur noch 23,4% der dortigen Patienten die Zusammenarbeit der Ärzte und Pflegekräfte als sehr gut.

Eine der Facetten, an der sich auf hohem positiven Niveau auch kaum Veränderungen zeigen, ist das **Gefühl der Patienten, "alles in allem ausreichend über ihre Krankheit und Genesung informiert"** worden zu sein. 2002 beantworteten die entsprechende Frage 86,7% der Befragten mit "ja" und 2005 taten dies 86,1 %. Auch hier gibt es in beiden Jahren Unterschiede zwischen Krankenhäusern mit unterschiedlicher Trägerschaft oder Bettenzahl. Der Informationsstand ist in beiden Jahren in kleinen Krankenhäusern und zuerst in privaten, dann in freigemeinnützigen Krankenhäusern am ausgeprägtes-

ten. Wie gerade schon andeutet, veränderte sich der Informationsstand der Patienten auf dem hohen Niveau durchaus. Wie die Abbildung 35 zeigt, verringerte sich der Anteil der Patienten, die sich insgesamt ausreichend informiert fühlten, zwischen 2002 und 2005 besonders in privaten und kleineren Krankenhäusern um mehrere Prozentpunkte.

Abbildung 35: Veränderungen des Anteils der Patienten, die sich "alles in allem ausreichend über ihre Krankheit und Genesung informiert" fühlten nach Trägerschaft und Bettenanzahl 2002 bis 2005 (in Prozentpunkten)



Angesichts der auch nach der Entlassung häufig prekären gesundheitlichen Befindlichkeit vieler Krankenhaus-Patienten sind ***Gespräche zwischen den behandelnden Ärzten und Angehörigen*** eine wichtige Bedingung für die Gesundung dieser Patienten. Bevor wir näher betrachten, wie viele und welche der Befragten angaben, ihre Angehörigen hätten "ausreichend Gelegenheit" für derartige Gespräche gehabt, wollen wir uns ein paar Rahmenbedingungen für derartige Gespräche näher anschauen. So gibt es einen fast konstanten Anteil von 2,6% bzw. 2,1% der Befragten, die keine Angehörigen haben. Außerdem waren bei 2,4% bzw. 3,1% der Befragten die Angehörigen nicht an derartigen Gesprächen interessiert. Kräftig verringert, nämlich von 50,3% auf 43,8%, hat sich die Gruppe der Patienten, die ihre Angehörigen lieber selber informierten.

In der übrig bleibenden Patientengruppe, in der die Angehörigengespräche mit Ärzten überhaupt möglich und notwendig sind, wurden in beiden Jahren rund 61% der Angehörigen "voll und ganz mit einbezogen", ein nahezu konstanter Anteil von rund 23% wurde "einigermaßen einbezogen" und bei 17% (2002) bzw. 15,7% (2005) aller Patienten waren ihre Angehörigen "nicht mit einbezogen".

Abbildung 36: Veränderungen des Anteils der Patienten, deren Angehörige "voll und ganz" ausreichend Gelegenheit für Arztgespräche hatten nach Trägerschaft und Bettenanzahl 2002 bis 2005 (in Prozentpunkten)

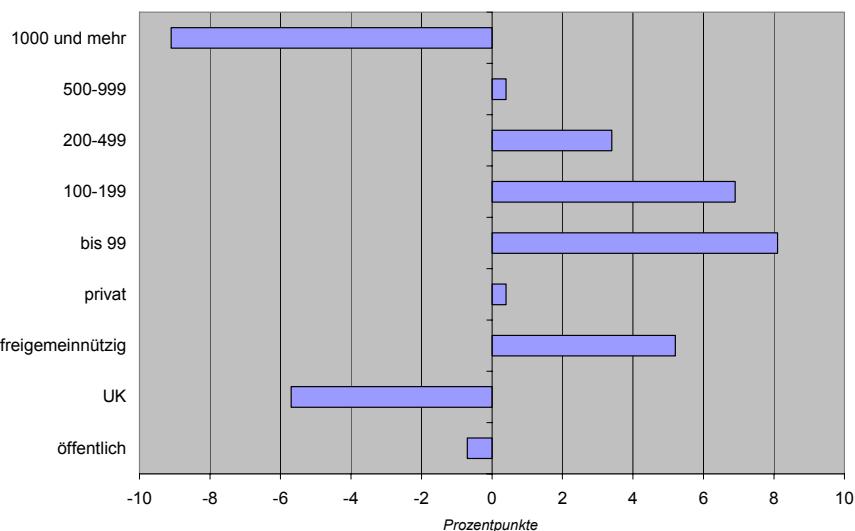
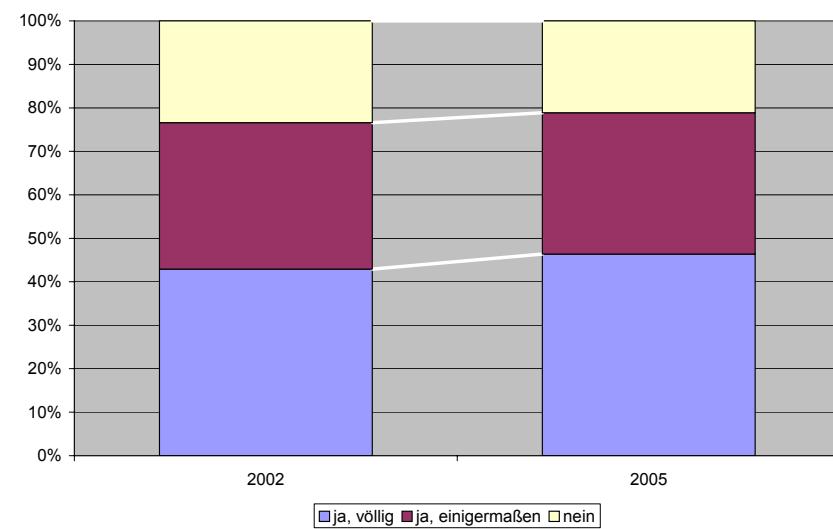


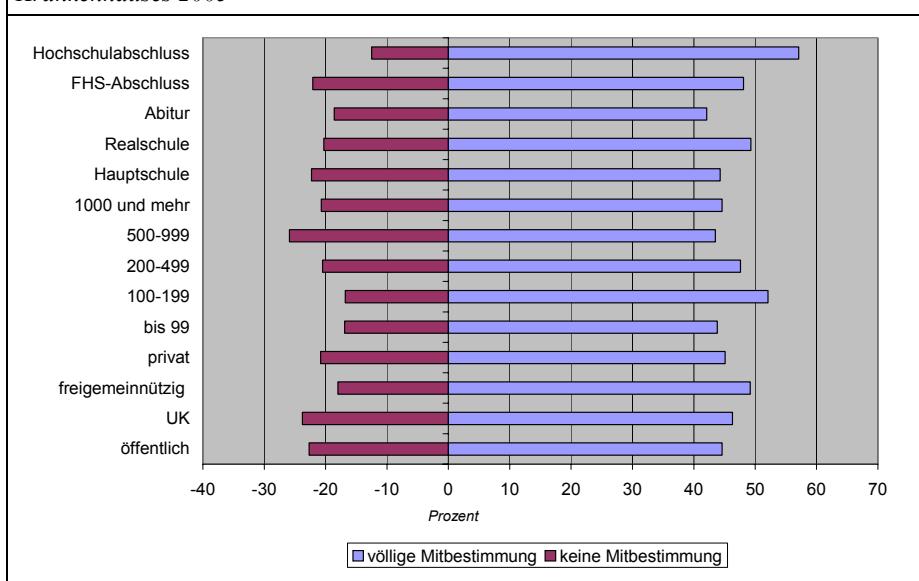
Abbildung 37: Anteile von Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Behandlung in den Jahren 2002 und 2005



Auf der Grundlage der Gesamtverteilung kann der Eindruck entstehen, es hätte sich nichts geändert. Betrachtet man aber die Verteilung differenziert nach Trägerschaft und Krankenhausgröße, treten deutliche Veränderungen hervor. So verringert sich die Anzahl der über Gespräche mit dem Arzt einbezogenen Angehörigen besonders in Uni-Kliniken und Krankenhäusern mit mehr als 1000 Betten (Abbildung 36) – also häufig identischen Einrichtungen – und erhöht sich vor allem in freigemeinnützigen bzw. kleineren Kliniken.

Zu den Merkmalen einer Behandlung, die sich auf die Gesamtbewertung des Krankenhaus-Aufenthaltes und wahrscheinlich auch seinen nachhaltigen gesundheitlichen Erfolg positiv auswirken, gehört auch die Möglichkeit zur ***Mitbestimmung der Patienten*** über ihre Behandlung. Davon scheint gleichfalls ein wachsender Teil der Patienten subjektiv überzeugt zu sein, denn die Gruppe, die explizit nicht mitbestimmen wollte, sank von 27,7% auf 23%. Abbildung 37 zeigt, dass zwischen 40 und 50% derjenigen, die mitbestimmen wollten, auch in beiden Jahren "völlig" mitbestimmen konnten und ihr Anteil um rund 4 Prozentpunkte gestiegen ist. Etwas kleiner geworden, aber immer noch mehr als ein Fünftel stark, ist die Gruppe, die trotz Interesse nicht bei ihrer Behandlung mitbestimmen konnte.

Abbildung 38: Anteil der Patienten, die "völlig" oder gar nicht über ihre Behandlung mitbestimmen konnten, nach Bildungsabschluss, Bettenanzahl und Trägerschaft des Krankenhauses 2005



Wie unterschiedlich verschiedene Patientengruppen bei ihrer Behandlung mitbestimmen konnten, zeigt die Abbildung 38 für einige ausgewählte individuelle Merkmale und strukturelle Bedingungen (wenn man die beiden Anteile addiert, ist der Differenzbetrag zu 100% der Anteil der Patienten, die "einigermaßen" mitbestimmen konnten).

Die Teilgruppe, die mit Abstand am meisten mitbestimmen konnte, sind die Patienten mit einem Hochschulabschluss als höchstem Bildungsabschluss. Der Zusammenhang von Bildungsabschluss und Beteiligung ist aber nicht so direkt und linear wie diese erste Beobachtung zu belegen scheint. Am wenigstens bei ihrer Behandlung mitbestimmen durften nämlich gleichermaßen FHS- und Hauptschulabsolventen. Überdurchschnittlich hoch sind die Mitbestimmungsmöglichkeiten bei den Patienten aus freigemeinnützigen und Krankenhäusern mit einer Bettenanzahl von 100-199 Betten. In Uni-Kliniken und Krankenhäusern mit einer Größenordnung von 500-999 Betten liegt der Anteil der Patienten, die trotz Interesse nicht völlig mitbestimmen konnten, unter dem Durchschnitt.

Bestätigt wird das dargestellte Niveau der Mitbestimmung durch die Beantwortung der nur 2005 zusätzlich gestellten Frage, ob die Patienten bei der Entscheidung über ihre Entlassung aus dem Krankenhaus beteiligt waren. 47,8 % bejahten diese Frage.

3.6. Ergebnisqualität: Behandlungserfolg

Ob die stationäre Behandlung aus ihrer Sicht ein Erfolg war oder nicht konnten die Patienten in zwei Fragen beantworten. Eine erste Frage richtet sich an alle Personen und fragt danach, ob sich „die Beschwerden, die zum Krankenhausaufenthalt führten, verbessert“ haben. Eine zweite Frage richtet sich nur an die erwerbstätigen Patienten und will wissen, ob und wenn ja wie lange die Befragten nach ihrer Entlassung arbeitsunfähig waren.

Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus geht es rund 11 % der Befragten schlechter oder nicht besser als vor ihrem Aufenthalt. Knapp ein Drittel der Patienten hat keine Beschwerden mehr. Die relativ größte und zwischen 2002 und 2005 leicht wachsende Gruppe nimmt eine Verbesserung ihres Zustandes wahr.

Differenziert man wiederum nach Krankheitsarten und Trägerschaft, dann zeigt sich ein sehr viel uneinheitliches Bild. Die Auswahl von Herzinfarkt, Herz-/Kreislaufbeschwerden, Krebs und Erkrankungen des Bewegungssystems erfolgte wegen ihrer hohen Häufigkeit.

Der Gesamteindruck ist, dass es bei keiner Erkrankung ein völlig homogenes und einheitliches Bild oder eine einheitliche Entwicklung gibt. So verringert sich etwa die Heilungs- und Besserungshäufigkeit bei Krebspatienten in privaten und freigemeinnützigen Kliniken von 2002 auf 2005, nimmt in öffentlichen und Uni-Kliniken aber zu. Die enormen Unterschiede der Werte bei Erkrankungen des Bewegungssystems im Jahr 2002 nehmen bis 2005 stark ab, während es beim Herzinfarkt genau umgekehrt verläuft. Während der Anteil der Patienten, denen es besser geht oder die geheilt sind, in öffentlichen Krankenhäusern bei jeder der betrachteten Erkrankungen mehr oder weniger stark zunimmt, trifft dies bei allen anderen Krankenhaustypen bei der einen oder anderen Krankheit nicht zu. Am deutlichsten anders sieht es bei Patienten aus privaten Kliniken aus, die in drei der vier Krankheitsgruppen eine zwischen 2002 und 2005 um bis zu 10 Prozentpunkte geringere Besserungs- und Heilungsrate angeben.

Abbildung 39: Bewertung des Behandlungserfolges 2002 und 2005

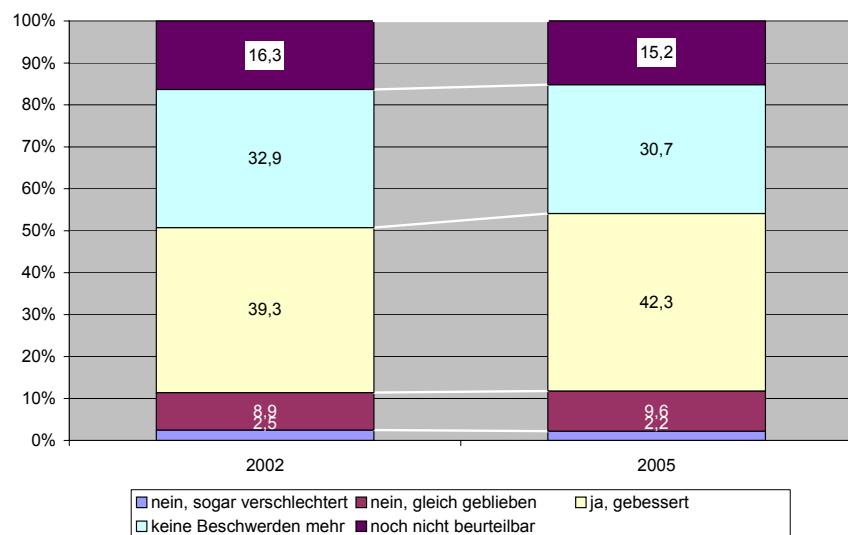


Abbildung 40: Anteil der Patienten mit Besserung oder Heilung von Beschwerden nach Trägerschaft des Krankenhauses bei ausgewählten Erkrankungen 2002 und 2005

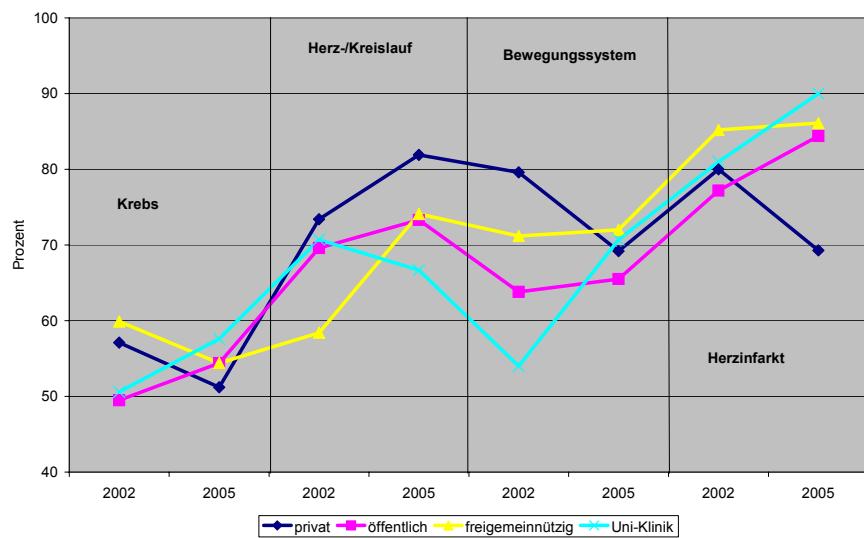
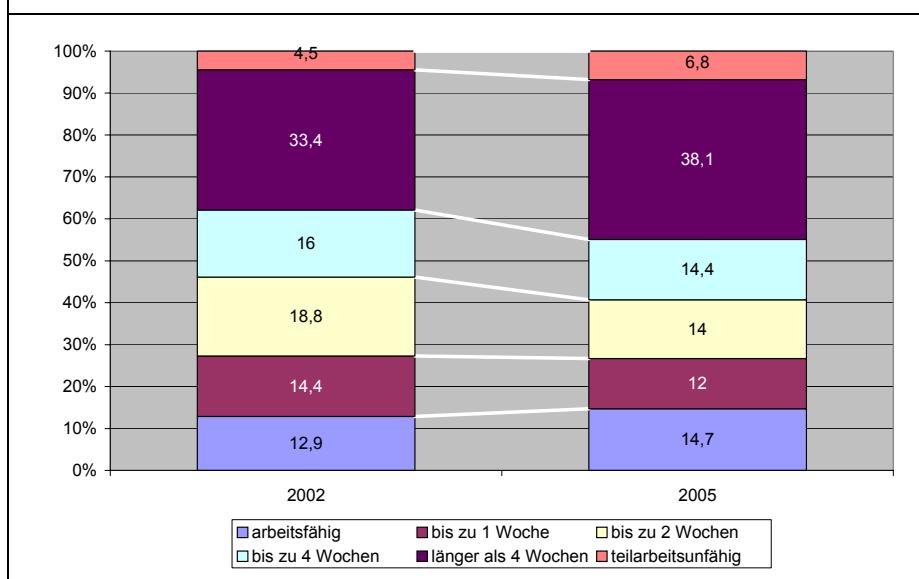


Abbildung 41: Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeit nach Krankenhausentlassung in den Jahren 2002 und 2005



In beiden Befragungsjahren waren knapp zwei Drittel der Befragten im Rentenalter oder nicht erwerbstätig und konnten dadurch gar nicht krank geschrieben werden. Für das restliche Drittel der Patienten ergibt sich nach dem Krankenhausaufenthalt noch eine unterschiedlich lange Zeit der Arbeitsunfähigkeit. Wie die Abbildung 41 zeigt, sind nur wenige, nämlich rund 13 bzw. 15 %, dieser Patienten gleich nach ihrer Entlassung arbeitsfähig gewesen. Die relativ größte Gruppe sind Patienten, die noch länger als 4 Wochen nicht ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen konnten. Diese Gruppe nimmt auch zwischen 2002 auf 2005 am stärksten zu. Betrachtet man nur die Befragten, die arbeitsunfähig waren, sind 2005 44,7 % von ihnen länger als 4 Wochen nach ihrer Krankenhaus-Entlassung arbeitsunfähig gewesen. Dies korrespondiert mit der an anderer Stelle gemachten Beobachtung eines hohen und differenzierten nachstationären Behandlungs- und Unterstützungsbedarfes und zeigt die Notwendigkeit, die stationäre Behandlung stärker mit den offensichtlich notwendigen verschiedenen ambulanten Angeboten zu verknüpfen.

3.7. Schnittstelle stationär-nachstationär/ambulant

Zu den Phasen der stationären Behandlung, deren Zustand nach Meinung von Befürwortern wie Kritikern der DRGs am meisten durch die DRGs beeinflusst wird, gehören die Vorbereitung und der Übergang von der stationären in die nachstationäre Behandlung, Unterstützung und Versorgung.

Diese Schnittstelle gehörte aber bereits vor der Einführung von DRGs oder Fallpauschalen zu den kritischen Abschnitten der Versorgungsketten der meisten chronisch und vieler akut Kranker. Die Forderung nach mehr patientenzentrierter Koordination und Kooperation zwischen Krankenhaus und dem in sich ebenfalls stark segmentierten ambulanten Versorgungssektor stellt daher eines der vorrangigen Reformziele der letzten 30 Jahre Gesundheitspolitik dar.

Sofern die Einführung der DRGs eines ihrer Hauptziele, nämlich die Verkürzung der Liegezeiten im Krankenhaus, erreicht, gerät die letzte Phase des Aufenthalts im Krankenhaus und der Übergang in das nachstationäre Leben unter inhaltlichen und Zeitdruck. Inhaltlich insofern als dass in dafür geeigneten Fällen Leistungen, die nicht unbedingt stationär erbracht werden müssen, auf die nachstationäre Phase der Versorgung verschoben werden. Die Zeit spielt insofern eine Rolle, weil gerade die Verlagerung von Leistungen technischer, mentaler und sozialer Art in den nachstationären Bereich eine kompakte, verständliche aber auch aufwändigere Vorbereitung für und mit dem Patienten erfordert. Nicht nur bei den Leistungen der Rehabilitation, bei denen dies sogar gesetzlich vorgeschrieben ist, geht es nämlich darum, viele inhaltlich unterschiedliche Behandlungen, Hilfen oder Unterstützungen möglichst nahtlos und zügig zu erhalten.

In unserer Patientenbefragung konzentrieren wir uns auf die Erfahrungen und Wahrnehmungen von zwei Dimensionen dieses Übergangsgeschehens:

- Erstens fragen wir danach wie viele der Krankenhaus-Patienten welche nachstationären medizinischen, pflegerischen und sozialen Behandlungen, Hilfen und Unterstützungen brauchten und wie einfach sie ihre benötigte Leistung erhielten.
- Zweitens fragen wir danach wie viele der Patienten in der Endphase ihres Krankenhausaufenthaltes fünf ausgewählte Entlassungs- und Überleitungsleistungen für notwendig erachteten und erhielten, die in zahlreichen Konzepten des Entlassungsmanagements als Garanten einer für Patient und Krankenhaus gelungenen Entlassung und Überleitung auftauchen. Eine Zusatzfrage untersucht noch welche institutionellen und personellen Akteure sich hierbei um die Patienten gekümmert haben.

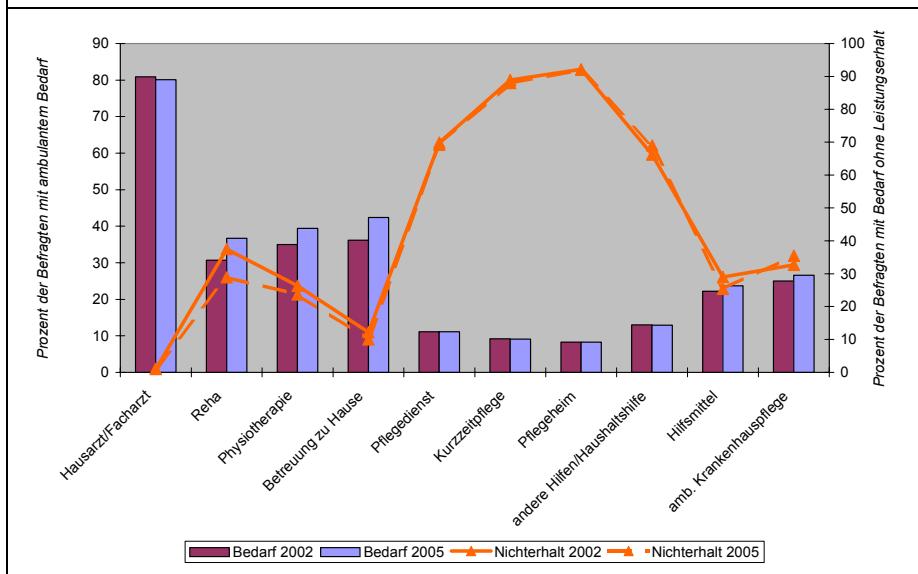
Um das Volumen des nachstationären Versorgungsbedarfs in Erfahrung zu bringen, konnten die Befragten angeben, welche der 10 vorgegebenen medizinischen (Behandlung durch Haus- oder Facharzt), "halb"stationären (ambulante Übergangspflege im Krankenhaus), nachstationär-medizinischen (Rehabilitation), pflegerischen, nichtmedizinischen (Physiotherapie) und sozialen Leistungen (Haushaltshilfe) sie "gebraucht" haben.

Wie erwartet wächst seit 2002 der Anteil der Patienten, die aus ihrer Sicht einen **Bedarf an nachstationären oder ambulanten Behandlungen, Hilfen und Unterstützung** haben bei vielen Leistungen oder bleibt bei anderen zumindest auf dem gleichen Niveau.

Wie die Abbildung 42 zeigt, haben zwischen rund 10 und rund 80% der befragten Krankenhaus-Patienten einen erklärten Bedarf an einer nachstationären oder ambulan-

ten Leistung. Nahezu alle der hier relevanten Leistungen müssten, um den weiteren Gesundungs-, Heilungs- oder Regenerationsprozess so wirksam wie möglich fördern zu können, möglichst nahtlos und zügig nach Entlassung aus dem Krankenhaus verfügbar und nutzbar sein.

Abbildung 42: Bedarf und Nichterhalt von nachstationären Behandlungen und Hilfen 2002 und 2005



Der Bedarf an nachstationären Leistungen nimmt zwischen 2002 und 2005 besonders bei Reha-Leistungen, der Physiotherapie und ähnlichen Leistungen, der Betreuung durch Angehörige zu Hause, den Hilfsmitteln (z. B. Gehhilfe) und der ambulanten Krankenhausbehandlung oder Übergangspflege um durchschnittlich 5 Prozentpunkte zu.

Rund ein Viertel der Patienten, die überhaupt einen nachstationären Leistungsbedarf haben, brauchten dann auch mehr als eine der genannten Leistungen und damit tendenziell auch mehr Vorbereitungsaufwand.

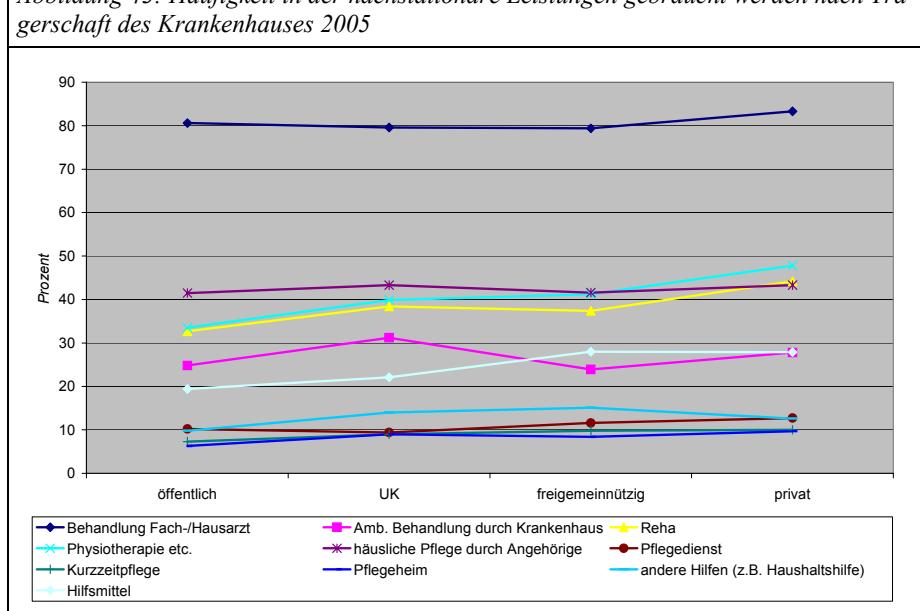
Mit Ausnahme der ambulanten ärztlichen Versorgung, bei der lediglich ein Prozent der Befragten mit Bedarf Probleme beim Erhalt angab, haben rund 3-4 Monate nach der Entlassung zwischen 10 und 80 % der Befragten Leistungen nicht erhalten, die sie nach ihrer Ansicht gebraucht hätten. Dabei gibt es mit rund 10 % Nichterhalt die geringsten Probleme bei einer zum Teil im persönlichen Umfeld des Patienten zu organisierenden Leistung, der häuslichen Pflege durch Angehörige. Bei den meisten anderen Hilfen handelt es sich um Leistungen, die bei der gesetzlichen Krankenversicherung, Rentenversicherung, Pflegeversicherung oder anderen Sozialinstitutionen zu beantragen sind und von diesen bewilligt werden müssen. An der Spitze der trotz subjektiven Bedarfs

nicht erhaltenen Leistungen stehen in beiden Jahren die verschiedenen ambulanten und stationären Pflegeleistungen, die zumindest bis zum Befragungszeitraum von 60 bis 80 % der subjektiv bedürftigen Patienten nicht erhalten wurden. Einen Teil dieser Leistungen könnten die Betroffenen aber durchaus noch erhalten. Ob dies dann noch rechtzeitig genug für die erwünschten Wirkungen ist, kann mit diesen Daten nicht geklärt werden, stellt aber möglicherweise ein Versorgungsproblem dar.

Anders sieht es bei den zunächst einmal zeitlich befristeten und akuten Hilfen aus, wie der einer Haushaltshilfe, der Kurzzeitpflege oder eines Pflegedienstes, deren Funktion vorrangig die ist, den Patienten möglichst sofort nach seiner Entlassung bei der Rückkehr ins "normale Leben" zu unterstützen.

Der Bedarf an nachstationären Leistungen hängt leicht vom Typ des Krankenhauses ab, aus dem jemand entlassen wird. Wie die Abbildung 43 zeigt, haben deutlich mehr Patienten aus privaten als Patienten aus öffentlichen Krankenhäusern z. B. einen Bedarf an Rehabilitationsmaßnahmen, Haushaltshilfen oder Hilfsmittel. Physiotherapie oder Ergotherapie brauchen beispielsweise rund 48 % der Patienten aus Privat-Kliniken und "nur" rund 32 % der Patienten aus öffentlichen Krankenhäusern.

Abbildung 43: Häufigkeit in der nachstationäre Leistungen gebraucht werden nach Trägerschaft des Krankenhauses 2005

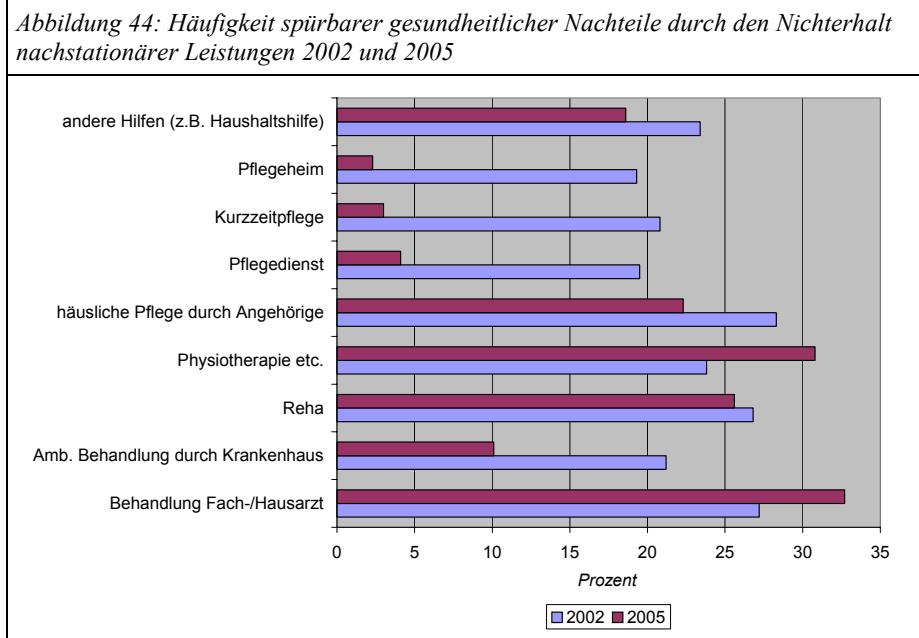


Bei anderen Leistungen, wie etwa dem Bedarf häuslicher Pflege durch Angehörige gibt es dagegen kaum Unterschiede zwischen den Patienten unterschiedlicher Krankenhaus-Typen.

Da es sowohl Patienten gibt, die eine Unterstützung brauchen, sie aber nicht erhalten, als auch nicht wenige Patienten, die mehrfach Unterstützung oder Behandlung brauchten, ist die Zeit nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus für zahlreiche Patienten ausgesprochen strapaziös, deprimierend oder frustrierend. Alles dies sind Bedingungen, die der Gesundung der Patienten eher hinderlich sind.

An der Häufigkeit des Erhalts oder Nichterhalts der meisten Leistungen hat sich zwischen 2002 und 2005 wenig geändert. Eine Ausnahme sind die rehabilitativen Leistungen, die 2005 mehr Patienten erhielten als 2002. In einem Leistungsbereich, nämlich dem der ambulanten Behandlung durch das Krankenhaus oder der Übergangspflege, zeigt sich unerwarteterweise keine Änderung. Unerwartet deshalb, weil in der Vergangenheit ein Teil des Nichterhalts derartiger Leistungen mit dem nicht vorhandenen Angebot der Krankenhäuser erklärt wurde. Die Einführung der DRGs sollte gerade hier einiges ändern. Allerdings ändert sich an einer Nichterhalts-Quote von rund 30 % trotz des leicht gestiegenen Bedarfs praktisch nichts.

Abbildung 44: Häufigkeit spürbarer gesundheitlicher Nachteile durch den Nichterhalt nachstationärer Leistungen 2002 und 2005



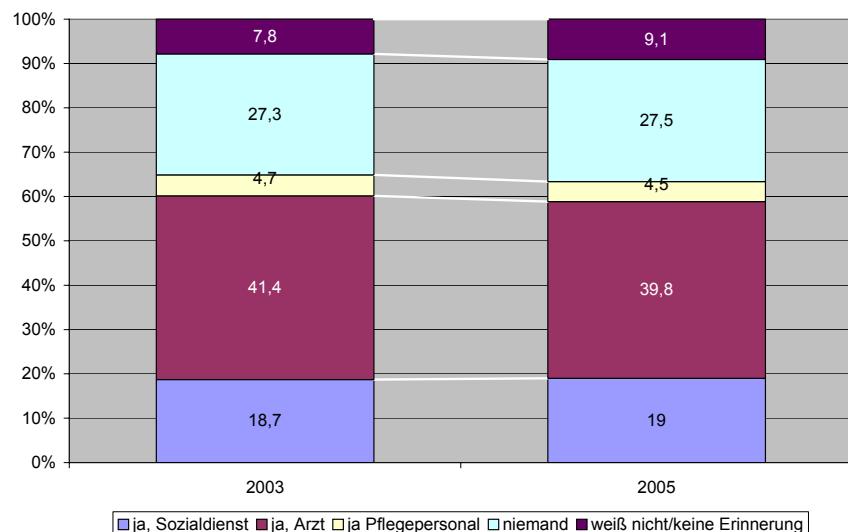
Sowohl die Messung des Leistungsbedarfs als auch die Angaben zum Erhalt der Leistungen sind subjektive oder "weiche" Angaben. Für den Fall des Nichterhalts von Leistungen bereitet die Methodik der Patientenbefragung besonders Probleme, seine gesundheitliche Relevanz und Virulenz zu beurteilen. Ob es sich dabei lediglich um leicht hinzunehmende "Wohlfühlverluste" oder gesundheitsrelevante Ereignisse handelt, wollten wir mit einer expliziten Frage nach den "spürbaren gesundheitlichen Nachteilen" nicht erhaltener Hilfen oder Behandlungen in Erfahrung bringen.

Trotz eines methodischen Problems¹⁰ und der wegen zu kleiner Fallzahlen nicht weiter bewertbaren haus- und fachärztlichen Behandlung kann die Abbildung 44 hier wichtige Trends zeigen. Generell wird klar, dass die Patienten auch selber nicht mit jeder nicht erhaltenen Leistung einen gesundheitlichen Nachteil verbunden sehen. Im Großen und Ganzen betrachten dies aber zwischen 20 und 30 % der Befragten bei einer Reihe nicht erhaltener Leistungen anders.

Die im Vergleich der Jahre 2002 und 2005 erkennbaren Veränderungen der gesundheitlichen Nachteile, die durch den Nichterhalt von Leistungen entstanden sind, sind teilweise groß, weisen aber keine einheitliche Tendenz auf: Auffällig ab nehmen zwischen 2002 und 2005 die Nachteile wegen nicht erhaltenen Pflegeleistungen. Bei physio- oder ergotherapeutischen Leistungen bewerten die Befragten die gesundheitlichen Nachteile 2005 höher als 2002.

Die Abbildung 45 zeigt, **welche Einrichtungen und Akteure im Krankenhaus sich um die Patienten kümmerten**, die "unmittelbar nach der Entlassung Hilfen oder Behandlungen benötigten".

Abbildung 45: Helfer im Krankenhaus bei benötigter nachstationärer Hilfe oder Behandlung 2002 und 2005

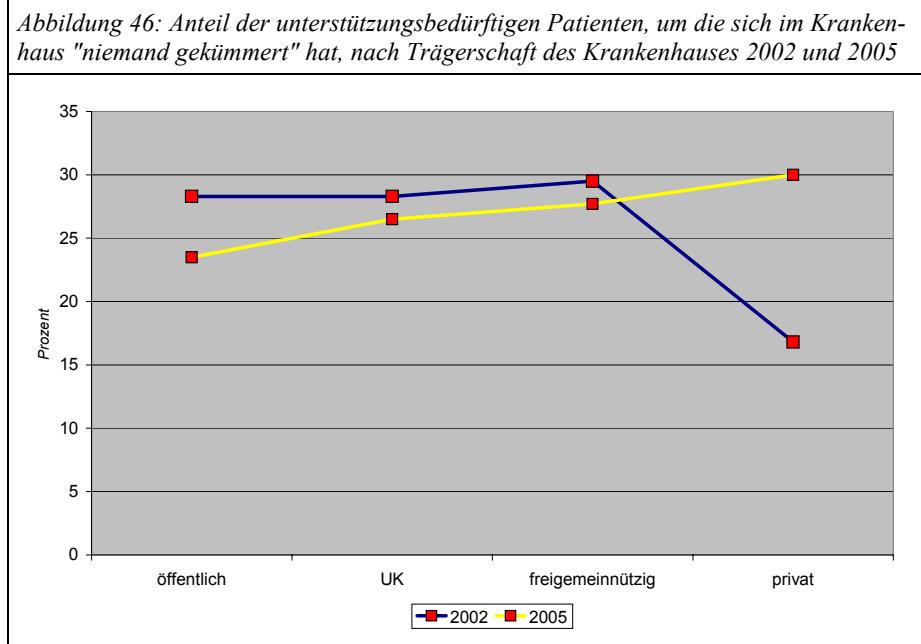


¹⁰ Im Zeitvergleich haben wir es mit etwas unterschiedlichen Antwortmöglichkeiten zu tun: Konnten die Befragten 2002 zwischen "ja, sicher" und "ja, vielleicht" wählen, konnte 2005 nur noch mit "ja" bejaht werden. Die in der Grafik einheitliche Ja-Antwortkategorie fasst für 2002 die beiden Ja-Antworten zusammen.

In beiden Jahren fällt vor allem der praktisch unverändert hohe Anteil von mehr als einem Viertel dieser nach ihrer expliziten Meinung oder Erinnerung hilfsbedürftigen Patienten auf, um die sich niemand kümmerte. Fügt man hier noch diejenigen Befragten hinzu, die sich nicht mehr erinnern können, wer oder was ihnen in dieser Situation im Krankenhaus geholfen hat, erhielten in beiden Jahren über ein Drittel beratungs- und hilfsbedürftiger Patienten keine oder keine besonders prägnante personelle oder institutionelle Unterstützung.

Die quantitativ aktivsten und bedeutendsten Akteure sind die Ärzte – mit leicht sinkender Tendenz. Der seit Jahren an den allermeisten Krankenhäusern in irgendeiner Form existierende Sozialdienst spielt dagegen in beiden Jahren bei weniger als einem Fünftel der unterstützungsbedürftigen Patienten eine Rolle.

Abbildung 46: Anteil der unterstützungsbedürftigen Patienten, um die sich im Krankenhaus "niemand gekümmert" hat, nach Trägerschaft des Krankenhauses 2002 und 2005



Wie die Abbildung 46 zeigt, verbergen sich hinter den Durchschnittswerten beider Jahre unterschiedlichste Verteilungen: So lag etwa 2002 der Anteil der Patienten mit nachstationärem Unterstützungsbedarf, um die sich im Krankenhaus niemand gekümmert hat, in privaten Krankenhäusern mit etwa 16% weit unter den Werten in allen anderen Krankenhaus-Typen. Eine der stärksten Veränderungen von 2002 bis 2005 war der Anstieg des Anteils dieser Patienten in privaten Krankenhäusern um 14 Prozentpunkte. Damit wurde diese Kategorie von Patienten in privaten Häusern größer als in den Häusern aller anderen Formen der Trägerschaft. Die Krankenhäuser unter nicht privater Trägerschaft kümmerten sich 2005 dagegen mehr als 2002 um die Patienten, welche nachstationäre Hilfe benötigten.

Wie bereits eingangs erwähnt, sollen eine Reihe von Maßnahmen, die in der Literatur unter der konzeptionellen Überschrift "**Entlassungs- und Überleitungs-Management**" seit geraumer Zeit intensiv entwickelt und diskutiert werden, die möglichen unerwünschten gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen verkürzter Liegezeiten noch im Krankenhaus verhindern oder abmildern. Angesichts der Vielfalt und Komplexität dieser Maßnahmen sind sich die Experten einig, dass die Veränderung der Schlussphase vieler Krankenhausaufenthalte einen langen Vorlauf der ideellen Motivation, professionellen Differenzierung und Spezialisierung sowie strukturelle und organisatorische Veränderungen braucht. Diesen Prozess auf das Ende der DRG-Konvergenzphase zu verschieben und gleichzeitig auf Wirksamkeit zu hoffen ist unrealistisch. Diese Erwägungen haben unsere Hypothesen und Suchstrategien in diesem Bereich insofern beeinflusst, als dass wir sichtbare Veränderungen erwarteten.

In beiden Befragungswellen wurden die Patienten zweistufig danach gefragt, ob sie 5 ausgewählte Elemente eines Entlassungs- und Überleitungsmanagements überhaupt brauchten und wenn ja, ob sie die Leistungen erhielten. In die folgenden Analysen gehen also nur die Angaben der Patienten ein, welche die betreffende Leistung ausdrücklich benötigt hätten.¹¹ Die 5 ausgewählten Entlassungsleistungen waren die "verständliche" Erklärung von "Sinn und Zweck der Medikamenteneinnahme nach der Entlassung" durch Ärzte, die Erklärung, wie sich die Patienten "nach der Entlassung verhalten und auf welche Warnsignale sie achten sollen", durch Ärzte, die Besprechung "wann und wie" Patienten "ihre gewohnten Alltagsaktivitäten wieder aufnehmen können", die "ausführliche" Erklärung, wie sich die Patienten "bei ihrer Genesung selber helfen können", und schließlich die Information der Angehörigen oder anderer nahe stehender Personen, wie dem Patienten "bei der Genesung geholfen werden kann". Im Jahr 2005 schloss sich diesen Fragen noch die Frage an, ob die Patienten "an der Entscheidung, wann sie entlassen wurden, beteiligt" wurden.

Ob und wie eine weitere wichtige Leistung von Krankenhaus-Akteuren funktionierte, die sinnvollerweise vor der Entlassung aus dem Krankenhaus erbracht werden müsste, nämlich die Unterstützung zum Erhalt notwendiger nachstationärer Behandlungen, Hilfen und Unterstützungen, wurde bereits ausführlich weiter oben dargestellt.

Die Abbildung 47 zeigt zu dem von uns untersuchten Entlassungs- und Überleitungs geschehen dreierlei: Erstens existiert in beiden Jahren ein im Prinzip stabiles Gefälle beim Nichterhalt zwischen medizinisch-ärztlichen, sozialmedizinischen und nichtmedizinisch-nichtärztlichen Leistungen. Zweitens haben in beiden Jahren zwischen rund 10 und 60 % der befragten Patienten Leistungen nicht erhalten, deren Sinn und Wert vielfach anerkannt ist und deren Substanz oder Ziel z. B. in den gesundheitspolitischen Debatten über "mehr Eigenverantwortung" seit Jahren von den Patienten eingefordert werden. Drittens verringert sich der Anteil der Patienten, welche die Leistungen nicht

¹¹ Hierbei handelt es sich um diejenigen Befragten, die nicht ankreuzten, für sie wäre die betreffende Leistung "nicht notwendig" gewesen.

erhalten haben, bei einigen der ausgewählten Leistungen innerhalb des dreijährigen Untersuchungszeitraums graduell um 3 bis knapp 5 Prozentpunkte.

Der Umkehrschluss, alle anderen Befragten hätten die jeweilige Leistung erhalten und dies wäre ja zumindest bei zwei Leistungsarten die große Mehrheit, ist allerdings voreilig. Denn, wie die Abbildung 48 zeigt, haben maximal knapp zwei Drittel der Patienten mit selbst wahrgenommenen Bedarf an diesen Leistungen die Medikamentenerklärung in für sie optimaler Art und Weise erhalten. Dieser Anteil sinkt bei den anderen Leistungen schnell unter die 50-Prozentmarke. Ein großer Teil der Patienten hat die Leistungen nur "einigermaßen" erhalten. Der Anteil der so bewertenden Patienten betrug 2005 beispielsweise bei der Angehörigenunterstützung 16,8% und bei der Medikamentenerklärung sogar 25,3 %.

Ob die graduelle Veränderung oder Verbesserung bei einigen Leistungen als positives Anzeichen für die Anpassungsfähigkeit der Krankenhäuser an die DRG-Bedingungen gewertet kann oder nicht, wird an dieser Stelle noch nicht geklärt. Zuvor sollen die bisherigen Durchschnittswerte etwas differenzierter betrachten werden, und zwar nach Merkmalen und Bedingungen wie der Trägerschaft der Krankenhäuser, ihrer Bettenanzahl, den Behandlungsanlässen und der soziodemografischen Struktur der Patienten, insbesondere ihres Alters.

Sieht man sich die Entwicklung des Anteils der Patienten, die die fünf Entlassungsleistungen nicht erhalten haben, nach der Trägerschaft des Krankenhauses an, ergibt sich ein eindeutiges Bild (siehe Abbildung 49): Der Anteil wächst durchweg nur in privaten Häusern und bei drei der fünf Leistungen steht dem steigenden Anteil in Privatkliniken ein sinkender Anteil in allen anderen Krankenhäusern gegenüber.

Aus einer etwas anderen als der hier vorrangig genutzten Perspektive zeigt die Abbildung 50 den bei allen Entlassleistungen abnehmenden Anteil der Patienten aus privaten Krankenhäusern, welche diese Leistungen "voll und ganz" oder "ausführlich" erhielten. Demgegenüber fühlen sich mit einer Ausnahme (Erklärung des Umgangs mit verordneten Medikamenten) Patienten in öffentlichen Krankenhäusern besser entlassen. Dies gilt auf einem jeweils niedrigeren Niveau auch für die Patienten in Uni-Kliniken und freigemeinnützigen Krankenhäusern.

Neben dem Zusammenhang der Qualität des Entlassungsgeschehens mit der Trägerschaft des Krankenhauses gibt es noch weitere Einflussfaktoren. Einer ist die Bettenanzahl des Hauses.

Die Abbildung 51 zeigt für alle Leistungen und für das Jahr 2005 ähnliche Zusammenhänge: Der Anteil der Patienten, welche die fünf Entlassungsleistungen nicht erhielten, steigt von einem durchweg niedrigen Niveau in den Krankenhäusern mit bis zu 99 Betten stetig auf einen Maximalwert in den Kliniken mit 500 bis 999 Betten und sinkt bei den noch größeren Krankenhäusern mit einer kleinen Ausnahme (Aufklärung über Warnsignale) wieder leicht ab.

Abbildung 47: Anteil der Patienten, der keine Entlassungsleistungen erhielt in den Jahren 2002 und 2005

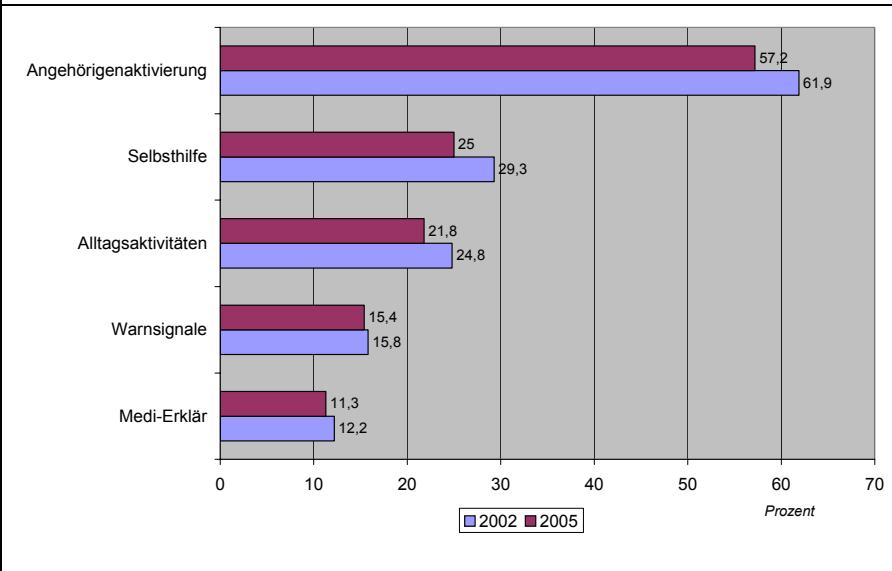


Abbildung 48: Anteil der Patienten, der die Entlassungsleistungen "voll und ganz" oder "ausführlich" erhielt in den Jahren 2002 und 2005

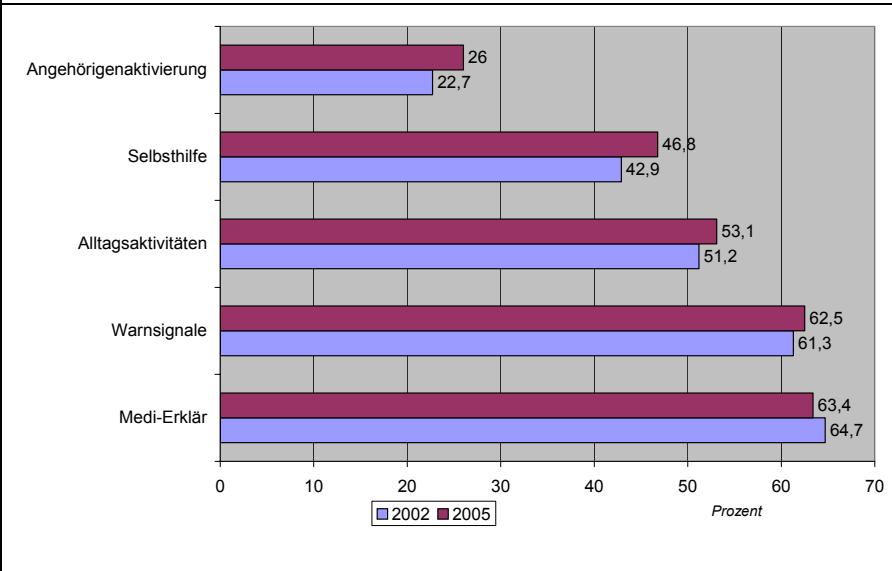


Abbildung 49: Veränderung des Anteils von Patienten, der Entlassungsleistungen nicht erhielt, nach Trägerschaft des Krankenhauses 2002-2005 (in Prozentpunkten)

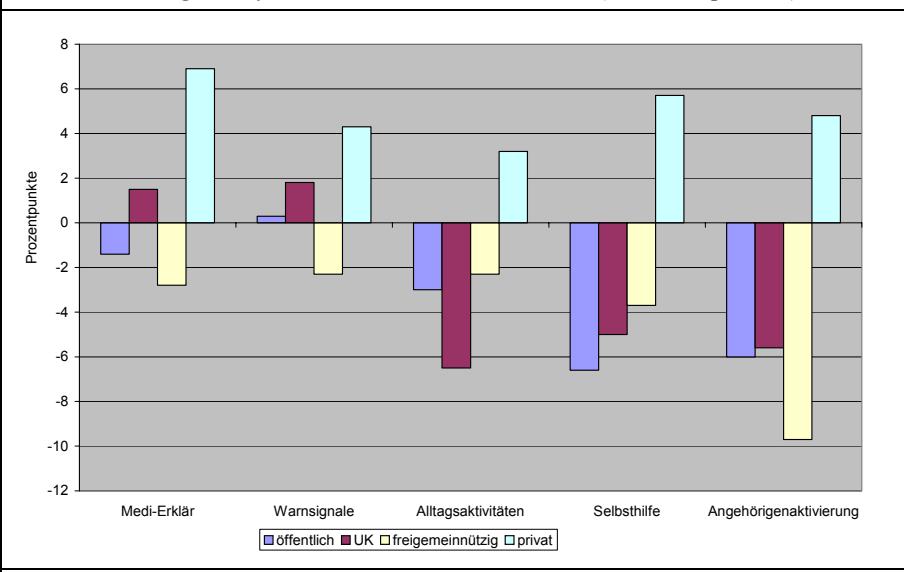


Abbildung 50: Veränderung des Anteils von Patienten, der Entlassungsleistungen "voll und ganz/ausführlich" erhielt, nach Trägerschaft des Krankenhauses 2002-2005 (in Prozentpunkten)

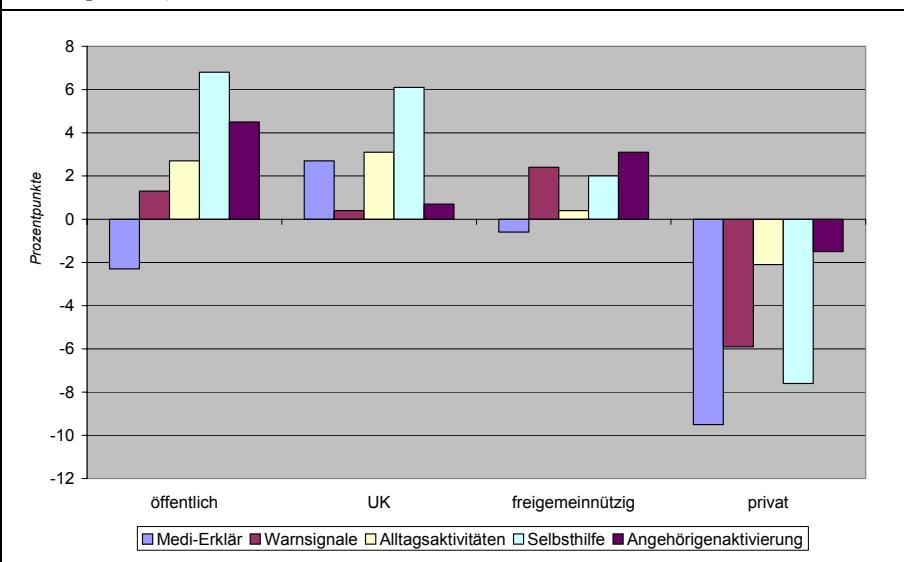
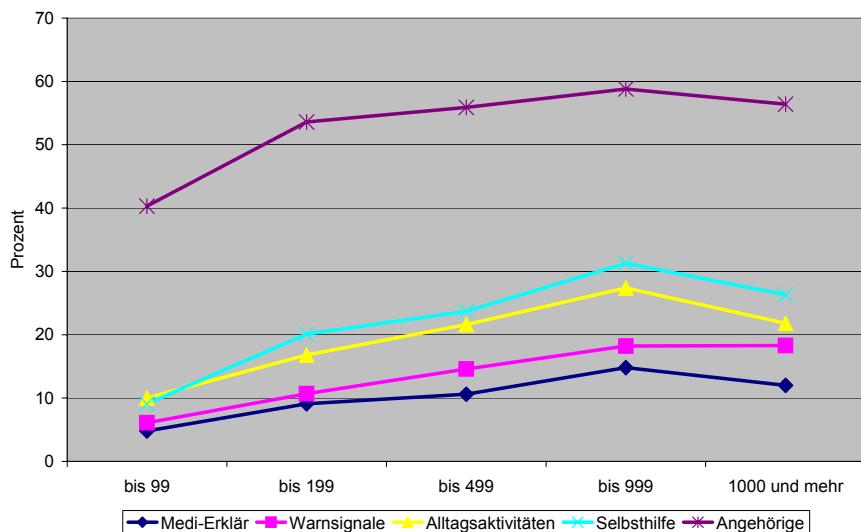


Abbildung 51: Anteil der Patienten, der keine Entlassungsleistungen erhielt nach Bettenanzahl des Krankenhauses 2005



Neben den institutionellen Einflussfaktoren interessieren uns aber noch persönliche Merkmale und dabei besonders das Alter und der Bildungsstand.

Auch hier zeigt ein erster Blick auf die Veränderung des Anteils der Befragten, welche eine oder mehrere der Entlassungsleistungen nicht erhielten, deutliche Unterschiede. Hinter der insgesamt leichten Verbesserung der Versorgung mit diesen Leistungen befinden sich kräftige Verbesserungen bei den 30-39-Jährigen aber auch noch den 40-49-Jährigen und deutlich geringere Verbesserungen bei den 50-59- und 70-80-jährigen Befragten. Bei Leistungen wie den Hinweisen auf Warnsignale oder auch der Erklärung von Medikamenten erhöht sich sogar unter den Älteren der Anteil der Patienten, die keine Leistung erhielten, leicht.

Dieses eindeutige Veränderungsmuster setzt sich mit einigen Abstrichen fort, wenn man sich die Anteile der Patienten ansieht, welche den Erhalt von Entlassungsleistungen positiv bewerteten. Hier gibt es nur noch bei den 30-39-jährigen Patienten kräftige Verbesserungen bei allen Leistungen, denen wesentlich geringfügigere und auch inhaltlich nicht uneingeschränkte Verbesserungen bei den 60-69 und 70-80-Jährigen gegenüber stehen. Die nächst jüngere Altersgruppe der 50-59-Jährigen verschlechtert sich außerdem bei fast allen Leistungen.

Abbildung 52: Veränderung des Anteils von Patienten, der Entlassungsleistungen nicht erhielt, nach Altersgruppen 2002-2005 (in Prozentpunkten)

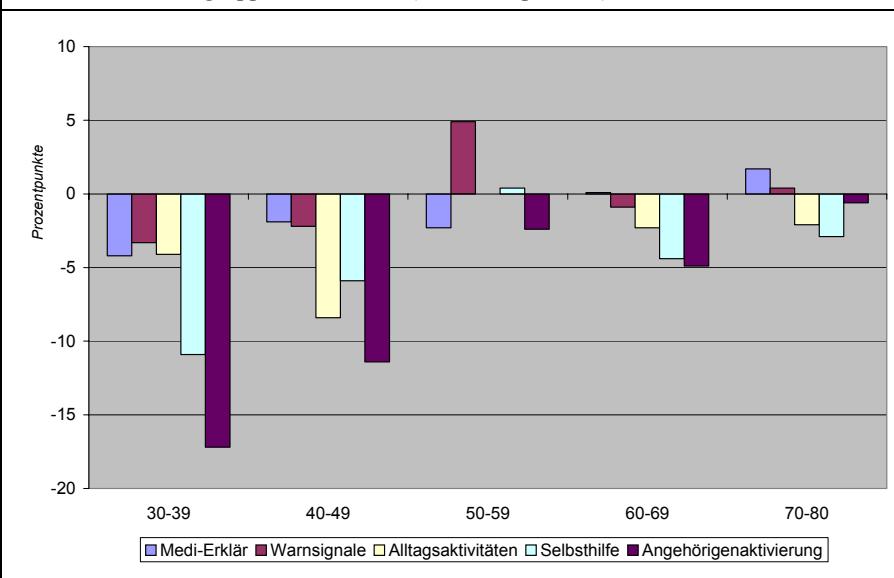
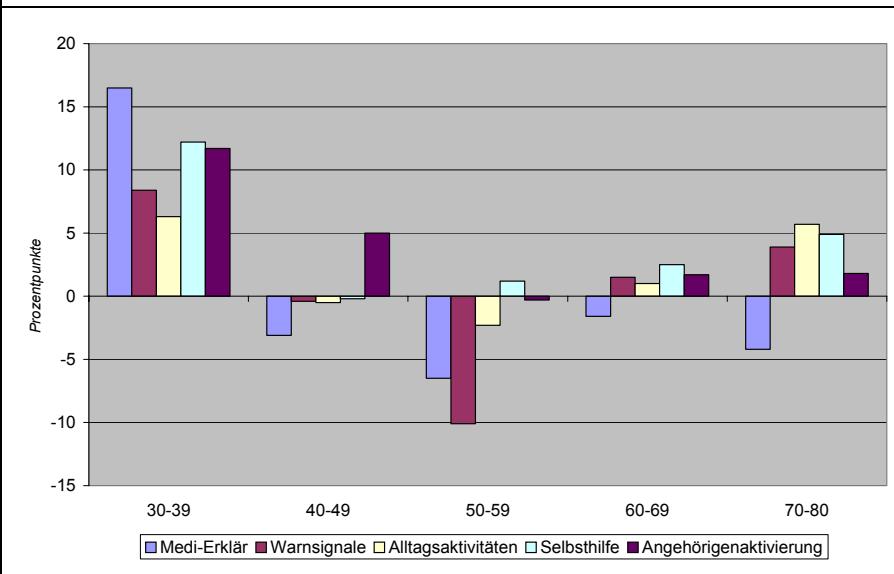
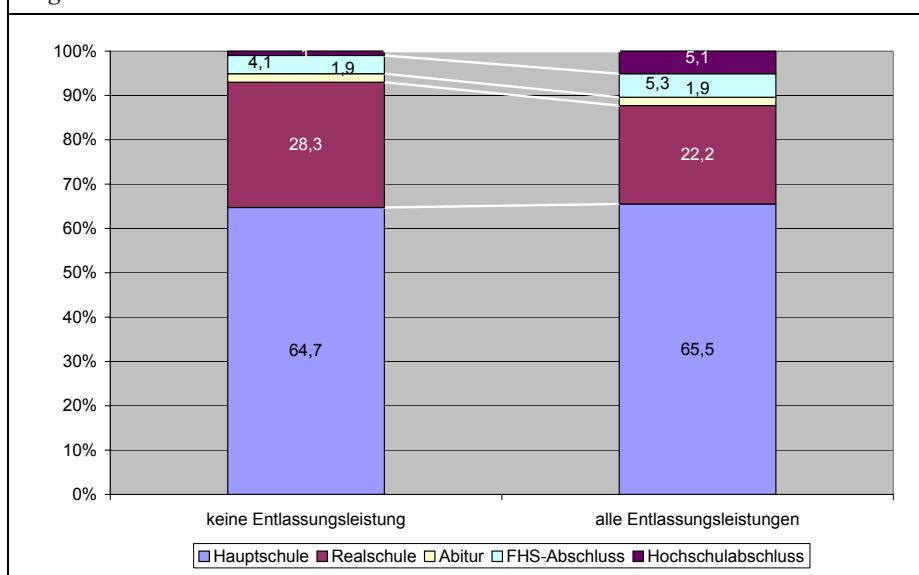


Abbildung 53: Veränderung des Anteils von Patienten, der Entlassungsleistungen "voll und ganz/ausführlich" erhielt, nach Altersgruppen 2002-2005 (in Prozentpunkten)



Neben dem Alter spielt häufig auch der Bildungsstand von Patienten eine Rolle, wenn es um den Erhalt oder Nichterhalt von Leistungen geht. Für diese Analyse betrachten wir nur noch die beiden Extremgruppen, nämlich diejenigen welche gar keine oder alle Entlassungsleistungen erhalten haben. Die Gruppe ohne jegliche Entlassungsleistung umfasste in beiden Jahren 3 % aller Befragten, die Gruppe, welche alle Entlassungsleistungen "voll und ganz" oder "ausführlich" erhielt, umfasste 2002 5 % und 2005 7,3 % aller Befragten.

Abbildung 54: Bildungsstruktur der Patienten, die alle oder gar keine Entlassungsleistungen erhielten 2005



Wie die Abbildung 54 zeigt, gibt es auf niedrigem Niveau auch bei Entlassungsleistungen bildungsspezifische Werte: Im Jahr 2005 belief sich der Anteil der Patienten mit Fachhochschul- oder Hochschulabschluss, die keine dieser fünf Leistungen erhielten, auf 5,1 %. Unter den Patienten, die alle genannten Leistungen erhalten, belief sich der Anteil mit höheren Bildungsabschlüssen auf 10,4 %. Dies führte aber nicht zu einer Verringerung des Anteils der Befragten mit niedrigem Bildungsabschluss, sondern der Anteil der Realschulabsolventen ist in der Gruppe, die alle Entlassleistungen erhalten hat um rund 6 Prozentpunkte geringer als in der Gruppe, die keine Entlassleistungen erhalten hat.

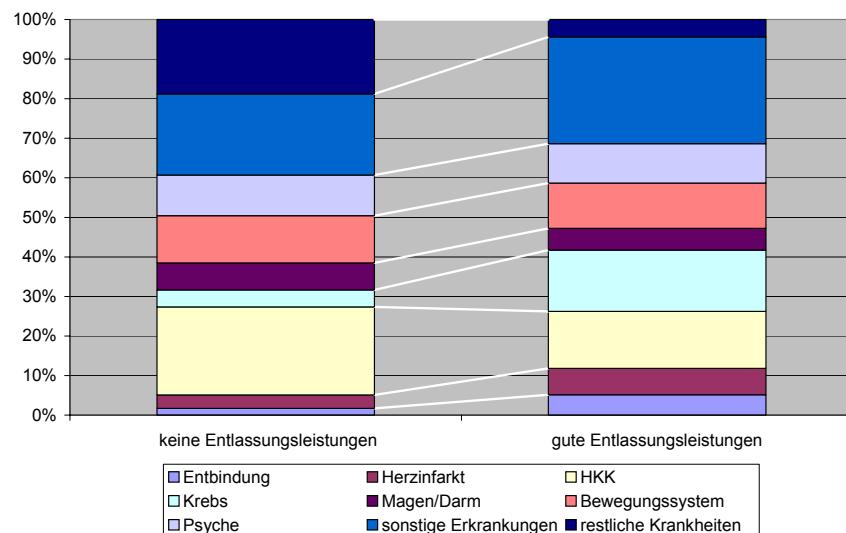
Die bisherigen Analysen berücksichtigten einen weiteren qualitativen Differenzierungsfaktor nicht, nämlich die Art des gesundheitlichen Anlasses des Krankenhausaufenthaltes.

Kontrastiert man die Befragten erneut danach, ob sie alle oder gar keine der Entlassungsleistungen erhalten und differenziert zusätzlich nach den von ihnen genannten

Behandlungsanlässen, zeigen sich mehrere Zusammenhänge zwischen Art der Erkrankung und der Versorgungsqualität. Auffällig sind zunächst die deutlich geringeren Anteile der Patienten mit einer Krebserkrankung, einer Entbindung und einem Herzinfarkt unter den Befragten, die gar keine der Leistungen erhalten. Negativ fällt aber der deutlich höhere Anteil der Befragten mit Herz-/Kreislauferkrankungen unter den Befragten ohne irgendeine der Entlassungsleistungen auf. Rund 40 % der Befragten ohne Entlassungsleistungen sind wegen einer Vielzahl von im Fragebogen abgefragten oder nicht genannten Erkrankungen im Krankenhaus gewesen. In der rundum gut entlassenen Gruppe fällt diese Art der Patienten mit rund 30 % erheblich kleiner aus.

Die Analyse der Entlassungsleistungen soll mit weiteren Vergleichen der Patienten, die gar keine oder alle diese Leistungen erhalten haben, abgerundet werden.

Abbildung 55: Häufigkeit der Krankheiten von Patienten, die alle oder gar keine Entlassungsleistung erhielten im Jahr 2005



Einige der bereits bekannten träger- und altersgruppenspezifischen Werte werden dabei unterstrichen. Hinzu kommen aber auch eine Reihe ergänzender Beobachtungen. Auch hier findet sich bei den Patienten der privaten Krankenhäuser ein von 2002 auf 2005 um rund 12 Prozentpunkte zunehmender Anteil, der gar keine der 5 Entlassungsleistungen erhalten hat. Um fast denselben Wert verringert sich dieser Anteil in den öffentlichen Krankenhäusern. Interessant ist aber zusätzlich der ebenfalls um rund 5 Prozentpunkte wachsende Teil der Patienten in Privat-Krankenhäusern, die alle Entlassungsleistungen uneingeschränkt gut erhalten und der um rund 6 Prozentpunkte abnehmende Anteil dieser Gruppe von Patienten in den öffentlich getragenen Krankenhäusern.

Abbildung 56: Veränderung des Anteils von Patienten, der gar keine oder alle Entlassungsleistungen erhielt nach Trägerschaft des Krankenhauses 2002 und 2005 (in Prozentpunkten)

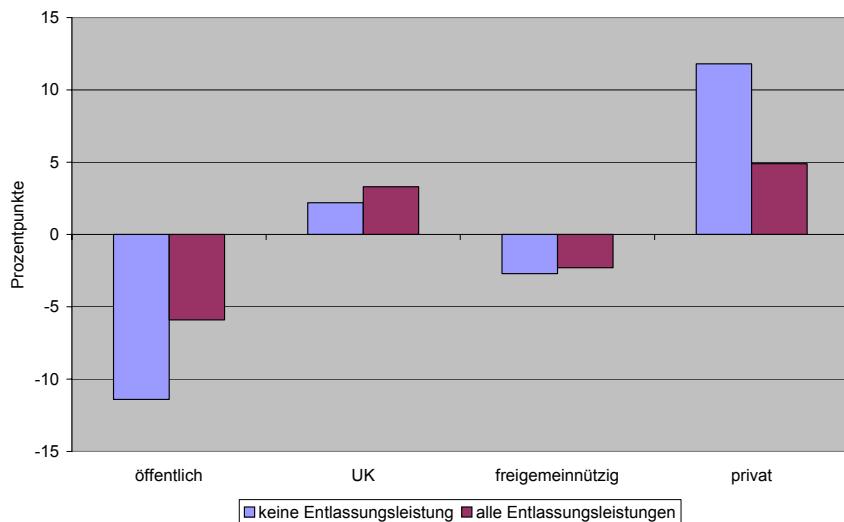
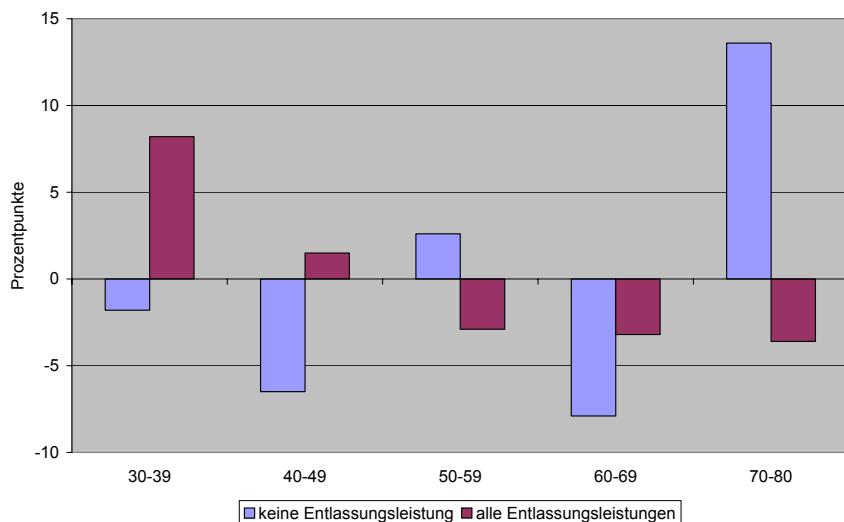


Abbildung 57: Veränderung des Anteils von Patienten, der gar keine oder alle Entlassungsleistungen erhielt nach Altersgruppen 2002 und 2005 (in Prozentpunkten)



Differenziert nach Altersgruppen stellen sich die beiden Extremtypen der Versorgung mit Entlassungsleistungen wie folgt dar: Bei den 70-80-Jährigen findet sich eine kräftige Zunahme des Anteils der Patienten ohne jegliche Entlassungsleistung neben einer leichten Abnahme des Anteils gut entlassener Patienten und häuft sich zu einer spürbaren Verschlechterung auf. Die insgesamt zu beobachtende Verbesserung bei den jüngeren Patienten ergibt sich aus einer Verringerung des Anteils der Patienten ohne Entlassungsleistung und einer Zunahme der gut entlassenen Befragten.

Die eingangs dieses Abschnitts aufgeschobene Bewertung des Niveaus der Versorgung mit Entlassungsleistungen und seiner Veränderungen zwischen 2002 und 2005 stellt sich im Lichte der verschiedenen Detailanalysen folgendermaßen dar:

- Angesichts der weiteren Verkürzung der Liegezeiten zwischen 2002 und 2005 und des damit verbundenen Drucks auf die letzte Phase des Krankenhausaufenthalts sind die leichten Verbesserungen bei einigen Entlassungsleistungen sehr gering zu bewerten. Da der Aufbau eines für die "scharfe" Phase der DRGs notwendigen Entlass- und Überleitungsmanagements auch nicht von heute auf morgen möglich ist, weisen die lediglich geringfügigen Verbesserungen auf Entwicklungsdefizite hin, die sich schnell negativ auswirken können. Stillstand oder leichte Verbesserungen stellen unter den Herausforderungen und Zwängen der immer schneller und härter greifenden Konvergenzphase tatsächlich einen Rückschritt und eine Gefährdung für die künftig nicht optimal entlassenen Patienten und der Krankenhäuser dar.
- Die insgesamt unzulängliche Gesamtentwicklung verläuft uneinheitlich und zum Teil gegenläufig. Einer Verschlechterung des Entlassgeschehens in privaten Krankenhäusern stehen Verbesserungen in öffentlichen Kliniken gegenüber. Angesichts der vielfachen Prognosen einer raschen Zunahme des Anteils privater Kliniken an allen Krankenhäusern könnte sich dieser Trend – sollte er anhalten – als insgesamt belastend erweisen.
- Bedenklich stimmt auch die wachsende Ungleichheit oder Polarisierung des Entlassgeschehens zwischen Jungen und Alten.
- Es gibt Hinweise auf eine unterschiedliche Qualität des Entlassgeschehens bei unterschiedlichen Erkrankungen. Es scheint, als ob bei einigen klar abgrenzbaren Erkrankungen die Qualität der Entlassungs-Versorgung zunimmt, sich bei der Vielzahl spezieller und zahlenmäßig geringeren Erkrankungen dagegen verschlechtert.

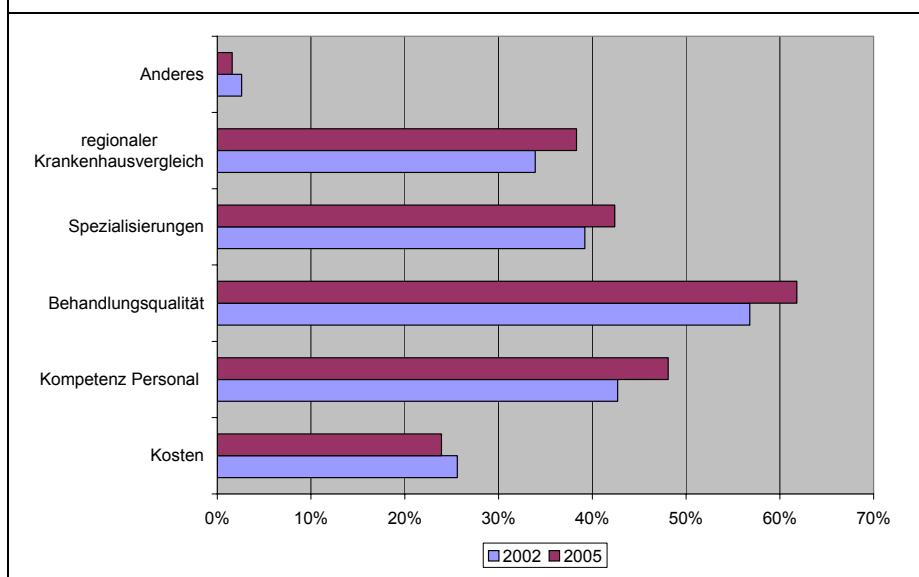
3.8. Nach der Entlassung

Der Anteil der Patienten, die sich über einen möglichen weiteren Krankenhausaufenthalt "ausreichend informiert" fühlen, sank leicht von 41,3 % auf 39,8 %.

Bei den Befragten, die überhaupt an **Informationen** interessiert waren, wuchs das Interesse an bestimmten Informationen für die Zukunft sogar noch. Die hier relevanten Themen zeigt die Abbildung 58. Einem leicht sinkenden Interesse an Kosteninformati-

onen stehen mit beträchtlichem Abstand zu Strukturinformationen auch noch wachsende Informationsbedürfnisse über die Qualität der Versorgung und die Qualifikation der professionellen Akteure im Krankenhaus gegenüber.

Abbildung 58: Informationsbedürfnisse für eine künftige Krankenhausbehandlung 2002 und 2005



Die **Übernahme oder Nicht-Übernahme von Therapiemaßnahmen des Krankenhauses** und besonders der Versorgung mit Arzneimitteln stellt ein auch vor der DRG-Einführung immer wieder beschriebenes Problem dar.

Ein sogar von 74 % auf 78 % angewachsener Teil der von uns Befragten bekommt von ihrem niedergelassenen Arzt „ohne weiteres“ die im Krankenhaus gewählte Therapie. Was wir dabei nicht in Erfahrung bringen können, ist, ob es sich dabei wirklich um eine Veränderung der ambulanten Therapiemuster handelt oder um eine Anpassung der Therapieweise des Krankenhauses an die ambulanten Bedingungen. Die Gruppe der Patienten, deren Therapie nach der Entlassung umgestellt wurde, sinkt entsprechend von 11 auf 8 %. Etwas mehr als 50 % der Befragten, denen ambulant die im Krankenhaus gewählte Therapie verweigert wird, erfuhr in beiden Jahren „gar keine“ Gründe. Explizit finanzielle oder medizinische Gründe wurden rund 10 oder knapp 20 % dieser Patienten genannt.

Auf die vermutlich sehr komplexen Bedingungen der Übernahme von Therapien durch niedergelassene Ärzte weisen ein paar unerwartete Ergebnisse der Befragung hin, die bestimmten Annahmen über die sozialen Faktoren in Arzt-Patient-Interaktionen zuwiderlaufen. Zu den Patienten, welche die Therapiemaßnahmen des Krankenhauses überdurchschnittlich häufig nicht erhielten, zählen Frauen, 30-39-Jährige sowie Personen

mit dem Bildungsabschluss Abitur oder Hochschulabschluss. Umgekehrt werden z. B. Hauptschulabsolventen oder 70-80-jährigen Personen am wenigsten die Therapiemaßnahmen aus dem Krankenhaus verweigert.

3.9. Generelle Bewertungen der stationären Versorgung

Um mehr vom Gesamteindruck zu erfahren, den ein Krankenhausaufenthalt auf Patienten gemacht hat, fragen wir sie danach, ob sie "das Krankenhaus, in dem sie ihren letzten Aufenthalt hatten, einem **Verwandten oder Freund mit denselben gesundheitlichen Problemen weiter empfehlen**" würden. Ähnlich wie bei Zufriedenheitsfragen ist zu erwarten, dass die überwiegende Mehrheit der Befragten "ihr" Krankenhaus weiter empfiehlt. Bei 85,2% im Jahr 2002 und nahezu unveränderten 85,7% im Jahr 2005 ist dies auch der Fall. In beiden Jahren findet sich keine Untergruppe der Patienten, in der weniger als 80% derselben Meinung sind. Über diesem Niveau gibt es aber doch einige erwartete oder bereits bekannte Unterschiede. So würden bis zu 96% der Patienten aus kleinen Krankenhäusern dieses weiter empfehlen. Auch würden mehr Patienten aus freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern als aus öffentlichen Kliniken und Uni-Kliniken ihre Behandlungsstätte weiter empfehlen. Bei den Patienten aus privaten Kliniken fällt aber auch hier ein vergleichsweise kräftiger Rückgang dieses Wertes um 5 Prozentpunkte auf.

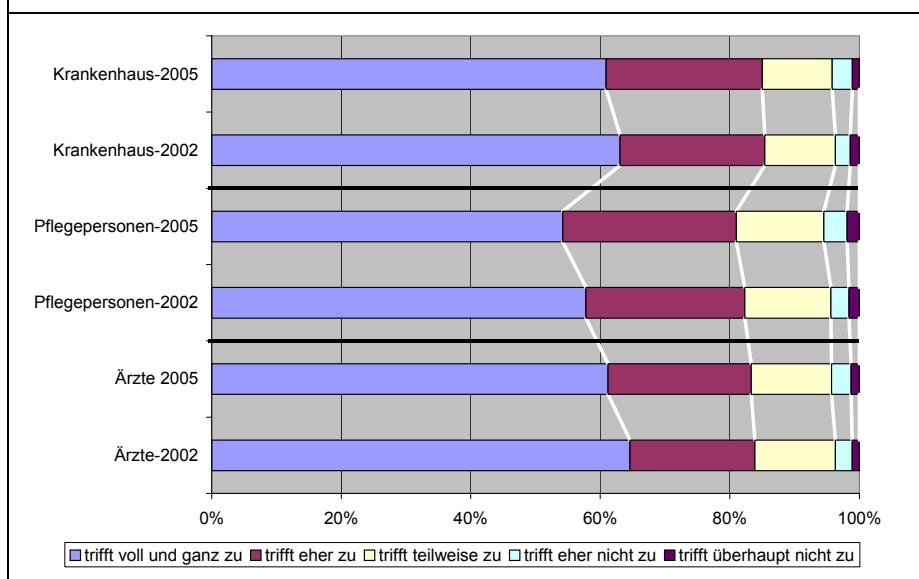
Das **Vertrauen in Personen, Institutionen, ihre Handlungen oder Eigenschaften** ist sowohl eine wichtige und effiziente Ressource für deren Wirksamkeit als auch ein wichtiger Indikator für das Wechselverhältnis von BürgerInnen, KundInnen oder PatientInnen zu diesen Personen oder Institutionen und seinen Veränderungen (vgl. ausführlicher Braun/Schnee 2002).

Um in diesem Sinne mehr über das Verhältnis von Patient und der stationären Versorgungswirklichkeit zu erfahren, fragten wir die Patienten, ob sie „uneingeschränktes Vertrauen zu Ärzten und Ärztinnen“, „in Schwestern und Pfleger“ und darin hatten, „dass im Krankenhaus alles für meine Gesundung getan wurde“. Die Antworten konnten auf einer 5-er Skala von „trifft voll und ganz zu“ bis „trifft überhaupt nicht zu“ gegeben werden.

Die Abbildung 59 zeigt dazu mehrerlei:

- Maximal etwas mehr als 60% der Befragten haben ein insgesamt völlig uneingeschränktes Vertrauen.
- Das Vertrauen in Ärzte ist etwas höher als in Pflegepersonen und in die Institution Krankenhaus,
- das uneingeschränkte Vertrauen nahm von 2002 auf 2005 um rund 5 Prozentpunkte ab und
- völlig oder weitgehend eingeschränktes Vertrauen haben maximal 8% der Patienten 2005 und zwar zu Pflegekräften.

Abbildung 59: Häufigkeit von Vertrauen von Patienten zu Ärzten, Pflegepersonal und Krankenhaus 2002 und 2005



Sowohl was das Niveau als auch die Veränderungsdynamik angeht, findet man bei differenzierteren Analysen ausgeprägtere Werte.

Die drei folgenden Abbildungen zeigen die Häufigkeit von uneingeschränktem Vertrauen zu Ärzten, Pflegepersonen und zur Institution Krankenhaus für die Merkmale Trägerschaft des Krankenhauses, Alter und höchster Bildungsabschluss der Befragten in den Jahren 2002 und 2005.

Für das Vertrauen zu Ärzten fallen besonders drei Aspekte ins Auge:

- Ältere Patienten und Hauptschulabsolventen haben am meisten, jüngere und Patienten mit höheren Bildungsabschlüssen haben am wenigsten uneingeschränkt Vertrauen zu Ärzten,
- unter den Patienten mit höheren Bildungsabschlüssen wächst der Anteil mit Vertrauen zwischen den Befragungszeitpunkten an und
- der größte Verlust an Vertrauen von 2002 auf 2005 findet gegenüber den Ärzten in privaten Krankenhäusern statt.

Abgesehen von den bereits generell bekannten Niveauunterschieden zeigen sich beim Vertrauen zu Pflegepersonen meist dieselben Tendenzen wie bei den Ärzten. Einer der wenigen Unterschiede ist das bei fast allen Befragten mit höheren Bildungsabschlüssen sinkende Vertrauensniveau.

Abbildung 60: Veränderung des uneingeschränkten Vertrauens zu Ärzten nach ausgewählten Merkmalen 2002–2005

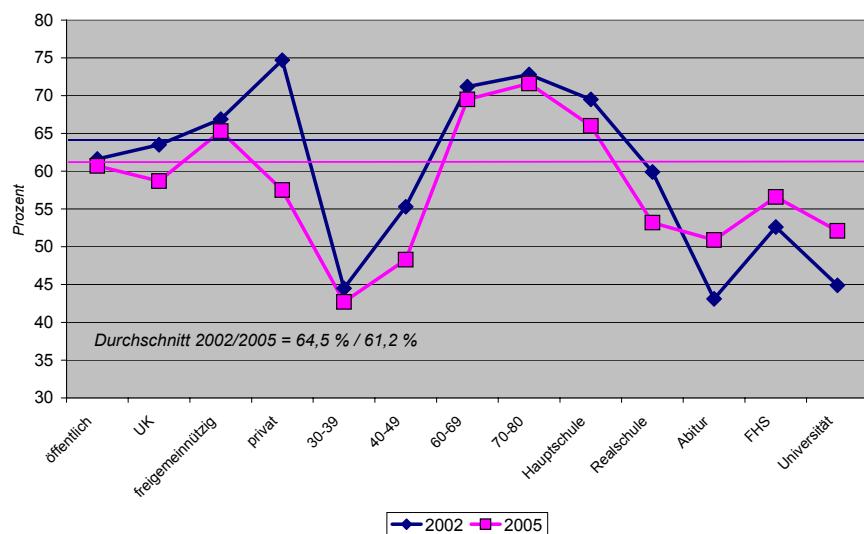


Abbildung 61: Veränderung des uneingeschränkten Vertrauens zu Pflegekräften nach ausgewählten Merkmalen 2002–2005

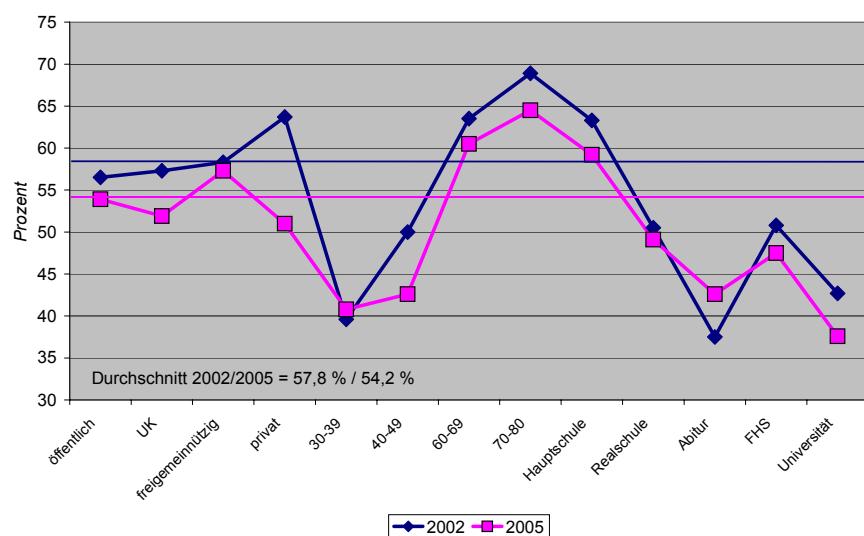
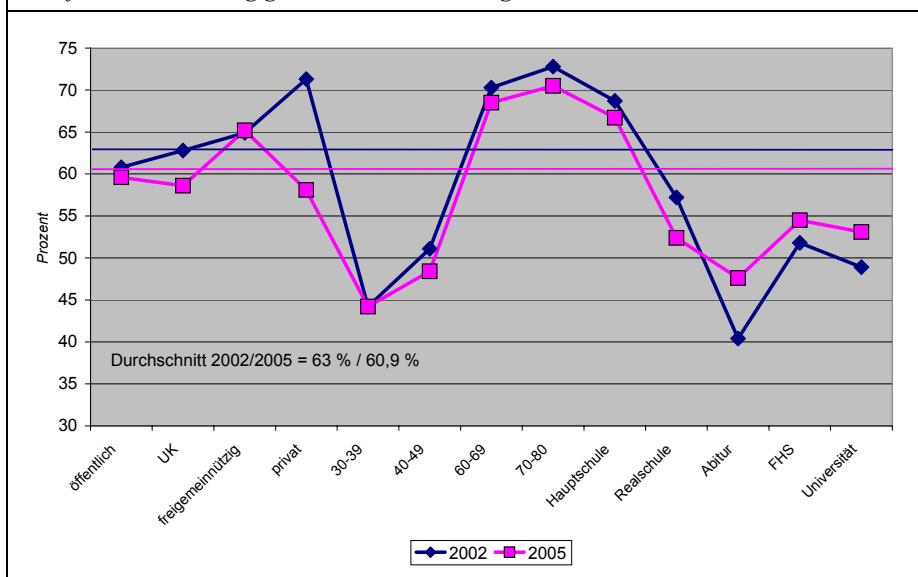


Abbildung 62: Veränderung des uneingeschränkten Vertrauens, dass im Krankenhaus alles für die Gesundung gemacht wird nach ausgewählten Merkmalen 2002–2005



Da das Vertrauen in die Institution Krankenhaus sehr stark durch das Vertrauen in Ärzte bestimmt wird, gibt es auch kaum Unterschiede zum Gesamtniveau und der Ausprägung von Vertrauen in den Untergruppen.

Insgesamt ist aber auffällig, dass der zwischen 2002 und 2005 durchweg kräftige Verlust des Vertrauens in die privaten Krankenhäuser und die gleichzeitig nur geringfügigen Veränderungen in den öffentlichen und freigemeinnützigen Kliniken dazu führten, dass die freigemeinnützigen Krankenhäuser 2005 das höchste Vertrauenspotenzial aufwiesen.

Neben den soziodemografischen Merkmalen spielen Einstellungen, Vorstellungen oder Erwartungen zur Art und Weise der Behandlung und des sonstigen Umgangs mit Patienten eine häufig unterschätzte Rolle bei der Bewertung des Versorgungsgeschehens durch Patienten.

Wie vielfältig und unterschiedlich die Zustimmung zu einer Reihe divergierender Aussagen zur Behandlung im Krankenhaus aussieht, zeigt die Abbildung 63 für das Jahr 2005. In der Abbildung 64 finden sich Angaben, ob und um wie viel sich die uneingeschränkte Zustimmung zu 6 in beiden Erhebungswellen erfragten Aussagen verändert hat.

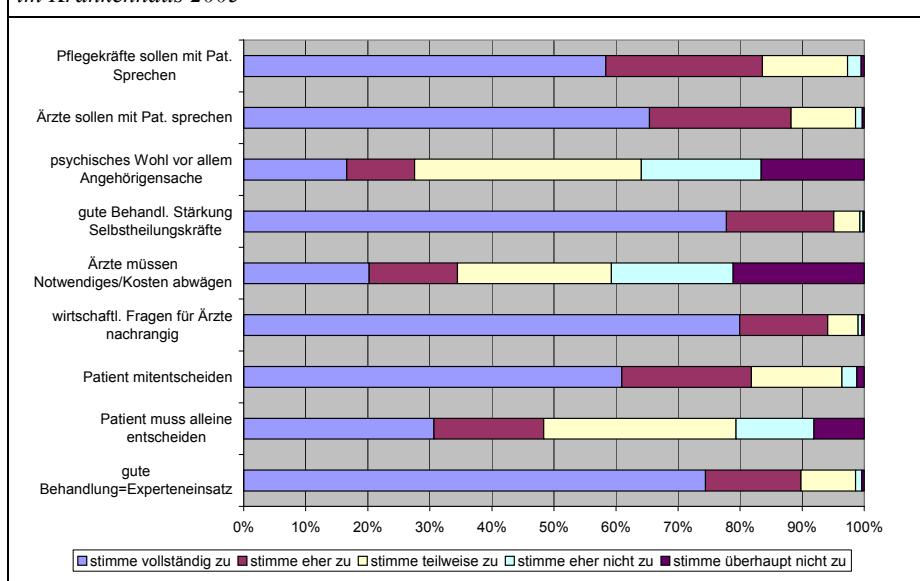
Am meisten, nämlich bei rund 80 % der Befragten, findet die Aussage, wirtschaftliche Fragen sollten gegenüber den gesundheitlichen Notwendigkeiten nachrangig berücksichtigt werden, vollständige Zustimmung. Immer noch deutlich über 70 % stimmen

den Aussagen zu, eine gute Behandlung müsse die Selbstheilungskräfte stärken und bedeute „den Einsatz der besten medizinischen Experten und Geräte“. Etwas mehr als 60% stimmen vollständig der Vorstellung zu, Ärzte sollten sich „neben der medizinischen Versorgung...um die Patienten kümmern und mit ihnen sprechen“ und der Patient müsse „über Behandlungsmöglichkeiten...mitentscheiden können“.

Am niedrigsten, nämlich 20 und weniger als 20% groß, ist der Anteil der Patienten, die vollständig der Vorstellung zustimmen, das „psychische Wohl der Patienten“ sei „vor allem die Aufgabe der Verwandten und Bekannten“ und die Ärzte müssten „das medizinisch Notwendige und die Kosten gegeneinander abwägen“. Diese beiden Vorstellungen finden auch am entschiedensten bei um die 20% der Befragten keine Zustimmung.

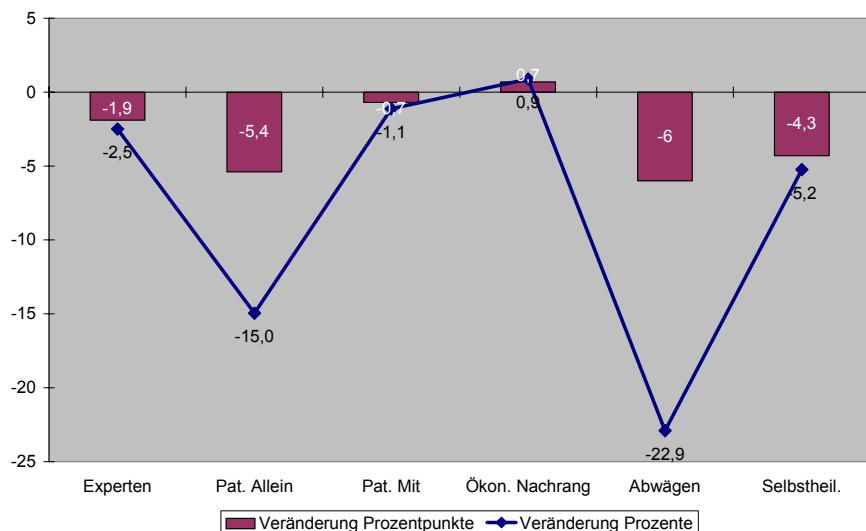
Nimmt man die Antwortmöglichkeit „stimme teilweise zu“ als Indikator für eine gewisse Unentschiedenheit, sind sich die relativ meisten Krankenhauspatienten bei der Übernahme der Verantwortung für ihr psychisches Wohl durch Angehörige, der alleinigen Entscheidung über die Behandlung durch sie selber und der Abwägung von notwendigen Leistungen und Kosten durch Ärzte unsicher.

Abbildung 63: Einstellungen und Bewertungen zu Aussagen über eine gute Behandlung im Krankenhaus 2005



Für sechs Aussagen, um deren Beantwortung oder Bewertung die Patienten in beiden Jahren gebeten wurden, gibt es Ergebnisse einer vergleichenden Analyse mit dem Basisjahr 2002. Um die Veränderungen vollständig bewerten zu können, sind sowohl die prozentualen als auch die Veränderungen in Prozentpunkten dokumentiert worden.

Abbildung 64: Veränderungen der uneingeschränkten Zustimmung („stimme vollständig zu“) zu Aussagen über eine gute Behandlung im Krankenhaus 2002-2005 (in Prozent und Prozentpunkten)



Bei zwei der sechs Aussagen gibt es nur sehr geringe Veränderungen. Der Aussage über die Nachrangigkeit wirtschaftlicher Fragen gegenüber den vorrangigen medizinischen Notwendigkeiten konnten 2005 gerade einmal 0,9% mehr der Befragten zustimmen als 2002. 1,1% weniger Patienten stimmten uneingeschränkt der Aussage zu, Patienten sollten mitentscheiden dürfen. Wesentlich kräftiger sieht die Veränderung bei drei weiteren Aussagen aus. So stimmten 2005 fast 23% weniger Befragte als 2002 der Vorstellung zu, Ärzte müssten notwendige Leistungen gegen Kosten abwägen. 15% weniger machten dies bei der Vorstellung, Patienten müssten nach entsprechender Vorinformation „streng genommen...alleine entscheiden und die Verantwortung tragen“ und um rund 5% nahm die Patientengruppe ab, die unter einer guten Behandlung die Stärkung ihrer Selbstheilungskräfte verstehen.

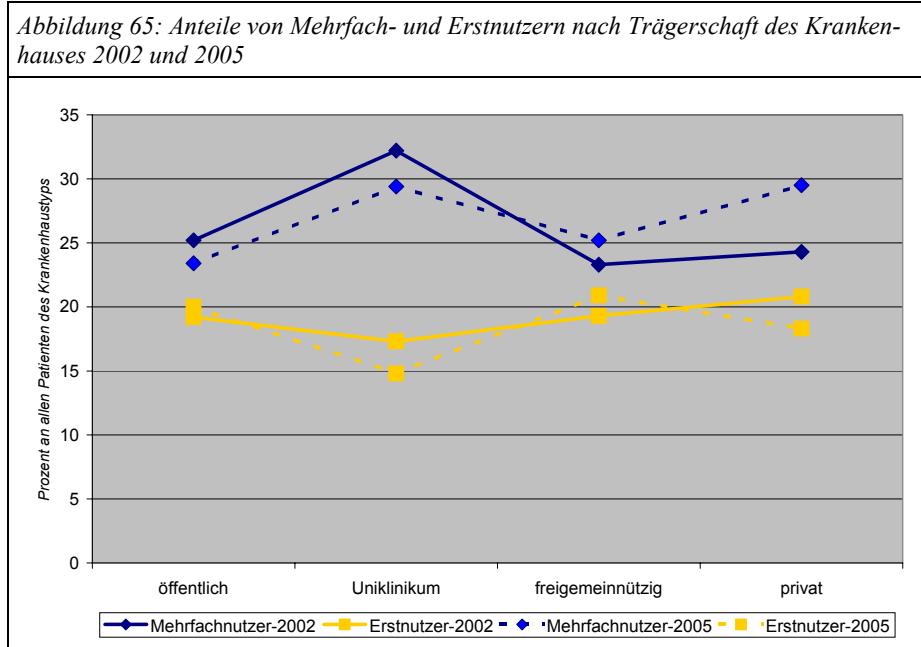
3.10. Patienten mit mehrfachen Krankenhausaufenthalten

Als Patienten mit mehrfachen Krankenhausaufenthalten bezeichnen wir Befragte, die vor ihrem jeweils aktuellen Krankenhausaufenthalt in den letzten Jahren sowohl wegen ihres akuten gesundheitlichen Problems als auch wegen eines anderen Gesundheitsproblems bereits ein oder mehrere Male in einem Krankenhaus behandelt wurden. In dieser Gruppe finden sich also zu einem gewissen Teil die chronisch Kranken bzw. multimorbide Patienten, die eine wiederholte stationäre Behandlung benötigten. Untersucht werden soll, ob diese Tatsache Auswirkungen auf ihre Erfahrungen während ihres

aktuellen Aufenthalts hatte. Als Vergleichsgruppe betrachten wir jene Patienten, die vor ihrem aktuellen Aufenthalt keinerlei Krankenhausaufenthalt angaben, also 2002 oder 2005 nach ihrer Erinnerung das erste Mal in stationärer Behandlung waren.

Bei der Häufigkeit der beiden Extremgruppen ergibt sich im Vergleich von 2002 und 2005 ein nahezu identisches Bild: 26,1% bzw. 25,5% aller Befragten waren so genannte "Mehrfachnutzer" und 18,9% bzw. 19,1% betrug der Anteil der Patienten mit erstmaligem Krankhausaufenthalt, waren also "Erstnutzer". Mehr als die Hälfte aller Patienten hatte aber entweder wegen der akuten oder einer anderen Krankheit eine stationäre Behandlung hinter sich. In irgendeiner Weise hatten also mehr als vier Fünftel unterschiedliche vorangegangene Erfahrungen mit einer stationären Behandlung.

Abbildung 65: Anteile von Mehrfach- und Erstnutzern nach Trägerschaft des Krankenhauses 2002 und 2005



Sieht man sich zunächst an, wie hoch die Anteile der beiden Gruppen in den verschiedenen Krankenhaus-Trägerschaftstypen sind, stellen die "Mehrfachnutzer" erwartungsgemäß in Unikliniken den relativ größten Teil. Weniger erwartet man den im Jahr 2005 auf dem Niveau der Unikliniken liegenden Anteil dieses Patiententyps in privaten Krankenhäusern. Im Jahr 2002 lag dieser auch noch deutlich unter dem Niveau der Unikliniken. Im Jahr 2005 erreichte der Anteil der Mehrfachnutzer in privaten Kliniken allerdings das Niveau der Unikliniken. Bei 2005 insgesamt geringeren Unterschieden zwischen den verschiedenen Krankenhäusern ist der Anteil der Patienten, die vor ihrem aktuellen Krankhausaufenthalt noch nie im Krankenhaus waren, in Uni-Kliniken mit sinkender Tendenz am niedrigsten.

Um untersuchen zu können, ob die beiden Patiententypen unterschiedlich behandelt werden, haben wir uns deren Erfahrungen mit einigen Bedingungen genauer ange- schaut. Dazu zählt das Abgewiesenwerden in Krankenhäusern, die Informiertheit der Ärzte über den Gesundheitszustand und die Vorbehandlungen, und die Beurteilung der Aufenthaltsdauer.

Zwischen den beiden Patientengruppen gibt es in keinem Jahr erwähnenswerte Unter- schiede bei der dazu noch sehr geringen Häufigkeit, mit der sie in Krankenhäusern ab- gewiesen wurden. Dies trifft auch für den Informationsstand der Ärzte über die ge- sundheitliche Verfassung und die Vorbehandlung zu, der durchweg bei um die 10% der Befragten schlecht war.

Einen deutlichen Unterschied zwischen Mehrfach- und Erstnutzern einer stationären Behandlung gab es bei der Beurteilung der Dauer des aktuellen Aufenthalts. In beiden Jahren sagten rund 12% der Mehrfachnutzer, dieser Aufenthalt hätte "etwas länger sein müssen". Von den Erstnutzern meinten dies 2002 rund 7 und 2005 rund 5%. Insgesamt sinkt der Anteil der Mehrfachnutzer, die ihre Aufenthaltsdauer "genau richtig" fanden, von 69 auf 66%.

3.11. Befragte mit einer und mehreren Krankheiten oder Behand- lungen anlässen

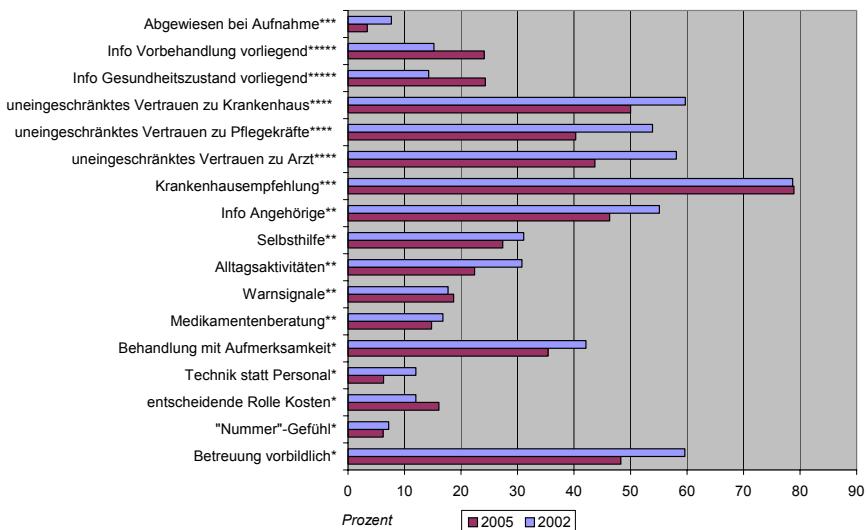
Zusätzlich zur Häufigkeit der Nutzung stationärer Versorgungseinrichtungen ist die Art und Intensität des Gesundheitszustandes der Befragten, also die Frage, ob es sich um Patienten mit einer oder mehreren Erkrankungen oder Behandlungen anlässen handelt, von Interesse. Um Erkrankte mit einer Erkrankung und multimorpide Patienten unter- scheiden zu können, übernehmen wir aus einer gerade veröffentlichten Studie (Kri- wy/Mielck 2006), die mit Befragungsdaten aus dem Bundesgesundheitssurvey (BGS) des Robert-Kochinstituts (RKI) arbeitet, deren Identifikation von Multimorbidität als „Summe bisheriger Krankheiten“. Dabei wird nicht nach der Art der Erkrankung unter- schieden. Da aber eine Graduierung jeder Erkrankung selbst mit den medizinisch „här- teren“ Daten des BGS nicht einfach ist, erfolgt auch in dieser Studie lediglich eine Ad- dition der Nennungen. Sofern auf die entsprechende Frage lediglich eine Erkrankung als Behandlungsanlass genannt wurde, kommt der Befragte in eine Gruppe „Einfach- Morbidität“, wenn er 3 und mehr Anlässe nennt, in eine Gruppe „Mehrfach- oder Mu- ltimorbidität“. Die Befragten mit 2 genannten Erkrankungen stehen dazwischen. Quanti- tativ bedeutet dies, dass 81,5 % der 2002 Befragten eine Erkrankung angaben und die- ser Anteil 2005 83,6 % betrug. Die Gruppe der nach unserer Definition multimorbidien Krankenhauspatienten umfasste 2002 4,6 % und 2005 noch 3,8 %.

Die einigende Kernfrage der nächsten Analysen ist die Erwartung oder Befürchtung, multimorpide Patienten ginge es unter DRG-Bedingungen schlechter als Patienten mit einer Erkrankung.

In der Abbildung 66 wird für eine Reihe ausgewählter Indikatoren der Art und Weise oder Qualität der stationären Versorgung untersucht, ob sich dort aus der Sicht multi-

morbider Patienten etwas seit 2002 geändert hat. Bei einem nahezu unverändert bei knapp 80 % verharrenden Anteil der Befragten, die ihr Krankenhaus an Freunde und Verwandte weiterempfehlen würde, zeigen sich bei zahlreichen Indikatoren Abnahmen der uneingeschränkten Zustimmung und positiven Beurteilung – also Verschlechterungen der Versorgungsqualität. Bei einigen Indikatoren gibt es aber auch positive Veränderungen oder Verbesserungen. Verschlechterungen zeigen sich insbesondere bei der Abnahme des uneingeschränkten Vertrauen in die professionellen Akteure im Krankenhaus, beim Verlust des Erhalts vorbildlicher Betreuung und der Behandlung mit Aufmerksamkeit und Würde und der Zunahme des Anteils nicht vorhandener Informationen für den Arzt über den Gesundheitszustand und die Vorbehandlung der Patienten bei ihrer Aufnahme.¹² Verbesserungen zeigen sich beim sinkenden Anteil der Befragten, die schon mal von Krankenhäusern abgewiesen wurden oder die bei ihrer Entlassung die eine oder andere Entlassungsleistung nicht erhalten haben (z.B. Vorbereitung auf die Alltagsaktivitäten).

Abbildung 66: Erfahrungen im und mit dem Krankenhaus von Patienten mit drei oder mehr Krankheiten oder Behandlungsanlässen 2002 und 2005



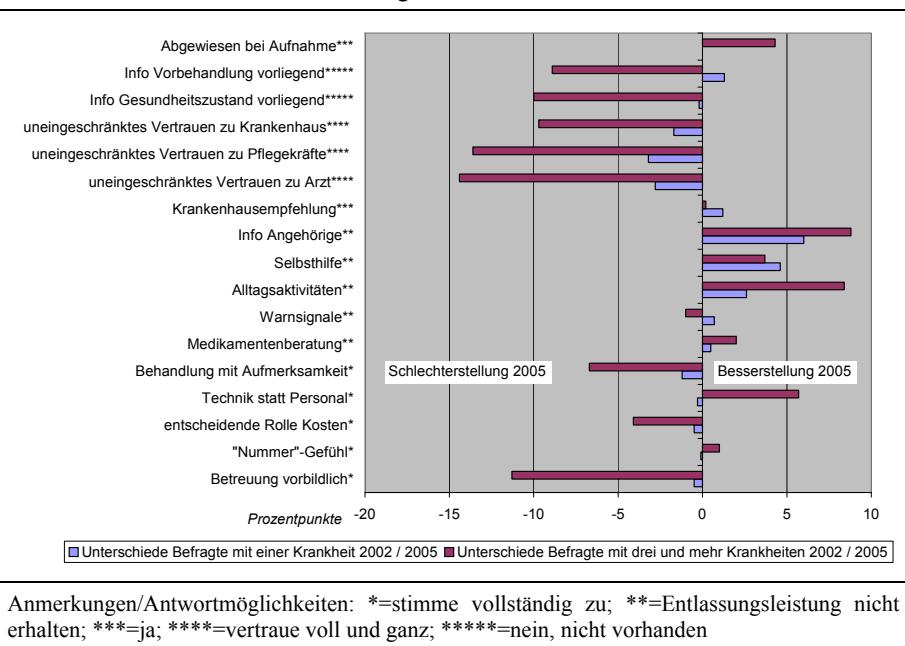
Anmerkungen/Antwortmöglichkeiten: * = stimme vollständig zu; ** = Entlassungsleistung nicht erhalten; *** = ja; **** = vertraue voll und ganz; ***** = nein, nicht vorhanden

¹² Um Irritationen und Missverständnisse zu vermeiden, sei ausdrücklich die Lektüre der Abbildungs-Legende und der dort mit unterschiedlichen Sternchen gekennzeichneten in die Auswertung eingehenden Antwortmöglichkeiten empfohlen.

Um klären zu können, ob es sich wirklich um Effekte handelt, die speziell bei multimorbid Patienten auftreten und nicht auch bei „einfach“ Kranken, stellt die Abbildung 67 für die bereits bekannten Indikatoren die Anteile und Häufigkeiten der multimorbid Patienten und an einer Erkrankung leidenden Befragten zusammen dar.

Dabei wird deutlich, dass es den multimorbid Befragten im Jahre 2005 bei einer Vielzahl von Indikatoren der Versorgungsqualität wesentlich häufiger schlechter geht als den Patienten mit einer Erkrankung und Verschlechterungen dann, wenn sie auch bei den Patienten mit einer Erkrankung feststellbar sind, intensiver ausfallen. Fest steht aber auch, dass es auch Leistungen und Behandlungserfahrungen gibt, bei denen es zwischen 2002 und 2005 auch für multimorbid Patienten Verbesserungen gibt. Davon sind allerdings bei weitem nicht so viele Befragte betroffen als bei den Verschlechterungen.

Abbildung 67: Erfahrungen im und mit dem Krankenhaus von Patienten mit einer oder drei und mehr Krankheiten/Behandlungsanlässen 2002 und 2005



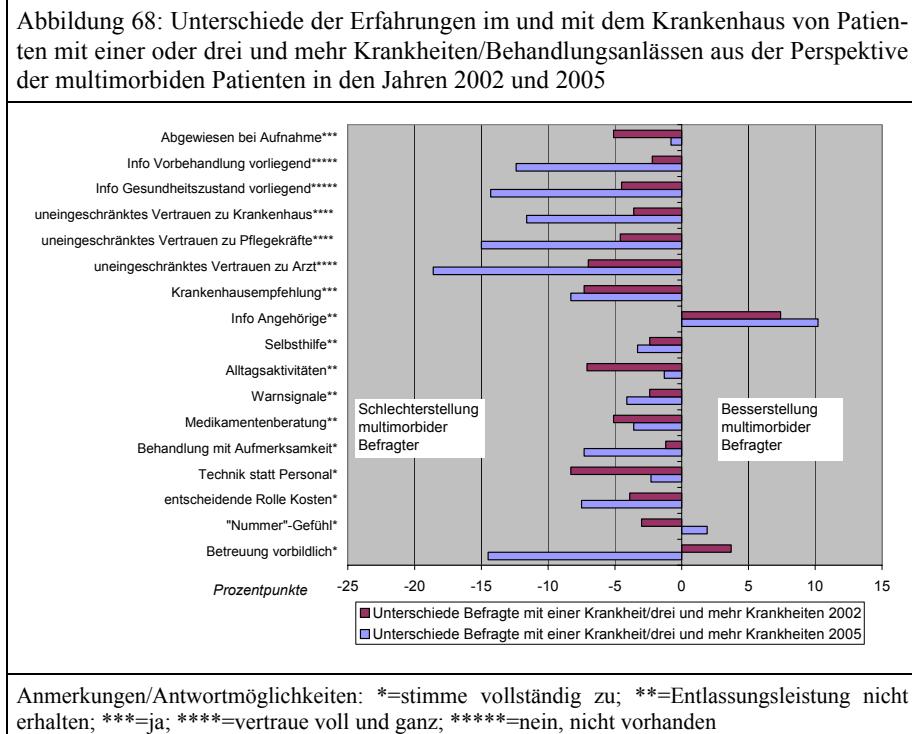
Anmerkungen/ Antwortmöglichkeiten: * = stimme vollständig zu; ** = Entlassungsleistung nicht erhalten; *** = ja; **** = vertraue voll und ganz; ***** = nein, nicht vorhanden

Wie fast durchgängig und im Jahre 2005 noch deutlich zunehmend die unterschiedlichen Wahrnehmungen wichtiger Versorgungsqualitäts-Indikatoren zu Ungunsten der multimorbid Patienten ist, zeigt abschließend die Abbildung 68. Dort werden die Unterschiede der Häufigkeiten mit der die beiden Patiententypen ihre Erfahrungen mit den ausgewählten Merkmalen der Versorgung berichten in beiden Jahren zusammen verglichen und die Differenz berechnet. Haben mehr multimorbid Patienten mit einer

Erkrankung positive Erfahrungen, taucht dies als Besserstellung der multimorbidien Patienten auf und umgekehrt als Schlechterstellung.

Das Ergebnis ist eindeutig: Mit sehr wenigen Ausnahmen stehen die multimorbidien Patienten in beiden Jahren schlechter als die Patienten mit einer Erkrankung da. Selten wandeln sich die Erfahrungen auch völlig. Dies ist beispielsweise bei der vorbildlichen persönlichen Betreuung durch Ärzte und Pflegepersonal der Fall: Hier konnten 2002 noch mehr multimorbide als „einfach“ kranke Befragte vollständig zustimmen, dass dies bei ihnen der Fall ist. 2005 beträgt der Abstand dieser Art von Erfahrung zwischen den beiden Patiententypen schon fast 15 % zu Lasten der mehrfach Kranken.

Abbildung 68: Unterschiede der Erfahrungen im und mit dem Krankenhaus von Patienten mit einer oder drei und mehr Krankheiten/Behandlungsanlässen aus der Perspektive der multimorbidien Patienten in den Jahren 2002 und 2005



Anmerkungen/Answermöglichkeiten: *=stimme vollständig zu; **=Entlassungsleistung nicht erhalten; ***=ja; ****=vertraue voll und ganz; *****=nein, nicht vorhanden

4. Analysen stationärer Behandlung mit Routinedaten

Im Vorfeld der Einführung der DRGs sind eine Reihe von Befürchtungen geäußert worden. Hierzu zählen insbesondere, dass Patienten verfrüh entlassen werden und dass Patienten und sie im Falle mehrerer, gleichzeitig auftretender Krankheiten zur Behandlung einzelner Krankheiten jeweils einen separaten Krankenhausaufenthalt antreten müssen (Fallsplitting). Diese beiden Aspekte lassen sich mit Hilfe der Routinedaten der GEK in einem gewissen Rahmen überprüfen. Wir können zum einen feststellen, ob es eine besondere Verkürzung der Liegezeiten nach Einführung der DRGs gegeben hat, und zum anderen, ob es eine steigende Zahl an Wiederaufnahmen nach Krankenaufenthalten gibt.

Die Bewertung der Entwicklungen ist bezogen auf einzelne Indikatoren nicht eindeutig. Eine beschleunigte Verkürzung der Liegezeiten als solche ist nicht zwangsläufig negativ zu bewerten. Sehr viele Patienten meinen selbst heute mit den relativ kurzen Liegezeiten, dass sie noch zu lange im Krankenhaus waren (vgl. Kapitel 3.4). Ein wachsender Teil der Patienten meint aber inzwischen auch schon, dass die Aufenthaltsdauer ruhig etwas länger hätte sein können. Aus Kostengründen ist eine Verkürzung der Aufenthaltszeiten unter den heutigen Abrechnungsbedingungen für die Krankenhäuser, für die Krankenkassen und somit auch für die Beitragszahler ein Vorteil. Nicht zuletzt deswegen ist die Verkürzung der Liegezeiten ein explizites Ziel der DRG-Einführung. Wenn aber mit der Verkürzung der Liegezeiten die Rate der Wiederaufnahme in akutstationäre Behandlung steigt, dann könnte das in zweierlei Hinsicht ein Indiz dafür sein, dass die Versorgung in der stationären Behandlung nicht optimal war. Zum einen könnte es ein Hinweis darauf sein, dass eine Behandlung nicht optimal abgeschlossen wurde, und zum anderen, dass der Patient in Fälle aufgesplittet wurde. Sicherlich gibt es eine Reihe an Behandlungen, die ein bestimmtes und möglicherweise auch sich veränderndes Muster aufweisen. Hierzu mag dann auch die erneute Aufnahme gehören. Wenn sich das Muster der ständigen erneuten Aufnahmen jedoch als bestimmendes Muster über die gesamte DRG-gesteuerte Behandlung darstellt und dieses Muster nicht nur in einzelnen Prozeduren zu finden ist, dann spricht das dafür, dass ein rein betriebswirtschaftliches Denken im Krankenhaus die deutliche Oberhand über Konzepte gewonnen hat, die das Wohl der Patienten mitberücksichtigen.

Schließt sich hingegen an eine akutstationäre Behandlung besonders schnell eine Rehabilitationsmaßnahme an, dann ist es eher positiv zu bewerten, weil es für ein gutes Überleitungsmangement und eine gute sektorübergreifende Versorgung spricht. Dies gilt allerdings nur solange, wie die direkt anschließenden Rehabilitationsmaßnahmen nicht mit akut-stationärer Nachsorge belastet werden. Die Belastung der Rehabilitationsmaßnahmen mit akut-stationärer Versorgungsleistung ist dann gegeben, wenn die Patienten zu früh aus der akut-stationären Behandlung entlassen werden.

Den Zustand der Patienten zum Entlassungszeitpunkt aus dem Akut-Krankenhaus können wir mit den Routinedaten nicht messen. Wir können auch nicht messen, wie viel akut-stationärer Aufwand in den Rehabilitationseinrichtungen geleistet werden muss. Es gibt allerdings eine Studie, die berichtet, dass der Aufwand im Zuge der DRG-Ein-

führung bisher nicht gestiegen ist (Von Eiff/ Klemann/ Middendorf 2005). Das führt zu der Annahme, dass derzeit ein zügiger Übergang in Rehabilitationseinrichtungen nicht als Kompensation zu geringer Ausheilung im Akut-Krankenhaus zu bewerten ist, sondern eher als gelungene Nahtlosigkeit der Versorgung.

Um uns den Beurteilungen zu nähern, werden zunächst einmal die allgemeinen Entwicklungen der Krankenhausfälle, der Krankenhaustage, der Verweildauern sowie der Diagnosestrukturen dargestellt. In einem weiteren Schritt werden dann für spezielle Diagnosegruppen die Verweildauern und die Rehospitalisierungsraten (Raten der erneuten Aufnahme) dargestellt.

4.1. 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 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.).

In den GBE-Daten sind insgesamt ca. 3 Millionen Personen erfasst, die Mitglieder der GEK waren oder sind oder die mitversichert waren oder sind. Die Informationen über stationäre Aufenthalte liegen 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 31.12.2005 sind insgesamt knapp 2,5 Millionen vollstationäre Aufenthalte registriert. Hinzu kommen 145.353 vorstationäre Fälle, 21.949 nachstationäre Fälle, 42.286 teilstationäre Fälle und 61.788 ambulante Operationen im Krankenhaus.

Für die Zuordnung zu den Diagnosegruppen ist anzumerken, dass die Kodierung der Diagnosen ab 2000 fast durchweg nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD10-Kodierung) registriert wurde. Zum späteren Vergleich mit älteren 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. Das heißt, 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 größeres Diagnoseschema bereitstellt, das in der ICD10-Kodierung nur weiter aufgegliedert wird. Teilweise ist eine direkte Übersetzung von ICD10 zu ICD9 nicht eindeutig festgelegt, wodurch es bei der Betrachtung einzelner Diagnosen im Zeitverlauf zu deutlichen Veränderungen im Jahr 2000 kommen kann.

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, weil es sich bei den Umkodierungen meistens um Zu-

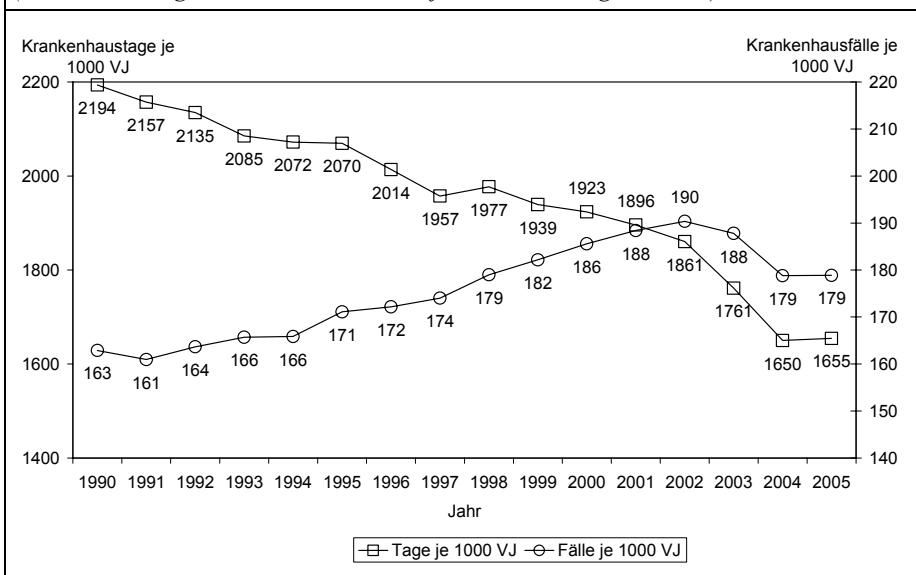
sammenführungen von Diagnosen handelt. Die Umkodierung erfolgte nach einem von uns überarbeiteten Umsteigerschlüssel Version 31 des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)¹³.

In die Analysen werden stets alle Versicherten integriert und die Alters- und Geschlechterverteilung innerhalb der GEK-Versicherten auf die Bevölkerung von 1993 standardisiert¹⁴. Durch diese Standardisierung werden die Effekte unterschiedlicher Geschlechter- oder Altersverteilungen in den einzelnen Jahren herausgerechnet.

4.2. Wirkung der DRGs auf die akut-stationäre Behandlung

4.2.1. Vollstationäre Behandlung insgesamt

Abbildung 69: Krankenhausfälle und -tage 1990–2005 je 1000 Versichertenjahre (Versicherte insgesamt, standardisiert auf die Bevölkerung von 1993)



Die Anzahl der Krankenhausfälle steigt von 1990 bis 2002 an und müsste nach den Befürchtungen bezüglich Fallsplittings danach noch weiter steigen. Ganz im Gegenteil bricht aber der seit Anfang der 1990er Jahre laufende Trend zu immer mehr vollstationären Aufenthalten zum Zeitpunkt der Einführung der DRGs ab. Die Fallzahlen sind,

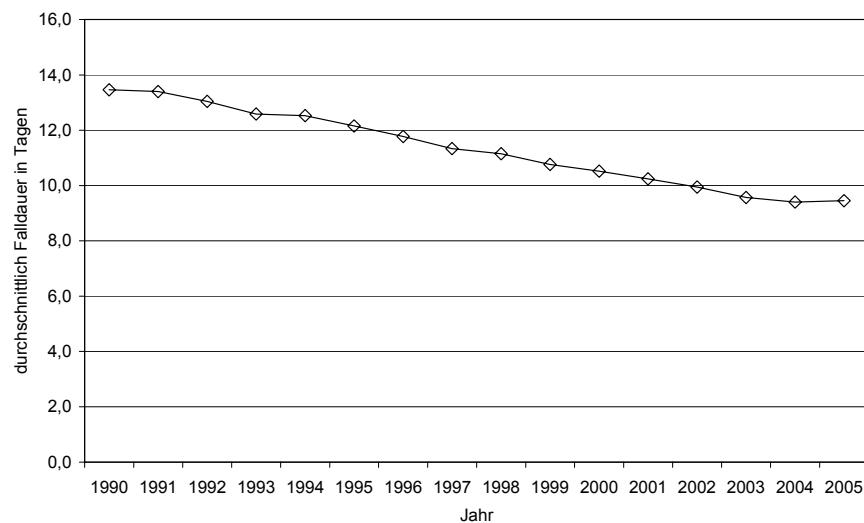
¹³ In der Rekodierungstabelle vom DIMDI fehlten Umkodierungen der dreistelligen ICD-10-Kodierungen nach ICD-9. Diese mussten auf die entsprechenden unspezifischen Diagnosen der ICD-9-Kodierung rekodiert werden.

¹⁴ Zum Verfahren der Standardisierung siehe Kapitel 8.1 im Anhang.

wie schon in Kapitel 2.3 gezeigt, seither sogar rückläufig. Um den Effekt des demografischen Wandels herauszurechnen, werden in Abbildung 69 die Entwicklungen der Fallzahlen und der vollstationären Aufenthaltstage standardisiert auf die Bevölkerung von 1993 dargestellt. Auch bei dieser Betrachtungsweise ergibt sich ein Anstieg der Fallzahlen bis zum Jahr 2002 und mit der Einführung der DRGs ein deutlicher Einbruch der Fallzahlen. Eine demografische Veränderung ist somit nicht für die Entwicklung verantwortlich.

Mit dem deutlichen Rückgang der Fallzahlen in den Jahren 2003 bis 2005 sinkt auch die Zahl der stationären Aufenthaltstage je Versichertenjahr¹⁵. Sowohl der Rückgang der Fallzahlen als auch der Anzahl der Aufenthaltstage verharren im Jahr 2005 auf dem Niveau des Vorjahres.

Abbildung 70: Durchschnittliche Dauer vollstationärer Aufenthalte in Tagen (Versicherte insgesamt, standardisiert auf die Bevölkerung von 1993)



Die Vermutung, die Patienten würden nun nach der Einführung der DRGs noch früher aus dem Krankenhaus entlassen werden, bestätigt sich auf den ersten Blick auch nicht. Die durchschnittliche Dauer der vollstationären Aufenthalte im Krankenhaus ist im gesamten Beobachtungszeitraum seit 1990 rückläufig. Diese Verkürzung der Liegezeiten verlangsamt sich seit der Einführung der DRGs (Abbildung 70). Ein besonderer Push für die Verkürzungen der Liegezeiten ist also nicht zu beobachten.

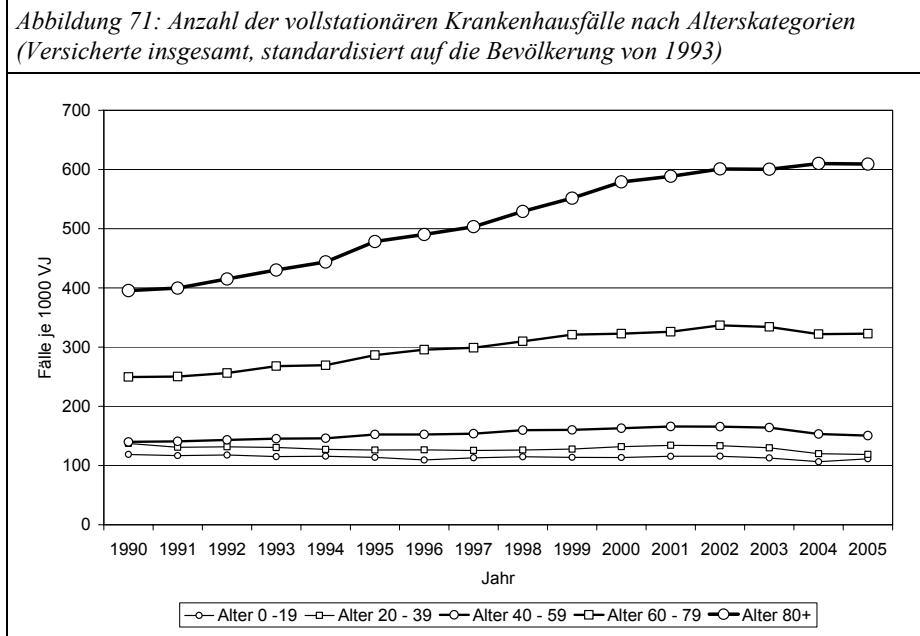
¹⁵ Zur Definition des Versichertenjahres siehe Kapitel 8.2 im Anhang.

Besonders auffällig erscheint aus den groben, zusammenfassenden Zahlen zunächst einmal der plötzliche Einbruch der Fallzahlen mit der Einführung der DRGs. In den nachfolgenden Analysen wird noch detaillierter geschaut, ob sich die Ergebnisse auf der Grundlage dieser groben Betrachtung bestätigen oder ob sich im Detail bestimmte Kategorien von Fällen als Auslöser des Rückgangs darstellen.

4.2.2. Vollstationäre Behandlung nach Alter und Geschlecht

In diesem Kapitel soll zunächst geklärt werden, welche Bevölkerungsgruppen die stationäre Versorgung in besonderem Maße in Anspruch nehmen und wie sich über die einzelnen Bevölkerungsgruppen die Fallzahlen und Gesamtdauern pro Versichertenjahr sowie die Falldauern entwickeln. Es erfolgen dazu differenzierte Betrachtungen nach Geschlecht und nach Alterskategorien (0–19 Jahre, 20–39 Jahre, 40–59 Jahre, 60–79 Jahre, 80 Jahre und älter).

Abbildung 71: Anzahl der vollstationären Krankenhausfälle nach Alterskategorien (Versicherte insgesamt, standardisiert auf die Bevölkerung von 1993)

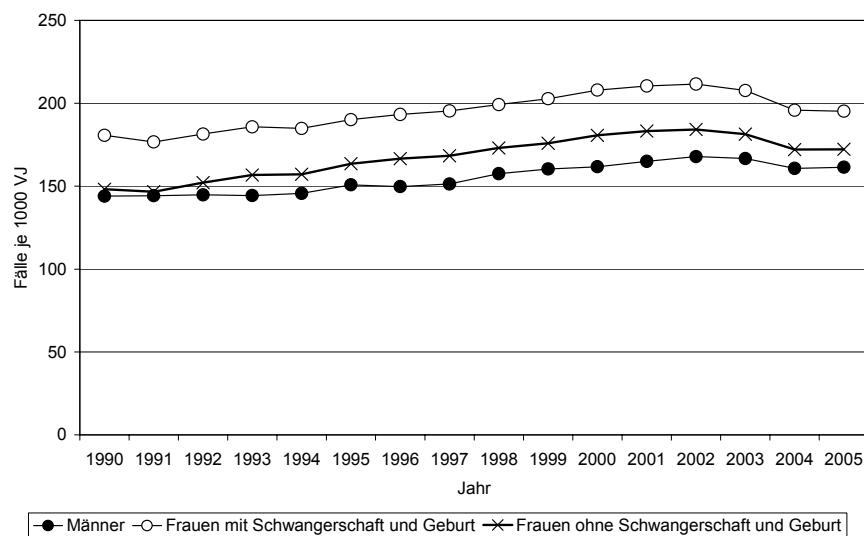


Differenziert man die Population nach den Alterskategorien fällt sofort die deutlich höhere Inanspruchnahme vollstationärer Versorgung bei den ältesten Versicherten auf (Abbildung 71). Die Kategorie der Ältesten ist auch im Wesentlichen für den Anstieg der Fallzahlen seit 1990 verantwortlich. Die Alterskategorie 60-79 hat im Vergleich zur Kategorie der über 80-jährigen nur ca. halb so viele Fälle über die Jahre. In den Alterskategorien der noch jüngeren GEK-Versicherten liegt die Fallzahl nur auf dem Level von ca. 25 % der Fallzahl der über 80-jährigen. Ein Blick auf die altersspezifische Entwicklung der Fallzahlen macht deutlich, dass die Fallzahlen gerade bei den Ältesten

noch weiter steigen. In allen anderen Alterskategorien treten hingegen die rückläufigen Fallzahlen hervor.

Die Entwicklung spricht dafür, dass bestimmte ehemals im Krankenhaus vollstationär behandelte Beschwerden vermehrt durch ambulante Operationen ersetzt werden (siehe Kapitel 2.3.2). Der dennoch fortlaufende Anstieg der Fallzahlen bei den Ältesten könnte auf ein vermehrtes Fallsplitting hinweisen. Ältere sind eher multimorbide und daher würde sich auf Grund ökonomischer und gesundheitlicher Aspekte ein Fallsplitting in dieser Alterskategorie auch eher anbieten. Inwieweit diese Annahme bestätigt werden kann, wird im Kapitel 4.2.5 bei der Betrachtung der erneuten Aufnahme nach einem stationären Aufenthalt zu bewerten sein.

*Abbildung 72: Anzahl der vollstationären Krankenhausfälle nach Geschlecht
(Versicherte insgesamt, standardisiert auf die Bevölkerung von 1993)*



Ein Großteil der stationären Aufenthalte wird durch Schwangerschaft und Entbindung begründet. Die Zahl der stationären Aufenthalte ist in der standardisierten Population allerdings unter Berücksichtigung und auch unter Ausschluss der Aufenthalte auf Grund von Schwangerschaft und Geburt bei den Frauen höher als bei den Männern (Abbildung 72). Der Anstieg der Fallzahlen bis zum Jahr 2002 sowie der anschließende Rückgang der Fallzahlen zeigt sich bei Männern wie bei Frauen, ob mit Berücksichtigung der Aufenthalte wegen Schwangerschaft und Geburt oder ohne deren Berücksichtigung. Eine deutliche geschlechtsspezifische Entwicklung lässt sich nicht ausmachen.

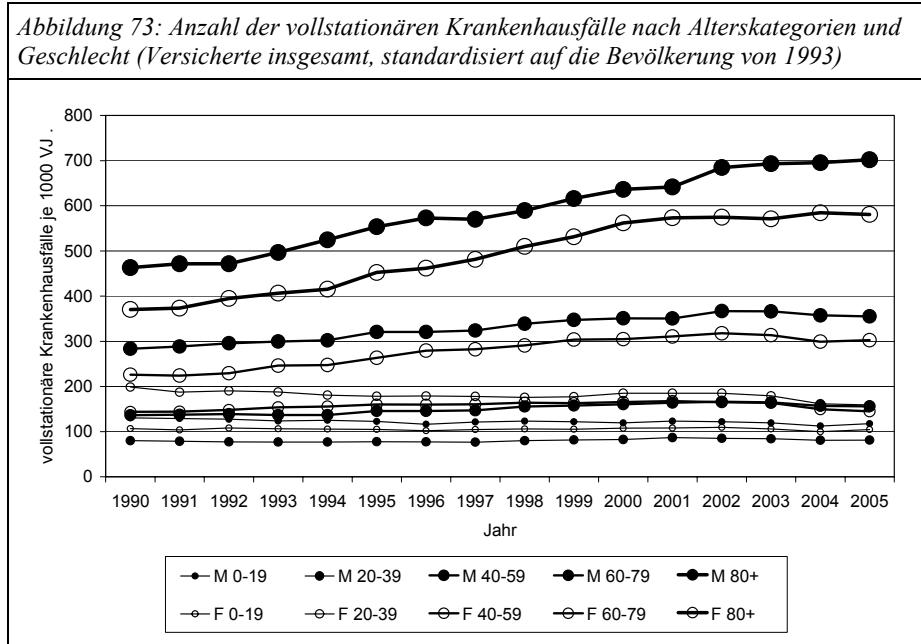
Differenziert man gleichzeitig nach Alter und Geschlecht, kommt man zu folgendem Ergebnis: Innerhalb der Alterskategorien sind die Fallzahlen insbesondere bei den beiden Alterskategorien der älteren Bevölkerung bei den Männern höher als bei den Frau-

en (Abbildung 73). Die insgesamt höhere Fallzahl der Frauen (Abbildung 72) resultiert aus der geringeren Lebenserwartung der Männer und der damit verbundenen geringeren Zahl an älteren Männern im Vergleich zu älteren Frauen. Da aber die Älteren öfter stationär behandelt werden, ist die Fallzahl insgesamt für Frauen höher.

Auch die nach Alterskategorien und Geschlecht differenzierte Betrachtung zeigt in den Alterskategorien bis zum Alter von 59 Jahren nur geringe Schwankungen der Fallzahlen. Der Anstieg der Fallzahlen erfolgt im Wesentlichen durch Männer und Frauen in den Alterskategorien 60-79 und über 80.

Der Anstieg der vollstationären Fallzahlen ist nicht in erster Linie durch eine alternde Bevölkerung begründet, sondern durch eine langfristig gestiegene Krankenhausfallzahl insbesondere der älteren Bevölkerung. Da die dargestellten Zahlen nach Alter und Geschlecht standardisiert sind, kann man sagen, dass die 70-jährigen des Jahres 2005 das Krankenhaus mehr in Anspruch nahmen als die 70-jährigen des Jahres 1990.

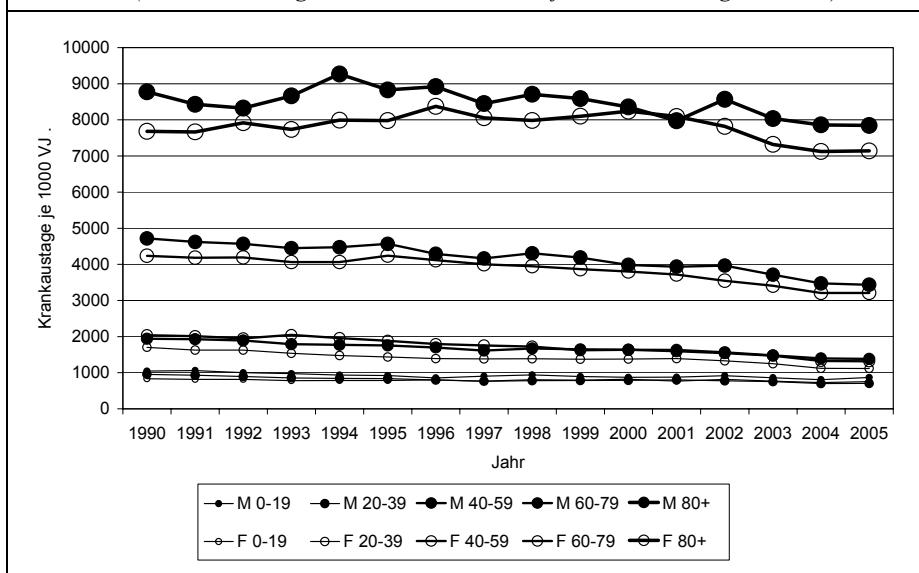
Abbildung 73: Anzahl der vollstationären Krankenhausfälle nach Alterskategorien und Geschlecht (Versicherte insgesamt, standardisiert auf die Bevölkerung von 1993)



Der Rückgang der Fallzahlen in den Jahren 2004 bis 2005 erscheint bei den Frauen in den Alterskategorien 20-39, 40-59 und 60-79 am ausgeprägtesten. Es stellt sich hier nun die Frage, wodurch gerade bei den Frauen aus diesen Alterskategorien die Fallzahlen vom Jahr 2003 zum Jahr 2004 so sehr einbrechen. Möglicherweise spiegelt sich der Grund in der Entwicklung der Fallzahlen über die Diagnosehauptgruppen wieder (Kapitel 4.2.3).

Festzustellen bleibt, dass trotz unterschiedlicher Entwicklungen der Fallzahlen in den einzelnen Kategorien von Alter und Geschlecht die Zahl der gesamten Aufenthaltstage für alle Kategorien tendenziell zurück geht (Abbildung 74). Dabei liegt die Gesamtzahl der vollstationären Aufenthaltstage je 1000 Versichertenjahre in den Kategorien der über 80-jährigen Männer und Frauen bei ca. 8000 Tagen. Im Durchschnitt ist jeder ältere Mensch 8 Tage im Jahr in vollstationärer Behandlung. Hinzu kommen noch die vor-, nach, und teilstationären Behandlungen sowie die ambulanten Operationen. Die junge Bevölkerung kommt im Durchschnitt mit ca. 1 vollstationärem Tag im Jahr aus.

Abbildung 74: Anzahl der vollstationären Krankenhaustage nach Alterskategorien und Geschlecht (Versicherte insgesamt, standardisiert auf die Bevölkerung von 1993)



4.2.3. Diagnosen stationärer Behandlungen

Es stellt sich nun die Frage, welches eigentlich die Krankheitsarten sind, bei denen die Fallzahlen seit Einführung der DRGs plötzlich sinken oder steigen. Treten vielleicht bestimmte Krankheitsarten hervor, die unter DRG-Bedingungen eine besondere Rolle in der Abrechnung spielen?

Schon 1996 wurden für ca. 25 % der Behandlungsfälle Fallpauschalen eingeführt. Diese hatten aber für den Profit eines Krankenhauses keine besonderen Effekte, solange die Abrechnung unter einer Budgetdeckelung stattfand. Mit der Einführung der DRGs werden nun fast alle Behandlungen über Pauschalen abgerechnet. Damit könnten einzelne Behandlungen dann einen besonderen Stellenwert erhalten, wenn sie sich als besonders profitabel erweisen. Die einzige Diagnosegruppe, die nicht über DRGs abgerechnet wird, sind die psychischen Erkrankungen. Interessant ist daher, zu beobachten,

inwieweit die Zahl der klinisch behandelten psychiatrischen Fälle sich mit der Einführung der DRGs verändert.

Tabelle 6: Anzahl der vollstationären Krankenhausfälle je 1000 VJ nach ICD9-Hauptgruppen (Versicherte insgesamt, standardisiert auf die Bevölkerung von 1993)

ICDHG	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05
1	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	4	4	4	5	5	5
2	17	17	19	19	20	21	21	21	22	23	23	21	21	20	20	19
3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	5	5	5	5
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	7	8	9	9	10	10	10
6	9	10	10	11	11	11	12	12	12	12	12	11	11	11	10	9
7	24	24	24	24	24	27	27	27	29	28	28	29	29	28	27	26
8	12	11	12	12	12	12	12	11	12	12	12	11	11	12	11	12
9	15	15	16	16	16	16	16	16	16	17	18	18	18	19	19	18
10	14	13	13	13	12	12	12	12	12	12	11	11	11	12	10	9
11	17	15	15	15	14	14	14	14	13	14	14	14	14	14	13	12
12	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3
13	12	12	12	12	13	12	12	13	13	13	14	15	15	16	15	16
14	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2
15	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2	3
16	9	9	9	10	10	10	10	10	11	11	11	12	12	9	8	9
17	16	16	15	15	15	16	16	16	16	17	17	17	18	17	17	17

Anmerkung: 1 Infektiose und parasitäre Krankheiten, 2 Neubildungen, 3 Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Störungen im Immunsystems, 4 Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe, 5 Psychiatrische Krankheiten, 6 Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane, 7 Krankheiten des Kreislaufsystems, 8 Krankheiten der Atmungsorgane, 9 Krankheiten der Verdauungsorgane, 10 Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane, 11 Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett, 12 Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes, 13 Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, 14 Kongenitale Anomalien, 15 Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben, 16 Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen, 17 Verletzungen und Vergiftungen

Die Entwicklung der Fallzahlen verläuft nicht konstant über alle Diagnosehauptgruppen (Tabelle 6). Durchweg sinkende Fallzahlen gibt es bei Geburten und Schwangerschaftsaufenthalten sowie bei Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane. Die meisten Erkrankungsarten sind in ihrer Fallzahl konstant oder die Fallzahlen steigen bis Anfang der 2000er Jahre und sinken anschließend. Ein deutlicher und kontinuierlicher Anstieg der Fallzahlen für den beobachteten Zeitraum gibt es bei den Infektionen und den psychischen Erkrankungen. Gerade die psychischen Erkrankungen entwickeln sich in den Fallzahlen im Zeitraum von 1997 bis 2003 von einer Randerscheinung zu einer der bedeutenderen Erkrankungsarten. Dies spielt besonders deshalb eine Rolle, weil die durchschnittliche stationäre Verweildauer gerade bei den psychischen Erkrankungen besonders lang ist. Das führt dazu, dass die psychischen Erkrankungen im Jahr 2005 nun neben den Herz-/Kreislauferkrankungen zu der Hauptgruppe mit den meisten vollstationären Leistungstagen geworden sind (Tabelle 7). Im Zuge der DRG-Einführung

stagniert zwar die Zahl vollstationär behandelter psychischer Erkrankungen, aber die Zahl der vollstationären Aufenthaltstage steigt dennoch von 2004 bis 2005 deutlich an.

*Tabelle 7: Anzahl der vollstationären Aufenthaltstage je 1000 VJ nach ICD9-
Hauptgruppen (Versicherte insgesamt, standardisiert auf die Bevölkerung von 1993)*

ICDHG	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05
1	30	29	31	26	30	30	30	31	30	34	34	36	39	37	42	
2	214	215	224	216	222	227	220	216	221	217	209	198	198	199	192	183
3	75	74	69	68	62	64	63	60	59	55	59	60	53	49	45	45
4	14	14	13	14	16	14	13	13	14	14	14	14	13	10	10	10
5	188	181	189	185	191	198	198	195	194	207	216	220	223	223	215	235
6	117	107	110	108	103	105	98	99	97	94	94	91	83	79	72	65
7	387	398	381	375	378	384	382	360	373	340	323	315	302	281	245	238
8	124	111	117	112	113	110	110	103	106	103	101	95	95	96	89	94
9	192	188	187	180	181	167	163	164	159	163	163	159	154	160	146	138
10	129	120	120	116	109	102	96	98	93	90	83	79	78	77	65	61
11	109	101	97	93	88	82	83	87	86	88	89	86	83	76	68	65
12	38	38	37	33	37	32	34	30	33	32	31	33	30	27	25	23
13	200	197	196	202	189	193	174	169	172	175	176	179	171	164	152	153
14	12	12	10	12	11	11	12	13	14	13	12	14	14	14	12	12
15	25	26	26	27	27	31	34	38	42	40	40	39	44	40	38	44
16	117	119	119	118	121	120	105	97	103	96	91	92	88	49	44	44
17	221	226	205	198	194	198	197	181	178	176	178	167	172	162	151	151

Anmerkung: 1 Infektiose und parasitäre Krankheiten, 2 Neubildungen, 3 Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Störungen im Immunsystems, 4 Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe, 5 Psychiatrische Krankheiten, 6 Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane, 7 Krankheiten des Kreislaufsystems, 8 Krankheiten der Atmungsorgane, 9 Krankheiten der Verdauungsorgane, 10 Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane, 11 Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett, 12 Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes, 13 Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, 14 Kongenitale Anomalien, 15 Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben, 16 Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen, 17 Verletzungen und Vergiftungen

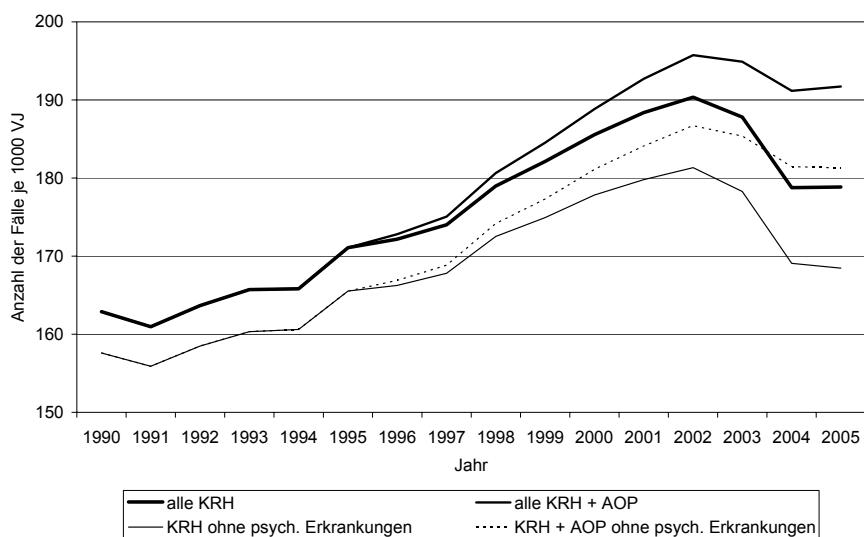
Da über eine ganze Reihe von Diagnosehauptgruppen die Fallzahlen seit dem Jahr 2002 zurückgehen, lässt sich keine spezielle Diagnose und damit verbunden eine bestimmte Behandlungsprozedur für die Gesamtentwicklung der Fallzahlen verantwortlich machen. Der hinter der Reduktion der Fallzahlen seit 2002 stehende Mechanismus ist also etwas komplizierter. Daher wird nun ein Blick darauf geworfen, inwieweit es eine im Gröberen und im Feineren gemessene Veränderung der stationären Aufenthalte gibt. Inwieweit verändern sich die vollstationären Fallzahlen in der Summe mit ambulanten Operationen und inwieweit verändern sich die Zahlen stationärer Aufenthalte mit speziellen Diagnosen?

4.2.4. Auswirkungen von Nicht-DRG-Fällen auf die Fallzahlen und Aufenthaltszeiten

Möchte man die Auswirkung der DRGs auf die Fallzahl und auf die Aufenthaltstage messen, müsste man streng genommen die psychischen Erkrankungen aus der Be-

trachtung ausschließen. Eine Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer oder eine Erhöhung der Fallzahlen hätte unter direkten ökonomischen DRG-Gesichtspunkten wegen der anderen Abrechnungsart keine direkte Bedeutung. Auf einer ganz anderen Ebene bildet die ambulante Operation im Krankenhaus eine Alternative zur vollstationären Behandlung und damit zur Abrechnung nach DRGs.

Abbildung 75: Anzahl der vollstationären Fälle mit und ohne psychische Erkrankungen und mit und ohne ambulante Operationen im Krankenhaus (Versicherte insgesamt, standardisiert auf die Bevölkerung von 1993)



Anmerkung: KRH: vollstationär; AOP: ambulante Operationen

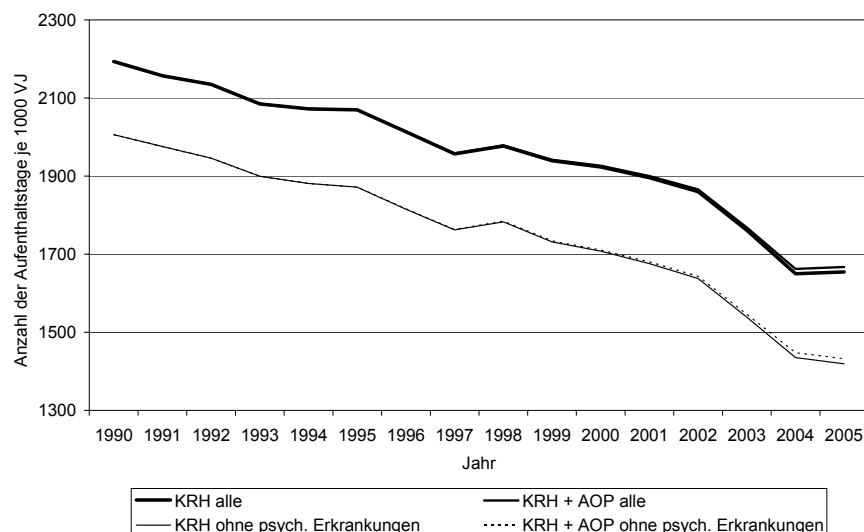
Im Zuge der erhofften Kostenreduktion im Krankenhaus gilt die Devise 'ambulant vor stationär'. Bestimmte komplikationslose Behandlungen sollen nun nur noch durch ambulante Operationen vorgenommen werden und auch entsprechend abgerechnet werden. Es gibt also eine Verschiebung von ehemals vollstationär behandelten Fällen in die ambulante Operation. Entsprechend der Vorgaben des § 115b Abs. 1 SGB V wurde zwischen den Krankenkassenverbänden, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein Vertrag geschlossen. Ziel ist, die „Vermeidung nicht notwendiger vollstationärer Krankenhausbehandlung eine patientengerechte und wirtschaftliche Versorgung zu sichern und die Kooperation zwischen niedergelassenem Bereich und Krankenhausbereich zu verbessern“¹⁶. In der Anlage dazu ist ein Katalog von Behandlungen angefügt, der nur noch ambulant durchgeführt werden soll, solange dies komplikationslos möglich ist.

¹⁶ <http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs5/ua/115b-Vertrag.pdf> [aktuell am 4.Juni 2006]

Wie sieht nun die Entwicklung der Fallzahlen und der Aufenthaltstage mit und ohne Berücksichtigung der psychischen Erkrankungen und der ambulanten Operationen aus? Abbildung 75 und Abbildung 76 zeigen die Fallzahlen und die durchschnittlichen Anzahl vollstationärer Aufenthaltstage mit und ohne Berücksichtigung der psychischen Erkrankungen und der ambulanten Operationen.

Die dicke schwarze Linie in Abbildung 75 und Abbildung 76 zeigt alle vollstationären Fälle und die Gesamtzahl der vollstationären Aufenthaltszeiten. Ohne die psychischen Erkrankungen (dünneste durchgezogene Linie) sinkt die Zahl der vollstationären Fälle in den Jahren seit 2002 in ähnlichem Maße wie mit der Berücksichtigung. Dadurch, dass die im Durchschnitt längeren stationären Aufenthaltszeiten durch psychische Erkrankungen nicht berücksichtigt sind, verringert sich seit 2000 etwas deutlicher die Gesamtzahl der Aufenthaltstage je Versichertenjahr.

Abbildung 76: Durchschnittliche Anzahl der Aufenthaltstage mit und ohne psychische Erkrankungen und mit und ohne ambulante Operationen im Krankenhaus (Versicherte insgesamt, standardisiert auf die Bevölkerung von 1993)



Anmerkung: KRH: vollstationär; AOP: ambulante Operationen

Die Zahl der ambulanten Operationen im Krankenhaus ist seit 1996 kontinuierlich gestiegen. Je nach dem, ob man die ambulanten Operationen berücksichtigt oder nicht berücksichtigt, hat dies eine Auswirkung auf den langfristigen Anstieg und den kurzfristigen Rückgang der Fallzahlen. Berücksichtigt man die Fälle mit ambulanten Operationen, dann stellt sich der Rückgang der Fallzahlen seit 2003 wesentlich geringer dar. Ein Großteil des Rückgangs der Fallzahlen im vollstationären Bereich ist also auf eine deutliche Verschiebung in Richtung ambulante Operationen zurückzuführen. Die

Gesamtzahl der Fälle würde möglicherweise unter Berücksichtigung der ambulanten Operationen in Praxen niedergelassener Ärzte sogar noch weiter steigen. Auf Grundlage der fehlenden Datenbasis muss dies allerdings Spekulation bleiben.

Der Frage, ob die Umstellung auf ambulante Operationen mit einem Qualitätsverlust oder mit einem Qualitätsgewinn verbunden ist, wird in den Abschnitten 4.3.3 und 4.3.2 nachgegangen. Dort wird dann untersucht, ob sich die Wiederaufnahmen in stationäre Behandlungen durch die Umstellung von vollstationärer Behandlung auf ambulante Operationen verändern.

Die zusätzliche Berücksichtigung der Aufenthaltstage durch ambulante Operationen fällt in der Statistik der Aufenthaltstage je 1000 Versichertenjahre (Abbildung 76) kaum ins Gewicht. Dies liegt daran, dass ambulante Operationen in der Regel nur mit einem Aufenthaltstag verbucht sind, während die durchschnittliche Falldauer vollstationärer Fälle noch um die 10 Tage liegt.

4.2.5. Rehospitalisierung nach vollstationärer Behandlung

Den Anteil der Wiederaufnahmen in eine akutstationäre Einrichtung oder eine Rehabilitationseinrichtung nach einer vorangegangenen stationären Maßnahme nennen wir allgemein Rehospitalisierungsrate – unabhängig von der Diagnose beim erneuten Aufenthalt. Wenn es sich dabei speziell um eine Wiederaufnahme mit derselben Diagnose handelt, spricht man von Rezidivrate.

Es wurden Bedenken geäußert, die Umstellung der Abrechnungsart von tagesgleichen Pflegesätzen auf DRGs 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, könnten sie schneller wieder in eine stationäre Behandlung kommen. Eine erhöhte Rehospitalisierungsrate könnte auch das Ergebnis einer erhöhten Neigung zum Fallsplitting sein. Das heißt, damit zwei unterschiedliche Behandlungen auch als zwei Behandlungen abgerechnet werden können, werden die Patienten nach der einen Behandlung entlassen und für die andere Behandlung wieder neu aufgenommen. Abbildung 77 zeigt für die Jahre 1990, 1995, 2000 und 2005 die Rehospitalisierungsraten in einen weiteren vollstationären Aufenthalt und in eine anschließende Rehabilitationsmaßnahme. Die Werte in der Grafik sind zu lesen als Anteil der Fälle, die am X-ten Tag nach der Entlassung erneut stationär aufgenommen wurden.

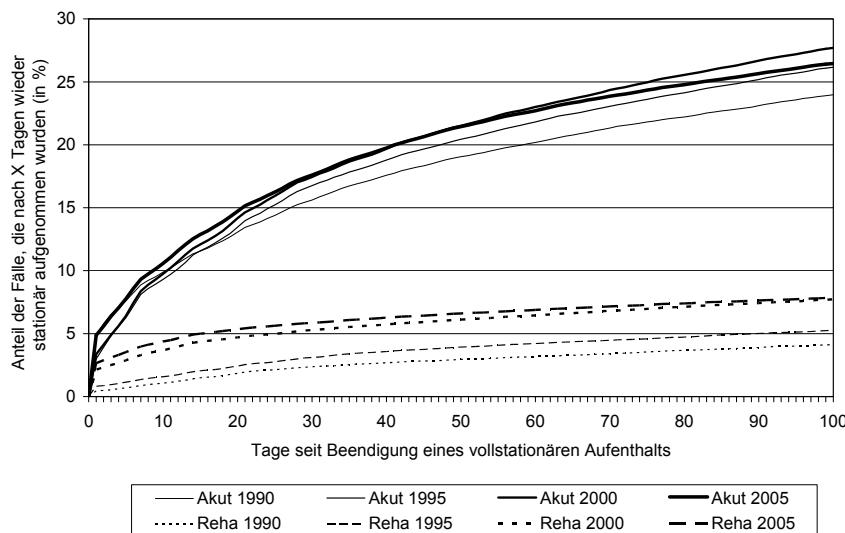
Ausgangspunkt der Untersuchung ist das Ende einer vollstationären Behandlung in einem Krankenhaus. Der Tag der Entlassung wird als Tag 0 gewertet. Der Tag nach der Entlassung ist dann der Tag 1 usw. Am Tag 0 ist es natürlich schon möglich, eine erneute Aufnahme zu erleben. Die erneuten Aufnahmen können in dieser Untersuchung wieder ein Akut-Krankenhaus oder auch eine Rehabilitationsklinik sein. Zu den erneuten akut-stationären Behandlungen werden hier teilstationäre und vollstationäre Aufenthalte sowie ambulante Operationen gezählt.

Wie oben gesehen, ist die durchschnittliche Dauer vollstationärer Aufenthalte im Krankenhaus stetig gesunken. Demgegenüber ist aber die Rehospitalisierungsrate zwischen

1990 und 2005 gestiegen. Dies zeigt sich sowohl bei der Wiederaufnahme in eine vollstationäre Behandlung in einem Akutkrankenhaus als auch bei der nachfolgenden Aufnahme in eine Rehabilitationsmaßnahme.

Im Jahr 1990 waren nach 30 Tagen 15,6% der Patienten wieder vollstationär aufgenommen worden. Im Jahr 1995 waren es nach 30 Tagen 16,8%. Im Jahr 2000 waren es dann 17,4% und im Jahr 2005 17,6%. Ein großer Teil davon wurde sofort am gleichen bzw. am nächsten Tag neu vollstationär aufgenommen, was auf eine Verlegung in eventuell besser geeignete Einrichtungen hindeutet. Der größere Teil der erneuten vollstationären Aufnahmen erfolgte allerdings erst Tage später.

Abbildung 77: Erneuter stationärer Aufenthalt nach einem vollstationären Aufenthalt separat für akutstationären (voll- oder teilstationär und ambulante Operationen im Krankenhaus) und rehabilitativen Folgeaufenthalt



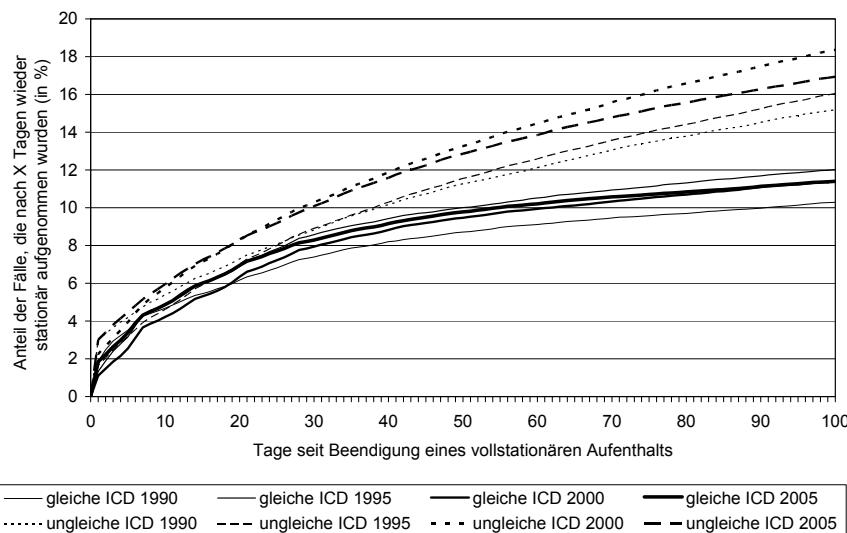
Der insgesamt zu verzeichnende Anstieg der Rehospitalisierungsrate ist aber nicht mit der Einführung der DRGs in Verbindung zu bringen. Der Anstieg findet schon zwischen 1990 und 1995 statt – also schon vor der Einführung der Fallpauschalen im Jahr 1996. Dass die DRG-Einführung nun die Rehospitalisierungsrate erhöht hätte, kann also mit den Daten in diesem aggregierten Zustand nicht nachgewiesen werden. Ganz im Gegenteil zeigt sich nach einer schnelleren Verlegung (Neuaufnahme innerhalb eines Tages) im weiteren Beobachtungsfenster über 100 Tage, dass die Rehospitalisierungsrate im Vergleich zum Jahr 2000 sogar leicht zurückgeht.

Im Jahr 1990 kommt es noch kaum zu direkt anschließenden Aufenthalten in rehabilitativen Einrichtungen. Dies ist auch im Jahr 1995 noch so. Zwar steigt die Zahl der rehabilitativen Aufnahmen in Folge eines vollstationären Aufenthalts, doch der wirkliche

Sprung ist hier erst für das Jahr 2000 zu sehen. Die direkte Fortsetzung der Behandlung in rehabilitativen Einrichtungen wird im Jahr 2000 deutlich häufiger vollzogen als im Jahr 1995. Dieser Trend setzt sich noch ganz leicht bis zum Jahr 2005 fort, ohne das Niveau der Rehospitalisierungsrate aus dem Jahre 2000 in rehabilitative Maßnahmen wesentlich zu überschreiten.

Die Ursache für die Entwicklung der Rehospitalisierungsrate in Richtung rehabilitativer Maßnahmen nun in der Einführung der DRGs zu suchen, scheint auch hier nicht begründet zu sein. Der wesentliche Sprung in der Veränderung lag schon weit vor der Einführung der DRGs.

Abbildung 78: Erneuter stationärer Aufenthalt (vollstationär, teilstationär oder ambulante Operation) nach einem vollstationären Aufenthalt differenziert nach gleicher und ungleicher Diagnose beim Folgeaufenthalt

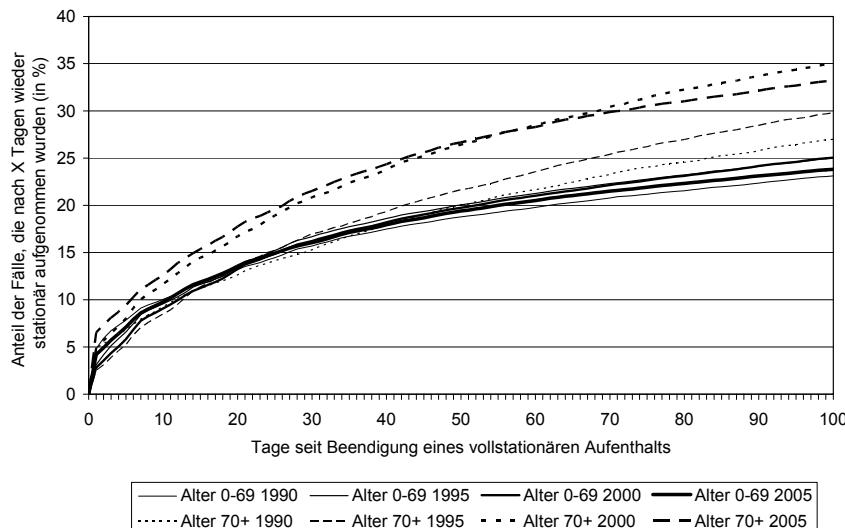


Durch die Möglichkeiten der ambulanten Operationen und der teilstationären Behandlungen wird das Spektrum der Wiederaufnahmen in akut-stationäre Behandlungen erweitert. Abbildung 78 zeigt den Anteil der bis X Tage nach einem vollstationären Aufenthalt erneut stationär aufgenommenen Patienten. Dabei sind sowohl die nachfolgenden Aufnahmen in vollstationäre Behandlung als auch in teilstationäre Behandlung und Aufnahmen mit ambulanten Operationen eingeschlossen. Differenziert wurden die nachfolgenden stationären Aufnahmen außerdem danach, ob es sich dabei um Aufnahmen mit derselben Diagnose nach ICD-9 handelt wie im abgeschlossenen vollstationären Aufenthalt oder um einen Aufenthalt mit einer anderen Diagnose.

Eine erneute Aufnahme mit gleicher Diagnose könnte man ggf. als unzureichende Behandlung im vorangegangenen vollstationären Fall werten. Eine erneute Aufnahme mit

ungleicher Diagnose könnte man ggf. als Zeichen von Fallsplitting interpretieren. Egal, in welcher Weise man die Daten interpretieren möchte: Es erscheinen keine Hinweise, dass es unter DRG-Bedingungen zu einer derartigen Veränderung gekommen ist. Die Rezidivrate ist im Zeitraum von 1990 bis 2005 fast unverändert und ein deutlicher Anstieg der Rehospitalisierungsrate mit unterschiedlichen Diagnosen ist nur im Zeitraum 1995 bis 2000 zu erkennen. Von 2000 bis 2005 ist sie sogar wieder rückläufig.

Abbildung 79: Erneuter stationärer Aufenthalt (vollstationär, teilstationär oder ambulante Operation) nach einem vollstationären Aufenthalt differenziert nach Alter und Geschlecht



Wir haben gesehen, dass die Fallzahlen gerade im höchsten Alter mit der Einführung der DRGs nicht rückläufig sind. Gleichzeitig sind aber die Fallzahlen in allen anderen Alterskategorien mit der Einführung der DRGs zurückgegangen. Hier könnten zwei parallel laufende Effekte eine Rolle spielen. Zum einen kann man einen Anpassungseffekt an die DRGs vermuten, der durch verändertes Einweisungsverhalten der niedergelassenen Ärzte oder durch deutlichere Verschiebung von vollstationärer Behandlung zu ambulanter Operation oder sonstigen stationären Behandlungsformen bedingt ist. Zum anderen ist vermutet worden, mit der Einführung der DRGs könnte es vermehrt zum Fallsplitting kommen. Dies trafe in besonderem Maße auf multimorbide Menschen zu: die älteste Alterskategorie. Beides zusammen genommen könnte erklären, warum die Fallzahlen insgesamt mit der DRG-Einführung einbrechen, aber für die älteste Bevölkerung nicht. Um dies zu kontrollieren werden die Rehospitalisierungsrate nach einer vollstationären Behandlung noch mal getrennt nach Geschlecht, Alterskategorien und ausgewählte Jahre dargestellt (Abbildung 79).

Die Veränderungen der gesamten Rehospitalisierungsrate der 0–69-jährigen innerhalb der ersten 100 Tage nach einem vollstationären Aufenthalt fällt sehr gering aus. Bemerkenswert ist lediglich der höhere Anteil der sofortigen Neuaunahme. Falls es also zu einer sofortigen erneuten Aufnahme bzw. Verlegung kommt, dann hat sich dieser Übergang gerade mit der Einführung der DRGs beschleunigt. Letztlich entsteht aber, wie gesagt, daraus keine insgesamt erhöhte Rehospitalisierungsrate für die 0–69-jährigen. Für die 70-jährigen und älteren Patienten hat sich die Rehospitalisierungsrate über die Jahre deutlich erhöht. Die größte Veränderung ist aber wieder einmal zwischen 1995 und 2000 zu beobachten. Der direkte Einfluss der DRGs auf eine deutlich erhöhte Rehospitalisierungsrate ist in diesem Fall also auch nicht erkennbar. Erkennbar ist allerdings auch in der ältesten Bevölkerung der deutlich zwischen 2000 und 2005 gestiegene Anteil, der schon nach einem Tag einen erneuten stationären Aufenthalt hat. Dieser schnelle Übergang führt aber nicht dazu, dass die gesamte Rehospitalisierungsrate nach 100 Tagen im Jahr 2005 immer noch höher liegt als im Jahr 2000. Nach 100 Tagen liegt sie sogar 2 Prozentpunkte darunter.

4.2.6. Zwischenfazit der grob aggregierten Betrachtung

Die überwiegende Zahl der mit der DRG-Einführung verbundenen Befürchtungen bestätigt sich in den grob aggregierten Darstellungen der Fallzahlen, der Falldauern, der gesamten Aufenthalstage und der Rehospitalisierungsraten nicht. Ganz im Gegenteil erscheinen mit der Einführung der DRGs einbrechende Fallzahlen in der vollstationären Behandlung. Diese werden allerdings zum größten Teil durch eine steigende Zahl ambulanter Operationen und teilstationärer Aufenthalte kompensiert. Die Fallzahlen der ambulanten Operationen und der teilstationären Aufenthalte verändern sich schon im längerfristigen Trend. Seit dem 1. Januar 2004 gilt ein neuer Vertrag. Er verpflichtet die Kliniken stärker als bisher dazu, ambulanten Operationen den Vorrang zu geben. Die ambulanten Operationen können in der Klinik oder aber in der Praxis eines niedergelassenen Arztes stattfinden. Die Entwicklung der Zahl der ambulanten Operationen in Praxen ist aber nicht nachvollziehbar, da es darüber keine so gut geführte Statistik wie die Krankenhausstatistik gibt. Es ist aber zu erahnen, dass der rückläufigen Fallzahlen durch die Summe der ambulanten Operationen im Krankenhaus und in Arztpraxen kompensiert werden. Das bedeutet, es gibt keine Verminderung in der Versorgung, sondern nur eine Umgestaltung.

Die psychiatrischen Erkrankungen sind nach der DRG-Einführung die einzigen stationär behandelten Erkrankungen, die nicht über DRGs abgerechnet werden. Vermutungen, es könnte auf Grund von Kostenkalkülen in großem Maße eine Verschiebung zwischen den somatischen und psychiatrischen Abteilungen geben, können bisher nicht bestätigt werden.

Wenn es einen Übergang in einen erneuten stationären Aufenthalt in den Zeiten der DRGs gibt, dann geschieht er schneller als zuvor, aber insgesamt wird die Rate der Wiederaufnahmen bisher nicht durch die DGR-Einführung erhöht.

4.3. Stationäre Behandlung bei Fällen mit speziellen ICD

Mitunter verstecken sich viele Veränderungen unter einem gleichmäßigen Trend in den grob aggregierten Daten. Eine mittlere Verweildauer bei den vollstationären Krankenhausaufenthalten ist abhängig von der Verteilung der Diagnosen und Behandlungen, die vollstationär erstellt und durchgeführt werden. Ändert sich diese Struktur, dann ändert sich auch die durchschnittliche Verweildauer. Um diesem strukturellen Faktor zu entkommen, werden nachfolgend vier einzelne Diagnosegruppen betrachtet und geschaut, wie sich für die einzelnen Diagnosegruppen die Zahlen entwickeln und ob sich dadurch die Effekte der DRG-Einführung anders darstellen.

Zu den Diagnosen, die nun näher betrachtet werden, gehören zwei Erkrankungsarten, die besonders häufig vollstationär behandelt werden und zwei Erkrankungsarten, die in den letzten Jahren immer mehr durch ambulante Operationen ersetzt werden. Die beiden untersuchten Erkrankungsarten, die besonders häufig vollstationär behandelt werden, sind die Dorsopathien (Rückenbeschwerden) und die Erkrankungen des zerebrovaskulären Systems (Gefäßerkrankungen im Gehirn). Die beiden untersuchten Erkrankungsarten, die zunehmend durch ambulante Operationen behandelt werden, sind der Katarakt (grauer Star) und die inneren Kniegelenksschädigungen (meist Meniskus).

In allen Fällen wollen wir schauen, inwieweit sich die Falldauern und die Rehospitalisierungsraten im Zuge der DRG-Einführung verändern. Für die Katarakte und die inneren Kniegelenksschädigungen, die vermehrt durch ambulante Operationen behandelt werden, wird die Rehospitalisierungsrate zudem differenziert nach der Art der stationären Maßnahme (vollstationär oder ambulante Operation) betrachtet. Dies ist dann wenigstens ein kleiner Qualitätsindikator. Eine sprunghafte Verkürzung der vollstationären Falldauern könnte dann als DRG-Effekt interpretiert werden.

Eine vermehrte Wiederaufnahme in eine akut-stationäre Behandlung kann allerdings verschiedene Gründe und Ausformungen haben, die unterschiedlich zu bewerten sind. Einerseits kann es zur Wiederaufnahme mit der gleichen Diagnose kommen. Dies passt, wenn es Verlegungen in ein besser geeignetes Krankenhaus gibt, wenn es ein Fallsplitting im guten wie im schlechten Sinne gibt, aber auch wenn der Patient zu früh entlassen wurde und auf Grund von Komplikationen wieder aufgenommen werden muss.

Andererseits kann es zur Wiederaufnahme mit einer anderen Diagnose kommen. Auch dies kann ein Zeichen für Komplikationen nach einer zu frühen Entlassung sein. Als weitere Möglichkeiten ist aber auch Fallsplitting im guten wie im schlechten Sinn gegeben.

Wenn erforderlich, ist ein zügiger Übergang in Rehabilitationseinrichtungen ein Zeichen guten Übergangsmanagements. Negativ zu bewerten wäre es allerdings, wenn die Rehabilitationseinrichtungen im direkten Anschluss an eine akut-stationäre Behandlung noch akut-stationäre Pflege in höherem Ausmaß zu leisten hätten.

Es ist uns mit den Routinedaten der GEK nicht möglich, den akut-stationären Aufwand in den Rehabilitationsmaßnahmen zu messen. Außerdem ist es nicht möglich, zu er-

kennen, ob es sich bei den wiederholten akut-stationären Aufenthalten um Aufteilungen der Behandlungen im Interesse des Patienten auf Grundlage wirtschaftlicher Kalküle handelt. Dennoch wird durch den langjährigen Vergleich deutlich, inwieweit sich im Einzelnen in der Zeit der DRG-Einführung Veränderungen in den Übergangszeiten und im Volumen ergeben haben. Wenn diese sichtbar werden, ist es ein Zeichen dafür, mit anderen Methoden den Sachverhalten noch mehr auf den Grund zu gehen.

Wenn in den nachfolgenden Untersuchungen von Übergängen in eine erneute akut-stationäre Behandlung gesprochen wird, dann handelt es sich dabei sowohl um teilstationäre als auch vollstationäre Aufenthalte und ambulante Operationen. Der Ausgangspunkt ist in der Regel aber der vollstationäre Aufenthalt, es sei denn es wird etwas anderes angegeben. Im Falle der speziellen Betrachtung der inneren Knieverletzungen und der Katarakte werden auch die Wiederaufnahmen nach ambulanten Operationen betrachtet.

4.3.1. Dorsopathien – Rückenleiden (ICD-9: 720-724)

Abbildung 80: Aufenthaltsdauern bei Dorsopathien (ICD-9: 720-724)

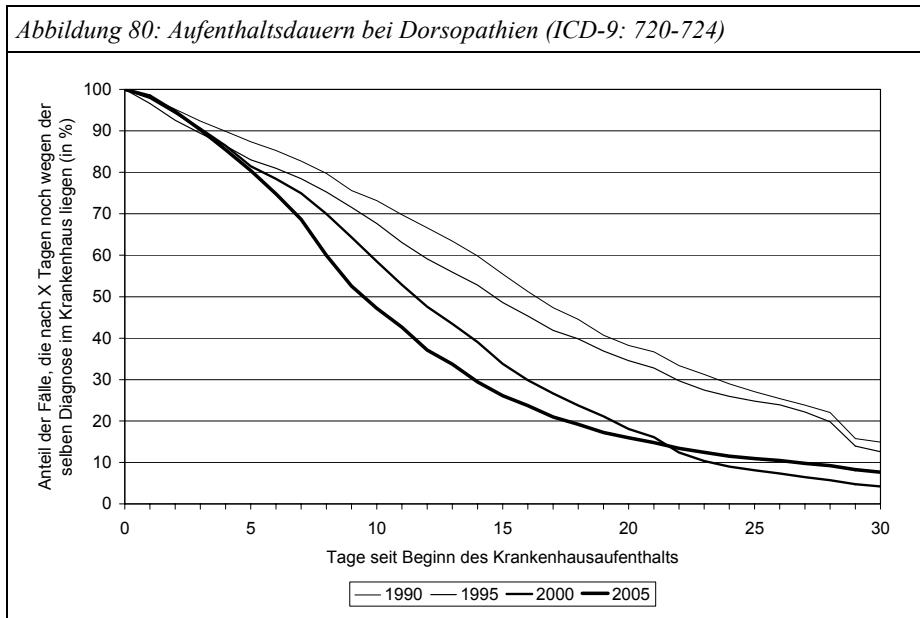
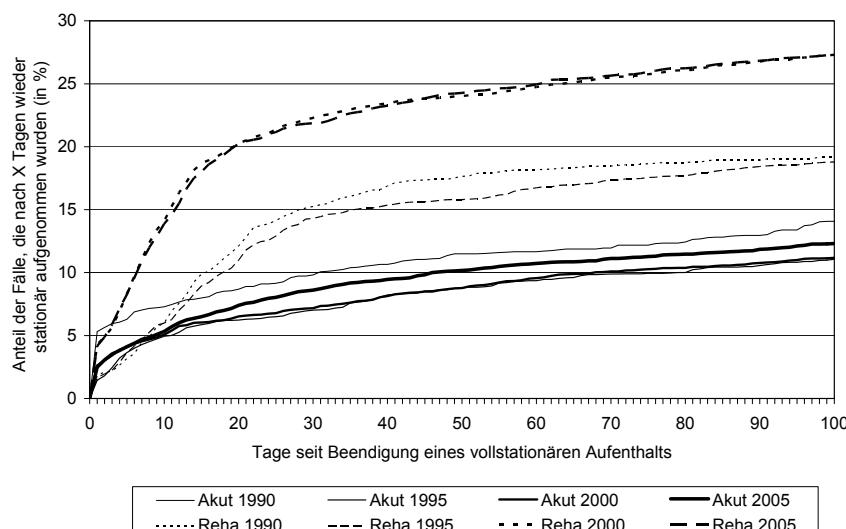


Abbildung 80 zeigt die vollstationären Aufenthaltsdauern bei Rückenbeschwerden. Die Rückenbeschwerden (Dorsopathien) sind mit der ICD-9-Kodierung 720-724 kodiert. Es wird in der Abbildung dargestellt, wie hoch der Anteil der Patienten ist, die X Tage nach der Aufnahme noch in der vollstationären Behandlung sind. Am Aufnahmetag sind alle Fälle in der Behandlung. Am nächsten Tag können schon einige entlassen sein. Von den Patienten mit der Diagnose Dorsopathie sind im Jahr 1990 nach 10 Tagen noch über 70% der vollstationär aufgenommenen Patienten noch in der vollstationären Behandlung. Zum Jahr 1995 nimmt die Liegezeit dann etwa ab. Einen größeren

Sprung in der Liegezeitverkürzung können wir dann zwischen 1995 und 2000 beobachten. Diese Verkürzung kommt insbesondere durch die zeitliche Verkürzung bei denjenigen zustande, die länger liegen. Die Anteile der Patienten, die 1 bis 5 Tage Aufenthalt mit der Diagnose Dorsopathie hatten, veränderte sich kaum. Die Verkürzung der Liegezeiten zwischen 2000 und 2005 fällt etwas moderater aus als die Verkürzung zwischen 1995 und 2000.

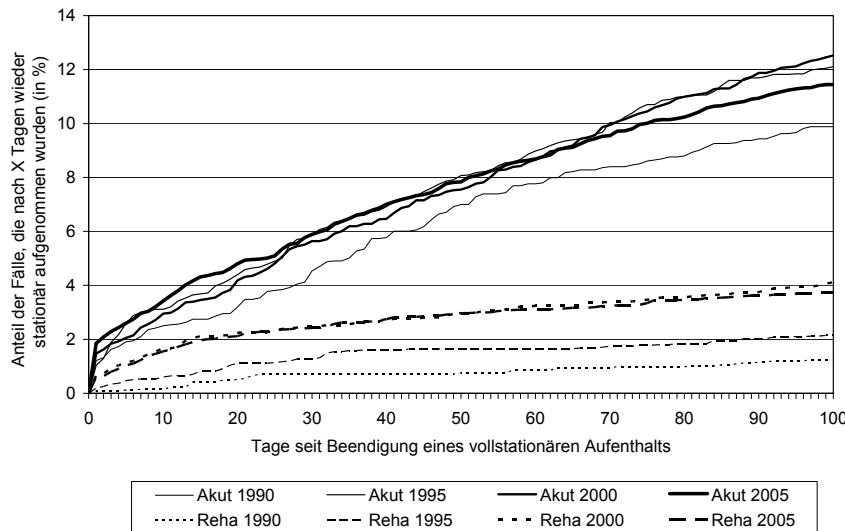
Nach einer akut-stationären Behandlung mit der Diagnose Dorsopathie erfolgt sehr oft eine anschließende erneute stationäre Behandlung¹⁷. Zumeist handelt es sich dabei um eine rehabilitative Maßnahme mit der gleichen Diagnose (siehe Abbildung 81 und Abbildung 82). Die Zahl der erneuten vollstationären Aufenthalte innerhalb der folgenden 100 Tage mit der Diagnose Dorsopathie verändert sich von 1990 – 2005 nicht bedeutsam. Der Anteil von ca. 12 % jeweils für erneute akut-stationäre Aufnahmen mit gleicher und mit ungleicher Diagnose ist allerdings relativ hoch. Bei den Rückenbeschwerden gibt es auf Grund des chronisch degenerativen Charakters der Beschwerden ein grundsätzliches Problem, dass eine einzelne Behandlung häufig nicht zur ausreichenden Gesundung führt.

Abbildung 81: Erneuter stationärer Aufenthalt mit der Diagnose Dorsopathie (ICD 720-724) nach einem vollstationären Aufenthalt mit der Diagnose Dorsopathie



¹⁷ Ob es sich um eine Verlegung handelt oder um eine anders geartete neue Aufnahme, lässt sich in den ersten Jahren des Beobachtungszeitraums nicht mit den GEK-Daten feststellen. Im Jahr 2005 sind etwas weniger als 10% der Beendigungen eines vollstationären Aufenthalts mit Dorsopathien als Verlegungen registriert.

Abbildung 82: Erneuter stationärer Aufenthalt mit anderer Diagnose als Dorsopathie (ICD 720-724) nach einem vollstationären Aufenthalt mit der Diagnose Dorsopathie



Deutlich höher fällt die Zahl der Aufnahmen in anschließende Rehabilitationsmaßnahmen bei gleicher Diagnose aus. Die Rate der anschließenden Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung steigert sich insbesondere zwischen den Jahren 1995 und 2000. Zuvor und auch danach bleibt die Rate der anschließenden rehabilitativen Behandlungen vergleichsweise konstant. Die Rate anschließender rehabilitativer Behandlungen mit unterschiedlicher Diagnose ist deutlich geringer. Mit bis zu 4 % nach 100 Tagen erreicht sie nicht annähernd das Niveau der anderen Raten. Aber auch hier lässt sich ein besonderer Anstieg zwischen den Jahren 1995 und 2000 ausmachen.

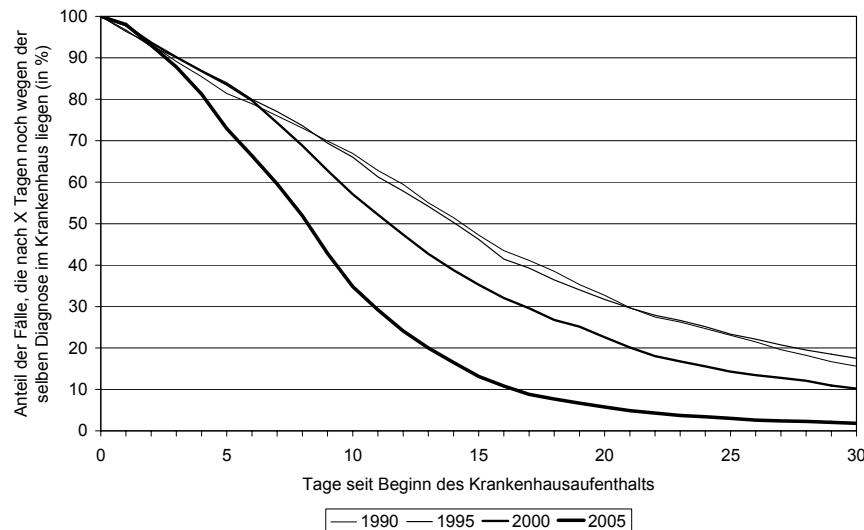
Wenn ein DRG-Effekt sichtbar werden sollte, müsste er in besonderem Maße im Vergleich der Jahre 2000 und 2005 auftreten. In diesem Zeitraum ist die Veränderung allerdings nicht besonders auffällig. Ein DRG-Effekt scheint also noch nicht messbar.

4.3.2. Krankheit des zerebrovaskulären Systems – Gefäßerkrankung im Gehirn (ICD-9: 430-438)

Abbildung 83 zeigt die vollstationären Aufenthaltsdauern von Patienten mit Erkrankungen des zerebrovaskulären Systems. Ein Rückgang der Falldauern ist zwischen 1990 und 1995 nicht gegeben. Danach setzt die Verkürzung der Dauern ein. Zwischen 1995 und 2000 erst ein wenig und zwischen 2000 und 2005 doch deutlich merkbar. In kleinen Schritten beobachtbar bleibt aber auch eine kleine Verweildauerverlängerung bei den Fällen, die nur kurze Zeit liegen. Hier wird nun doch schon langsam deutlich, dass

es einen Anpassungsprozess an die untere Grenzverweildauer gibt, um die Abschläge, die es bei der Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer gibt, abzuwenden.

Abbildung 83: Aufenthaltsdauern bei Erkrankungen des zerebrovaskulären Systems (ICD-9: 430-438)



Der Übergang in eine weitere rehabilitative Behandlung oder eine Verlegung der Patienten mit anschließend gleicher Diagnose erfolgt immer mehr und immer schneller (siehe Abbildung 84). Die meisten akut-stationären Wiederaufnahmen mit der gleichen Diagnose erfolgen innerhalb eines Tages. Diese sofortige Verlegung nimmt von 1990 bis 2005 deutlich zu. Besonders groß ist die Zunahme zwischen 2000 und 2005. Ca. 11% der Fälle werden innerhalb eines Tages nach der Entlassung erneut akut-stationär aufgenommen. Dies stellt sich als Verlegung in eine andere Klinik dar¹⁸. Der Anteil, der erst mehr als einen Tag nach dem Entlassungstag wieder mit der gleichen Diagnose aufgenommen wird, liegt im Beobachtungszeitraum bis 100 Tage im Jahr 2005 bei ca. 6%. Im Jahr 1990 wurden nur ca. 2% gleich am ersten Tag nach Entlassung mit der gleichen Diagnose neu aufgenommen. Innerhalb der nächsten 100 Tage kamen dann noch 8% dazu.

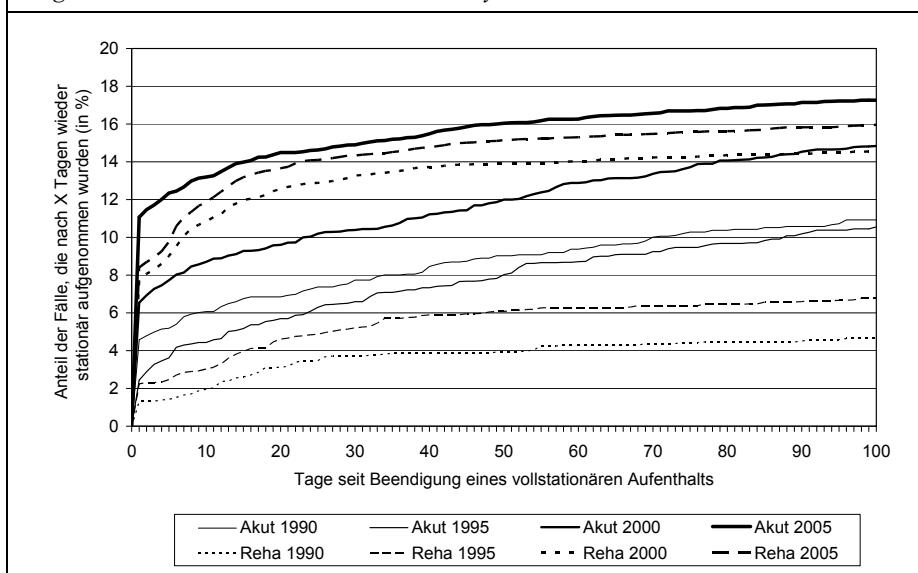
Ebenso wie die nachfolgenden akut-stationären Behandlungen erfolgen auch die anschließenden Rehabilitationsmaßnahmen in den letzten Jahren deutlich schneller und deutlich mehr als noch 1995. 8% der entlassenen Patienten erhalten in 2000 und 2005

¹⁸ Im Jahr 2005 sind ca. 20% der Beendigungen eines vollstationären Aufenthalts mit Erkrankungen des zerebrovaskulären Systems als Verlegungen registriert. Dies ist etwas mehr als die Summe der Wiederaufnahmen nach einem Tag.

auf Grund ihrer Erkrankungen des zerebrovaskulären Systems sofort anschließend eine entsprechende Rehabilitationsmaßnahme. In den Jahren 1990 und 1995 lag dieser Anteil noch unter 2 %.

Insgesamt stellt sich der Behandlungsverlauf in 2005 also deutlich besser organisiert dar als noch 1990. Die Daten sprechen dafür, dass bei dieser Art der Erkrankungen immer besser und schneller reagiert wird.

Abbildung 84: Erneuter stationärer Aufenthalt mit der Diagnose "Krankheit des zerebrovaskulären Systems" (ICD 430-438) nach einem vollstationären Aufenthalt mit der Diagnose "Krankheit des zerebrovaskulären Systems"

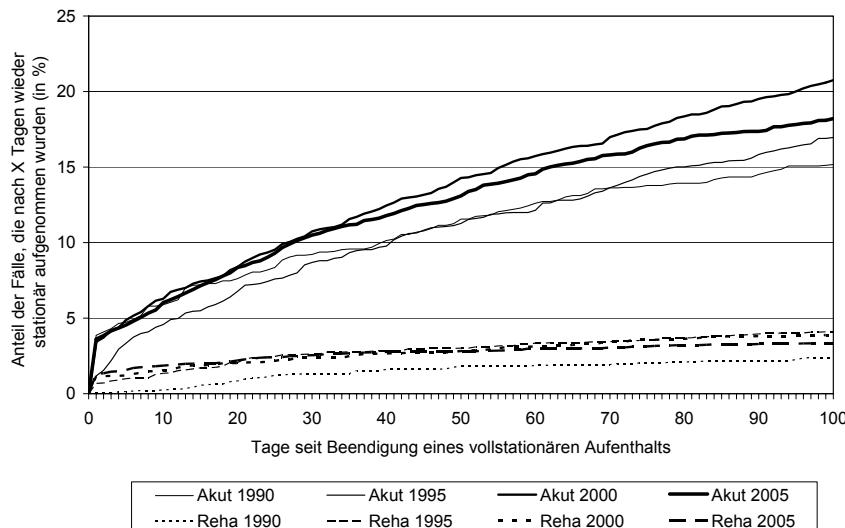


Es gibt neben den nachfolgenden stationären Aufenthalten mit gleicher Diagnose aber auch noch eine sehr hohe Zahl Patienten, die im Anschluss an eine vollstationäre Behandlung wegen einer Erkrankung des zerebrovaskulären Systems mit einer anderen Diagnose erneut akut-stationär aufgenommen werden (Abbildung 85). Knappe 4 % der Patienten sind es schon am ersten Tag nach der Entlassung. Um die 15 bis 20 % sind es dann im Zeitraum der nachfolgenden 100 Tage. Von 1995 bis 2000 stieg der Anteil. Er ging dann aber bis 2005 wieder etwas zurück. Der Anteil der nachfolgenden Rehabilitationsmaßnahmen mit einer anderen Diagnose fällt gegenüber den nachfolgenden akut-stationären Maßnahmen mit unterschiedlicher Diagnose relativ gering aus.

Insgesamt kann man hier also im Zuge der DRG-Einführung kein besonderes Maß an Fallsplitting entdecken. Es kommt zwar zu immer mehr Wiederaufnahmen mit der gleichen Diagnose, was aber nicht unbedingt für die These einer vermehrt auftretenden zu frühen Entlassung spricht, da die Wiederaufnahmen in den letzten Jahren sehr schnell erfolgen und in den meisten Fällen von einer Verlegung in eine geeigneter

Klinik ausgegangen werden kann. Die Art und Weise, wie sich die Falldauerentwicklung darstellt, deutet aber doch auf einen Anpassungsprozess im Zuge der DRGs hin.

Abbildung 85: Erneuter stationärer Aufenthalt ohne Diagnose "Krankheit des zerebrovaskulären Systems" (ICD 430-438) nach einem vollstationären Aufenthalt mit der Diagnose "Krankheit des zerebrovaskulären Systems"



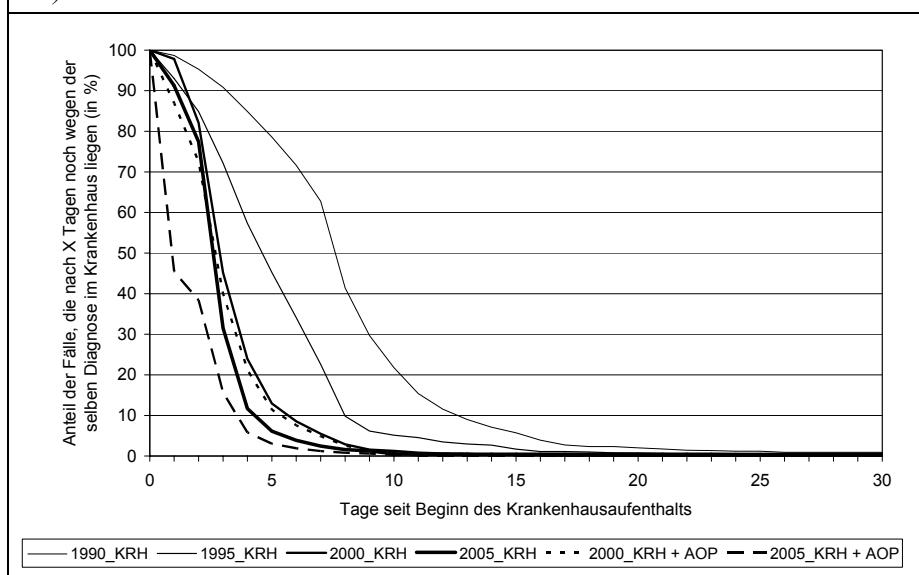
4.3.3. Katarakt – grauer Star (ICD-9: 366)

Die Katarakt ist eine vermehrt durch ambulante Operationen behandelte Erkrankung. Ein großer Teil wird aber auch heute noch in vollstationären Aufenthalten behandelt. In der Abbildung 86 wird die Entwicklung der Aufenthaltsdauer der vollstationären Aufenthalte mit der Diagnose Katarakt dargestellt. Parallel dazu wird auch noch dargestellt, wie sich die Falldauern entwickeln, wenn man die ambulanten Operationen gleichzeitig mit berücksichtigt. Da die ambulanten Operationen im Krankenhaus erst seit 1996 als solche bezeichnet und abgerechnet werden, gibt es auch für die Jahre zuvor keine entsprechenden Fälle.

Die Falldauern gehen schon vor der Einführung der ambulanten Operationen deutlich zurück. Aber selbst mit der Möglichkeit, die Katarakte in ambulanten Operationen zu behandeln, gehen die Falldauern der vollstationären Fälle zurück. Die Dauer einer ambulanten Operation beträgt in aller Regel nur einen Tag. Wenn diese kurzen Fälle bei der Messung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauern der vollstationären Fälle herausfallen und es trotzdem zu einer Verkürzung der Aufenthaltsdauern bei den verbleibenden vollstationären Fällen kommt, dann hat sich insgesamt noch eine Menge mehr getan, um die Dauern zu verkürzen. Ein Blick auf die durchschnittlichen Falldauern der vollstationären Behandlungen zeigt zwischen 2000 und 2005 noch einen kleinen Rückgang.

Integriert man in diesen Vergleich auch noch die ambulanten Operationen, dann kommt es zu einer nochmals sehr deutlichen Verkürzung der Aufenthaltsdauer. Über 50% der Patienten sind spätestens am Tag nach der Aufnahme schon wieder entlassen.

Abbildung 86: Aufenthaltsdauern bei Erkrankungen mit der Diagnose Katarakt (ICD-9: 366)



Bei der Erkrankung Katarakt, die oftmals auch durch ambulante Operationen behandelt wird, stellt sich nun nicht nur die Frage, ob es zu einer Wiederaufnahme mit gleicher oder ungleicher Diagnose kommt, sondern auch, ob sich diese Rate bei vollstationär oder ambulant behandelten Patienten unterscheidet. Wenn der ambulante Fall zwar schneller abgewickelt ist, aber zu einer erhöhten Rehospitalisierungsrate führt, dann ist der Vorteil einer ambulanten Operation schnell aufgebraucht¹⁹.

Es wird also auch bei dieser Diagnose einerseits versucht, die eventuellen Effekte des Fallsplittings oder der zu frühen Entlassung bei den vollstationären Fällen erkennbar zu machen. Andererseits betrachten wir aber genauso für die ambulanten Operationen, inwieweit sich die Raten der Wiederaufnahmen von denen der vollstationären Fälle unterscheiden. Wenn sie ähnlich hoch oder niedriger als bei den vollstationären Fällen sind, dann ist die ambulante Operation auf jeden Fall wirtschaftlicher und effizienter als der vollstationäre Aufenthalt. Wenn die Rate jedoch deutlich darüber liegt, darf darüber gestritten werden, ob die Wirtschaftlichkeit oder Effizienz wirklich höher ist.

¹⁹ Dass als Beendigungsgrund eines vollstationären Aufenthalts wegen einer Katarakt eine Verlegung angegeben ist, trifft fast gar nicht zu.

Abbildung 87: Erneuter stationärer Aufenthalt mit der Diagnose "Katarakt" nach vollstationärem Aufenthalt oder ambulanter Operation mit der Diagnose "Katarakt"

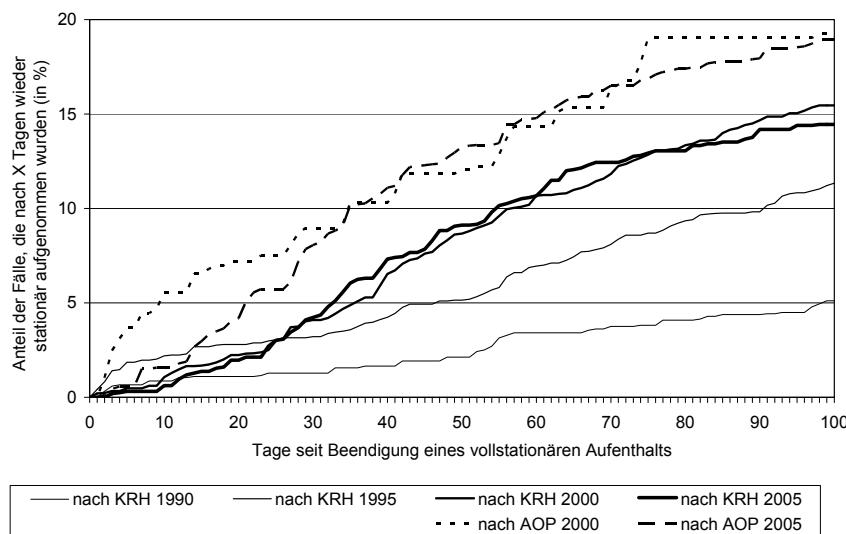
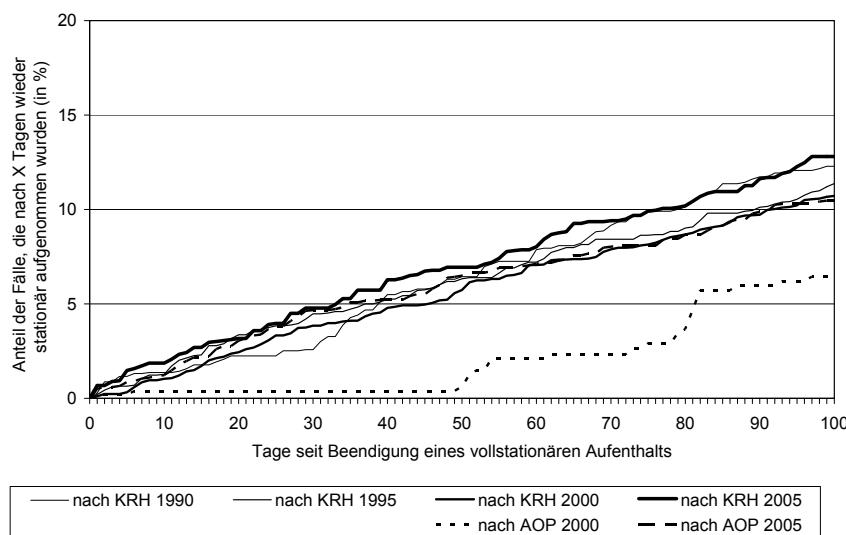


Abbildung 88: Erneuter stationärer Aufenthalt ohne Diagnose "Katarakt" nach vollstationärem Aufenthalt oder ambulanter Operation mit der Diagnose "Katarakt"



Die Betrachtung der Wiederaufnahmen in Rehabilitationseinrichtungen lassen wir außer Acht. Aufnahmen mit gleicher Diagnose gibt es in all den Jahren fast gar keine und Aufnahmen mit anderer Diagnose auch nur sehr wenige. Dabei ist dann auch noch davon auszugehen, dass es keinen direkten Zusammenhang zwischen der Behandlung der Katarakt und der nachfolgenden Rehabilitationsmaßnahme gibt.

Abbildung 87 zeigt die Rate der akut-stationären Wiederaufnahmen mit der Diagnose Katarakt. Abbildung 88 zeigt die Rate der Wiederaufnahmen mit einer anderen Diagnose. In beiden Fällen sind die Raten getrennt für vollstationäre Aufenthalte und für ambulante Operationen mit nachfolgenden akut-stationären Aufenthalten dargestellt. Von 1990–2005 steigt die Rate der Wiederaufnahmen mit gleicher Diagnose nach vollstationären Aufenthalten rapide an. 1990 waren nach 100 Tagen gerade mal 5% erneut mit der Diagnose Katarakt akut-stationär aufgenommen worden. 1995 waren es knappe 12%. In den Jahren 2000 und 2005 sogar rund 15%. Die Rate der Wiederaufnahme stellt sich nach ambulanten Operationen noch viel höher dar. Sie liegt nach 100 Tagen sogar bei ca. 19%. Die Werte für das Jahr 2000 sind auf Grund der doch noch deutlich geringeren Fallzahl allerdings nicht so aussagekräftig. Das gilt auch für alle weiteren Darstellungen der ambulanten Operationen, die sich auf das Jahr 2000 beziehen. Die Wiederaufnahmen mit anderer Diagnose als Katarakt unterscheiden sich nicht über die Jahre und auch nicht zwischen den Behandlungsarten.

Auch bei der Diagnose Katarakt muss man feststellen, dass eine Verkürzung der Liegezeiten und eine gleichzeitige Erhöhung der Wiederaufnahmerate kein gesonderter Effekt der DRGs ist. Der Prozess beginnt schon viel früher. Wenn man also von zu früher Entlassung oder von Fallsplitting sprechen kann, dann eher als Folge einer länger andauernden Tendenz statt als plötzlicher Folge der DRG-Einführung. Dabei ist auch bei den Katarakten auffällig, dass es keinesfalls zu einem Fallsplitting in der Form gekommen ist, dass vermehrt erst die eine Erkrankung behandelt wird und dann in einem nachfolgenden Aufenthalt eine andere Erkrankung.

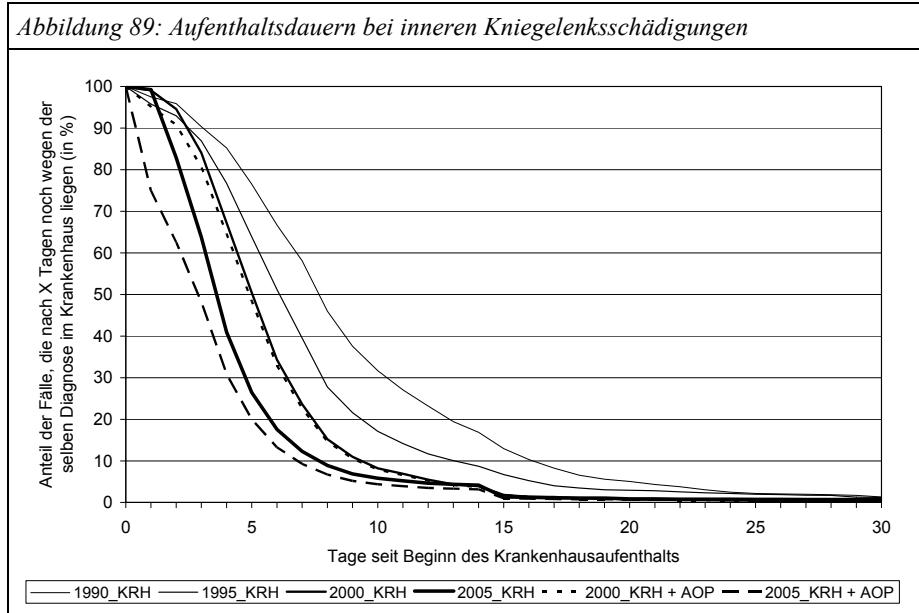
4.3.4. Innere Kniegelenksschädigung (ICD-9: 717)

Ebenso wie bei den anderen untersuchten Diagnosen geht auch bei den inneren Kniegelenksschädigungen der Trend zu immer kürzeren Liegezeiten. Dieser Trend ist auch bei dieser Diagnose kein plötzlicher DRG-Effekt, sondern ist sehr gleichmäßig über die Jahre 1990 bis 2005 beobachtbar (Abbildung 89). Auffällig sind hier allerdings der Beginn der Kurven und der Ausklang der Kurven. Ganz deutlich tritt im Vergleich zu den Jahren 1990 – 2000 hervor, dass die vollstationären Fälle im Jahr 2005 nicht mehr innerhalb eines Tages entlassen werden. Mit der Einführung der DRG wird also stärker zwischen ambulanter Operation und vollstationärem Aufenthalt getrennt. Ein wichtiger Beweggrund dafür, nicht schon innerhalb des ersten Tages zu entlassen, ist sicherlich auch die Einhaltung der unteren Grenzverweildauer für die vollstationären Fälle²⁰. Eine

²⁰ Die DRGs und damit verbunden die unteren und oberen Grenzverweildauern richten sich nicht nach Einzeldiagnosen, sondern nach Prozeduren, die in Verbindung mit einzelnen Diagnosen stehen. Innere Kniegelenksschädigungen werden zum Großteil mit Arthroskopien behandelt. Die entsprechende DRG

Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer führt zu Abschlägen im Entgelt. Entsprechend der unteren Grenzverweildauer gibt es auch eine obere Grenzverweildauer. Deutlich zu erkennen ist die Stufe bei den Aufenthaltsdauern für das Jahr 2005 nach 14 Tagen, was ein Zeichen für eine Reaktion auf die Grenzverweildauer sein kann.

Abbildung 89: Aufenthaltsdauern bei inneren Kniegelenksschädigungen



Mit und ohne Berücksichtigung der ambulanten Operationen unterscheiden sich die Kurven für das Jahr 2000 noch nicht sehr, weil die Fallzahl der ambulanten Operationen in dem Jahr noch sehr gering ist. Für das Jahr 2005 wird aber durch die ambulanten Operationen eine zusätzliche deutliche Verkürzung der Falldauern sichtbar. Bezogen auf den Behandlungsgrund sinken die Falldauern also noch weitaus mehr als durch den Blick allein auf die vollstationären Behandlungen deutlich wird.

Auch bei der Behandlung der inneren Kniegelenksschädigungen wollen wir einen Blick darauf werfen, ob es Anzeichen für Fallsplitting oder für zu vorzeitige Entlassungen gibt. In Abbildung 90 wird die Rate der erneuten stationären Behandlungen mit derselben Diagnose nach einer vollstationären Behandlung dargestellt²¹. Die Rate der erneuten Aufnahmen mit der gleichen Diagnose ist über die Jahre rückläufig.

I24Z wird mit einer unteren Grenzverweildauer von 2 Tagen und einer oberen Grenzverweildauer von 16 Tagen angegeben. Die DRG I18Z (Eingriffe am Kniegelenk) hat eine untere Grenzverweildauer von 2 Tagen und eine obere Grenzverweildauer von 17 Tagen.

(siehe www.g-drg.de/service/download/0916_Fallpauschalkatalog_EDV-Version.xls)

²¹ Dass als Beendigungsgrund eines vollstationären Aufenthalts wegen innerer Kniegelenksschädigungen eine Verlegung angegeben ist, trifft fast gar nicht zu.

Abbildung 90: Erneuter stationärer Aufenthalt mit der Diagnose Kniegelenksschädigungen nach vollstationärem Aufenthalt mit der Diagnose Kniegelenksschädigungen

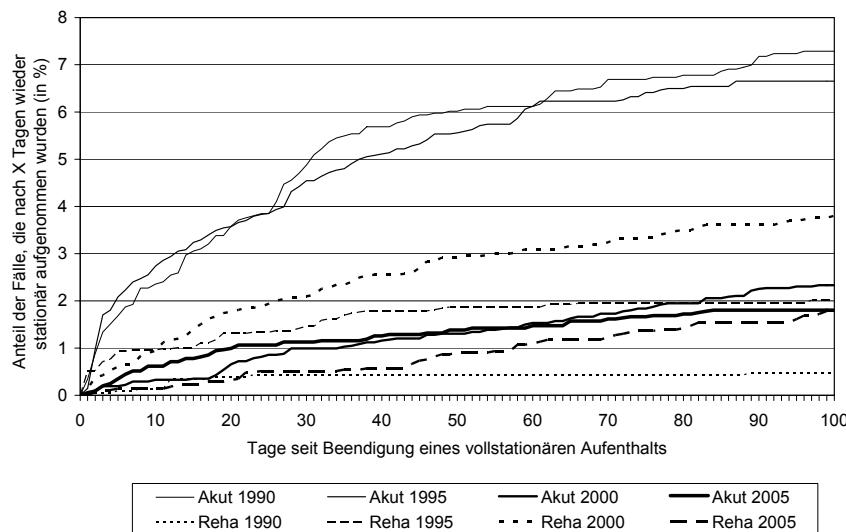


Abbildung 91: Erneuter stationärer Aufenthalt ohne Diagnose Kniegelenksschädigungen nach vollstationärem Aufenthalt mit der Diagnose Kniegelenksschädigungen

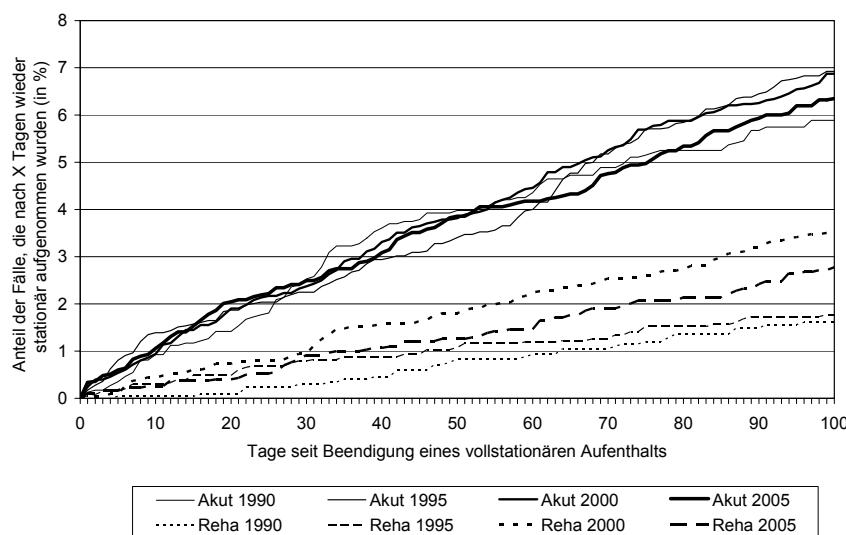


Abbildung 92: Stationärer Aufenthalt nach vollstationärem Aufenthalt oder ambulanter Operation mit der Diagnose Innere Kniegelenksschädigung – gleiche Diagnose

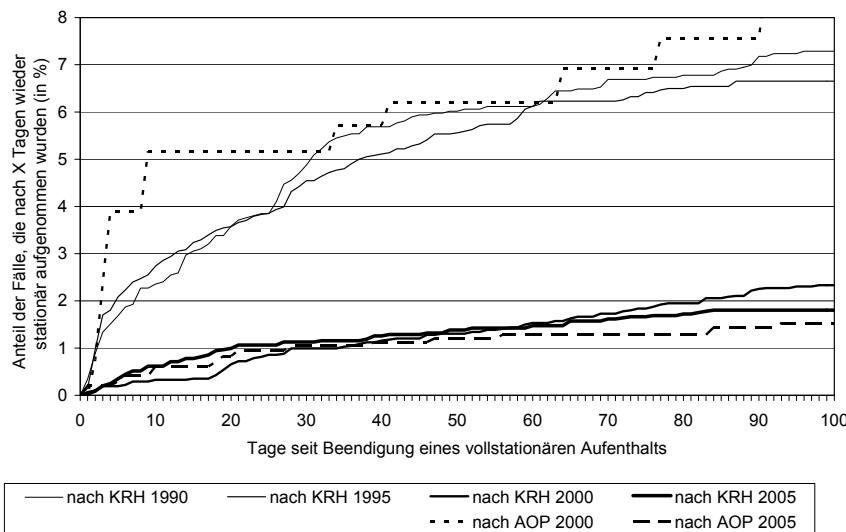
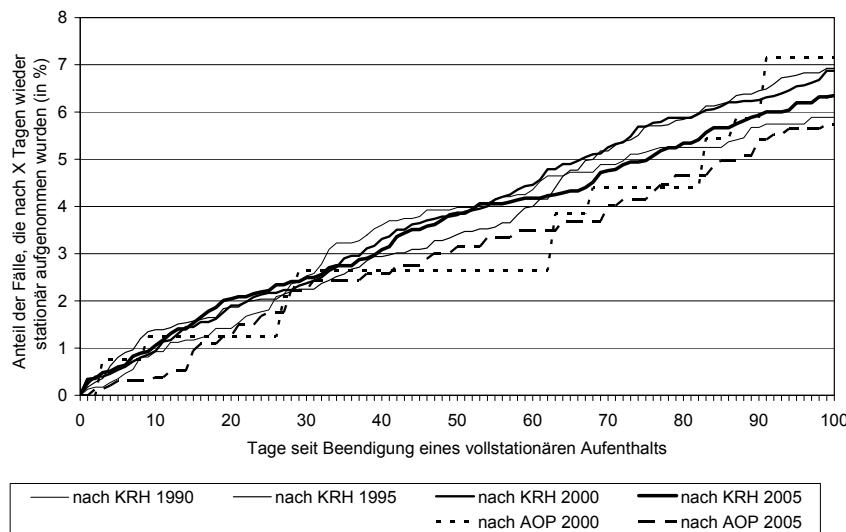


Abbildung 93: Stationärer Aufenthalt nach vollstationärem Aufenthalt oder ambulanter Operation mit der Diagnose Innere Kniegelenksschädigung – ungleiche Diagnose



Während der Anteil der nach 100 Tagen erneut vollstationär aufgenommenen Patienten in den Jahren 1990 und 1995 noch um 7% liegt, liegt er in den Jahren 2000 und 2005 nur noch um 2%. Die sich einem vollstationären Aufenthalt anschließenden Rehabilitationsmaßnahmen wurden bis 2000 noch ausgeweitet. Im Jahr 2005 ist die Rate der anschließenden Rehabilitationsmaßnahmen mit gleicher Diagnose wieder deutlich geringer. Da aber im gleichen Zeitrahmen die akut-stationären Folgeaufenthalte nicht mehr werden, kann davon ausgegangen werden, dass insgesamt die Behandlung der inneren Kniegelenksschädigungen nicht nur schneller, sondern auch erfolgreicher durchgeführt werden.

Beim Blick auf die Rate der nachfolgenden Behandlungen mit anderer Diagnose als innere Kniegelenksschädigungen (Abbildung 91) wird deutlich, dass auch hier noch kein Fallsplitting erkennbar wird. Die Raten der erneuten akut-stationären Behandlungen mit anderer Diagnose unterscheiden sich über die beobachteten Jahre fast gar nicht. Ebenso sieht es mit den Raten in nachfolgende Rehabilitationsmaßnahmen aus.

Abbildung 92 zeigt die Raten erneuter akut-stationärer Aufenthalte nach vollstationärem Aufenthalt und nach ambulanten Operationen mit der Diagnose "innere Kniegelenksschädigungen". Die Kurven für die vollstationären Fälle sind darin identisch mit den Kurven in Abbildung 90. Interessant ist hier zusätzlich nur, ob sich die Raten der erneuten Aufnahme im Krankenhaus zwischen Fällen mit ambulanter Operation und Fällen mit vollstationärer Behandlung unterscheiden. Die Ergebnisse für das Jahr 2000 sind einmal mehr auf Grund der geringen Fallzahl der ambulanten Operationen nicht aussagekräftig und für das Jahr 2005 gibt es keine bedeutende Unterschiede zu beobachten. Eine Verschlechterung der Versorgungsqualität durch die Verkürzung der Aufenthaltsdauer ist also auch hier nicht erkennbar.

Unter dem Aspekt des Fallsplittings werfen wir noch einen Blick auf Abbildung 93. Die dargestellten Raten erneuter akut-stationärer Aufenthalte mit anderen Diagnosen nach vollstationären Aufenthalten mit der Diagnose "innere Kniegelenksschädigungen" entsprechen den Kurven aus Abbildung 91. Die zusätzlich dargestellte Kurve der Rate nach ambulanten Operationen unterscheidet sich kaum oder eher nur positiv von den Raten der nach vollstationärer Behandlung. Das heißt, ein erhöhtes Fallsplitting ist auch unter Einbeziehung der ambulanten Operationen für diese Diagnose nicht feststellbar.

4.4. Fazit der Routinedatenanalyse

Insgesamt konnten folgende Fragen mit Hilfe der Routinedatenanalyse angegangen werden:

1. Inwieweit kann man eine Liegezeitverkürzung feststellen, die auf der DRG-Einführung beruht? Kommt es speziell durch die DRG-Einführung zu verfrühten Entlassungen?

Die Liegezeitverkürzung folgt einem schon lang anhaltenden Trend, der sich in 2005 eher abschwächt als sich im Zuge der DRG-Einführung zu beschleunigen.

Die Aufenthaltszeiten verändern sich aber im Detail. Die Liegezeiten werden langsam erkennbar an die obere und untere Grenzverweildauer angepasst.

2. Inwieweit kann man eine erhöhte Rehospitalisierungsrate in eine erneute akut-stationäre Behandlung mit gleicher Diagnosefeststellen (Rezidivrate), was für eine zu frühe Entlassung spräche?

In der grob aggregierten Betrachtung lassen sich keine großen Veränderungen in der Rezidivrate feststellen. Auch der Blick auf einzelnen Diagnosen hat keine dramatischen Entwicklungen gezeigt. Zweimal gab es keine Veränderungen zu sehen; einmal kam eine erhöhte Rezidivrate durch eine höhere Verlegungsrate zu stande; nur bei den Katarakten gab es eine erhöhte Rate zu beobachten. Hier müsste vor dem Hintergrund klinischer Erfahrung noch mal genauer geschaut werden, ob es an bestimmten Behandlungsverfahren liegt oder ob die Behandlungsqualität abgenommen hat.

3. Inwieweit kann man eine erhöhte Rehospitalisierungsrate in eine erneute akut-stationäre Behandlung mit einer anderen als der ersten Diagnose feststellen, was als Indikator für Fallsplitting zu werten wäre?

Den Verdacht des Fallsplittings kann man nach allen vorliegenden Ergebnissen zurückweisen. Es ist sicherlich nicht ausgeschlossen, dass es in Einzelfällen dazu kommt. Da aber im Vergleich über die Jahre kein Anstieg der Rehospitalisierungsrate in akut-stationäre Behandlungen mit anderer Diagnose feststellbar ist, ist der Verdacht für die Jahre bis 2005 unbegründet.

4. Inwieweit kann man eine veränderte Rehospitalisierungsrate in anschließende Rehabilitationsmaßnahmen feststellen, was für eine Veränderung im Verlaufsmanagement sprechen würde?

Es kann angesichts der besseren Versorgungsqualität nur begrüßt werden, dass die Rehabilitationsmaßnahmen vermehrt und zügiger nach einer akut-stationären Behandlung erfolgen. Ein direkter Einfluss der DRG-Einführung auf diese positive Entwicklung kann allerdings nicht festgestellt werden. Diese Entwicklung beginnt schon deutlich vor der Einführung der DRGs.

5. Inwieweit gibt es bestimmte Populationen, die in besonderem Maße von Veränderungen betroffen sind?

Die Zunahme der Fallzahlen in den Jahren bis 2003 beruht im Wesentlichen auf der Zunahme der Fälle älterer Patienten. Da davon auszugehen ist, dass die älteren Menschen des Jahres 2003 nicht in größerem Ausmaß krank sind als die älteren Menschen des Jahres 1990 bedeutet dies – neutral ausgedrückt – eine Leistungssteigerung je älterer Person. Die Zahl der Aufenthalte verändert sich für jüngere Personen im beschriebenen Zeitraum weitaus weniger.

6. Inwieweit stellt sich die Entwicklung bei detaillierterer Betrachtung der einzelnen Diagnosen anders dar als die Gesamtentwicklung? Hat die Ausgliederung der Be-

handlung einzelner Erkrankungen aus dem vollstationären Spektrum eine Auswirkung auf die Versorgungsqualität?

Die Fallzahlen fast aller Diagnosehauptgruppen steigen im Zeitraum von 1990 bis 2003 an oder bleiben zumindest relativ konstant. Es gibt also eine allgemeine Ausweitung der Leistung. Die allgemeine Ausweitung der Fallzahlen ist nicht gekoppelt an die Einführung der DRGs. Mit der Einführung der DGRs gab es – ganz im Gegensatz zu den befürchteten Ausweitungen der Fallzahlen – einen kleinen Einbruch der Fallzahlen.

Bei der Betrachtung der Behandlungsverläufe der Katarakte ist eine erhöhte Rezidivrate nach ambulanten Operationen aufgefallen. Im Bezug auf die Katarakte gilt es, noch zu untersuchen, inwieweit spezielle Behandlungsmethoden und Behandlungsrythmen dafür verantwortlich gemacht werden können bzw. inwieweit durch die ambulante Operation die Versorgungsqualität eventuell schlechter geworden ist.

5. Literatur

- Arthur Andersen (2000): Krankenhaus 2015 – Wege aus dem Paragraphenschlupf. Berlin. Selbstverlag Arthur Andersen.
- Braun, Bernard; Schnee, Melanie (2002): Vertrauen bei der Wahrnehmung und Bewertung von Akteuren, Institutionen und Eigenschaften des Gesundheitswesens. In: Böcken, Jan; Braun, Bernard; Schnee, Melanie (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2002, Gütersloh: 173-187.
- Braun, Bernard; Müller, Rolf (2003): Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung. Ergebnisse einer Längsschnittanalyse von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung. St. Augustin.
- Buhr, Petra; Klinke, Sebastian (2006 im Erscheinen): Arbeitstitel: Folgen der DRG-Einführung für die Patientenversorgung im Krankenhaus. Erste Ergebnisse einer qualitativen Fallstudie in vier Krankenhäusern. ZeS-Arbeitspapier Nr. xx/2006.
- Busse, Reinhard; Riesberg, Annette (2005): Gesundheitssysteme im Wandel. Deutschland. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.
- Coffey, Rosanna M. (1999): Casemix information in the United States: Fifteen years of management and clinical experience. In: Casemix Quarterly, 1, 1.
- Eichhorn, S. (1975): Krankenhausbetriebswirtschaftslehre 1. Stuttgart u. a.. Kohlhammer.
- Kriwy, P.; Mielck, A. (2006): Versicherte der GKV und der PKV: Unterschiede in Morbidität und Gesundheitsverhalten. In: Gesundheitswesen; 68: 281-288
- Kühn, Hagen; Klinke, Sebastian (2006 im Erscheinen): Arbeitstitel: Krankenhaus, Geld und ärztliche Arbeit. Eine sozialwissenschaftliche Studie zur finanziellen Steuerung der Krankenhäuser, Berlin: Edition Sigma.
- Lauterbach, Karl; Lüngen, Markus (2003): Abschätzung der zukünftigen Auslastung, Bettenkapazität und Standortvorhaltung im akutstationären Bereich. In: Arbeit und Sozialpolitik; H. 1-2, Jg. 57: 52-63.
- Statistisches Bundesamt (2001): Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Fachserie 12, Reihe 6.1, 1999. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2002): Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Fachserie 12, Reihe 6.1, 2000. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2003): Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Fachserie 12, Reihe 6.1, 2001. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

- Statistisches Bundesamt (2004): Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Fachserie 12, Reihe 6.1, 2002. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2005): Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Fachserie 12, Reihe 6.1, 2003. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2006a): Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12, Reihe 6.1.1, 2004. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2006b): Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Fachserie 12, Reihe 6.1.2, 2004. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2006c): Kostennachweis der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.3 – 2004. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Von Eiff, Wilfried; Klemann, Ansgar, Middendorf, Conrad (2005): REDIA-Studie. Analysen der Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation. Münster: Lit.

6. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1991-2004	11
Abbildung 2: Fallzahlen vollstationärer Aufenthalte in Akut-Krankenhäusern und Fälle in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 1990-2005	12
Abbildung 3: Anzahl sonstiger Fälle im Krankenhaus 1990-2005	13
Abbildung 4: Durchschnittliche Falldauern vollstationärer Aufenthalte in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1990-2005 ...	15
Abbildung 5: Gesamtzahl der Aufenthaltstage durch vollstationäre Aufenthalte in Krankenhaus und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1990-2005	16
Abbildung 6: Gesamtzahl der Aufenthaltstage durch sonstige Aufenthalte im Krankenhaus 1990-2005.....	17
Abbildung 7: Personal im Krankenhaus (umgerechnet in Vollzeitkräfte) je 1000 vollstationärer Fälle 1991-2004.....	18
Abbildung 8: Personal im Krankenhaus (umgerechnet in Vollzeitkräfte) je 10.000 akut-stationärer Aufenthaltstage 1991-2004.....	19
Abbildung 9: Ausgaben für Krankenhausbehandlungen von 1991- 2004 (nominal)....	21
Abbildung 10: Personalkosten nach Art des Personals und nach Trägerschaft	22
Abbildung 11: Trägerschaft der Krankenhäuser der Befragten 2002 und 2005	26
Abbildung 12: Bettenanzahl der Krankenhäuser der Befragten 2002 und 2005.....	26
Abbildung 13: Behandlungsanlässe für den Krankenhausaufenthalt in allen Krankenhäusern (bezogen auf alle genannten Anlässe) 2002 und 2005.....	27
Abbildung 14: Behandlungsanlässe in privaten Krankenhäusern (bezogen auf alle genannten Anlässe) 2002 und 2005	29
Abbildung 15: Behandlungsanlässe in öffentlichen Krankenhäusern (bezogen auf alle genannten Anlässe) 2002 und 2005	29
Abbildung 16: Behandlungsanlässe in freigemeinnützigen Krankenhäusern (bezogen auf alle genannten Anlässe) 2002 und 2005	30
Abbildung 17: Behandlungsanlässe in öffentlichen, privaten, freigemeinnützigen und Uni-Kliniken (UK) (bezogen auf alle genannten Anlässe) 2005	30
Abbildung 18: Bettenanzahl nach Trägerschaft des Krankenhauses 2005	31
Abbildung 19: Informationsstand der Ärzte über den Gesundheitszustand und die Vorbehandlung 2002 und 2005	33

Abbildung 20: Anteile der Beurteilungen der Dauer des Krankenhausaufenthalts in den Jahren 2002 und 2005	34
Abbildung 21: Anteil der Patienten mit ausgewählten Erkrankungen in öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern, die meinten, ihr Krankenaufenthalt "hätte etwas länger sein müssen" 2002	35
Abbildung 22: Anteil der Patienten mit ausgewählten Erkrankungen in öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern, die meinten, ihr Krankenaufenthalt "hätte etwas länger sein müssen" 2005	35
Abbildung 23: Häufigkeit ausgewählter Erfahrungen von Patienten mit Konzepten, Strukturen und Akteuren im Krankenhaus 2005	37
Abbildung 24: Veränderungen der Erfahrungen von Patienten nach Trägerschaft des Krankenhauses 2002 und 2005 (in Prozentpunkten)	39
Abbildung 25: Veränderungen der Erfahrungen von Patienten nach Altersgruppen 2002 und 2005 (in Prozentpunkten)	39
Abbildung 26: Erreichbarkeit von Pflegepersonal und Ärzten 2002 und 2005	41
Abbildung 27: Häufigkeit von Problemen durch die Behandlung durch unterschiedliche Ärzte 2005	42
Abbildung 28: Häufigkeit der Besprechungsmöglichkeiten von Ängsten und Befürchtungen mit Ärzten, Pflegekräften und Angehörigen 2002 und 2005	44
Abbildung 29: Häufigkeit ausführlicher Möglichkeit für Besprechungen über Ängste mit Ärzten und Pflegekräften nach Trägerschaft des Krankenhauses 2002 und 2005	45
Abbildung 30: Häufigkeit ausführlicher Möglichkeit für Besprechungen über Ängste mit Ärzten und Pflegekräften nach Alter der Patienten 2002 und 2005	46
Abbildung 31: Patienten mit "immer" wie geplant durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen nach Trägerschaft des Krankenhauses in den Jahren 2002 und 2005	48
Abbildung 32: Häufigkeit und Qualität der Erklärung des Zwecks von Medikamenten durch Ärzte 2002 und 2005	49
Abbildung 33: Anteil der Patienten mit Schmerzen, die "voll und ganz" erfolgreich therapiert wurden, nach Trägerschaft des Krankenhauses in den Jahren 2002 und 2005	50
Abbildung 34: Anteil der Patienten mit Schmerzen, die "voll und ganz" erfolgreich therapiert wurden, nach ausgewählten Erkrankungen und Trägerschaft des Krankenhauses in den Jahren 2002 und 2005	51

Abbildung 35: Veränderungen des Anteils der Patienten, die sich "alles in allem ausreichend über ihre Krankheit und Genesung informiert" fühlten nach Trägerschaft und Bettenanzahl 2002 bis 2005 (in Prozentpunkten)	53
Abbildung 36: Veränderungen des Anteils der Patienten, deren Angehörige "voll und ganz" ausreichend Gelegenheit für Arztgespräche hatten nach Trägerschaft und Bettenanzahl 2002 bis 2005 (in Prozentpunkten)	54
Abbildung 37: Anteile von Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Behandlung in den Jahren 2002 und 2005	54
Abbildung 38: Anteil der Patienten, die "völlig" oder gar nicht über ihre Behandlung mitbestimmen konnten, nach Bildungsabschluss, Bettenanzahl und Trägerschaft des Krankenhauses 2005	55
Abbildung 39: Bewertung des Behandlungserfolges 2002 und 2005	57
Abbildung 40: Anteil der Patienten mit Besserung oder Heilung von Beschwerden nach Trägerschaft des Krankenhauses bei ausgewählten Erkrankungen 2002 und 2005	57
Abbildung 41: Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeit nach Krankenhausentlassung in den Jahren 2002 und 2005	58
Abbildung 42: Bedarf und Nichterhalt von nachstationären Behandlungen und Hilfen 2002 und 2005	60
Abbildung 43: Häufigkeit in der nachstationäre Leistungen gebraucht werden nach Trägerschaft des Krankenhauses 2005	61
Abbildung 44: Häufigkeit spürbarer gesundheitlicher Nachteile durch den Nichterhalt nachstationärer Leistungen 2002 und 2005	62
Abbildung 45: Helfer im Krankenhaus bei benötigter nachstationärer Hilfe oder Behandlung 2002 und 2005	63
Abbildung 46: Anteil der unterstützungsbedürftigen Patienten, um die sich im Krankenhaus "niemand gekümmert" hat, nach Trägerschaft des Krankenhauses 2002 und 2005	64
Abbildung 47: Anteil der Patienten, der keine Entlassungsleistungen erhielt in den Jahren 2002 und 2005	67
Abbildung 48: Anteil der Patienten, der die Entlassungsleistungen "voll und ganz" oder "ausführlich" erhielt in den Jahren 2002 und 2005	67
Abbildung 49: Veränderung des Anteils von Patienten, der Entlassungsleistungen nicht erhielt, nach Trägerschaft des Krankenhauses 2002-2005 (in Prozentpunkten) ...	68
Abbildung 50: Veränderung des Anteils von Patienten, der Entlassungsleistungen "voll und ganz/ausführlich" erhielt, nach Trägerschaft des Krankenhauses 2002-2005 (in Prozentpunkten)	68

Abbildung 51: Anteil der Patienten, der keine Entlassungsleistungen erhielt nach Bettenanzahl des Krankenhauses 2005.....	69
Abbildung 52: Veränderung des Anteils von Patienten, der Entlassungsleistungen nicht erhielt, nach Altersgruppen 2002-2005 (in Prozentpunkten).....	70
Abbildung 53: Veränderung des Anteils von Patienten, der Entlassungsleistungen "voll und ganz/ausführlich" erhielt, nach Altersgruppen 2002-2005 (in Prozentpunkten)	70
Abbildung 54: Bildungsstruktur der Patienten, die alle oder gar keine Entlassungsleistungen erhielten 2005	71
Abbildung 55: Häufigkeit der Krankheiten von Patienten, die alle oder gar keine Entlassungsleistung erhielten im Jahr 2005	72
Abbildung 56: Veränderung des Anteils von Patienten, der gar keine oder alle Entlassungsleistungen erhielt nach Trägerschaft des Krankenhauses 2002 und 2005 (in Prozentpunkten)	73
Abbildung 57: Veränderung des Anteils von Patienten, der gar keine oder alle Entlassungsleistungen erhielt nach Altersgruppen 2002 und 2005 (in Prozentpunkten)	73
Abbildung 58: Informationsbedürfnisse für eine künftige Krankenhausbehandlung 2002 und 2005	75
Abbildung 59: Häufigkeit von Vertrauen von Patienten zu Ärzten, Pflegepersonal und Krankenhaus 2002 und 2005	77
Abbildung 60: Veränderung des uneingeschränkten Vertrauens zu Ärzten nach ausgewählten Merkmalen 2002–2005	78
Abbildung 61: Veränderung des uneingeschränkten Vertrauens zu Pflegekräften nach ausgewählten Merkmalen 2002–2005	78
Abbildung 62: Veränderung des uneingeschränkten Vertrauens, dass im Krankenhaus alles für die Gesundung gemacht wird nach ausgewählten Merkmalen 2002–2005	79
Abbildung 63: Einstellungen und Bewertungen zu Aussagen über eine gute Behandlung im Krankenhaus 2005.....	80
Abbildung 64: Veränderungen der uneingeschränkten Zustimmung („stimme vollständig zu“) zu Aussagen über eine gute Behandlung im Krankenhaus 2002–2005 (in Prozent und Prozentpunkten)	81
Abbildung 65: Anteile von Mehrfach- und Erstnutzern nach Trägerschaft des Krankenhauses 2002 und 2005	82
Abbildung 66: Erfahrungen im und mit dem Krankenhaus von Patienten mit drei oder mehr Krankheiten oder Behandlungsanlässen 2002 und 2005	84
GEK-Edition	125

Abbildung 67: Erfahrungen im und mit dem Krankenhaus von Patienten mit einer oder drei und mehr Krankheiten/Behandlungsanlässen 2002 und 2005	85
Abbildung 68: Unterschiede der Erfahrungen im und mit dem Krankenhaus von Patienten mit einer oder drei und mehr Krankheiten/Behandlungsanlässen aus der Perspektive der multimorbidien Patienten in den Jahren 2002 und 2005	86
Abbildung 69: Krankenhausfälle und -tage 1990–2005 je 1000 Versichertenjahre (Versicherte insgesamt, standardisiert auf die Bevölkerung von 1993).....	89
Abbildung 70: Durchschnittliche Dauer vollstationärer Aufenthalte in Tagen (Versicherte insgesamt, standardisiert auf die Bevölkerung von 1993).....	90
Abbildung 71: Anzahl der vollstationären Krankenhausfälle nach Alterskategorien (Versicherte insgesamt, standardisiert auf die Bevölkerung von 1993).....	91
Abbildung 72: Anzahl der vollstationären Krankenhausfälle nach Geschlecht (Versicherte insgesamt, standardisiert auf die Bevölkerung von 1993).....	92
Abbildung 73: Anzahl der vollstationären Krankenhausfälle nach Alterskategorien und Geschlecht (Versicherte insgesamt, standardisiert auf die Bevölkerung von 1993)	93
Abbildung 74: Anzahl der vollstationären Krankenhaustage nach Alterskategorien und Geschlecht (Versicherte insgesamt, standardisiert auf die Bevölkerung von 1993)	94
Abbildung 75: Anzahl der vollstationären Fälle mit und ohne psychische Erkrankungen und mit und ohne ambulante Operationen im Krankenhaus (Versicherte insgesamt, standardisiert auf die Bevölkerung von 1993).....	97
Abbildung 76: Durchschnittliche Anzahl der Aufenthaltstage mit und ohne psychische Erkrankungen und mit und ohne ambulante Operationen im Krankenhaus (Versicherte insgesamt, standardisiert auf die Bevölkerung von 1993).....	98
Abbildung 77: Erneuter stationärer Aufenthalt nach einem vollstationären Aufenthalt separat für akutstationären (voll- oder teilstationär und ambulante Operationen im Krankenhaus) und rehabilitativen Folgeaufenthalt	100
Abbildung 78: Erneuter stationärer Aufenthalt (vollstationär, teilstationär oder ambulante Operation) nach einem vollstationären Aufenthalt differenziert nach gleicher und ungleicher Diagnose beim Folgeaufenthalt.....	101
Abbildung 79: Erneuter stationärer Aufenthalt (vollstationär, teilstationär oder ambulante Operation) nach einem vollstationären Aufenthalt differenziert nach Alter und Geschlecht	102
Abbildung 80: Aufenthaltsdauern bei Dorsopathien (ICD-9: 720-724)	105
Abbildung 81: Erneuter stationärer Aufenthalt mit der Diagnose Dorsopathie (ICD 720-724) nach einem vollstationären Aufenthalt mit der Diagnose Dorsopathie	106

Abbildung 82: Erneuter stationärer Aufenthalt mit anderer Diagnose als Dorsopathie (ICD 720-724) nach einem vollstationären Aufenthalt mit der Diagnose Dorsopathie	107
Abbildung 83: Aufenthaltsdauern bei Erkrankungen des zerebrovaskulären Systems (ICD-9: 430-438).....	108
Abbildung 84: Erneuter stationärer Aufenthalt mit der Diagnose "Krankheit des zerebrovaskulären Systems" (ICD 430-438) nach einem vollstationären Aufenthalt mit der Diagnose "Krankheit des zerebrovaskulären Systems"	109
Abbildung 85: Erneuter stationärer Aufenthalt ohne Diagnose "Krankheit des zerebrovaskulären Systems" (ICD 430-438) nach einem vollstationären Aufenthalt mit der Diagnose "Krankheit des zerebrovaskulären Systems"	110
Abbildung 86: Aufenthaltsdauern bei Erkrankungen mit der Diagnose Katarakt (ICD-9: 366)	111
Abbildung 87: Erneuter stationärer Aufenthalt mit der Diagnose "Katarakt" nach vollstationärem Aufenthalt oder ambulanter Operation mit der Diagnose "Katarakt"	112
Abbildung 88: Erneuter stationärer Aufenthalt ohne Diagnose "Katarakt" nach vollstationärem Aufenthalt oder ambulanter Operation mit der Diagnose "Katarakt"	112
Abbildung 89: Aufenthaltsdauern bei inneren Kniegelenksschädigungen	114
Abbildung 90: Erneuter stationärer Aufenthalt mit der Diagnose Kniegelenksschädigungen nach vollstationärem Aufenthalt mit der Diagnose Kniegelenksschädigungen	115
Abbildung 91: Erneuter stationärer Aufenthalt ohne Diagnose Kniegelenksschädigungen nach vollstationärem Aufenthalt mit der Diagnose Kniegelenksschädigungen	115
Abbildung 92: Stationärer Aufenthalt nach vollstationärem Aufenthalt oder ambulanter Operation mit der Diagnose Innere Kniegelenksschädigung – gleiche Diagnose	116
Abbildung 93: Stationärer Aufenthalt nach vollstationärem Aufenthalt oder ambulanter Operation mit der Diagnose Innere Kniegelenksschädigung – ungleiche Diagnose	116

7. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Alters-, Geschlechts- und Tätigkeitsstruktur der befragten Krankenhaus-Patienten 2002 und 2005	25
Tabelle 2: Häufigkeit ausgewählter Erfahrungen von Patienten mit Strukturen und Akteuren im Krankenhaus 2002 und 2005	37
Tabelle 3: Häufigkeit ausgewählter Erfahrungen von Patienten mit Strukturen und Akteuren im Krankenhaus nach Altersgruppen 2005	38
Tabelle 4: Häufigkeit ausgewählter Erfahrungen von Patienten mit Strukturen und Akteuren im Krankenhaus nach Trägerschaft des Krankenhauses 2005	38
Tabelle 5 : Beurteilung der Kooperation von Ärzten und Pflegekräften 2002 und 2005	52
Tabelle 6: Anzahl der vollstationären Krankenhausfälle je 1000 VJ nach ICD9-Hauptgruppen (Versicherte insgesamt, standardisiert auf die Bevölkerung von 1993)	95
Tabelle 7: Anzahl der vollstationären Aufenthaltstage je 1000 VJ nach ICD9-Hauptgruppen (Versicherte insgesamt, standardisiert auf die Bevölkerung von 1993)	96
Tabelle 8: Standardpopulation	129

8. Anhang

8.1. Standardisierung

Mit dem Mittel der Standardisierung lassen sich Einflüsse wie Alter oder Geschlecht rechnerisch ausblenden, sodass das Ergebnis somit unabhängig von der Alters- oder Geschlechtsstruktur gilt. Die Verhältnisse der verschiedenen Untersuchungsgruppen werden dabei auf die Verhältnisse ein und derselben Standardpopulation „umgerechnet“.

Tabelle 8: Standardpopulation

Altersgruppe	Anzahl Männer 1993 in Tsd.	Anzahl Frauen 1993 in Tsd.
0	410,2	388,9
1-4	1809,3	1719,8
5-9	2325,2	2204,6
10-14	2282,3	2167,4
15-19	2161,4	2038,8
20-24	2791,7	2625,1
25-29	3688,0	3411,2
30-34	3610,3	3367,3
35-39	3114,0	2939,0
40-44	2862,7	2773,3
45-49	2353,8	2272,0
50-54	2979,6	2905,4
55-59	2766,5	2776,6
60-64	2046,6	2186,6
65-69	1649,2	2251,9
70-74	1183,7	2163,0
75-79	593,6	1256,1
80-84	566,4	1388,7
85-89	249,4	719,2
90+	74,6	264,5

8.2. Versichertengeschlecht

Dieses Verfahren trägt der Tatsache Rechnung, dass nicht alle Personen innerhalb der Untersuchungsgruppen ganzjährig versichert sind. Die stationäre Behandlungshäufigkeit, ausgedrückt in „KRH-Fälle/1.000 Versichertengeschlechter“, errechnet sich nach diesem Konzept als Quote aus den Krankenhausfällen und den Versicherungstagen mit Anspruchsberechtigung (multipliziert mit 1.000). Die Gesamtzahl der stationären Aufenthaltstage, ausgedrückt als „KRH-Tage / 1000 Versichertengeschlechter“, errechnet sich als Quote aus den Krankenhaustagen und den Versicherungstagen mit Anspruchsberechtigung (multipliziert mit 1000). Damit gewährleistet das Verfahren des Versichertengeschlechter-Konzeptes eine bessere Vergleichbarkeit von Untersuchungsgruppen mit unterschiedlicher Altersverteilung. Die Berechnung je 100 bzw. je 1.000 Versichertengeschlechter

schafft eine Kennzahl, welche die Werte verschiedener Untergruppen vergleichbar macht. So können etwa die Erkrankungshäufigkeiten der 15-19jährigen Personen des Jahres 1990 mit fiktiven 1.096 Fällen mit denen der 15-19jährigen Personen des Jahres 2005 mit fiktiven 14.101 Fällen trotz der Mengenunterschiede aussagefähig verglichen werden.

8.3. Grundauszählung der Patientenbefragungen 2002/2005

Bei den Prozentangaben aus dem Jahr 2005 handelt es sich anders als in den Analysen im Text um rohe, also nicht alters- und geschlechtsstandardisierte Ergebnisse. Dadurch kann es zu kleinen Abweichungen der quantitativen Angaben kommen, die aber meist klein sind.

Warum waren Sie zuletzt im Krankenhaus? (Mehrfachnennungen möglich)

	2005	2002
Entbindung	4,8	3,9
Augenerkrankung	2,0	4,0
Verletzungen (z. B. Beinbruch)	7,1	5,7
Schlaganfall	2,6	3,4
Vergiftung	0,7	0,5
Hals-/Nasen-/Ohrenerkrankung	4,8	5,5
Herzinfarkt, akut	3,3	3,2
Herz-/Kreislauferkrankung, chronische (z. B. Herzschmerzen)	11,4	12,0
Stoffwechselerkrankung, chronisch (z. B. Diabetes)	2,6	3,7
Krebserkrankung	12,0	12,0
Magen-/Darmerkrankung(akut oder chronisch ohne Krebs)	7,9	6,1
Entzündliche Rheuma-Erkrankung	1,8	1,1
Erkrankung am Bewegungssystem (Bandscheibe etc.)	12,8	11,3
schwerer Schmerz, akut oder chronisch (z. B. Migräne)	3,4	2,5
Hauterkrankung, akut oder chronisch (z. B. Ekzem)	1,8	1,8
psychische Erkrankung und neurologische Erkrankung	7,9	4,4
Atemwegserkrankung/Asthma	2,8	3,6
sonstige Infektionen/Entzündungen	3,9	3,8
als Folge einer Komplikation einer Krankenhausbehandlung	2,4	2,4
sonstiger Grund	28,0	33,5

Wer veranlasste Ihren Krankenhausaufenthalt?

	2005	2002
mein Hausarzt per Einweisung	33,4	32,6
ein Facharzt per Einweisung	44,0	48,3
ein Notarzt	12,5	11,3
ich selbst ohne ärztliche Einweisung	10,1	7,8

Es kommt vor, dass Patienten abgewiesen oder von „Tür zu Tür“ geschickt werden. Ist Ihnen das auch passiert?

	2005	2002
ja	2,9	3,1
nein	97,1	96,9

Wenn ja, welche der folgenden Begründungen wurden Ihnen dafür vom Krankenhaus gegeben?

	2005	2002
kein Platz zum Termin	29,9	38,0
Behandlung konnte dort nicht durchgeführt werden	16,9	13,3
anderes Krankenhaus geeigneter	14,3	16,5
Behandlung möglich, aber nur als Privatpatient	5,2	2,5
keine Begründung	33,8	29,7

Wie viele Tage waren Sie während des letzten Aufenthaltes im Krankenhaus?

	2005	2002
Tage im Durchschnitt	11,8	11,9

Wie viele Tage haben Sie trotz Einweisung auf einen Platz im Krankenhaus gewartet?

	2005	2002
keinen einzigen Tag	64,0	58,0
bis zu einer Woche	17,7	16,6
zwei bis vier Wochen	11,7	15,8
über vier Wochen	6,6	9,6

Fanden Sie die Dauer Ihres Krankenhausaufenthaltes richtig?

	2005	2002
ja, war genau richtig	70,3	71,2
nein, hätte etwas länger sein können	9,4	8,9
nein, hätte ruhig etwas kürzer sein können	5,7	7,4
kann ich nicht beurteilen	14,5	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?

	2005	2002
ja	75,2	76,1
nein	24,8	23,9

Was war Ihrer Meinung nach der Grund für die Wartezeit?

	2005	2002
Wartezeiten sind bei diesem Krankenhaus üblich	17,7	22,1
ich bin gesetzlich und nicht privat versichert	12,7	9,4
das Krankenhaus war offensichtlich belegt	39,2	44,8
Art meiner Erkrankung	22,0	17,6
es ging von mir aus/war mein eigenes Interesse	16,3	16,2
weiß nicht	7,3	6,1
andere Gründe	11,4	12,4

In welcher Abteilung/Station (z. B. Innere Medizin) wurden Sie während Ihres letzten Krankenhausaufenthaltes überwiegend behandelt?

	2005	2002
Chirurgische (einschließlich Urologie, Gynäkologie)	34,8	39,7
Innere Medizin	26,4	24,6
Neurologie	8,2	7,1
Orthopädie	8,5	7,7
Geburtshilfe	4,8	3,7
Andere	17,3	17,2

Denken Sie bitte an den ersten Kontakt mit einem Arzt während Ihres letzten Krankenhausaufenthaltes: Hatte er Ihrer Meinung nach alle notwendigen Informationen?

2002			
	ja	nein	weiß nicht
über Ihren Gesundheitszustand	81,8	10,4	7,9
über die vorangegangene Behandlung	74,2	13,2	12,6

2005			
	ja	nein	weiß nicht
über Ihren Gesundheitszustand	80,6	11,2	8,2
über die vorangegangene Behandlung	73,4	13,4	13,2

Wurde die Diagnose des einweisenden Arztes vom Krankenhaus bestätigt?

	2005	2002
ja, Diagnose wurde bestätigt	58,1	63,1
ja, Diagnose wurde bestätigt und erweitert	30,8	29,5
nein, Diagnose nicht bestätigt	4,0	3,7
es wurde mir weder vom Haus- noch Krankenhausarzt eine Diagnose mitgeteilt	2,1	2,1
weiß nicht/kann mich nicht erinnern	5,0	1,6

In welchem Maße entsprechen die folgenden Aussagen Ihren Erfahrungen als Krankenhauspatient/in?

2002					
	Stimme vollständig zu	Stimme eher zu	Stimme teilweise zu	Stimme eher nicht zu	Stimme über- haupt nicht zu
Das Krankenhauspersonal bemüht sich vorbildlich und individuell um die Gesundheit der Patienten	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	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	6,0	2,9

In welchem Maße entsprechen die folgenden Aussagen Ihren Erfahrungen als Krankenhauspatient/in?

2005					
	Stimme vollständig zu	Stimme eher zu	Stimme teilweise zu	Stimme eher nicht zu	Stimme über- haupt nicht zu
Das Krankenhauspersonal bemüht sich vorbildlich und individuell um die Gesundheit der Patienten	60,5	23,8	13,0	1,8	1,0
Im Krankenhaus bekommt man das Gefühl, eine Nummer zu sein und unpersönlich behandelt zu werden	4,4	7,1	16,2	28,2	44,2
Im Krankenhaus bekommt man das Gefühl, dass bei Entscheidungen über die Behandlung und die Aufenthaltsdauer Geld und Kosten eine entscheidende Rolle spielen	9,6	9,9	20,4	27,6	32,6
Im Krankenhaus wird die persönliche Betreuung immer mehr durch die Technik und Apparate verdrängt	4,3	8,0	24,6	32,4	30,8
Im Krankenhaus wird man mit Aufmerksamkeit und Rücksicht behandelt	39,7	32,1	19,6	5,5	3,1

Würden Sie das Krankenhaus, in dem Sie Ihren letzten Aufenthalt hatten, einem Verwandten oder Freund mit denselben gesundheitlichen Problemen weiter empfehlen?

	2005	2002
ja	85,7	85,2
nein	7,1	7,6
weiß nicht	7,2	7,2

Wie viel Vertrauen hatten Sie in das Krankenhauspersonal bzw. in das Krankenhaus?

	2002				
	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	64,5	19,3	12,4	2,6	1,1
Ich hatte uneingeschränktes Vertrauen in Schwestern und Pfleger	57,8	24,5	13,3	2,8	
Ich hatte uneingeschränktes Vertrauen, dass im Krankenhaus alles für meine Gesundung getan wurde	63,0	22,3	10,9	2,3	1,4

	2005				
	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	59,0	23,6	13,0	3,1	1,3
Ich hatte uneingeschränktes Vertrauen in Schwestern und Pfleger					
Ich hatte uneingeschränktes Vertrauen, dass im Krankenhaus alles für meine Gesundung getan wurde	58,9	25,5	11,1	3,2	1,3

Wurden Maßnahmen (diagnostische, therapeutische bzw. operative) verständlich mit Ihnen besprochen?

	2005	2002
ja	92,3	92,1
nein	7,7	7,9

Konnten Sie Ihre Ängste oder Befürchtungen, die Sie wegen Ihrer Krankheit oder Behandlung hatten, mit einem Arzt oder einer Ärztin besprechen?

	2005	2002
ich hatte keine Ängste oder Befürchtungen	31,2	33,7
ja, ausführlich	49,7	48,2
ja, aber nicht ausführlich genug	14,8	14,3
nein	4,3	3,8

Konnten Sie im Bedarfsfall mit einer Schwester oder einem Pfleger über Ihre Ängste oder Befürchtungen sprechen?

	2005	2002
ich hatte keine Ängste oder Befürchtungen	40,1	45,0
ja, ausführlich	36,2	32,2
ja, aber nicht ausführlich genug	13,8	12,9
nein	9,9	10,0

Waren Ärzte, Schwestern und Pfleger im Krankenhaus für Sie da, wenn Sie sie brauchten?

2002				
	Fast nie	Selten	Meistens	Immer
Arzt/Ärztin	2,1	7,8	46,3	43,8
Schwester/Pfleger	0,9	2,7	29,6	66,8

2005				
	Fast nie	Selten	Meistens	Immer
Arzt/Ärztin	2,0	8,2	47,9	42,0
Schwester/Pfleger	0,6	3,5	29,7	66,2

Wurden Ihre Untersuchungen (z. B. Röntgenaufnahmen) und Behandlungen (z. B. Physiotherapie) wie geplant durchgeführt?

	2005	2002
ich erfuhr nichts oder wenig über die Planung von Aktivitäten	6,9	12,4
ich hatte keine geplanten Untersuchungen oder Anwendungen	12,4	19,4
ja, immer	71,7	61,0
ja, manchmal	8,4	6,7
nein, praktisch nie	0,7	0,5

Sofern Sie durch unterschiedliche Ärzte im Krankenhaus behandelt wurden: Trat eines oder mehrere der folgenden Probleme auf?

	2005	2002
unterschiedliche Aussagen zur Krankheit und Genesung	6,3	6,0
unterschiedliche Behandlungsvorschläge	5,7	5,6
andere Probleme	4,1	4,1
es gab keines der genannten Probleme	61,9	64,1
weiß nicht	6,4	5,6

Hat Ihnen ein Arzt oder eine Ärztin den Zweck der Medikamente, die Sie im Krankenhaus erhielten, verständlich erklärt?

	2005	2002
ja, voll und ganz	44,4	41,9
ja, einigermaßen	18,9	16,7
ja, aber nur bei Nachfrage	11,7	15,8
ich brauchte keine Erklärung	6,4	6,2
ich musste keine Medikamente nehmen	9,7	13,8
nein	6,0	5,6

Wenn nein, hat Ihnen dann eine Schwester oder Pfleger den Zweck der Medikamente erklärt?

	2005	2002
ja	14,6	14,7
ja, aber nur bei Nachfrage	31,7	26,7
nein	53,7	58,8

Hatten Sie während Ihres Krankenhausaufenthaltes Schmerzen?

	2005	2002
nein	39,7	43,6
ja	60,3	56,4

Wenn Sie Schmerzen hatten, wie stark waren sie?

	2005	2002
stark	41,7	37,9
mittel	42,9	50,7
gering	15,5	11,4

Erhielten Sie eine erfolgreiche Schmerztherapie?

	2005	2002
ja, voll und ganz	56,1	57,1
ja, einigermaßen	24,8	84,7
nein	19,2	15,3

Wie gut haben Ärzte, Ärztinnen, Schwestern und Pfleger Ihrer Meinung nach zusammen gearbeitet?

	2005	2002
kann ich nicht beurteilen	11,4	27,3
schlecht	1,3	1,2
Mittelmäßig / teils/teils	8,5	4,6
gut	48,6	35,9
sehr gut	26,8	24,0
Ausgezeichnet / entfiel in 2005		6,9

Haben sie die Beschwerden, die zu Ihrem Krankenhausaufenthalt führten, gebessert?

	2005	2002
nein, sogar verschlechtert	2,4	2,5
nein, gleich geblieben	9,8	8,9
ja, gebessert	42,3	39,3
habe diese Beschwerden nicht mehr	30,4	32,9
noch nicht beurteilbar	15,2	16,3

Fühlen Sie sich im Nachhinein alles in allem ausreichend über Ihre Krankheit und Genesung informiert?

	2005	2002
ja	85,6	86,7
nein	14,4	13,3

Hatten Ihre Angehörigen ausreichend Gelegenheit mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin im Krankenhaus zu sprechen?

	2005	2002
Frage trifft nicht zu, weil ich keine Angehörigen habe	2,3	2,6
meine Angehörigen waren nicht interessiert	3,3	2,4
Angehörige wurden voll und ganz mit einbezogen	29,8	27,0
Angehörige wurden einigermaßen einbezogen	11,5	10,1
nein, Angehörige wurden nicht mit einbezogen	7,9	7,6
nein, weil ich sie selber informiert habe	45,1	50,3

Konnten Sie bei Ihrer Behandlung genügend mitbestimmen?

	2005	2002
ja, völlig	36,0	31,1
ja, einigermaßen	25,9	24,4
nein	16,0	16,9
ich wollte nicht mitbestimmen	22,0	27,7

Wurden Ihnen ärztlicherseits Sinn und Zweck der Medikamenteneinnahme nach der Entlassung verständlich erklärt?

	2005	2002
ja, voll und ganz	40,8	37,7
ja, einigermaßen	16,2	13,6
nein	7,2	7,1
ich brauchte keine Erklärung	9,0	9,4
ich musste keine Medikamente nehmen	28,8	32,1

Wurde Ihnen ärztlicherseits erklärt, wie Sie sich nach der Entlassung verhalten und auf welche Warnsignale sie achten sollen?

	2005	2002
ja, ausführlich	54,0	52,1
ja, einigermaßen	19,7	19,3
nein, erfolgte nicht	13,4	13,4
war nicht notwendig	12,9	15,3

Wurden mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, wann und wie Sie Ihre gewohnten Alltagsaktivitäten wieder aufnehmen können?

	2005	2002
ja, ausführlich	41,0	37,7
ja, einigermaßen	19,8	17,7
nein, erfolgte nicht	17,0	18,3
war nicht notwendig	22,3	26,3

Hat Ihnen jemand im Krankenhaus ausführlich erklärt, wie Sie sich bei Ihrer Genesung selber helfen können?

	2005	2002
ja, ausführlich	35,6	29,5
ja, einigermaßen	21,8	19,1
nein, erfolgte nicht	19,2	20,1
war nicht notwendig	23,5	31,3

Wurden Ihre Angehörigen oder andere Ihnen nahe stehenden Menschen im Krankenhaus darüber informiert, wie Ihnen bei der Genesung geholfen werden kann?

	2005	2002
ja, ausführlich	12,2	9,7
ja, einigermaßen	8,7	6,4
nein, erfolgte nicht	27,8	26,1
war nicht notwendig	51,3	57,7

Haben Sie im Anschluss an Ihren Krankenhausaufenthalt eine der aufgezählten Behandlungen, Hilfen und Unterstützungen gebraucht und wie haben Sie sie erhalten?

	2002	Nein, habe ich nicht ge- braucht	Ja, aber einfach erhalten	Ja, aber schwer erhalten	Ja, aber nicht er- halten	
		Anteil an allen Be- fragten	Anteile an allen Befragten, die angaben, die Leistungen gebraucht zu haben			
Behandlung Haus-/Facharzt	19,1	97,2	1,9	1		
Ambulante Behandlung durch das Kranken- haus/Übergangspflege	75,0	65,8	1,5	32,7		
Kuraufenthalt/Rehabilitation (Anschlussheilbe- handlung)	69,3	57,3	5,1	37,5		
Behandlungen wie Physiotherapie, Kranken- gymnastik, Ergotherapie	65,0	70,6	3	26,3		
Betreuung d. Angehörigen zu Hause	63,8	85,8	2	12,2		
Pflegedienst	88,9	27,7	2,4	69,9		
Kurzzeitpflege	90,8	11,1	0	88,9		
Pflegeheim	91,7	6,1	1,6	92,2		
andere (z. B. Haushaltshilfe)	87,0	31,4	2,3	66,2		
Hilfsmittel (z. B. Gehhilfe)	77,8	69,4	1,6	29		

Haben Sie im Anschluss an Ihren Krankenhausaufenthalt eine der aufgezählten Behandlungen, Hilfen und Unterstützungen gebraucht und wie haben Sie sie erhalten?

2005				
	Nein, habe ich nicht ge- braucht	Ja, aber einfach erhalten	Ja, aber schwer erhalten	Ja, aber nicht er- halten
	Anteil an allen Be- fragten	Anteile an allen Befragten, die angaben, die Leistungen gebraucht zu haben		
Behandlung Haus-/Facharzt	19,9	96,1	2,8	1,1
Ambulante Behandlung durch das Kranken- haus/Übergangspflege	73,4	61,9	2,6	35,5
Kuraufenthalt/Rehabilitation (Anschlussheilbe- handlung)	63,3	67,7	3,4	28,9
Behandlungen wie Physiotherapie, Kranken- gymnastik, Ergotherapie	60,6	71,9	4,4	23,7
Betreuung d. Angehörigen zu Hause	57,6	87,7	2,3	10
Pflegedienst	88,9	28,9	2	69,2
Kurzzeitpflege	90,9	10	2	88
Pflegeheim	91,7	6,4	1,6	92
andere (z. B. Haushaltshilfe)	87,1	27,2	3,8	69
Hilfsmittel (z. B. Gehhilfe)	76,3	71,6	3	25,4

Sofern Sie unmittelbar nach der Entlassung Hilfen oder Behandlungen benötigten: Hat sich darum schon jemand während Ihres Krankenhausaufenthaltes gekümmert?

	2005	2002
ja, der Sozialdienst	11,3	13,9
ja, der behandelnde Arzt	23,6	44,4
ja, Pflegepersonal/Übergangshilfe	2,7	3,9
niemand hat sich darum gekümmert	16,3	28,1
weiß nicht/kann mich nicht erinnern	5,8	9,7

Übernahm Ihr niedergelassener Arzt sämtliche Therapiemaßnahmen des Krankenhauses (z. B. verordnete Medikamente)

	2005	2002
ja, ohne weiteres	76,7	73,9
ja, aber nur mit Vorbehalten	4,8	5,6
ja, aber erst in Rücksprache mit dem Krankenhaus	3,1	2,8
nein	8,7	11,1
weiß nicht	6,7	6,6

Wenn nein, welche Gründe nannte Ihr niedergelassener Arzt?

	2005	2002
finanzielle Gründe (ist zu teuer)	15,2	14,3
medizinische Gründe	18,9	17,7
andere	12,5	13,4
gar keine	53,4	54,6

Waren Sie nach Beendigung Ihres Krankenhausaufenthaltes noch wegen der gleichen Erkrankung krank geschrieben?

	2005	2002
gar nicht, bin nicht erwerbstätig/Rentner	54,5	63,2
gar nicht, war arbeitsfähig	6,8	4,8
bis zu einer Woche	5,4	5,3
bis zu zwei Wochen	6,6	6,9
bis zu vier Wochen	6,6	5,9
länger als vier Wochen	17,4	12,3
teilarbeitsunfähig	2,8	1,7

Waren Sie wegen Ihrem geschilderten gesundheitlichen Problem schon mal zuvor im Krankenhaus gewesen?

	2005	2002
ja	43,3	42,9
nein	56,4	57,1

Waren Sie wegen eines anderen gesundheitlichen Problems schon mal zuvor im Krankenhaus gewesen?

	2005	2002
ja	63,2	64,9
nein	36,8	35,1

Über welche der folgenden Aspekte wünschten Sie sich vor einem erneuten Krankenhausaufenthalt überhaupt oder bessere Informationen?

	2005	2002
Kosten	15,7	16,5
Fachliche/technische Kompetenzen medizinischen Personals	29,9	26,3
Behandlungserfolge/Behandlungsqualität	38,9	34,8
bestimmte Fachabteilungen (Spezialisierungen)	27,3	23,8
Vergleich mit anderen Krankenhäusern der Region	24,0	20,5
Anderes	1,1	1,6
fühlte mich ausreichend informiert	38,3	41,3

Was halten Sie von den folgenden Aussagen zur Behandlung im Krankenhaus?

2002					
	Stimme voll- ständig zu	Stimme eher zu	Stimme teilwei- se zu	Stimme eher nicht zu	Stimme über- haupt nicht zu
Eine gute Behandlung bedeutet den Einsatz der besten medizinischen Experten und Geräte	76,3	13,6	9,1	0,6	0,3
Streng genommen muss der Patient alleine entscheiden und die Verantwortung tragen	36,1	18,3	27,5	11,0	7,2
Über Behandlungsmöglichkeiten muss der Patient mitentscheiden	61,7	20,8	14,7	1,7	1,0
Ärzte müssen alles tun, was gesundheitlich notwendig ist und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen	79,3	13,4	6,0	1,0	0,3
Ärzte müssen das medizinisch Notwendige und die Kosten gegeneinander abwägen	26,2	13,2	23,9	18,3	18,4
Eine gute Behandlung soll meine Selbstheilungskräfte stärken	82,1	13,0	4,0	0,6	0,3

2005					
	Stimme voll- ständig zu	Stimme eher zu	Stimme teilwei- se zu	Stimme eher nicht zu	Stimme über- haupt nicht zu
Eine gute Behandlung bedeutet den Einsatz der besten medizinischen Experten und Geräte	72,3	16,2	9,8	1,2	0,5
Streng genommen muss der Patient alleine entscheiden und die Verantwortung tragen	29,3	18,1	31,6	12,8	8,1
Über Behandlungsmöglichkeiten muss der Patient mitentscheiden	61,0	21,3	14,7	2,1	0,9
Ärzte müssen alles tun, was gesundheitlich notwendig ist und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen	78,6	14,8	5,4	0,7	0,5
Ärzte müssen das medizinisch Notwendige und die Kosten gegeneinander abwägen	18,8	14,0	25,5	20,1	21,6
Eine gute Behandlung soll meine Selbstheilungskräfte stärken	76,5	17,9	4,8	0,6	0,3

Sie sind...

	2005	2002
eine Frau	43,1	40,4
ein Mann	56,9	59,6

Als was sind Sie überwiegend tätig?

	2005	2002
bin in Vollzeit erwerbstätig	28,5	23,4
bin in Teilzeit erwerbstätig	8,7	7,3
bin derzeit arbeitslos	6,9	5,5
bin derzeit in Ausbildung	0,5	0,3
bin nicht mehr erwerbstätig (Rentner, Pensionär, Vorruhestand)	44,4	52,6
bin Hausfrau/Hausmann	11,0	10,9

Sofern Sie erwerbstätig waren oder sind: In welcher der folgenden Berufsgruppen sind oder waren Sie hauptsächlich beschäftigt?

	2005	2002
Arbeiter, an- und ungelernt	10,5	11,9
Facharbeiter	31,1	32,5
Vorarbeiter/Meister	8,2	10,3
Angestellter mit einer Tätigkeit, die nach Anweisung erledigt wird	10,2	10,9
Angestellter mit selbständiger und verantwortlicher Tätigkeit	32,6	29,8
Beamter	0,8	0,4
Selbständiger	5,7	3,8
in Ausbildung/Lehre	0,9	0,3

Welches ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

	2005	2002
Hauptschule	55,8	62,2
Realschule	27,6	23,0
Abitur	4,8	3,8
Fachhochschulabschluss	8,5	8,6
Hochschul-/Universitätsabschluss	3,3	2,3

Wie viele Personen leben mit Ihnen in Ihrem Haushalt?

	2005	2002
ich lebe alleine	17,4	14,2
eine Person	81,0	51,6
mehr als eine Person	1,6	34,2

Wie viele Einwohner hat Ihr ständiger Wohnsitz?

	2005	2002
bis 5000 Einwohner	27,6	26,3
5001 bis 10.000	12,7	13,1
10.001 bis 20.000	12,4	12,4
20.001 bis 100.000	20,5	19,1
100.001 bis 500.000	14,2	12,9
über 500.000 Einwohner	12,6	16,1

Waren oder sind Sie im Gesundheitswesen als Arzt, Ärztin oder Pflegekraft beschäftigt?

	2005	2002
ja	4,8	4,0
nein	95,2	96,0

Haben Sie eine private Zusatzversicherung für stationäre Behandlungen abgeschlossen?

	2005	2002
ja	10,2	8,4
nein	89,8	91,6

Altersgruppen

	2005	2002
30-39	13,6	13,7
40-49	21,4	14,9
50-59	22,2	14,6
60-69	26,2	35,9
70-80	16,6	20,9

Trägerform des Krankenhauses

	2005	2002
Frei gemeinnütziger Träger	32,2	27,7
Privater Träger	11,1	7,9
Uni-Klinik	11,7	13,5
Sonstige öffentlicher Träger	38,8	43,7
Unklar / unbekannt	6,1	7,2

9. GEK-Materialien

In der GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse sind bisher 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 1: *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 2: *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 3: *Große, 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 4:	<i>Gesundheitsbericht 11 – Werkzeugmechaniker.</i> ISBN 3-537-44001	Euro 4,90
Band 5:	<i>Gesundheitsbericht 12 – Bürofachkräfte.</i> ISBN 3-537-44002	Euro 4,90
Band 6:	<i>Gesundheitsbericht 13 – Zerspanungsmechaniker.</i> ISBN 3-537-44006-5	Euro 4,90
Band 7:	<i>Gesundheitsbericht 14 – Industriemechaniker.</i> ISBN 3-537-44007-3	Euro 4,90
Band 8:	<i>Gesundheitsbericht 15 – Zahntechniker.</i> ISBN 3-537-44008-1	Euro 4,90
Band 9:	<i>Gesundheitsbericht 16 – Augenoptiker.</i> ISBN 3-537-44009-X	Euro 4,90
Band 10:	<i>Gesundheitsbericht 17 – Edelmetallschmiede.</i> ISBN 3-537-440010-3	Euro 4,90
Band 11:	<i>Gesundheitsbericht 18 – Elektroberufe.</i> ISBN 3-537-440011-1	Euro 4,90
Band 12:	<i>Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 1999. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. 1999.</i> ISBN 3-537-44012-X	Euro 7,90
Band 13:	<i>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.</i> ISBN 3-537-44013-8	Euro 9,90

- Band 14: *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 15: *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 16: *Große, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2000. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Erkrankungen des Rückens.* 2000.
ISBN 3-537-44016-X (vergriffen)
- Band 17: *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 18: *Große, T.G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2001. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Psychische Störungen.* 2001.
ISBN 3-537-44018-9 Euro 9,90
- Band 19: *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 20: *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 21: *Braun, B., König, Chr., Georg, A.: Arbeit und Gesundheit der Berufsgruppe der Binnenschiffer.*
ISBN 3-537-44021-9 Euro 9,90

- Band 22: *Große, 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 23: *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 24: *Große, 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 25: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2003. Auswertungs-ergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2001 bis 2002. 2003.*
ISBN 3-537-44025-1 Euro 9,90
- Band 26: *Braun, B., Müller, R.: Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung. Ergebnisse einer Längsschnittanalyse von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung. 2003*
ISBN 3-537-44026-X Euro 9,90
- Band 27: *Schmidt, Th., Schwartz, F.W. und andere: Die GEK-Nasendusche. For-schungsergebnisse zu ihrer physiologischen Wirkung und zur gesundheitsökonomischen Bewertung. 2003*
ISBN 3-537-44027-8 Euro 7,90
- Band 28: *Jahn, I. (Hg.): wechseljahre multidisziplinär. was wollen Frauen – was brauchen Frauen. 2004*
ISBN 3-537-44028-6 Euro 9,90
- Band 29: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2004. Auswertungs-ergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2002 bis 2003. 2004.*
ISBN 3-537-44029-4 Euro 9,90
- Band 30: *Große, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2004. Schwerpunkt: Gesundheitsstörungen durch Alkohol. 2004.*
ISBN 3-537-44030-8 Euro 9,90

- Band 31: *Scharnetzky, E., Deitermann, B., Michel, C., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2004. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus dem Jahre 2003. 2004.*
ISBN 3-537-44031-6 Euro 9,90
- Band 32: *Braun, B., Müller, R., Timm, A.: Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung. 2004.*
ISBN 3-537-44032-4 Euro 9,90
- Band 33: *Glaeske, Gerd et al.: Memorandum zu Nutzen und Notwendigkeit Pharmakoepidemiologischer Datenbanken in Deutschland. 2004*
ISBN 3-537-44033-2 Euro 7,90
- Band 34: *Braun, B., Müller, R.: Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe Zahntechniker. 2005*
ISBN 3-537-44034-0 Euro 9,90
- Band 35: *Braun, B., Müller, R.: Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe Bürofachkräfte. 2005*
ISBN 3-537-44035-9 Euro 9,90
- Band 36: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2005. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2003 bis 2004. 2005.*
ISBN 3-537-44036-7 Euro 14,90
- Band 37: *Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2005.*
ISBN 3-537-44037-5 Euro 9,90
- Band 38: *Scharnetzky, E., Deitermann, B., Hoffmann, F., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2005. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2003/2004. 2005*
ISBN 3-537-44038-3 Euro 14,90
- Band 39: *Samsel, W., Marstedt G., Möller H., Müller R.: Musiker-Gesundheit. Ergebnisse einer Befragung junger Musiker über Berufsperspektiven, Belastungen und Gesundheit. 2005*
ISBN 3-537-44039-1 Euro 9,90

- Band 40: *Große, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2005. 2005*
ISBN 3-537-44040-5 Euro 9,90
- Band 41: *Samsel, W., Böcking, A.: Prognostische und therapeutische Bedeutung der DNA-Zytometrie beim Prostatakarzinom. 2006*
ISBN 3-537-44041-3 Euro 12,90
- Band 42: *Lutz, U., Kolip, P.: Die GEK-Kaiserschnittstudie. 2006*
ISBN 3-537-44042-1 Euro 14,90
- Band 43: *Braun, B.: Geburten und Geburtshilfe in Deutschland. 2006*
ISBN 3-537-44043-X Euro 14,90
- Band 44: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2006. Auswertungs-ergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2004 bis 2005. 2006.*
ISBN 3-537-44044-8 Euro 14,90
- Band 45: *Bitzer, E.M., Große, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2006.*
ISBN 3-537-44045-6 Euro 14,90