

Krankenhaus- Report '97

Aktuelle Beiträge, Trends und Statistiken

**Herausgegeben von
Michael Arnold und Dieter Paffrath**

Unter Mitwirkung von:

Gerhard Brenner
Theo W.N. Dassen
Jörg-Dietrich Hoppe
Ulrich Kleeberg
Karl Lauterbach

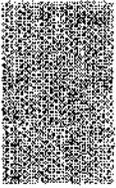
Michael Monka
Franz-Josef Oldiges
Herwig Schirmer
Rüdiger Strehl
Jürgen Wettke

Mit Beiträgen von:

Michael Arnold
Gerhard Buchkremer
Renée A.J. Buck
Jürgen vom Dahl
Theo W.N. Dassen
Hans Jürgen Firnkorn
Christopher Gräb
Heinrich Geisbe
Bettina Gerste
Peter Hanrath
Jörg Hoppe

Eleni Jelastopulu
Gerhard Längle
Karl W. Lauterbach
Josef M. E. Leiter
Matthias Reister
Alexander Sasse
Barbara Stamm
Dominik Graf von Stillfried
Jürgen Tacke
Christian Vetter





Inhaltsverzeichnis

Vorwort	V
Editorial	I
Teil I: Themenbeiträge	9
Zur Diskussion (Kapitel 1)	
1 Konsum, Gewinnstreben und Kostendämpfung: Konfligierende Ziele im Gesundheitswesen <i>(Michael Arnold)</i>	11
1.1 Gründung und Funktion der GKV	11
1.2 Der Ausbau der GKV	13
1.3 Vom Zweck- zum Gerechtigkeitsdenken	13
1.4 Korrekturversuche der Gesundheitspolitik	14
1.5 Widerstände gegen eine Änderung des <i>Status Quo</i>	15
1.6 Innere Widersprüche im System	17
1.7 Fazit	18
1.8 Literatur	19
Schwerpunktthema: Möglichkeiten einer ambulanten und stationären Kooperation (Kapitel 2 bis 13)	
2 Zu den Hintergründen des Themas „Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung“ – Bestimmungsursachen der Schnittstellenproblematik <i>(Dominik Graf von Stillfried und Eleni Jelastopulu)</i>	21
2.1 Einleitung	22
2.2 Zur Rationalität institutioneller Strukturen	23
2.3 Zur Bedeutung des Krankenhauses in der Ärzteausbildung	23
2.4 Politik der sozialen Sicherung und ärztliche Standespolitik	25
2.4.1 Großbritannien	25
2.4.2 Deutschland	28
2.5 Mangelnde Verzahnung ~ Strukturschwäche des deutschen Gesundheitswesens	32
2.6 Ausblick	33
2.7 Literatur	34

3	Veränderungen im stationären und ambulanten Leistungsgeschehen: Psychiatrie	
	<i>(Gerhard Buchkremer und Gerhard Längle)</i>	35
3.1	Historische Entwicklung der Psychiatrie	35
3.2	Stationäre Versorgung	38
3.3	Teilstationäre Versorgung	41
3.4	Psychiatrie-Personalverordnung	42
3.5	Ambulante Versorgung	42
3.6	Polikliniken, Spezial- und Institutsambulanzen	44
3.7	Kooperation des ambulanten und stationären Sektors	45
3.8	Literatur	48
4	Leistungsentwicklung im stationären Bereich: Innere Medizin	
	<i>(Jürgen vom Dahl, Alexander Sasse und Peter Hanrath)</i>	51
4.1	Einleitung	51
4.2	Veränderungen in der Inneren Medizin im Krankenhaus	52
4.3	Beispiel Myokardinfarkt und chronische koronare Herzkrankheit	56
4.3.1	Defibrillation und Thrombolyse	57
4.3.2	Neue Therapiestrategien	57
4.3.3	Verweildaueränderungen	59
4.3.4	Mehr Herzkatheterlabors	59
4.3.5	Ambulante Untersuchungen	61
4.4	Literatur	61
5	Chirurgie im Wandel: Die evolutionären Veränderungen im stationären Leistungsgeschehen	
	<i>(Heinrich Geisbe)</i>	63
5.1	Einleitung	63
5.2	Zum „Leistungstransfer“ stationär/ambulant	64
5.3	Möglichkeiten der Effizienzverbesserung im Krankenhaus	69
5.4	Fazit	71
6	Produktivität im Gesundheitswesen: Deutschland mit Nachholbedarf	
	<i>(Josef M. E. Leiter)</i>	73
6.1	Einleitung	73
6.2	Ursache von Produktivitätsunterschieden: Systemstruktur und -regulierung	76
6.3	Ergebnis des Produktivitätsvergleichs: Deutschland in mittlerer bis schwacher Position	80
6.3.1	Cholelithiasis: Vorteil durch moderne Techniken, Nachteil durch lange Krankenhaus-Verweilzeiten	81
6.3.2	Brustkrebs: „Krankenhauslastigkeit“ drückt Ergebnis	86
6.3.3	Lungenkrebs: Behandlung dank höherer OP-Raten effektiver, aber aber auch ressourcen-intensiver	87

6.3.4	Diabetes: Integrierter Behandlungsansatz verschafft Großbritannien Vorteile	88
6.4	Fazit aus aktueller Sicht: Integration ist erstes Gebot für das deutsche System	92
6.5	Erläuterungen	96
7	Substitutionspotentiale von stationären Leistungen	
	<i>(Renée Buck)</i>	99
7.1	Krankenhaussektor im Wandel	99
7.2	Prioritäten im Gesundheitswesen	99
7.3	Interessenswahrung oder Aufbruch zu neuen Ufern?	100
7.4	Ermittlung von Substitutionspotentialen: Modellvorhaben zur Prüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung (§ 275a SGB V)	101
7.4.1	Übersicht	101
7.4.2	Wichtigste Ergebnisse des Modellvorhabens	103
7.4.2.1	Aufnahmeart	103
7.4.2.2	ICD-Hauptkapitel	104
7.4.2.3	ICD-Hitlisten	105
7.4.2.4	Versorgungsalternativen	106
7.4.3	Fazit	110
7.5	Literatur	111
8	Ambulante und stationäre Versorgung – Erfahrungen aus den Niederlanden	
	<i>(Theo Dassen)</i>	113
8.1	Einleitung	113
8.2	Positionsbestimmung	113
8.3	Die häusliche Versorgung	117
8.3.1	Disziplinen	117
8.3.2	Die Patienten/Kunden	121
8.4	Grundbedingungen der ambulanten Versorgung	122
8.5	Fazit	125
8.6	Literatur	125
9	Die Verbindung von stationärer und ambulanter Versorgung	
	<i>(Hans-Jürgen Firnkorn)</i>	127
9.1	Die Interessenlage auf beiden Seiten	127
9.2	Marktwirtschaftliches Lösungsmodell	128
9.3	Die Regelungen des SGB	129
9.3.1	Die institutionellen Regelungen	129
9.3.2	Grenzen der Kooperation	131
9.4	Gründe für die geringe faktische Bedeutung der gesetzlichen Kooperationsformen	132
9.4.1	Art der Vertragsabschlüsse	132

9.4.2	Höhe des Entgelts	133
9.4.3	Fachlicher Standard und Wirtschaftlichkeit	133
9.4.4	Unterschiedlicher Kostenbegriff	134
9.4.5	Rückgang von Belegarzt und Ermächtigung im Krankenhaus	135
9.5	Die Praxis im und am Krankenhaus	136
9.5.1	Modell der Privatisierung	136
9.5.2	Bedingungen der Privatisierung	136
9.5.3	Grenzen der Kooperation mit einem am Krankenhaus nieder- gelassenen Arzt	137
9.6	Resümee	139
9.7	Literatur	139
10	Zur Überwindung der sektoralen Grenzen – Interview mit Staats- ministerin Barbara Stamm <i>(Barbara Stamm – Michael Arnold)</i>	141
11	Modell für eine personell integrierte ärztliche Versorgung – Die Erweiterung des Sicherstellungsauftrags für die ambulante ärztliche Versorgung auf den stationären Versorgungssektor <i>(Jörg Hoppe)</i>	149
11.1	Einführung	149
11.2	Inadäquate Ansätze	151
11.3	Sektorübergreifender, integrierter Sicherstellungsauftrag einer vertragsärztlichen Vereinigung	152
11.4	Vorteils-/Nachteilsbilanz für die beteiligten Professionen und Institutionen	154
11.5	Fazit	156
12	Disease Management – ein Überblick <i>(Jürgen Tacke und Karl W. Lauterbach)</i>	157
12.1	Einführung	157
12.2	Bedeutung	158
12.3	Voraussetzung, Definition und Methodik	159
12.4	Beispiele	160
12.5	Probleme und Ausblick	162
12.6	Literatur	164
13	Disease Management am Beispiel der Dialyse – eine Projekt- beschreibung <i>(Jürgen Tacke und Karl W. Lauterbach)</i>	165
13.1	Einführung	165
13.2	Konzeption des Projekts	167
13.3	Literatur	170

Teil II:	Daten und Analysen	173
14	Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser	
	<i>(Christopher Gräß)</i>	175
14.1	Vorbemerkungen	175
14.2	Eckdaten der stationären Versorgung	175
14.3	Krankenhausdaten im Ländervergleich	178
14.3.1	Krankenhausbetten und Auslastung	178
14.3.2	Personal der Krankenhäuser im Ländervergleich	182
14.3.3	Ausstattung der Krankenhäuser im Ländervergleich	183
14.3.4	Krankenhauskosten im Ländervergleich	185
14.4	Krankenhäuser nach Krankenhaustypen	188
15	Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1995 - Ergebnisse der Krankenhausdiagnosestatistik 1995, einschließlich neuer Ergebnisse aus der Auswertung der 10%-Stichprobe	
	<i>(Matthias Reister)</i>	193
15.1	Vorbemerkung	193
15.2	Krankenhauspatienten 1995	194
15.2.1	Zusammensetzung und Behandlungshäufigkeit	194
15.2.2	Diagnosen der Krankenhauspatienten	196
15.2.3	Verweildauer und Pflgetage	199
15.3	Krankenhauspatienten nach der Fachabteilung mit der längsten Verweildauer	201
15.3.1	Patienten in den Fachabteilungen	201
15.3.2	Fachabteilung Innere Medizin	202
15.3.3	Fachabteilung Chirurgie	203
15.4	Krankenhauspatienten nach Krankenhaustypen	154
15.4.1	Patientenstruktur nach Krankenhaustypen	204
15.4.2	Hauptdiagnosen nach Krankenhaustypen	205
15.5	Patientenwanderungen und Versorgungsquoten	207
15.6	Ausblick	208
16	Krankheitsbedingte Fehlzeiten in Krankenhäusern	
	<i>(Christian Vetter)</i>	209
16.1	Einführung	209
16.2	Datenbasis und Methodik	209
16.3	Dimensionen und Kosten der Arbeitsunfähigkeit	210
16.4	Allgemeine Krankenstandskennzahlen	211
16.5	Der Krankenstand in Krankenhäusern im Vergleich zu den übrigen Branchen	213
16.6	Krankenstand nach Berufsgruppen	213
16.7	Krankheitsarten	215
16.8	Fazit	221
16.9	Literatur	222

17	Verlagerungspotentiale im Krankenhaus – eine statistische Annäherung (<i>Bettina Gerste</i>)	223
17.1.1	Die Bestimmung des Verlagerungspotentials	223
17.1.2	Grenzen bei der Interpretation der Kennzahlen	226
17.2	Ergebnisse	227
17.2.1	Die Datenbasis	227
17.2.2	Verlagerungspotential: Reduzierung der Verweildauer	230
17.2.3	Verlagerungspotential bei Kurzliegern	230
17.2.4	Verlagerungspotentiale nach ausgewählten Diagnosen	231
17.2.5	Verlagerungspotentiale nach Krankenhausgröße	231
17.2.6	Zunahme schwerer Fälle im Krankenhaus?	233
17.3	Fazit	234
Teil III:	Krankenhaus-Directory	235
A	Benchmarking der Krankenhäuser: Verlagerungspotentiale	237
B	Der Krankenhaus-Report '97 auf CD-ROM – Benutzeranleitung	299
	Autorenverzeichnis	301
	Index	313