

Krankenhaus- Report 2000

Schwerpunkt: Vergütungsreform mit DRGs

Herausgegeben von

Michael Arnold, Martin Litsch und Henner Schellschmidt

Unter Mitwirkung von

Gerhard Brenner

Theo W. N. Dassen

Jörg-Dietrich Hoppe

Hans-Helmut König

Karl Lauterbach

Michael Monka

Franz-Josef Oldiges

Dieter Paffrath

Rüdiger Strehl

Axel Wiest

Mit Beiträgen von

Tom Ackermann

Michael Arnold

Rita Berning

Grit Braeseke

Rosanna M. Coffey

Stephen J. Duckett

Stefan Dudev

Wolfram Fischer

Eckart Frantz

Ines Gerber

Bettina Gerste

Christian Günster

Werner Hofmann

Karl W. Lauterbach

Wulf-Dietrich Leber

Daniel Z. Louis

Markus Lungen

Thomas Mansky

Nikolas Matthes

Dieter Paffrath

Manfred Ramme

Bernt-Peter Robra

Bernhard Rochell

Norbert Roeder

Christiane Rosenow

Christian Rotering

Helga Sahlmüller

Henner Schellschmidt

Oliver Sangha

Nicole Schlottmann

Daniel Schmithausen

Jürgen Erik Schmitz

Wilhelm F. Schröder

Johann-Magnus Freiherr von

Stackeiberg

Dominik Graf von Stillfried

Rüdiger Strehl

Enno Swart

Ulrich Vetter

Aurelio Vincenti

Jürgen Wasem

Axel Wiest

Mit 68 Abbildungen und 74 Tabellen

(2) Schattauer

Inhaltsverzeichnis

Editorial	XVII
Henner Schellschmidt	

Teil I Schwerpunktthema: Vergütungsreform mit DRGs

1 Die Zukunft des Akutkrankenhauses	3
Michael Arnold	
1.1 Einleitung	3
1.2 Die Entwicklung des Status quo.	4
1.3 Aktuelle Mängel im Krankensektor.	6
1.4 Rationale Krankenhausversorgung	8
1.5 Kräfte des Wandels zum Krankenhaus der Zukunft.	10
1.6 Ausblick	12
2 Grundzüge von DRG-Systemen	13
Wolfram Fischer	
2.1 Einleitung	13
2.2 Grundzüge von DRG-Systemen.	13
2.2.1 Patientenklassifikationssysteme.	13
2.2.2 Aufbau von DRG-Systemen	15
2.2.3 Kostengewichte und Case-Mix.	16
2.2.4 Grenzwerte und Ausreißer.	17
2.3 Der Ablauf der DRG-Zuweisung.	17
2.4 DRG-Systeme und DRG-Beispiele.	20
2.4.1 Die DRG-Familie.	20
2.4.2 Kurzcharakterisierungen ausgewählter DRG-Systeme.	21
2.4.3 DRG-Beispiele.	24
2.5 DRG-Verbreitung und -Probleme.	28
2.6 Zusammenfassende Schlussbemerkungen.	29
2.7 Ausgewählte Internetadressen.	30
2.8 Literaturverzeichnis.	30
3 Fünfzehn Jahre DRG-basierte Krankenhausvergütung in den USA	33
Rosanna M. Coffey und Daniel Z. Louis	
3.1 Die Bühne für die Reform der Krankenhausvergütung.	33
3.2 Das prospektive Vergütungssystem.	34
3.2.1 Das Casemix-System.	35

VIII Inhaltsverzeichnis

3.2.2	Das Vergütungssystem	36
3.3	Welche Auswirkungen hatte das PPS?	38
3.3.1	Reaktionen der Krankenhäuser	38
3.3.2	Reaktionen der Ärzte	41
3.3.3	Kosten der Gesundheitsversorgung	42
3.4	Schlussfolgerungen	43
3.5	Schlussbemerkungen	45
3.6	Literaturverzeichnis	46
4	DRG-basierte Entgeltsysteme in Europa	49
	Bernhard Rochell und Norbert Roeder	
4.1	Einleitung	49
4.2	Arten der DRG-Anwendung in Europa und eingesetzte Systeme im Überblick	50
4.3	DRG-Anwendungen in ausgewählten europäischen Staaten	51
4.3.1	Einsatz zur fortlaufenden Abrechnung von Krankenhausleistungen	51
4.3.1.1	Skandinavien	51
4.3.1.2	Finnland	53
4.3.1.3	Schweden	53
4.3.1.4	Norwegen	56
4.3.1.5	Dänemark	57
4.3.1.6	Italien	57
4.3.1.7	Portugal	57
4.3.1.8	Spanien	57
4.3.1.9	Österreich	58
4.3.2	DRG-Einsatz zur Budgetbemessung	58
4.3.2.1	Frankreich	58
4.3.3	DRG-Einsatz zur Verweildauersteuerung	60
4.3.3.1	Belgien	60
4.3.3.2	Irland	60
4.3.4	DRG-Einsatz zur bedarfsbezogenen Leistungsallokation	60
4.3.4.1	Großbritannien	60
4.4	Erfahrungen europäischer Länder mit dem Einsatz von DRG- Systemen zur Abrechnung von Krankenhausleistungen	61
4.5	Literaturverzeichnis	64
5	Das australische AR-DRG-Klassifikationssystem für den Krankenhausbereich	67
	Stephen J. Duckett	
5.1	Hintergrund	67
5.2	Die Entwicklung des australischen DRG-Klassifikationssystems	67
5.3	Verantwortlichkeiten in der Systementwicklung	69
5.4	Der Klassifikationsprozess	69
5.5	Die Struktur der AR-DRGs	72

5.6	Abschließende Anmerkungen	72
5.7	Literaturverzeichnis	74
6	Die Einführung von DRGs in Deutschland - Erste Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung	75
	Wulf-Dietrich Leber, Nicole Schlottmann und Johann-Magnus v. Stackeiberg	
6.1	Einleitung	75
6.2	Auswahl eines DRG-Klassifikationssystems	76
6.3	Anpassung und Pflege der DRGs	78
6.4	Verfahren zur Ermittlung und Pflege der Relativgewichte	79
6.5	Abrechnungsgrundsätze und Abrechnung komplementärer Vergütungsbereiche	81
6.6	Krankenhausbezogene Zu- und Abschläge	82
6.7	Qualitätssicherung	84
6.8	Institutionelle Anforderungen	84
6.9	Ordnungspolitische Rahmenbedingungen	85
6.10	Fazit	85
7	Begleitende Strukturmaßnahmen eines DRG- Vergütungssystems in Deutschland	87
	Oliver Sangha	
7.1	Einleitung	87
7.2	Verantwortlichkeiten sowie geeignete Entscheidungs- und Handlungsstrukturen	88
7.3	Systempflege und Weiterentwicklung	89
7.4	Kodierqualität	90
7.5	Qualität der Versorgung	92
7.6	Kontrolle von Missbrauch	95
7.7	Schlussfolgerungen	96
7.8	Literaturverzeichnis	97
8	Zum Konzept einer Gewichtskalkulation	75
	Tom Ackermann und Daniel Schmitthausen	
8.1	Einleitung	75
8.2	Ermittlungsverfahren zur Bestimmung von Kostengewichten	100
8.2.1	Ausgangslage	100
8.2.2	Vor- und Nachteile unterschiedlicher Ermittlungsverfahren	101
8.2.3	Komplettkalkulation als favorisiertes Verfahren	103
8.3	Fallkostenermittlung als Basis der DRG-Bewertung	103
8.3.1	Abgrenzung der DRG-Fallkostensumme	103
8.3.2	Fallkostenermittlung als Grundlage der DRG-Bewertung	105
8.3.3	Vorschlag eines Kalkulationsmodells	105
8.4	Berechnung der Relativgewichte	108

X Inhaltsverzeichnis

8.5	Vorschläge für ein System zur dauerhaften Pflege.	110
8.6	Literaturverzeichnis.	113
9	Was hat die Vergütung mit der Qualität zu tun?	115
	Karl W. Lauterbach und Markus Lungen	
9.1	Aufgaben der Qualitätssicherung unter einer DRG-basierten Vergütung	115
9.2	Wirkungsmechanismen von Qualitätssicherungsmaßnahmen.	117
9.3	Gesetzliche Regulierung: Setzen von Mindeststandards.	118
9.4	Anreize über Märkte: Publizierung von Qualitätssicherungsdaten . . .	119
9.5	Institutionelle Umsetzung: Peer Reviewing	122
9.6	Diskussion und Folgerungen.	124
9.7	Literaturverzeichnis.	125
10	Strukturbezogene Zuschlagselemente in einem kompletten Fallpauschalensystem.	127
	Jürgen Wasem und Aurelio Vincenti	
10.1	Einführung	127
10.2	Aktuelle Systeme von strukturbedingten Zu- und Abschlägen.	129
10.2.1	Das bisherige Fallpauschalensystem in Deutschland.	129
10.2.2	Zu- und Abschläge auf die DRG-Entgelte in den USA	130
10.3	Betriebswirtschaftliche Verrechnung von Gemeinkosten im Krankenhaus.	131
10.4	Möglichkeiten zur Berücksichtigung individueller struktureller Merkmale über Zuschläge in einem Fallpauschalensystem.	133
10.4.1	Allgemeine Anforderungen	133
10.4.2	Möglichkeiten zur Gestaltung der Zuschläge.	134
10.5	Diskussion	136
10.5.1	Probleme bei der Anwendung investiver Zuschlagselemente.	136
10.5.2	Aufspaltung in Vorhalte- und Behandlungspauschalen als Alternative?	137
10.6	Literaturverzeichnis.	139
11	Ausreißerregelungen in DRG-Systemen.	141
	Christian Günster	
11.1	Einleitung.	141
11.2	Grundlagen der Vergütung von Ausreißern.	142
11.3	Anforderungen an eine angemessene Vergütung von Ausreißerfällen .	143
11.4	Implementierung der Ausreißervergütung in den USA und Australien.	145
11.4.1	USA (Medicare).	145
11.4.2	Australien (Victoria).	150
11.5	Ergebnisse einer Simulation alternativer Verfahren für Langlieger . . .	152

11.6	Exkurs: Statistische Extremfälle und die Kalkulation des DRG-Fallwerts.	155
11.7	Fazit	156
11.8	Literaturverzeichnis.	157
12	Wie kommen Innovationen ins DRG-System? (Die Steuerungsfunktion der Bundesausschüsse).	159
	Michael Arnold und Rüdiger Strehl	
12.1	Einleitung	159
12.2	Die derzeitigen rechtlichen Rahmenbedingungen.	160
12.3	Ambulante Versorgung	161
12.4	Stationäre Versorgung.	165
12.4.1	Situation vor dem Gesundheitsreformgesetz 2000.	165
12.4.2	Situation nach dem Gesundheitsreformgesetz 2000.	167
12.4.3	Zu erwartende Schwierigkeiten.	167
12.5	Schlussbetrachtung.	169
13	Auswirkungen der Reform des Krankenhausentgeltsystems auf die stationäre Versorgung und das Krankenhausmanagement....	173
	Thomas Mansky	
13.1	Fokus der Reform: Betriebswirtschaftliche Anreizwirkungen und die leistungsgerechte Verteilung der Mittel.	173
13.2	Derzeitiges Vergütungssystem.	174
13.3	Die Entwicklung der Leistungsstrukturen.	175
13.4	Skaleneffekte und Spezialisierung.	177
13.5	Ordnungspolitische Varianten der DRG-Einführung	180
13.5.1	Variante 1: Festpreise ohne Budget- und Mengenbegrenzung	180
13.5.2	Variante 2a: Festpreise mit festen Mengenbudgets.	183
13.5.3	Variante 2b: Verhandelte Mengen und Preise mit Erlösänderungen in Höhe der variablen Kosten.	184
13.5.4	Variante 3: Verhandelte Mengen und Preise mit asymmetrischen Ausgleichsmechanismen.	186
13.6	Strategien des Krankenhausmanagements.	187
13.7	Von der Vergütungssystematik unabhängige Vorbereitungsschritte des Managements.	188
13.8	Datentransparenz und die Zukunft des Krankenhausbetriebsvergleichs.	191
13.9	Zusammenfassung	191
13.10	Literaturverzeichnis.	193

XII Inhaltsverzeichnis

14	Reform der Vergütung aus medizinisch-ärztlicher Sicht	195
	Jürgen Erik Schmitz	
14.1	Einführung	195
14.2	Aktuelle Situation	196
14.3	Allgemeine Auswirkungen der Maßnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen.	197
14.4	Einfluss der Ökonomie auf die Autonomie des Arztes.	198
14.5	Ausweich- und Abwehrmechanismen.	200
14.6	Forensische Aspekte.	202
14.7	Zusammenfassung	203
14.8	Literaturverzeichnis.	204
15	Die geriatrische Klinik im fallpauschalierten Entgeltsystem.	207
	Werner Hofmann, Manfred Ramme und Ulrich Vetter	
15.1	Einleitung.	207
15.2	Strukturen geriatrischer Versorgung	208
15.3	Entwicklung der Geriatrie in Deutschland.	209
15.4	Der ältere Patient in der geriatrischen Klinik	210
15.5	Wie wird ein geriatrischer Klinikpatient identifiziert?.	213
15.6	DRG - Herausforderung für die Geriatrie	215
15.7	Drei Jahre AP-DRG im Landesbetrieb Krankenhäuser (LBK) Hamburg	216
15.8	Fazit	219
15.9	Literaturverzeichnis.	221
16	Die Anwendung des australischen AR-DRG-Systems auf Behandlungsfälle der Inneren Medizin/Kardiologie in Deutschland	223
	Eckart Frantz	
16.1	Anwendung von DRGs in der Inneren Medizin/Kardiologie.	223
16.1.1	Spezifika der Inneren Medizin.	223
16.1.2	Struktur der Leistungen in der Kardiologie.	224
16.2	Eigenheiten des australischen AR-DRG-Systems.	224
16.2.1	Systeme des „prospective payment“.	224
16.2.2	Spezifische Fragen prozeduraler DRGs.	225
16.2.3	Schweregrad-Zuordnung als Spezifikum des australischen Systems ..	225
16.3	Untersuchte Behandlungsfälle.	226
16.3.1	Patientenkollektiv.	226
16.3.2	Datenbestände, Kodierung, Gruppierung	226
16.3.3	Auswertung der Zuordnungsergebnisse	227
16.4	AR-DRG-Zuordnung des untersuchten Kollektivs.	227
16.4.1	Besetzte DRGs.	227
16.4.2	Medizinische versus prozedurale, DRGs.	228

16.4.3	Sonderfall: Schrittmacher- und Defibrillatoren-Fälle.	228
16.5	Schweregrad-Zuordnung.	229
16.5.1	Zuordnung zu medizinischen und ökonomischen Schweregraden . . .	229
16.5.2	Behandlung von speziellen Fallgruppen.	229
16.6	Analyse der Einflussfaktoren auf das Gruppierungsergebnis.	232
16.6.1	Einflussfaktoren auf den „medizinischen Schweregrad“ PCCL in der Gesamtgruppe.	232
16.6.2	Einflussfaktoren auf den „ökonomischen Schweregrad“ A/B in der Gesamtgruppe.	232
16.6.3	Der Einfluss der Komorbidität in häufigen Diagnosegruppen.	234
16.6.4	Abbildung medizinischer Gegebenheiten durch das Gruppierungs- ergebnis.	235
16.7	Bewertung der Ergebnisse.	236
16.7.1	Besetzung nur weniger AR-DRGs.	236
16.7.2	Betonung der prozeduralen DRGs.	238
16.7.3	Bewertung der gebildeten Schweregrade.	239
16.7.4	Bewertung der Schrittmacher- und Defibrillatoren-Fälle.	240
16.8	Schlussfolgerungen	240
16.9	Literaturverzeichnis.	241
17	Vom ICD-Mix zum Fallgruppen-Mix - Ein konzeptioneller Vorschlag zur Weiterentwicklung des Betriebsvergleichs unter Einbezug der DRGs.	243
	Helga Sahlmüller	
17.1	Einleitung	243
17.2	Konzeption eines Fallgruppen-Vergleichs.	244
17.2.1	Methodische Vorgehensweise derzeitiger Krankenhausvergleiche	244
17.2.2	Verfahren zur Bildung leistungsähnlicher Gruppen unter Einbezug der Fallschwere.	245
17.2.3	Exemplarische Überprüfung der Methodik.	246
17.2.3.1	Datengrundlage.	246
17.2.3.2	Clusterverfahren.	247
17.2.3.3	Ergebnisse der Fachdisziplin Innere Medizin.	248
17.2.3.4	Ergebnisse der Fachdisziplin Chirurgie.	254
17.2.4	Vergleich der Clusterung nach ICD und DRG.	256
17.2.4.1	Verfahren.	256
17.2.4.2	Ergebnisse.	257
17.3	Voraussetzungen für die Durchführung des Betriebsvergleichs auf Basis der Fallgruppen.	263
17.3.1	Krankenhaus- versus Fachabteilungsbezug beim Vergleich	263
17.3.2	Interne Verlegungen.	264
17.3.3	Intensivabteilungen.	264
17.3.4	Datentechnische Voraussetzungen.	264
17.4	Fazit	265
17.5	Literaturverzeichnis.	266

18	Wie können wettbewerbliche Anreize bei der DRG-Weiterentwicklung implementiert werden?	267
	Dieter Paffrath	
18.1	Einleitung	267
18.2	Eckpunkte des neuen Entgeltsystems	268
18.3	Anforderungen an eine wettbewerbliche Weiterentwicklung	268
18.4	Praxis der Preisfindung heute und Lehren daraus für das DRG-System	269
18.4.1	Findung der Punktzahlen bei Fallpauschalen und Sonderentgelten ..	270
18.4.2	Findung der Punktwerte bei Fallpauschalen und Sonderentgelten . . .	272
18.4.3	Bedeutung der Betriebsvergleiche als Marktsimulation	273
18.4.4	Fazit zur Preisfindung heute und Lehren für das DRG-System	274
18.5	Können und sollen DRG-Bewertungsrelationen kostenrechnerisch ermittelt und gepflegt werden?	275
18.5.1	Preise sind nicht Kosten!	275
18.5.2	Probleme der Kostenermittlung	276
18.6	Schlussfolgerungen für die Umsetzung des DRG-Systems	277
18.6.1	Drei Umsetzungsmodelle	278
18.6.2	Bewertung der Modelle	278
18.6.2.1	Modell „Budgetfreiheit“	278
18.6.2.2	Modell „Krankenhaus-Budget“	279
18.6.2.3	Modell „Verhandlungspunktzahlen“	281
18.6.3	Fazit	283
18.7	Literaturverzeichnis	283
19	Instrumente zur Sicherstellung der stationären Versorgung nach Einführung von DRGs	285
	Wilhelm F. Schröder und Stefan Dudey	
19.1	Einleitung	285
19.2	Krankenhausplanun^ bei partiell konkurrierenden Steuerungssystemen	286
19.3	Informationsinstrumente des Staates zur Sicherstellung der stationären Versorgung.....	287
19.3.1	Orientierungsdaten zur mittelfristigen Entwicklung der stationären Versorgung	288
19.3.2	Kurzfristig angelegte Berichterstattung und Intervention	289
19.4	Bedeutung von DRGs zur Verbesserung der Informationsgrundlagen	291
20	Leistungsvergütung in der integrierten Versorgung als Sonderfall des Grundsatzes „Geld folgt Leistung“	295
	Dominik von Stillfried	
20.1	Einführung	295
20.2	Integrierte Versorgung als Ausgangspunkt einer sektorübergreifenden Versorgung	296

20.3	Vergütung im Außenverhältnis	297
20.3.1	Versichertenpauschalen nach RSA-Normkostenprofil	299
20.3.2	Versichertenpauschalen auf Basis historischer Kosten	299
20.3.3	Morbiditätsbezogene Risikopauschalen	300
20.3.3.1	Risikoschätzung auf Basis stationärer Behandlungsdiagnosen	301
20.3.3.2	Risikoschätzung auf Basis ambulanter Behandlungsdiagnosen	301
20.3.3.3	Risikoschätzung aufgrund stationärer und ambulanter Diagnosen	302
20.3.3.4	Anwendung in Deutschland	303
20.4	Vergütung im Innenverhältnis	304
20.4.1	Erweiterungen bestehender Vergütungssystematiken	304
20.4.2	Erfahrungen aus den USA	304
20.4.3	Einheitliches Bewertungssystem	306
20.5	Verknüpfung der externen und internen Vergütungssystematik	310
20.6	Schlussbemerkung	312
20.7	Literaturverzeichnis	313

Teil II Zur Diskussion

21	Fallzahlentwicklung im stationären Sektor - Determinanten im Spiegel von AOK-Prozessdaten	319
	Enno Swart, Grit Braeseke und Bernt-Peter Robra	
21.1	Einleitung	319
21.2	Material und Methode	319
21.3	Ergebnisse der Krankenhausfallanalyse	321
21.3.1	Fälle, Tage, Verweildauer und Fallkosten	321
21.3.2	Aufnahmearbeit	323
21.3.3	Wiedereinweisungen	323
21.3.4	Diagnose- und Leistungsspektrum	324
21.3.5	Substitutionspotenziale	326
21.4	Kassenartenübergreifender Vergleich	327
21.5	Ambulanter Sektor	328
21.6	Diskussion	328
21.7	Literaturverzeichnis	330
22	Die Qualität der Krankenhausversorgung - eine messbare Größe? Eine Übersicht über hospital Performance measurement in den USA	333
	Nikolas Matthes und Axel Wiest	
22.1	Einführung	333
22.2	Performance measurement in den USA	334
22.3	Hospital Performance measurement als Treiber der internen Qualitätsverbesserung	335

XVI Inhaltsverzeichnis

22.4	Core measures als Voraussetzung für den externen Qualitätsvergleich von Krankenhäusern	337
22.5	Die Veröffentlichung von Qualitätsbewertungen	341
22.6	Zukünftige Entwicklungen in den USA	342
22.7	Erkenntnisse für Deutschland	345
22.8	Literaturverzeichnis	347
23	Ambulante Fallpauschalen:	
	Ergebnisse eines Modellversuchs in Schleswig-Holstein.	349
	Ines Gerber und Christian Roterling	
23.1	Einleitung	349
23.2	Ausgangssituation	350
23.3	Betriebswirtschaftliche Kalkulation ambulanter Fallpauschalen	351
23.4	Vereinbartes Leistungsspektrum und Preise der Modellleistungen	354
23.5	Finanzielle Bewertung des Modellvorhabens	354
23.6	Darstellung der Mengengerüste: Auswahl von relevanten Modellleistungen	357
23.7	Gesamtergebnis des Modells: Fallzahlen und Kosten	359
23.7.1	Gesamtergebnis der 20 Modellleistungen: Fallzahlen	359
23.7.2	Gesamtergebnis der 11 relevanten Modellleistungen: Fallzahl und Kosten	362
23.8	Einzelergebnisse	364
23.8.1	Ergebnisgruppe I: Modellleistungen mit Fallzahl-Substitution	366
23.8.2	Ergebnisgruppe II: Modellleistungen ohne Substitutionswirkung	369
23.8.3	Ergebnisgruppe III: Krankenhaus-dominierte Leistungen	373
23.9	Zusammenfassung und Ausblick	373
23.10	Literaturverzeichnis	375

Teil III Daten und Analysen

24	Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser.	379
	Rita Berning und Christiane Rosenow	
24.1	Vorbemerkung	379
24.2	Eckdaten der stationären Versorgung in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	379
24.3	Krankenhausdaten 1998 im Ländervergleich	381
24.3.1	Krankenhausbetten und Auslastung	381
24.3.2	Personal der Krankenhäuser im Ländervergleich	384
24.3.3	Kosten der Krankenhäuser nach Kostenart	385
24.3.4	Krankenhauskosten im Ländervergleich	386
24.4	Krankenhäuser nach Krankentypen 1998	388
24.5	Entwicklung der Fachabteilungen in den Krankenhäusern	391

25	Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1998	393
	Rita Berning und Christiane Rosenow	
25.1	Vorbemerkung	393
25.2	Ergebnisse der Krankenhausdiagnosestatistik seit 1993	394
25.3	Hauptdiagnosen der Krankenhauspatienten nach Alter und Geschlecht im Vergleich 1994 und 1998.	395
25.4	Änderung der Verweildauer 1994 bis 1998	401
25.5	Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit und der Patientenzahl nach dem Alter und dem Geschlecht 1998	403
25.6	Krankenhauspatienten nach Fachabteilungen (Fachabteilung mit der längsten Verweildauer) 1998.	406
25.7	In Krankenhäusern behandelte Patienten nach Bundesländern (Wohnort) und Hauptdiagnosen 1998.	410
25.8	Ausblick	412
26	Operationshäufigkeit in Krankenhäusern 1996 bis 1999	415
	Bettina Gerste	
26.1	Einführung	415
26.2	Operationszahlen nach dreistelligem OPS.	418
26.3	Operationszahlen nach vierstelligem OPS.	420

Teil IV Krankenhaus-Directory

27	Krankenhaus-Directory - vereinbarte Belegungsdaten im Drei-Jahres-Vergleich	427
Der Krankenhaus-Report 2000 auf CD-ROM - Benutzeranleitung		485
Autorenverzeichnis		487
Index		500