

Krankenhaus- Report '99

Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker

Herausgegeben von

Michael Arnold, Martin Litsch und Friedrich Wilhelm Schwartz

Unter Mitwirkung von

Gerhard Brenner

Theo W. N. Dassen

Jörg-Dietrich Hoppe

Ulrich R. Kleeberg

Hans-Helmut König

Karl Lauterbach

Michael Monka

Franz-Josef Oldiges

Rüdiger Strehl

Axel Wiest

Mit Beiträgen von

Michael Arnold

Jan Carels

Max Geraedts

Bettina Gerste

Christopher Grab

Christian Günster

Antonius Helou

Günther Jonitz

Klaus Kenn

Jürgen Klauber

Ulrich R. Kleeberg

Reiner Körfer

Christof Kugler

Jörg Lauterberg

Klaus Leistner

Lothar Lürken

Susanne Mährlein-Bischoff

Harald Möhlmann

Michael Monka

Martina Niemeyer

Thomas Rath

Nils Reiß

Matthias Reister

Andrea Roth

Hans-Heinrich Rüschemann

Helga Sahlmüller

Henner Schellschmidt

Maryan Schemken

Friedrich Wilhelm Schwartz

Jouke van der Zee

Aurelio Vincenti

Alexander Wagner

Jürgen Wasem

Axel Wiest

Mit 68 Abbildungen und 74 Tabellen

Inhaltsverzeichnis

Editorial . . .

Michael Arnold

Teil I Schwerpunktthema: Versorgung chronisch Kranker

1	Plädoyer für eine Neuorientierung der medizinischen Prävention und Rehabilitation	
	Ein Ansatz zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Versorgung von chronisch Kranken. . . . .	.11
	Michael Arnold, Antonius Helou und Friedrich Wilhelm Schwartz	
1.1	Problemaufriß . . . . .	.11
1.2	Lösungsnotwendigkeiten. . . . .	.15
1.3	Realisierungsmöglichkeiten. . . . .	.17
1.4	Literaturverzeichnis. . . . .	.20
2	Volkskrankheit Asthma . . . . .	.21
	Klaus Kenn	
2.1	Einleitung . . . . .	.21
2.2	Definition und Beschreibung des Asthma bronchiale. . . . .	.21
2.3	Epidemiologie. . . . .	.22
2.4	Mortalität . . . . .	.23
2.5	Diagnostik . . . . .	.23
2.6	Lebensqualität bei Asthma bronchiale. . . . .	.24
2.7	Therapie. . . . .	.24
2.8	Compliance. . . . .	.25
2.9	Therapie- und Ordnungsverhalten. . . . .	.26
2.10	Kosten. . . . .	.27
2.11	Forschungsbedarf. . . . .	.29
2.12	Versorgungsstrukturen zur Asthmabehandlung in der Bundesrepublik Deutschland. . . . .	.29
2.12.1	Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter. . . . .	.29
2.12.2	Asthma bronchiale im Erwachsenenalter. . . . .	.31
2.13	Ansätze zur Verbesserung. . . . .	.32
2.14	Ziele. . . . .	.34
2.14.1	Kurzfristige Ziele. . . . .	.34
2.14.2	Langfristige Ziele. . . . .	.35
2.15	Literaturverzeichnis. . . . .	.36

VIII Inhaltsverzeichnis

3	Behandlung von Schlaganfallpatienten	
	Derzeitige Struktur der Versorgung, Problembereiche, neue Strategien.	39
	Christof Kugler und Max Geraedts	
3.1	Einleitung	39
3.2	Epidemiologie des Schlaganfalls.	39
3.3	Versorgungsstrukturen am Beispiel Hessen.	41
3.4	Probleme der aktuellen Versorgung.	44
3.5	Erfolge alternativer Strukturen und Strategien.	46
3.6	Neuorientierung im Sinne einer erkrankungsbezogenen Versorgungssteuerung (Disease Management).	48
3.7	Literaturverzeichnis.	50
4	Rehabilitation als zentrale Aufgabe der onkologischen Nachsorge	53
	Ulrich R. Kleeberg	
4.1	Vorwort	53
4.2	Defizite der onkologischen Therapie und Rehabilitation.	53
4.3	Notwendige neue Strukturen in der Nachsorge.	55
4.4	Zusammenfassung.	57
4.5	Literaturverzeichnis.	58
5	Integrierte Versorgung - Wie integriert eine Klinik akut-stationäre und Rena-Angebote? Das Beispiel der Klinik für Thorax- und Kardiovaskularchirurgie, Herzzentrum NRW, Bad Oeynhausen	59
	Reiner Körfer und Nils Reiß	
5.1	Einleitung.	59
5.2	Verlegung bzw. Entlassung aus der Klinik für Thorax- und Kardiovaskularchirurgie, Herzzentrum Bad Oeynhausen.	60
5.3	Integration von Rehabilitationsmaßnahmen während der akut-stationären Phase bei Patienten mit operativer Myokardrevaskularisation („Bypass-Operation“) bzw. Klappenersatzoperation.	61
5.4	Integration von Rehabilitationsmaßnahmen während der akut-stationären Phase bei Patienten mit kongenitalen Vitien.	63
5.5	Integration von Rehabilitationsmaßnahmen bei Patienten mit mechanischem Kreislaufunterstützungssystem („Kunstherz“)	63
5.6	Integration von Rehabilitationsmaßnahmen bei Patienten nach Herztransplantationen.	65
5.7	Zusammenfassung, Perspektiven der akut-stationären Phase.	66
6	Wieviel chronisch Kranke gibt es? - Annäherungen mit Hilfe einer Analyse von Routinedaten.	67
	Bettina Gerste, Martina Niemeyer und Jörg Lauterberg	

6.1	Definition und Problemstellung	67
6.2	Datengrundlage.	68
6.3	Operationalisierung: Indikatoren zur Mengenermittlung	69
6.4	Ergebnisse Krankenhaus.	73
6.4.1	Mehrfachaufenthalte mit derselben Diagnose/Indikation	76
6.4.2	Überwiegend chronisch verlaufende Krankheitsarten.	77
6.4.3	Indikatoren im Überblick.	80
6.4.4	In welchen Krankenhäusern werden chronisch Kranke behandelt?	81
6.5	Ergebnisse Arzneimittel.	85
6.5.1	Fälle mit Verordnungskontinuität	85
6.5.2	Fälle mit Verordnungskontinuität bei ausgewählten Arzneimittelgruppen	89
6.6	Zusammenfassung.	92
7	Ökonomisches Plädoyer für integrative Versorgung	
	Patientenkarrieren chronisch Kranker in Schleswig-Holstein.	93
	Andrea Roth und Hans-Heinrich Rüschemann	
7.1	Neue Definition des Begriffs „chronisch Kranke“.	94
7.2	Sektorenübergreifende Patientenkarrieren (Methodik).	96
7.2.1	Datenbasis zur Analyse von Patientenkarrieren	98
7.2.2	Kostenkalkulation für die Wirkungen von Versorgungsstrukturen	98
7.3	Akut-stationäre Versorgung für chronisch Kranke.	100
7.3.1	Fallzahlen und Verweildauern für chronisch Kranke im Krankenhaus	100
7.3.2	Akut-stationäre Versorgung älterer und geriatrischer Patienten.	102
7.3.3	Wiederaufnahmen chronisch Kranker in ein Krankenhaus.	103
7.3.4	Morbiditätsanalyse zu chronischen Erkrankungen.	104
7.4	Patientenkarriere am Beispiel Diabetes mellitus.	107
7.4.1	Ambulant-vertragsärztliche Versorgung	107
7.4.2	Akut-stationäre Versorgung	110
7.5	Durchschnittlich verursachte Kosten von chronisch Kranken in Schleswig-Holstein	113
7.6	Zukünftiger Versorgungsbedarf für chronisch Kranke.	115
7.6.1	Vernetzte Praxen in Schleswig-Holstein.	116
7.6.2	Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker über innovative Finanzierungssysteme.	117
7.7	Literaturverzeichnis.	118
8	Pflegebedürftigkeit chronisch Kranker	
	Epidemiologische und nosologische Aspekte.	119
	Klaus Leistner, Lothar Lürken und Alexander Wagner	
8.1	Einführung: Chronizität als Teil der Legaldefinition von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI	119
8.2	Epidemiologische und nosologische Analysen zur Pflegebedürftigkeit nach SGB XI	120

X Inhaltsverzeichnis

8.2.1	Datenquellen	120
8.2.2	Stichprobe	120
8.3	Ergebnisse	121
8.3.1	Epidemiologische Analyse.	121
8.3.1.1	Definition der Meßgrößen.	121
8.3.1.2	(Punkt-) Prävalenzraten von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI im häuslichen Bereich und in vollstationären Pflegeeinrichtungen	121
8.3.1.3	Alters- und Geschlechtsstruktur der Pflegebedürftigen.	122
8.3.1.4	Verteilung der Pflegebedürftigen nach dem Schweregrad (Pflegestufe)	123
8.3.2	Nosologische Analyse.	124
8.3.2.1	Definition der Meßgrößen.	124
8.3.2.2	Nosologische Analyse nach Art der beantragten Pflegeleistungen und Diagnoseklassen.	127
8.4	Diskussion	129
8.5	Schlußfolgerungen	130
8.6	Literaturverzeichnis.	131
9	Welche Behandlungsansätze und Verfahren sind verzichtbar?	133
	Friedrich Wilhelm Schwartz und Antonius Helou	
9.1	Einleitung	133
9.2	Revision überholter Behandlungsansätze und Krankheitsmodelle	134
9.3	Revision medizinischer Verfahren (Technologien).	136
9.3.1	Health Technology Assessment (HTA).	138
9.3.2	Situation in Deutschland.	142
9.3.3	Ansätze eines systematischen HTA in Deutschland.	144
9.4	Fazit	145
9.5	Literaturverzeichnis.	146
10	Der Beitrag von Leitlinien zur Versorgung chronisch Kranker	149
	Antonius Helou und Friedrich Wilhelm Schwartz	
10.1	Einleitung	149
10.2	„Zutaten“ eines erfolgversprechenden Leitlinienprogramms.	151
10.3	Defizite und Unterlassungen.	154
10.4	Situation in Deutschland.	155
10.5	Fazit	158
10.6	Literaturverzeichnis.	159
11	Ärztliche und therapeutische Betreuung chronisch Kranker in stationären Pflegeeinrichtungen	
	Neue Steuerungsansätze für ein „altes“ Berliner Modell.	163
	Susanne Mährlein-Bischoff, Harald Möhlmann und Günther Jonitz	
11.1	Ein „altes“ Berliner Modell: Krankenhäuser und Abteilungen für chronisch Kranke.	163

11.2	Entwicklung der Krankenhäuser seit den 70er Jahren	164
11.2.1	Entwicklung der Krankenhäuser	164
11.2.2	Aufgabe der Krankenhäuser.	165
11.2.3	Finanzierung der Krankenhäuser vor Einführung der Pflegeversicherung	166
11.2.4	Veränderungen durch die Einführung der Pflegeversicherung	166
11.2.5	Veränderungen der Morbiditätsstruktur der Bewohner.	168
11.3	Exkurs: Das Krankenhaus in der ambulanten medizinischen Versorgung	169
11.3.1	Das ganzheitliche Konzept der Versorgung.	169
11.3.2	Die medizinische Versorgung	170
11.3.3	Die soziale Versorgung.	171
11.4	Neuere Steuerungsansätze: Gemeinsame Verantwortung und vereinbarte Ziele.	171
11.4.1	Ausgangslage.	171
11.4.2	Ziele des Ansatzes.	172
11.4.3	Die abgeschlossenen Vereinbarungen.	174
11.4.4	Der Lenkungsausschuß.	177
11.4.5	Das Kostencontrolling	177
11.4.6	Einführung von Qualitätskriterien.	178
11.5	Erfahrungen mit der Rahmenvereinbarung	178
11.6	Ausblick	180
11.7	Dank	181
11.8	Literaturverzeichnis.	181
12	Kann die Versorgung chronisch Kranker in den USA ein Vorbild für Deutschland sein?	183
	Jan Carels und Axel Wiest	
12.1	Herausforderungen für die Versorgung chronisch Kranker in den USA	183
12.1.1	Prävalenz und Kosten	183
12.1.2	Probleme der Versorgung	186
12.2	Lösungsansätze zur Versorgung chronisch Kranker in den USA	190
12.2.1	Chancen und Risiken innovativer Lösungsansätze in der Theorie	190
12.2.2	Leistungsfähigkeit innovativer Lösungsansätze in der Praxis.	192
12.2.2.1	Beispiel für eine frühzeitige Prävention: The Group Health Cooperative of Puget Sound.	193
12.2.2.2	Beispiele für eine integrierte Langzeitversorgung	194
12.2.2.3	Beispiele für eine umfassende Koordinierung der Versorgung	197
12.3	Erkenntnisse für Deutschland	198
12.4	Literaturverzeichnis.	200

XII Inhaltsverzeichnis

13	Deutschland - Niederlande 2:1 bei den Krankenhausaufnahmen - ist der Grund dazu im niederländischen Hausärztesystem zu suchen?	203
	Jouke van der Zee	
13.1	Einführung	203
13.2	Das deutsche und das niederländische Gesundheitswesen	204
13.2.1	Wichtigste Gemeinsamkeiten und Unterschiede	204
13.2.2	Gemeinsame Wurzeln - unterschiedliche Ausgestaltung	205
13.2.3	Unterschiede in den Krankenhausaufnahmen: einige mögliche Erklärungen.	207
13.3	Unterschiede in Definitionen und Begriffen.	207
13.4	Gesundheit	208
13.5	Andere Einrichtungen.	209
13.6	Andere Erklärungen.	210
13.7	Schlußfolgerung	211
13.8	Literaturverzeichnis.	212
14	Gesucht: Ein Finanzierungsmodell für die Behandlung „chronisch Kranker“. Lösungsansätze zwischen Gewinn und Gewissen.	213
	Thomas Rath und Michael Monka	
14.1	Einleitung.	213
14.2	Allgemeines zu wirtschaftlichen Entscheidungen.	214
14.2.1	Kosten-Nutzen-Überlegungen.	214
14.2.2	Der Einfluß zeitlicher Präferenzen	214
14.3	Ein ökonomisches Modell für die Behandlung chronisch Kranker	215
14.3.1	Die Akteure.	215
14.3.2	Kosten der Behandlung chronisch Kranker.	216
14.3.3	Strategien der Beteiligten.	218
14.3.4	Zwischenbilanz.	220
14.4	Anreizwirkungen verschiedener Vergütungsformen	220
14.4.1	Die Rolle des Krankenhauses bei der Versorgung chronisch Kranker	220
14.4.2	Vergütungsformen.	221
14.4.3	Zusammenhang von Anreizen und Pauschalierung.	223
14.5	Budget, Wettbewerb und Politik als Hindernisse?	224
14.5.1	Verzahnungs- und Krankheitsbudgets.	224
14.5.2	Verhältnis von Patient und Kostenträgern im Wettbewerb.	226
14.5.3	Institutionen und politische Vorgaben.	227
14.6	Fazit	227

Teil II Zur Diskussion

15	Monistische Krankenhausfinanzierung	
	Vorstellungen des Gesetzgebers, Konsequenzen.	231
	Jürgen Wasem und Aurelio Vincenti	
15.1	Einführung.	231
15.2	Historische Entwicklung und aktuelles System der Investitionskostenfinanzierung im Krankenhaus.	231
15.3	Steuerungsmängel des dualistischen Finanzierungssystems.	233
15.4	Der vorgesehene Einstieg in die monistische Krankenhausfinanzierung durch die Gesundheitsreform 2000.	235
15.4.1	Bisherige Schritte in Richtung auf eine monistische Finanzierung	235
15.4.2	Vorstellungen der Regierungskoalition zur Monistik in der Gesundheitsreform 2000.	237
15.5	Bewertung und mögliche Auswirkungen.	238
15.6	Abschließende Überlegungen.	241
15.7	Literaturverzeichnis.	242
16	Zur Implementierung eines AP-DRG basierten Entgeltsystems in Deutschland - Regelungsbedarfe und erste empirische Hinweise für die Gewichtskalkulation.	245
	Christian Günster, Jürgen Klauber und Henner Schellschmidt	
16.1	Einleitung.	245
16.2	Die Einführung kompletter Fallpauschalen - AP-DRGs als Option	246
16.2.1	DRG-Grundlagen.	246
16.2.2	Gesetzentwurf: Ein Votum für (AP-)DRGs?.	248
16.3	DRG-Adaption: Anforderungen an Selbstverwaltung und Gesetzgeber - zentrale Regelungsbereiche.	249
16.4	Spezifische Ausgestaltung eines AP-DRG-Systems - der Weg zu deutschen Kostengewichten.	254
16.4.1	Datenanforderungen.	254
16.4.2	Anwendung des AP-DRG-Klassifikationssystems auf Routinedaten vollstationärer Krankenhausfälle in Deutschland.	256
16.4.3	Festlegung deutscher Kostengewichte.	261
16.5	Fazit	267
16.6	Literaturverzeichnis.	268

Teil III Daten und Analysen

17	Entwicklung der Versorgungsstrukturen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen von 1991 bis 1997 - inklusive vorläufigen Ergebnissen für 1998.	273
	Matthias Reister	
17.1	Vorbemerkung	273
17.2	Entwicklung der Versorgungskapazitäten seit 1991.	273
17.3	Entwicklung der personellen Besetzung seit 1991.	276
17.4	Veränderung der Fachabteilungsstruktur seit 1991.	278
17.5	Entwicklung der Trägerstrukturen seit 1991.	280
17.6	Regionale Entwicklung der Strukturen im Ost-West Vergleich.	282
17.7	Regionale Entwicklung der Strukturen im Ländervergleich.	284
17.8	Ausblick.	287
18	Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten v der Krankenhäuser. /[^]Tr	289
	Christopher Grab	
18.1	Vorbemerkungen.	289
18.2	Eckdaten der stationären Versorgung 1997 und 1998.	289
18.3	Krankenhausdaten 1997 im Ländervergleich.	291
18.3.1	Krankenhausbetten und Auslastung.	291
18.3.2	Personal der Krankenhäuser im Ländervergleich.	294
18.3.3	Ausstattung der Krankenhäuser im Ländervergleich.	296
18.3.4	Krankenhauskosten im Ländervergleich.	298
18.4	Krankenhäuser nach Krankenhaustypen 1997.	301
18.5	Entwicklung der Fachabteilungen in Krankenhäusern bis 1997.	303
18.6	Weiterentwicklung der Krankenhausstatistik.	304
19	Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1994 bis 1997.	307
	Matthias Reister	
19.1	Vorbemerkung.	307
19.2	Ergebnisse der Krankenhausdiagnosestatistik seit 1993.	308
19.3	Diagnosen der Krankenhauspatienten 1994 und 1997 im Vergleich ..	309
19.4	Veränderung der Verweildauer 1994 bis 1997.	312
19.5	Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit und der Patientenzahl nach dem Alter.	316
19.6	Versorgungsstrukturen: Krankenhauspatienten nach Fachabteilungen (Fachabteilung mit der längsten Verweildauer).	319
19.7	Versorgungsstrukturen: Krankenhauspatienten nach Krankenhaustypen.	320
19.8	Ausblick.	321

20	Bundesweite Vereinbarungsdaten auf Basis der Leistungs- und Kalkulationsaufstellungen (LKA)	
	Eine erste Analyse	323
	Helga Sahlmüller und Maryan Schemken	
20.1	Einleitung	323
20.2	Leistungsorientierte versus strukturorientierte Vergleichsmethoden . . .	323
20.2.1	Darstellung und Interpretation der Casemixgruppen	325
20.2.1.1	Innere Medizin.	325
20.2.1.2	Chirurgie.	327
20.2.1.3	Fazit	329
20.2.2	Fallkostenvergleich nach Casemix, Krankenhausgruppe und Fach- abteilungsnummer.	329
20.2.2.1	Fallkosten der Inneren Fachabteilungen.	329
20.2.2.2	Fallkosten der Chirurgie.	333
20.2.2.3	Fazit	336
20.3	Abweichungsanalyse der Basiskosten.	337
20.3.1	Basiskosten und Versorgungsstrukturen.	337
20.3.2	Basiskosten und Größenvorteiles.	339
20.3.3	Basiskosten in Ost und West . . . ^ ^	340
20.3.4	Fazit	341
20.4	Literaturverzeichnis.	341

Teil IV Krankenhaus-Directory

21	Krankenhaus-Directory - Zusammensetzung der Krankenhaus- kosten	345
	Der Krankenhaus-Report '99 auf CD-ROM - Benutzeranleitung	401
	Autorenverzeichnis	403
	Index	414