

Berlin, 10. Dezember 2010

Krankenhaus-Report 2011 erschienen

Deutliche Unterschiede in der Ergebnisqualität

Berlin. Patienten, die nach Gelenkverschleiß ein künstliches Hüftgelenk benötigen, sollten mit Hilfe ihres Arztes bei der Auswahl des geeigneten Krankenhauses ganz besonders auf die Qualität achten. Denn die schlechtesten 92 Kliniken überschreiten die statistisch zu erwartende Anzahl von Komplikationsfällen um mindestens 80 Prozent, während die besten 92 Kliniken die Erwartung um 44 Prozent unterschreiten. Dies belegt die Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) anlässlich der heutigen Veröffentlichung des Krankenhaus-Reports 2011 mit dem Schwerpunkt „Qualität durch Wettbewerb“. Der Einbau eines künstlichen Hüftgelenks nach Gelenkverschleiß ist eine von drei Indikationen, zu denen der Krankenhaus-Report klinikbezogene Informationen über die individuelle Ergebnisqualität enthält. Sie basieren auf dem von der AOK entwickelten Verfahren Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR).

„Patienten, die einen Krankenhausaufenthalt planen, brauchen nicht nur Informationen über den Service eines Hauses, sondern vor allem eine zuverlässige Auskunft über die Qualität der Behandlung“, sagt WIdO-Geschäftsführer Jürgen Klauber. Hierfür nutze die AOK die sogenannte Qualitätssicherung mit Routinedaten. Dabei werden Krankenhäuser für ausgewählte Behandlungen daraufhin verglichen, welche Komplikationen innerhalb eines Jahres nach einem Eingriff auftreten. Beim Vergleich der Ergebnisqualität zwischen den Krankenhäusern für AOK-Versicherte der Jahre 2006 bis 2008 zeigen sich beispielsweise für das Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks nach Gelenkverschleiß deutliche Unterschiede: Während die besten 25 Prozent der 922 Krankenhäuser eine Revisionsrate von weniger als 2,4 Prozent im Laufe eines Jahres aufweisen, sind es bei den 25 Prozent der Kliniken mit den meisten Komplikationen mehr als 5,9 Prozent. In der Hälfte der Häuser müssen mehr als vier Prozent der Hüftoperationen innerhalb eines Jahres wiederholt werden. Ebenfalls große Unterschiede zwischen den Krankenhäusern zeigen sich bei Betrachtung weiterer Komplikationen. Fasst man chirurgische Komplikationen, Revisionen, Frakturen der Hüfte, Thrombosen/Lungenembolien und Tod in einem Komplikationsindex zusammen, so zeigt sich, dass 50 Prozent der Krankenhäuser eine Komplikation in mehr als 12,1 Prozent der Fälle aufweisen. Während das Viertel der Krankenhäuser mit den niedrigsten Raten eine Komplikationsquote von weniger als 8,8 Prozent aufweist, verzeichnet das Viertel der Krankenhäuser mit den höchsten Raten mehr als 16,6 Prozent Komplikationen.

Ein fairer Vergleich der Krankenhäuser werde nach Klaubers Worten durch ein aufwändiges statistisches Verfahren möglich, bei dem die Patientenstruktur der jeweiligen Klinik berücksichtigt wird, denn z. B. bei sehr alten Patienten mit mehreren Erkrankungen gibt es grundsätzlich erhöhte Komplikationsrisiken. Am Beispiel der Eingriffe für einen Hüftgelenkersatz zeige sich, dass auch nach einer solchen Risikoadjustierung deutliche Unterschiede zwischen den Kliniken bestehen. So unterschreitet jede zehnte Klinik die erwartete Anzahl an Komplikationsfällen um mindestens 44 Prozent, während weitere zehn Prozent der Kliniken die erwartete Anzahl um mehr als 80 Prozent

Pressemitteilung vom 10. Dezember 2010

überschreiten. Klauber: „Das zeigt beispielhaft, dass es erhebliche Unterschiede bei der Ergebnisqualität der Krankenhausbehandlung gibt.“

Die Informationen zur Ergebnisqualität aus dem QSR-Verfahren können inzwischen von Patienten und behandelnden Ärzten im AOK-Krankenhausnavigator auf Basis der Weissen Liste eingesehen werden, und zwar für bisher drei Indikationen: planbare Eingriffe an Hüfte oder Knie sowie Operationen wegen eines Oberschenkelhalsbruchs. Der nun vorliegende Krankenhaus-Report 2011 weist diese Ergebnisse für die einzelnen Krankenhäuser im Statistikeil aus.

Der Krankenhaus-Report 2011 widmet sich aber auch umfassend dem Zusammenhang von Qualität und Wettbewerb. Die Beiträge beleuchten den Stand der stationären Qualitätssicherung in Deutschland, den Stellenwert von Qualität im Markthandeln der Krankenhäuser sowie die Nutzung von Qualitätsinformationen durch Patienten bei der Krankenhauswahl. Auch geht er der Frage nach, unter welchen Voraussetzungen Qualität Vertragsgegenstand und damit vergütungsrelevant werden kann. Darstellungen zu den ordnungspolitischen Voraussetzungen eines qualitätsorientierten Vertragswettbewerbs und Beiträge zu den internationalen Erfahrungen mit „Pay for Performance“ runden das Bild ebenso ab wie Konzepte, die entweder Qualität im bestehenden Kollektivvertragssystem befördern wollen oder auf Wettbewerb über einzelvertragliche Möglichkeiten der Krankenkassen setzen.

In seinem Diskussionsteil behandelt der Krankenhaus-Report, der jährlich von Max Geraedts von der Universität Witten-Herdecke und Jürgen Wasem von der Universität Duisburg-Essen gemeinsam mit dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) herausgegeben wird, eine Reihe von Themen von besonderer Relevanz und Aktualität. Er enthält Beiträge zur Zukunft der Krankenhausvergütung, zur Bedarfsplanung, zu Investitionspauschalen als einem möglichen Einstieg in die Monistik sowie konzeptionelle Überlegungen zum künftigen Fallpauschalensystem in der Psychiatrie.

Der Statistikeil bietet wie in jedem Jahr ein umfassendes Kompendium relevanter Analysen und Daten zur Entwicklung des Krankenhausmarktes unter Versorgungsaspekten und ökonomischen Fragestellungen.

Krankenhaus-Report 2011:

Klauber/Geraedts/Friedrich/Wasem (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2011, Schwerpunktthema: Qualität durch Wettbewerb; Schattauer-Verlag, Stuttgart 2011; broschiert; 54,95 €; ISBN 978-3-7945-2802-8

Mehr Infos im Internet: <http://wido.de/khreport.html>

Im Internetportal zum Krankenhaus-Report <http://www.krankenhaus-report-online.de> finden registrierte Leser neben allen Abbildungen und Tabellen die krankenhauspolitische Chronik von 2000 bis Juli 2010, zusätzliche Tabellen sowie das Krankenhaus-Directory mit erweiterten Informationen und Zusammenfassungen der Krankenhaus-Reporte von 1993 bis 2010.

Pressekontakt:

Wissenschaftliches Institut der AOK, Dr. Gregor Leclerque

Tel.: 030/34646-2267

Fax.: 030/34646-2144

E-Mail: wido@wido.bv.aok.de

Rezensionsexemplare:

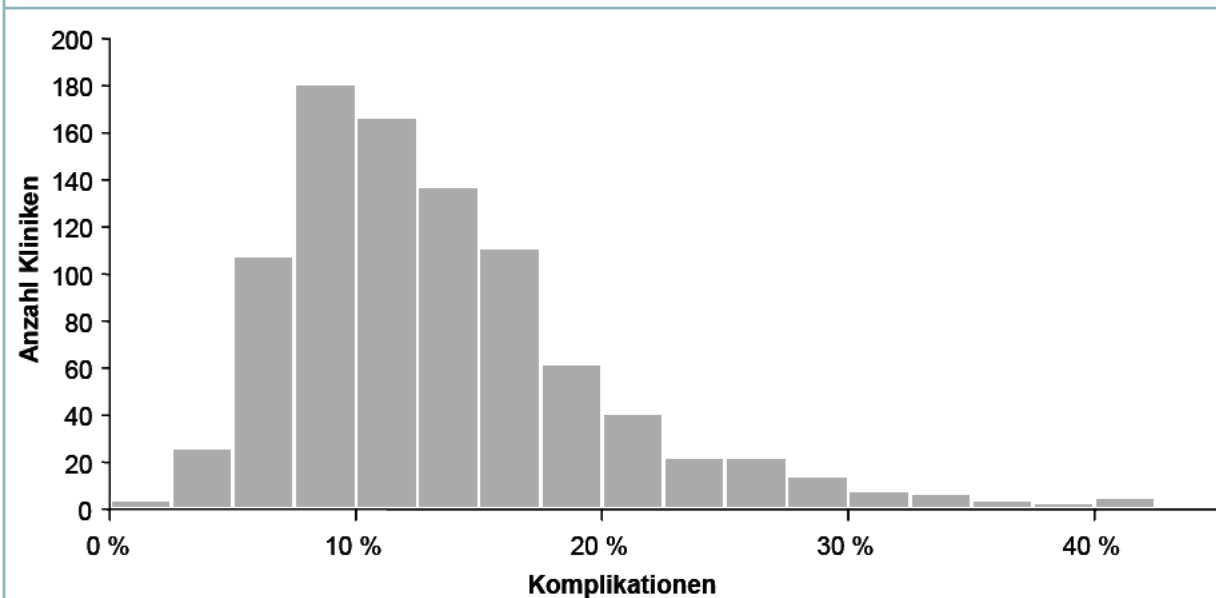
Schattauer-Verlag, Frau Albert

Tel.: 0711 22987-20

Fax: 0711 22987-50

E-Mail: stefanie.albert@schattauer.de

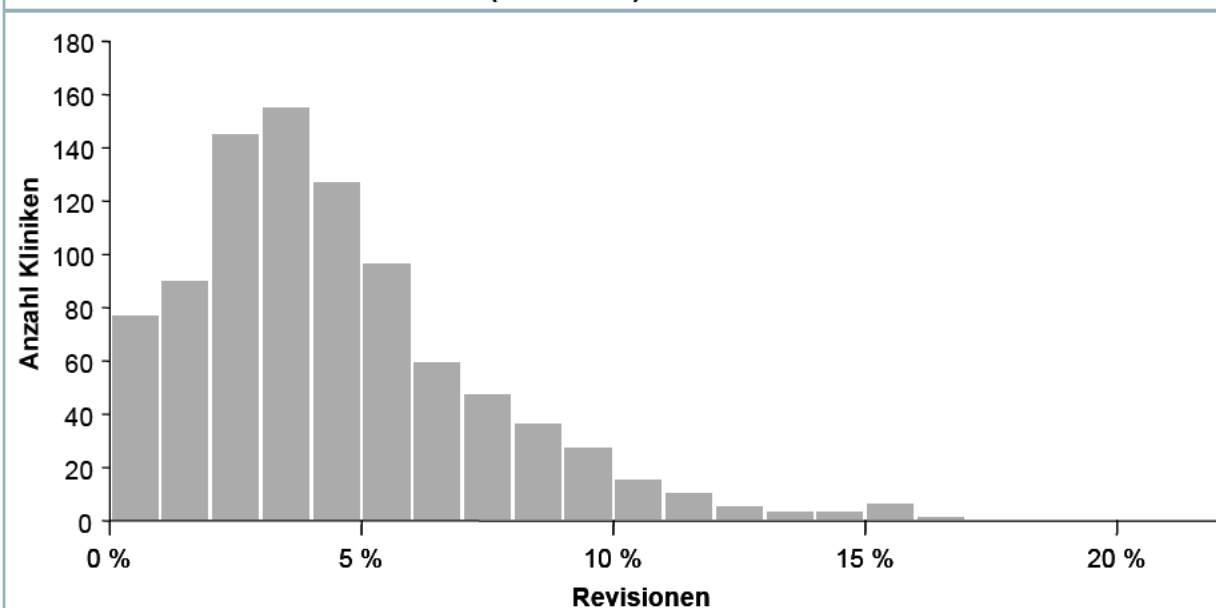
Abbildung 1: Komplikationen nach Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks bei Gelenkverschleiß (Arthrose)*



* Die Datenbasis bilden die AOK-Fälle der Jahre 2006 bis 2008. Verglichen werden 922 Krankenhäuser mit mindestens 30 AOK-Fällen in diesem Zeitraum. Zu den Komplikationen zählen chirurgische und Implantat-Komplikationen, das Ausrenken des künstlichen Gelenks, Femurfrakturen, Thrombosen und Embolien innerhalb von 90 Tagen nach Einsetzen des Hüftgelenks sowie Revisionen des Gelenkersatzes innerhalb von 365 Tagen.

© WIdO 2010

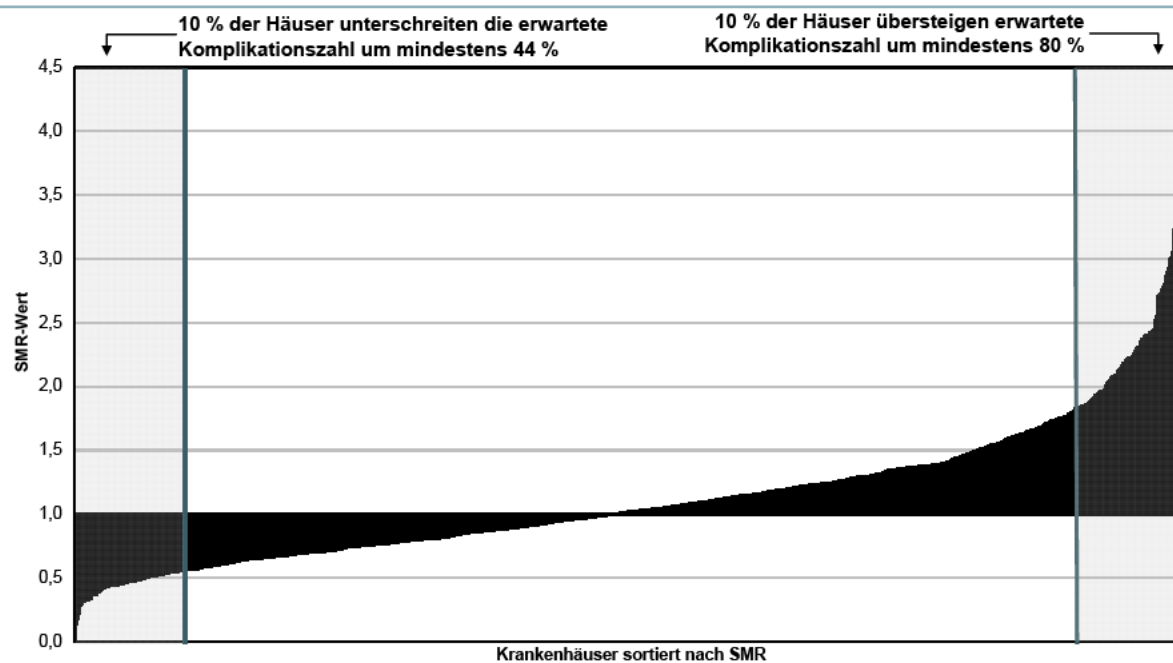
Abbildung 2: Revisionen nach Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks bei Gelenkverschleiß (Arthrose)*



* Die Datenbasis bilden die AOK-Fälle der Jahre 2006 bis 2008. Verglichen werden 922 Krankenhäuser mit mindestens 30 AOK-Fällen in diesem Zeitraum. Dargestellt sind Revisionen des Gelenkersatzes innerhalb von 365 Tagen nach Einsetzen des Hüftgelenks.

© WIdO 2010

Abbildung 3: Komplikationsindex für das Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks bei Gelenkverschleiß (Arthrose) – risikoadjustiert*



* Die Datenbasis bilden die AOK-Fälle der Jahre 2006 bis 2008. Verglichen werden 922 Krankenhäuser mit mindestens 30 AOK-Fällen in diesem Zeitraum. Risikoadjustiert bedeutet, dass hier beim Vergleich berücksichtigt ist, welche Komplikationszahl aufgrund der Patientenstruktur eines Hauses zu erwarten gewesen wäre. Der SMR-Wert gibt den Quotienten von beobachteten zu erwarteten Komplikationen an. 1,0 bedeutet, dass die erwartete Anzahl an Komplikationen exakt getroffen wurde, 1,5 signalisiert entsprechend eine Überschreitung um 50 %.

© WIdO 2010

Kennzahlen des Krankenhausmarktes

2008 gab es in Deutschland 2.083 Krankenhäuser (2007: 2.087) mit 503.360 Betten; das entspricht 613 Betten je 100.000 Einwohner (-0,5 %). Die Betten waren zu 77,4 % ausgelastet. Bei den Krankenhausfällen war ein Anstieg um 2,0% auf 17,5 Mio. zu verzeichnen, die Verweildauer sank um 0,2 Tage auf durchschnittlich 8,1 Tage. Die bereinigten Kosten stiegen in der Summe auf 62,3 Mrd. € (2007: 59,8 Mrd. €), die Kosten je Fall auf durchschnittlich 3.554 € (+2,1 %) (siehe Tabelle 1).

Bei den Hauptdiagnosen, die 2008 zu einem Krankenhausaufenthalt geführt haben, liegen – sieht man von den Lebendgeborenen als Diagnose ab – bei den Männern psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Angina Pectoris und Herzinsuffizienz an der Spitze. Bei den Frauen steht die Herzinsuffizienz an erster Stelle, gefolgt von bösartigen Neubildungen der Brustdrüse und Gallensteinleiden (siehe Tabelle 2).

Pressemitteilung vom 10. Dezember 2010

Gegenstand der Nachweisung	Berichtsjahr				Veränderung 2008 gegenüber		
	2008	2007	2003	1998	2007	2003	1998
	Anzahl				in %		
Krankenhäuser	2 083	2 087	2 197	2 263	-0,2	-5,2	-8,0
Aufgestellte Betten							
– Anzahl	503 360	506 954	541 901	571 629	-0,7	-7,1	-11,9
– je 100 000 Einwohner	613	616	657	697	-0,5	-6,7	-12,0
Krankenhausfälle							
– Anzahl	17 519 579	17 178 573	17 295 910	16 847 477	2,0	1,3	4,0
– je 100 000 Einwohner	21 334	20 883	20 960	20 538	2,2	1,8	3,9
Berechnungs- und Belegungstage in 1 000	142 535	142 893	153 518	171 802	-0,3	-7,2	-17,0
Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	8,1	8,3	8,9	10,1	-2,2	-8,3	-19,8
Durchschnittliche Bettenauslastung in Prozent	77,4	77,2	77,6	82,3	0,2	-0,3	-6,0
Personal							
– Beschäftigte am 31.12. (Kopfzahl)	1 078 212	1 067 287	1 096 420	1 116 308	1,0	-1,7	-3,4
– Vollkräfte im Jahresdurchschnitt (Vollzeitäquivalente)	797 554	792 299	823 939	850 948	0,7	-3,2	-6,3
darunter: – Ärztlicher Dienst	128 117	126 000	114 105	107 106	1,7	12,3	19,6
– Nichtärztlicher Dienst	669 437	666 299	709 834	743 842	0,5	-5,7	-10,0
darunter: – Pflegedienst	300 417	298 325	320 158	337 716	0,7	-6,2	-11,0
– med.-techn. Dienst	125 438	123 774	124 927	123 825	1,3	0,4	1,3
– Funktionsdienst	88 414	86 216	84 198	81 159	2,5	5,0	8,9
Bereinigte Kosten (einschl. Ausbildungsfonds) in 1 000 EUR	63 245 404	60 449 733	–	–	4,6	X	X
Bereinigte Kosten je Fall (einschl. Ausbildungsfonds) in EUR	3 610	3 519	–	–	2,6	X	X
Bereinigte Kosten (ohne Ausbildungsfonds) in 1 000 EUR	62 267 622	59 810 431	55 664 518	49 629 670	4,1	11,9	25,5
Ber. Kosten (ohne Ausbildungsfonds) je Fall in EUR	3 554	3 482	3 218	2 946	2,1	10,4	20,7

Quelle: Krankenhaus-Report 2011, Tabelle 18-1

© WIdO 2010

Pressemitteilung vom 10. Dezember 2010

Rang	ICD-Pos.	Hauptdiagnose	Patienten und Patientinnen Anzahl	durchschn. Verweildauer in Tagen	durchschn. Alter in Jahren
Männer		Insgesamt	8 392 426	8,0	52,4
1	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	245 971	8,2	44
2	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	241 649	3,7	0
3	I20	Angina pectoris	169 917	5,0	66
4	I50	Herzinsuffizienz	164 620	11,3	74
5	K40	Hernia inguinalis	150 612	3,4	56
6	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	143 728	6,0	66
7	I21	Akuter Myokardinfarkt	133 635	8,7	67
8	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	129 637	8,1	66
9	S06	Intrakranielle Verletzung	126 348	4,4	34
10	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	113 833	5,3	66
Frauen		Insgesamt	9 544 617	8,2	53,9
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	240 513	3,7	0
2	I50	Herzinsuffizienz	186 090	11,5	80
3	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)	149 919	7,2	61
4	K80	Cholelithiasis	137 761	6,7	57
5	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	133 470	5,8	70
6	M17	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes)	131 602	11,9	69
7	I63	Hirninfarkt	113 600	13,1	76
8	S72	Fraktur des Femurs	112 691	16,9	80
9	O70	Dammriss unter der Geburt	109 843	3,6	30
10	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	105 008	7,0	73

Quelle: Krankenhaus-Report 2011, Tabelle 19-7

© WIdO 2010