

**Machbarkeitsstudie zu den Folgen der
Privatisierung von zwei Universitätsklinika
(Gießen/Marburg) auf die Krankenversorgung
(ambulante, Anschlussbehandlung und stationäre
Versorgung) der Bevölkerung**

Endbericht

Markus Wörz, M.A.
Fachgebiet Management im Gesundheitswesen Dpt. Health Care Management
WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management
Leitung: Prof. Dr. med. Reinhard Busse, MPH FFPH
Technische Universität Berlin
EB 2, Straße des 17. Juni 145 (5. OG)
10623 Berlin
Tel. +49 (0)30 314-28421
Fax. +49 (0)30 314-28433
Email: markus.woerz@tu-berlin.de
<http://mig.tu-berlin.de>

Inhalt

Zusammenfassung	3
Einleitung	4
Grundsätzliche Bemerkungen zur Kausalität und zur Auswahl eines geeigneten Forschungsdesigns	4
Zwischenfazit: Ist die Untersuchung der Folgen der Privatisierung am Beispiel von Gießen und Marburg sinnvoll?	9
Forschungsergebnisse zu Trägerunterschieden und den Folgen von Trägerwechseln aus den USA	13
Potentielle Datenquellen für die Untersuchung von Trägerunterschieden in Bezug auf die Krankenversorgung	20
Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)	21
Daten der Bundesgeschäftsstelle/Landegeschäftsstellen Qualitätssicherung	22
Daten aufgrund von §21 KHEntgG.....	23
Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser	24
Daten des Statistischen Bundesamts	26
Diskussion/Schlussfolgerungen	28
Literatur	30
Anhang	33
§ 301 SGB V Krankenhäuser	33
§ 21 KHEntgG Übermittlung und Nutzung von DRG-Daten	35

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Ausgewählte potentielle Einflussfaktoren auf die Krankenversorgung.....	9
Tabelle 1: Auf Kovariation beruhende Forschungsdesigns	8
Tabelle 2: Vergleich von zwei systematischen Übersichtsarbeiten, die Qualitätsunterschiede zwischen Krankenhausträgern untersuchen.	14
Tabelle 3: Verwendete Datenbanken und Suchbegriffe.....	15
Tabelle 4: Überblick über Studien, die die Auswirkungen eines Trägerwechsels auf die Krankenversorgung untersuchen.....	17
Tabelle 5: Zusammenfassende Übersicht über die verschiedenen Daten und mögliche Indikatoren	27

Zusammenfassung

Durch den Erwerb von 95% der Geschäftsanteile des Universitätsklinikums Gießen und Marburg GmbH durch die Rhön Klinikum AG im Januar 2006 wurde in Deutschland erstmalig ein gesamtes Universitätsklinikum materiell privatisiert. Ein Ziel dieser Machbarkeitsstudie besteht darin, Möglichkeiten aufzuzeigen, wie die Folgen dieser Privatisierung auf die Krankenversorgung evaluiert werden können. Wie in dieser Machbarkeitsstudie ausführlicher erläutert wird, wird keine Möglichkeit gesehen, wie der Einfluss der Privatisierung auf die Krankenversorgung in Gießen und Marburg unabhängig von der gleichzeitig stattfindenden Fusionierung der beiden Universitätskliniken erforscht werden kann. Aus diesem Grund wird es nicht als sinnvoll erachtet, die Folgen der Privatisierung in der Krankenversorgung am Beispiel der Privatisierung und Fusionierung der Universitätskliniken Gießen und Marburg zu untersuchen.

In den USA gibt es eine sehr reichhaltige Forschungstätigkeit zu Unterschieden zwischen Krankenhäusern in verschiedenen Trägerschaften (not-for-profit, öffentlich und forprofit) in Bezug auf die Qualität der Krankenversorgung aber auch in Bezug auf andere Indikatoren (z.B. Effizienz) und, in einem geringeren Maße, zu den Auswirkungen eines Trägerwechsels (z.B. von not-for-profit zu forprofit) auf die Krankenversorgung. Systematische Übersichtsarbeiten zu der Forschungstätigkeit in Bezug auf die Qualität der Krankenversorgung zeigen, dass forprofit Krankenhäuser häufiger schlechter abschneiden als not-for-profit Krankenhäuser. Die Effektstärke dieses Unterschieds ist allerdings regelmäßig eher gering. Zudem zeigen diese Studien auch eine erhebliche Varianz innerhalb der jeweiligen Trägerkategorien.

In Deutschland gibt es derzeit nur sporadische Beispiele für Studien, die Unterschiede zwischen Krankenhausträgern zum Gegenstand haben. Ein Grund für diesen Mangel ist vermutlich dem Umstand geschuldet, dass der Wissenschaft deutlich weniger Datensätze zur Analyse solcher Fragestellungen zur Verfügung stehen als in den USA. Grundsätzlich gibt es eine Reihe von Routinedatensätzen sowie Daten der amtlichen Statistik, die für die Analyse von Trägerunterschieden nutzbar gemacht werden können. Diese werden in dieser Machbarkeitsstudie beschrieben und bewertet. Angesichts von erheblichen Zuwächsen an Krankenhäusern in privater Trägerschaft in den letzten Jahren auch bei Krankenhäusern der Maximalversorgung, sollten Unterschiede zwischen Krankenhausträgern zum Gegenstand von wissenschaftlichen Studien in Deutschland gemacht werden.

Einleitung

Durch den Erwerb von 95% der Geschäftsanteile des Universitätsklinikums Gießen und Marburg GmbH durch die Rhön Klinikum AG im Januar 2006 wurde in Deutschland erstmalig ein gesamtes Universitätsklinikum materiell privatisiert. Ein Ziel dieser Machbarkeitsstudie besteht darin, Möglichkeiten aufzuzeigen, wie die Folgen dieser Privatisierung auf die Krankenversorgung evaluiert werden können. Die Evaluation soll es ermöglichen, die spezifische Wirkung der Privatisierung in Abgrenzung zu anderen Ursachen zu isolieren. Dazu werden in einem ersten Schritt Gütekriterien herangezogen, mit deren Hilfe man Forschungsdesigns bewerten kann, die Aussagen über Kausalbeziehungen enthalten. Dann werden verschiedene Forschungsdesigns betrachtet und es wird versucht zu bewerten, inwieweit diese für die hier interessierende Fragestellung herangezogen werden können. Anschließend werden Ergebnisse aus den USA zu Privatisierungsfolgen auf die Krankenversorgung vorgestellt und es werden daraus Hypothesen für Anwendungen auf die Situation in Deutschland entwickelt. Im Anschluss daran werden potentielle Datenquellen für eine Evaluation der Privatisierungsfolgen, bzw. für einen Vergleich von Krankenhäusern in unterschiedlicher Trägerschaft, vorgestellt und bewertet.

Grundsätzliche Bemerkungen zur Kausalität und zur Auswahl eines geeigneten Forschungsdesigns

Ein Ziel dieser Machbarkeitsstudie besteht darin zu bewerten, inwieweit die Möglichkeit besteht, die Wirkungen der Privatisierung von anderen Wirkfaktoren (insbesondere: Einführung eines Vergütungssystems auf Basis von DRGs und die Fusionierung der Kliniken Gießen und Marburg) zu trennen. Die mehr oder minder gleichzeitige Einführung verschiedener Reformen, macht es schwierig, spezifische Folgen auf einzelne dieser Wirkfaktoren zurückzuführen (so Rudolf Henke in Rieser 2006). Mit anderen Worten geht es darum, den *kausalen* Einfluss der Privatisierung auf das Universitätsklinikum Gießen und Marburg abzuschätzen und ein geeignetes Forschungsdesign zu entwickeln, welches diesen Einfluss am ehesten zu identifizieren erlaubt. Dabei wird auch auf sozial- und politikwissenschaftliche Arbeiten Bezug genommen, da sich diese Disziplinen häufiger mit dem Problem kleiner Fallzahlen konfrontiert sehen (das sogenannte small-n Problem, vgl. hierzu z.B. King, Keohane, & Verba 1994: 119-122; Lieberson 1992).

Im Folgenden wird zunächst das dieser Machbarkeitsstudie zugrunde liegende Verständnis von Kausalität dargelegt. Grundsätzlich wird unter einer Ursache im Rahmen dieser Machbarkeitsstudie folgendes verstanden: „eine Ursache erhöht die Wahrscheinlichkeit des Eintretens eines Ereignisses“ (Gerring 2005: 169 eigene Übersetzung M.W.).

Gerring nennt sieben Kriterien, die man heranziehen kann, um die Güte eines Forschungsdesigns zu bewerten, welches Aussagen über Kausalbeziehungen enthält: Fülle, Vergleichbarkeit, Unabhängigkeit, Repräsentativität, Varianz, Transparenz und Reproduzierbarkeit/Reliabilität. Diese werden im Folgenden erläutert (vgl. zum Folgenden und ausführlicher zu diesen sieben Kriterien: Gerring 2005: 182 – 190, diese sieben Kriterien werden jeweils in Beziehung zu der hier interessierenden Fragestellung, der Evaluation der Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, gesetzt).

Fülle

Aus der Erkenntnis, dass jegliches Wissen auf Vergleichen aufgebaut ist, folgt der Schluss, dass je mehr Vergleichsfälle vorhanden sind, desto besser kann man das Zutreffen einer kausalen Beziehung testen. Die Anhäufung von Vergleichsfällen schafft also Evidenz dafür und je mehr Evidenz desto besser (*ceteris paribus*). Eine große Anzahl von Fällen kann dazu beitragen, eine kausale Beziehung näher zu spezifizieren. Hat man nur einen einzigen Fall ist dies nicht möglich: „[T]rough any single point an infinite number of curves or lines can be drawn“ (Eckstein 1975: 113). Bei der Beobachtung eines einzigen Falles ist unklar, ob es sich dabei um den Normalfall oder eine Ausnahme handelt. Werden mehrere Fälle beobachtet, wird klarer, was die Regel und was die Ausnahme darstellt. Bezogen auf das Universitätsklinikum Gießen und Marburg heißt das, will man die Folgen der Privatisierung auf die Krankenversorgung in Abgrenzung zu anderen Einflussfaktoren evaluieren, muss man zusätzliche Vergleichsfälle heranziehen.

Vergleichbarkeit

Um tatsächlich verglichen werden zu können, müssen sich Fälle zumindest in manchen Aspekten ähneln (wenn auch nicht in allen). Vergleichbarkeit bezieht sich dabei auf drei Elemente einer Untersuchungspopulation: deskriptive Vergleichbarkeit, kausale Vergleichbarkeit und Kontrollierbarkeit. Deskriptive Vergleichbarkeit bezieht sich auf die erklärenden (X) und die zu erklärenden Variablen (Y); diese müssen sich jeweils ähneln. Kausale Vergleichbarkeit verweist auf die Beziehung zwischen X und Y. X sollte jeweils in gleicher Weise auf Y ein-

wirken. Kontrollierbarkeit meint das Ausmaß an Unterschieden (sowohl auf Seiten von X als auch von Y), welches bei der Untersuchung in Betracht gezogen werden kann.

Unabhängigkeit

Wenn eine erklärende Variable mit einer anderen erklärenden Variablen zusammenhängt, bedeutet das, dass der jeweilige separate Einfluss beider Variablen auf das zu erklärende Phänomen nicht eindeutig bestimmt werden kann. In Regressionsanalysen begegnet man diesem Problem unter der Bezeichnung Multi- bzw. Autokorrelation. Im hier interessierenden Fall wäre es etwa denkbar, dass die Einflüsse der Variablen Fusionierung und Privatisierung interagieren (vgl. hierzu ausführlicher weiter unten).

Repräsentativität

Während sich die Vergleichbarkeit auf die Eigenschaften der Untersuchungseinheiten bezieht, meint Repräsentativität die Vergleichbarkeit der untersuchten Stichprobe und die ihr zugrunde liegende Grundgesamtheit. Kann man von der Stichprobe auf die Grundgesamtheit schließen? Immer wenn man Aussagen macht, die über die untersuchten Fälle hinausgehen, sind Fragen der Repräsentativität berührt. Zudem gibt es keine Repräsentativität „an sich“. Es muss zunächst geklärt werden, was unter der Grundgesamtheit zu verstehen ist. Bezogen auf Gießen und Marburg könnte etwa die Grundgesamtheit in allen Universitätskrankenhäusern oder in allen Krankenhäusern in Deutschland bestehen. Letzteres etwa dann, wenn man Indikatoren vergleicht, die man auch in allgemeinen Krankenhäusern beobachten kann (z.B. Krankenhaussterblichkeit nach Kolonkarzinom-Operation). Vergleicht man aber bestimmte Leistungen, die in Hochschulambulanzen erbracht werden, so erscheint es plausibler, die Grundgesamtheit in Universitätskliniken zu sehen (wobei man auch hier als Grundgesamtheit die Gesamtzahl der entsprechenden niedergelassenen Facharztpraxen zusätzlich zu den Hochschulambulanzen heranziehen könnte).

Variation

Die empirische Evidenz kausaler Beziehungen beruht auf Kovariation, d.h. wo X eine bestimmte Ausprägung annimmt, nimmt auch Y eine bestimmte Ausprägung an, wo es X nicht gibt, gibt es auch Y nicht etc.. Allerdings muss hinzugefügt werden, dass die kausale Beziehung zwischen X und Y verschiedene Formen annehmen kann, beispielsweise kann das Eintreten von Y auf X verzögert sein. Eine Studie in den USA zeigte, dass nach einem Trägerwechsel (von öffentlich oder privat/not-for-profit zu privat/erwerbswirtschaftlich) die risiko-

adjustierte Sterblichkeit eine Zeitlang zunahm, nach ungefähr drei Jahren aber wieder zurückging (siehe weiter unten). In diesem Beispiel hätte also die Wirkung auf die Krankenversorgung infolge der Übernahme durch einen gewinnmaximierenden Träger nur einen zeitlich befristeten Effekt.

Transparenz

Ein Forschungsdesign sollte es erlauben, Einsicht in den kausalen Mechanismus zu gewinnen, der X und Y verbindet. Pure Korrelation reicht nicht aus, um Kausalität¹ zu begründen (Busse 2006: 251). Wenn die materielle Privatisierung eines Krankenhauses deren Krankenversorgung beeinflusst, wie tut sie das? Die quantitative Sozialforschung (etwa in Regressionsanalysen) erzeugt Kennziffern, mit deren Hilfe man Aussagen treffen kann, wie sich die abhängige Variable Y verändert, wenn sich eine oder mehrere unabhängige Variablen verändern. Dies beinhaltet aber keine Information darüber, worauf dieser Effekt beruht. Über die Messung des Effekts hinaus, sollte aber versucht werden, transparent zu machen, wie der kausale Mechanismus funktioniert, der Ursache und Wirkung verbindet.

Reproduzierbarkeit/Reliabilität

Ein gutes Forschungsdesign sollte zudem reliable Ergebnisse produzieren, d.h. wird die gleiche Untersuchung erneut durchgeführt, sollten sie zu den gleichen Ergebnissen führen. Die Privatisierung eines Universitätsklinikums ist ein einmaliger Vorgang, der nicht wiederholt werden kann (bezogen auf ein- und dieselbe Klinik). Hier ist zu diskutieren, ob bei einer weiteren Privatisierung eines Universitätsklinikums die gleichen Ergebnisse zu erwarten sind. Darauf wird weiter unten eingegangen.

Tabelle 1 stellt verschiedene Forschungsdesigns dar. Die Inhalte der Zellen beruhen auf der Differenzierung in räumliche und zeitliche Variation der Untersuchungseinheiten, da Variation notwendig ist, um eine Kausalbeziehung aufzuzeigen (siehe das Kriterium Variation weiter oben, vgl. auch: Gerring 2004: 342/443). Was genau unter der Untersuchungseinheit² zu verstehen ist, hängt von der Definition ab. Bei der hier zugrunde liegenden Fragestellung liegt zunächst die Ebene des Universitätsklinikums als Untersuchungseinheit nahe, denkmöglich

1 Es würde bei Weitem den Rahmen dieser Machbarkeitsstudie sprengen, den Versuch zu unternehmen, diskutieren zu wollen, wie man den kausalen Einfluss eines Faktors beweisen kann. Es scheint Stand der wissenschaftstheoretischen Debatte zu sein, dass dies unmöglich ist: Ein kausaler Einfluss ist niemals endgültig beweisbar (z.B.: King, Keohane, & Verba 1994: 79 ff.; Rothman & Greenland 2005: 55f.).

2 Gerring versteht unter einer Untersuchungseinheit: „a spatially bounded phenomenon ... observed at a single point in time or over some delimited period of time“ (Gerring 2004: 342).

sind aber auch Fachabteilungen, Patienten oder Behandlungsepisoden/Krankenhausfälle. Studien, die Privatisierungsfolgen in den USA erforschen, ziehen sowohl einzelne Krankenhäuser als auch Krankenhausfälle als Untersuchungseinheit heran (siehe weiter unten).

Gibt es weder eine räumliche noch eine zeitliche Variation der Untersuchungseinheit, also beobachtet man etwa das Universitätsklinikum Gießen und Marburg nur zum Zeitpunkt t_1 , so kann man keine Kausalaussage treffen. Um überhaupt Kausalaussagen treffen zu können, ist es zwingend notwendig, eine Untersuchungseinheit mindestens zu zwei verschiedenen Zeitpunkten zu beobachten (Fallstudie I). Weitere Arten der Fallstudien (wenn nur eine Untersuchungseinheit betrachtet wird, ohne sie mit anderen zu vergleichen) unterscheiden sich darin, ob die Variation innerhalb der Untersuchungseinheit³ liegt (Fallstudie II) oder innerhalb der Untersuchungseinheit und zudem der Zeitpunkt der Beobachtung variiert wird (Fallstudie III). Die weiteren Forschungsdesigns in Tabelle 1 sind keine Fallstudien mehr, da hier ein Vergleich zwischen Untersuchungseinheiten stattfindet. Nach Gerring eignen sich Fallstudien nicht, um den kausalen Effekt bestimmter Ursachen nachzuweisen. Sie eignen sich nicht dazu, weil es zunächst einmal notwendig ist, eine Kovariation aufzuzeigen, um einen kausalen Einfluss zu dokumentieren.

Tabelle 1: Auf Kovariation beruhende Forschungsdesigns

		Zeitliche Variation	
		nein	ja
Räumliche Variation	Keine (eine Untersuchungseinheit)	logisch unmöglich	(a) Fallstudie I
	Innerhalb der Untersuchungseinheit	(b) Fallstudie II	(c) Fallstudie III
	Zwischen den Untersuchungseinheiten	(d) Querschnitt	(e) Längs- und Querschnitt
	Zwischen den Untersuchungseinheiten und innerhalb dieser	(f) hierarchisch	(g) Zeitreihen, komparativ-historisch

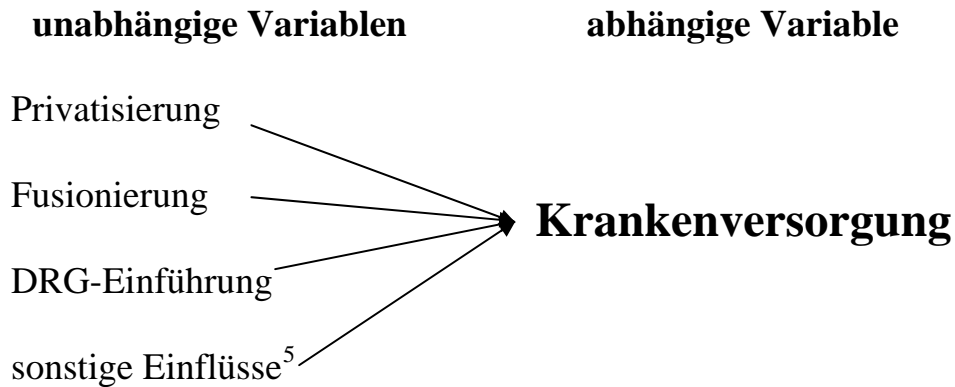
Quelle: Gerring (2004: 343), eigene Übersetzung M.W.

Es erscheint als sehr plausibel, dass das Konzept „Krankenversorgung“, wie auch immer im Einzelfall operationalisiert, das Ergebnis von mehreren und nicht einer Ursache ist und dass zudem die verschiedenen Einflussfaktoren des Ergebnisses der Krankenversorgung nicht immer auf gleicher Weise auf diese einwirken. Daraus folgt: ein probabilistisches und nicht ein

³ Bei Universitätskliniken beispielsweise indem verschiedene Fachabteilungen verglichen werden.

deterministisches Kausalitätskonzept ist angemessen (vgl. ausführlicher zu beiden: Gerring 2004: 349; Lieberson 1992: 106ff.).⁴

Abbildung 1: Ausgewählte potentielle Einflussfaktoren auf die Krankenversorgung



Zwischenfazit: Ist die Untersuchung der Folgen der Privatisierung am Beispiel von Gießen und Marburg sinnvoll?

Um die Folgen der Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg zu evaluieren, müsste man die Krankenversorgung dort mit möglichst vielen anderen Universitätskliniken vergleichen (siehe das Gütekriterium Fülle weiter oben). Ist die Privatisierung eine Ursache, die auf die Krankenversorgung wirkt, so sollte sich dies darin zeigen, dass man im Fall Gießen und Marburg zumindest in Teilen eine veränderte Krankenversorgung beobachten kann als bei den anderen Universitätskliniken.

Die Auswahl der Datengrundlage hängt von der Art der gewählten Fragestellung ab, also welche Folgen der Privatisierung konkret untersucht werden sollen. Grundsätzlich bestehen die Möglichkeiten eine Primärerhebung durchzuführen, auf Routinedaten bzw. Daten der amtlichen Statistik⁶ oder auf eine Kombination von beiden Datenquellen zurückzugreifen. Abge-

⁴ Weiter oben wurde eine Kausalitätsdefinition herangezogen, bei der eine Ursache die Wahrscheinlichkeit des Eintretens eines Ereignisses erhöht. Ist die Kausalität einer Ursache deterministisch, so ist die Wahrscheinlichkeit des Eintretens beim Auftreten dieser Ursache gleich eins.

⁵ Hierzu könnte z.B. gehören, wie viele Mittel die Länder nach HBMFG ausgeben und die einzelnen Universitätskrankenhäuser schließlich erhalten. Die HBMFG-Ist-Ausgaben variieren zwischen den Standorten in den alten Bundesländern um den Faktor sieben. Gießen bekam in den letzten 30 Jahren die wenigsten Investitionsmittel nach HBMFG (Wissenschaftsrat 2005: 2/18). Es ist denkbar, dass sich dies auch auf die Krankenversorgung auswirkt. Wenn dem so wäre, so müsste dieser Effekt allerdings vor Fusionierung und Privatisierung in Gießen zu beobachten sein.

⁶ Man sollte allerdings berücksichtigen, dass mit der Analyse mittels Routinedaten bzw. Daten der amtlichen Statistik unter Umständen gerade Problembereiche ausgeblendet werden, die insbesondere Universitätskrankenhäuser betreffen. Hierzu zählen beispielsweise besonders kostenaufwändige Fälle, die vom Vergütungssystem nicht adäquat abgebildet werden (Strehl 2004; Tecklenburg, Schaefer, & Bömeke 2006). Laut Kultusmi-

sehen davon, dass die erhobenen Daten aufgrund der genannten methodischen Vorbehalte für den konkreten Fall des Universitätsklinikums Gießen und Marburg kaum eindeutig zu interpretieren gewesen wären, wäre es auch zeitlich kaum mehr möglich gewesen, im Rahmen einer Primärerhebung den „Ist“-Zustand festzustellen (wie im Ärztetags-Antrag, die Folgen der Privatisierung für die Versorgung zu untersuchen, gefordert – Drucksache VIII-87), da das Klinikum rechtlich bereits ab dem 1. Juli 2005 fusioniert war. Der „Ist“-Zustand kann für das Universitätsklinikum Gießen/Marburg somit nur durch prozess-produzierte Daten abgebildet werden. Eine Primärdatenerhebung zur Qualität der Krankenversorgung stellt im Übrigen höchste Anforderungen sowohl an die Operationalisierung der zu erhebenden Indikatoren als auch an die Frage des rechtlichen und technischen Zugangs zu den benötigten Informationen.

Grundsätzlich ist die Datensituation im Hochschulbereich als schwierig anzusehen, wie folgendes Zitat des Wissenschaftsrats zum Ausdruck bringt:

„Um eine vertiefende Analyse der Leistungsfähigkeit der universitätsmedizinischen Einrichtungen durchführen zu können, bedarf es einer validen Datenbasis sowohl der Ressourcen, die den Einrichtungen zur Verfügung stehen, als auch der Leistungen, welche die Universitätsmedizin in den Bereichen Forschung, Lehre und Krankenversorgung erbringt. Eine solche Datenbasis war in der Vergangenheit nicht verfügbar, bzw. musste und muss zum Teil immer noch aus vielen unterschiedlichen, teils widersprüchlichen Quellen zusammengetragen werden. ... [D]ie Datensituation [ist] in nahezu allen Bereichen der Hochschulmedizinistik vollkommen unbefriedigend.“
(Wissenschaftsrat 2005: 8/9).

Ein vergleichendes Design wie weiter oben beschrieben ist grundsätzlich geeignet der Problematik zu begegnen, den kausalen Effekt der Privatisierung von anderen kausalen Effekten (insbesondere: DRG-Einführung und Fusionierung) trennen zu können. Alle Universitätskliniken in Deutschland unterliegen den gleichen Bedingungen der DRG-Einführung; würde man also bei der Krankenversorgung in Gießen und Marburg etwas anderes beobachten als bei den restlichen Universitätskrankenhäusern, wäre es unplausibel, dass dies an der DRG-

nisterkonferenz ziehen diese besonders kostenintensiven Patienten Erlösausfälle für die Universitätskrankenhäuser in Höhe von 450 Mio. € jährlich (beginnend mit der vollen Wirksamkeit des neuen Preissystems ab dem Jahr 2009) nach sich (Wissenschaftsrat 2005: 85).

Einführung liegt.⁷ Da in Deutschland bereits zwei Universitätskliniken aus jeweils einer Fusion hervorgegangen sind, können diese in eine Evaluationsstudie miteinbezogen werden.⁸ Unterstellt, eine Fusionierung wirkt sich jeweils in gleicher Weise auf die Krankenversorgung aus, könnte man insofern durch den Einbezug dieser beiden Universitätskliniken für das Vorhandensein einer Fusionierung „kontrollieren“. Es muss in diesem Zusammenhang aber diskutiert werden, ob das Gütekriterium *Vergleichbarkeit* (siehe weiter oben) erfüllt ist, da etwa diese beiden Universitätskliniken deutlich früher fusioniert wurden. Ist die Wirkung einer Fusionierung auf die Krankenversorgung nur temporär, so müsste dies in der Auswahl des Untersuchungszeitraums berücksichtigt werden. Unterstellt man, dass die Vergleichbarkeit gegeben ist, verbleibt das Problem, das es keinen Fall gibt, bei dem nur ein Universitätsklinikum privatisiert wurde (ohne eine gleichzeitig stattfindende Fusionierung). Folglich scheint es keine Möglichkeit zu geben zu bewerten, ob eine eventuell abweichende Krankenversorgung in Gießen und Marburg auf die Privatisierung oder einen *Interaktionseffekt*⁹ zwischen Privatisierung und Fusionierung zurückzuführen ist.

Wenn das primäre Erkenntnisinteresse den spezifischen Folgen der Privatisierung gilt, so ist Gießen und Marburg ein sehr schlechtes Beispiel um diese Folgen zu untersuchen, da dieses Universitätsklinikum mehr oder weniger zeitgleich zur Privatisierung fusioniert wurde. Picone, Chou, & Sloan (2002: 521 – vgl. zu dieser Studie weiter unten) interpretieren den Wechsel zu einem erwerbswirtschaftlichen Träger als einen Schock für das Krankenhaus, welcher zeitweilig die Mortalität erhöht. So betrachtet, bekommt das Universitätsklinikum Gießen und Marburg zwei Schocks gleichzeitig und es kann nur plausibilisiert werden, welcher Schock welche Wirkungen verursacht hat.

7 Prinzipiell agieren alle Organisationen vor dem Hintergrund von technischen und institutionellen Umwelten, d.h. vor dem Hintergrund von spezifischen Wettbewerbsbedingungen und gesetzlichen Regeln und professionellen Normen (vgl. ausführlicher zu diesen beiden Umwelten im Kontext des Krankenhauswesens: Wörz 2006, vgl. grundsätzlich zu diesen beiden Umwelten: Scott & Meyer 1991). Da sich alle Universitätskrankenhäuser in Deutschland in gleicher Weise diesen Umwelten ausgesetzt sehen, können eventuelle Unterschiede zwischen ihnen nicht auf die Reform der Krankenhausvergütung zurückgeführt werden.

8 Im Januar 2003 wurden die Universitätsklinika Lübeck und Kiel zum Universitätsklinikum Schleswig-Holstein fusioniert, wobei die beiden Fakultäten bei den jeweiligen Universitäten verblieben. Im November 2005 kündigte das Land Schleswig-Holstein an, die Medizinischen Fakultäten in Kiel und Lübeck zusammen mit den Universitäten zu fusionieren. Seit Juni 2003 gibt es eine Gliedkörperschaft von zwei Universitäten in Berlin. Die Körperschaft öffentlichen Rechts besteht aus einem Zusammenschluss von Charité und dem Universitätsklinikum Benjamin Franklin. Diese Strukturveränderungen werden sich noch bis zum Jahr 2010 fortsetzen (Wissenschaftsrat 2005: 11).

9 Darunter wird verstanden, dass die Variablen „Privatisierung“ und „Fusionierung“ nur im Zusammenspiel nicht aber jeweils einzeln auf eine bestimmte Weise auf die Krankenversorgung wirken.

Richtet man das Erkenntnisinteresse der Privatisierung/Fusionierung von Gießen und Marburg primär auf die Folgen für die Krankenversorgung, unabhängig davon, welche Effekte durch welche Ursachen bedingt sind, so würde man dadurch das Spektrum möglicher Evaluationsmethoden erweitern. Beispielsweise könnte man an zwei qualitative Studien anknüpfen (Buhr & Klinko 2006; Vogd 2006), die jedoch beide über die komparativen Wirkungen einer materiellen Privatisierung nichts aussagen können. Während die Arbeit von Buhr und Klinko vier öffentliche Krankenhäuser im Zeitraum 2004/2005 untersucht, untersucht Vogd zwei städtische Krankenhäuser, die im Untersuchungszeitraum (2000 – 2002 und 2004 – 2005) materiell privatisiert wurden, d.h. bei beiden gibt es keinen expliziten Trägervergleich.¹⁰ Vogd konstatiert Personalkürzungen im ärztlichen Bereich von 25 bis 30% (Vogd 2006: 46). Es geht allerdings aus der Arbeit nicht hervor, wie das Ausgangsniveau der Beschäftigung im ärztlichen Bereich war, also ob diese vor dem Trägerwechsel überdurchschnittlich hoch war und somit einem Durchschnittswert zugeführt wurde oder ob das Krankenhaus nun relativ zu vergleichbaren Krankenhäusern mit einer geringeren ärztlichen Besetzung arbeitet. Es muss aber nochmals betont werden, dass solche Forschungsdesigns nichts über die spezifischen Wirkungen einer Krankenhausprivatisierung aussagen können.

Da es nicht als sinnvoll begriffen wird, die Folgen der Privatisierung am Beispiel von Gießen und Marburg zu untersuchen, wird im Weiteren erörtert, wie die Folgen der Privatisierung im deutschen Krankensektor generell untersucht werden können. Dazu wird zunächst auf den Stand der Forschung zu Trägerunterschieden in den USA eingegangen. In den USA gibt es auch einen Pluralismus an Trägern (not-for-profit, privat/erwerbswirtschaftlich und öffentlich) und zudem gibt es in keinem anderen Land soviel Forschungstätigkeit zu dieser Thematik wie in den USA. Es wird sowohl die Literatur, die Träger zum gleichen Zeitpunkt (Querschnittsstudien) vergleichen als auch auf Studien, die den Wechsel eines Trägers (Längsschnitt) untersuchen in die Betrachtung mit einbezogen. Im Anschluss daran werden verschiedene deutsche Routinedatenquellen bzw. Daten der amtlichen Statistik aufgezeigt und es wird erörtert, wie damit Unterschiede zwischen Krankenhausträgern, bzw. Folgen von Krankenhausprivatisierungen untersucht werden können.

10 Zwar verändert sich bei Vogd die Trägerschaft der beiden Krankenhäuser, es werden aber im gleichen Zeitraum keine Krankenhäuser untersucht, bei denen die Trägerschaft gleich blieb.

Forschungsergebnisse zu Trägerunterschieden und den Folgen von Trägerwechseln aus den USA

Im Folgenden wird auf die Situation in den USA eingegangen. Im Krankenhauswesen der USA gibt es auch eine Pluralität an Krankenhausträgern (privat/not-for-profit, öffentlich, privat/forprofit)¹¹ und zudem eine reichhaltige und kaum mehr zu überblickende Forschungstätigkeit zur Frage nach Unterschieden zwischen forprofit und not-for-profit Leistungserbringern im Gesundheitswesen.

In Bezug auf die Frage, ob sich Krankenhäuser in unterschiedlicher Trägerschaft (forprofit, not-for-profit und öffentlich) systematisch hinsichtlich der Qualität der Krankenversorgung unterscheiden, existieren im Wesentlichen¹² zwei systematische Übersichtsarbeiten (Devereaux et al. 2002; Eggleston et al. 2006). Tabelle 2 stellt zentrale Inhalte der beiden Übersichtsarbeiten einander gegenüber. Es wird deutlich, dass sie sich nicht unwesentlich in den Ein- und Ausschlusskriterien unterscheiden und grundsätzlich auf verschiedene Weisen die Synthese der wissenschaftlichen Ergebnisse erzielen. Während Devereaux et al. nur forprofit und not-for-profit Krankenhäuser und nur Mortalität vergleichen, beziehen Eggleston et al. auch öffentliche Krankenhäuser und (neben der Mortalität) auch andere Outcomes mit ein. In den Review von Eggleston et al. sind zudem auch Studien eingeschlossen, die einen Trägerwechsel untersuchen. Insofern ist dieser Review für die Fragestellung dieser Machbarkeitsstudie von besonderer Relevanz. Die Meta-Analyse von Devereaux et al. poolt die Daten der Primärstudien und errechnet daraus ein relatives Risiko. Das relative Risiko erhöhter Sterblichkeit beträgt demnach in forprofit Krankenhäusern 1,020. Eggleston et al. poolen die Daten der Primärstudien nicht, sondern verwenden die einzelnen Studien als Fälle im Rahmen einer Meta-Regression.¹³ Sie kommen zu dem Ergebnis, dass es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Trägergruppen gibt, wenn die Analyse auf Patientenebene stattfindet. Bei einer Analyse auf Krankenhausebene (und einer Kombination von Krankenhaus- und Patientenebene) dagegen findet man die höchste Mortalität und negativen Patientenoutcomes bei den öffentlichen Krankenhäusern, niedrigere Raten bei forprofits und

11 Private/not-for-profit Krankenhäuser gehören üblicherweise zu kirchlichen Trägern, private Krankenhäuser haben unterschiedliche Träger, deren primäres Ziel in der Erzielung von Gewinnen besteht und öffentliche Krankenhäuser gehören dem Staat. Amtliche bzw. gängige Definitionen dieser drei Trägerformen in Deutschland und den USA finden sich im Anhang.

12 Daneben existieren noch eine Reihe von weiteren Literaturübersichten zu dieser Thematik, die aber eher narrativ und/oder in ihren Methoden nicht so anspruchsvoll wie die beiden hier dargestellten Literaturübersichten sind (vgl. zu diesen anderen Literaturübersichten: Wörz 2006).

13 Eggleston et al. kritisieren das Poolen der Daten von Devereaux et al. mit dem Argument, dass die Stichproben der einzelnen Studien nicht voneinander unabhängig sind, da sie häufig von gemeinsamen Datenquellen stammen (Eggleston et al. 2006: 18).

Tabelle 2: Vergleich von zwei systematischen Übersichtsarbeiten, die Qualitätsunterschiede zwischen Krankenhausträgern untersuchen

	Eggleston et al. 2006	Devereaux et al. 2002
Fragestellung	Welche Faktoren erklären die unterschiedlichen Ergebnisse bezüglich Qualität der Krankenversorgung und nicht bezahlte Behandlung ¹⁴ zwischen verschiedenen Krankenhausträgern (öffentlich, nonprofit und privat).	Was ist der relative Effekt von FP und NFP Krankenhausversorgung auf die Patientensterblichkeit?
Suchmethode	<ul style="list-style-type: none"> – Datenbanken: Medline, EconLit Proquest/ABI (for dissertation) – Konsultation mit Experten, zudem: Gründung eines Expertenpanels aus 13 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, die sich mit Trägerunterschieden beschäftigen und Beratung bezüglich der Meta-Regression leisteten. 	<ul style="list-style-type: none"> – Suche in Datenbanken: EMBASE, MEDLINE, HealthSTAR, CINAHL, BIOETHICSLINE, Wilson Business Abstracts, EconLit, Cochrane Library, u.a. – Konsultation mit Experten – Durchsuchen der Literaturlisten der Studien, die die Einschlusskriterien erfüllen – Suche in SciSearch für Studien, die die Einschlusskriterien erfüllen
Ein- und Ausschlusskriterien und Qualitätsbewertung	<ul style="list-style-type: none"> – alle publizierten und unpublizierten Artikel und Buchkapitel in englischer Sprache 1990 and July 2004. – Studien, die allgemeine Akutkrankenhäuser (mindestens zwei der drei Trägerarten mussten vertreten sein) mit multivariaten Methoden vergleichen. – Es werden auch Studien eingeschlossen, die einen Trägerwechsel untersuchen 	Einschlusskriterien: Es werden Beobachtungsstudien und randomisierte kontrollierte Studien eingeschlossen, die die Patientensterblichkeit in FP und NFP Krankenhäusern miteinander vergleichen. Es werden Studien ausgeschlossen, die einen Trägerwechsel beinhalten (z.B. von NFP zu FP).
Zeitraum	1990 bis heute	Abhängig von den durchsuchten Datenbanken
Vergleichsdimension	Es wurden folgende Vergleichsdimensionen untersucht: Mortalität, Komplikationen und andere negativen Outcomes. Es wurden 31 Studien in die Meta-Regression (s.u.) eingeschlossen, dabei stellt jede Studie einen Fall dar.	Vergleichsdimension: Mortalität Es werden 15 Studien in den systematischen Review eingeschlossen. eine Studie kommt zu dem statistisch signifikanten Ergebnis, dass die Mortalität in FPs niedriger ist, 7 Studien kommen zu dem statistisch signifikanten Ergebnis, dass die Mortalität in NFPs niedriger ist.
Methode	Meta-Regression: abhängige Variable ist die standardisierte Effektstärke der jeweiligen Studien. Erklärende Variablen sind empirische Kennzeichen der Studien.	Meta-Analyse, es werden Daten von verschiedenen Studien gepoolt und ein relatives Risiko errechnet.
Insgesamt Ergebnis/Schlussfolgerungen	Es gibt keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Trägergruppen, wenn die Analyse auf Patientenebene stattfindet. Bei einer Analyse auf Krankenhausebene (und einer Kombination von Krankenhaus- und Patientenebene) dagegen findet man die höchste Mortalität und negativen Patientenoutcomes bei den öffentlichen Krankenhäusern, niedrigere Raten bei forprofits und die niedrigsten bei not-for-profit Krankenhäusern. Es gibt mindestens genauso viel Heterogenität innerhalb einer Trägergruppe wie zwischen ihnen.	Die Meta-Analyse ergibt ein erhöhtes Sterberisiko in FP Krankenhäusern bezogen auf 14 Studien, die nur erwachsene Patienten beinhalten (relatives Risiko 1,020).

14 Auf die systematische Übersicht zu unbezahlter Behandlung wird im Folgenden nicht weiter eingegangen.

die niedrigsten bei not-for-profit Krankenhäusern. Eggleston et al. kommen desweiteren zu dem Schluss, dass es bezüglich der Ergebnisse keine systematischen Unterschiede zwischen Studien gibt, die einen Wechsel des Trägers und Studien, die in einer Querschnittsperspektive Träger vergleichen (Eggleston et al. 2006: 13).

Vier (Farsi 2004; Picone, Chou, & Sloan 2002; Shen 2002; Sloan 2002) der 31 Studien im Review von Eggleston et al. untersuchen einen Trägerwechsel, d.h. verglichen mit Querschnittsstudien gibt es eher einen Mangel an Studien, die in diachroner Perspektive, den Wechsel eines Trägers untersuchen. Dieser Mangel liegt an der Schwierigkeit, geeignete Datenquellen zu bekommen (Sloan 2002: 127). Um weitere solche Studien zu finden, wurden verschiedene Datenbanken durchsucht (Tabelle 3). Es wurde nach Studien gesucht, die die Auswirkungen eines Krankenhausträgerwechsels (von not-for-profit oder öffentlich zu for-profit) auf die Krankenhausversorgung analysieren, dabei wurde nicht nur nach quantitativen, sondern auch nach qualitativen Studien gesucht.

Tabelle 3: Verwendete Datenbanken und Suchbegriffe

Datenbank	Suchbegriffe
Pubmed	"Privatization"[MeSH] AND "Hospitals"[MeSH] "Ownership"[MeSH]AND "Hospitals"[MeSH]AND conversion
EconLit	Privatisation AND hospital*
Econis	Privatisation AND hospital*
SCOPUS	Privatisation AND hospital* conversion* AND hospital* AND for-profit
ISI Web of Science	Privatisation AND hospital*
Sociological Abstracts, ERIC, Social Services Abstracts	Privatisation AND hospital*

Bei der Suche nach einer Studie, die über die Datenbanksuche gefunden wurde, wurde zudem ein Review gefunden, der u.a. auf Studien abzielt, die die Auswirkungen eines Trägerwechsels auf verschiedene Parameter (Effizienz, Profitabilität, unbezahlte Behandlung, Qualität) untersuchen (Conover & Zeitler 2006). Dieser Review ist jedoch gegenwärtig (Stand: Oktober 2006) noch nicht abgeschlossen. Tabelle 4 listet die gefundenen Studien auf und gibt einen Überblick über zentrale Inhalte. Aus diesen Studien können verschiedene Schlussfolgerungen in Bezug auf die Forschungstätigkeit in den USA sowie auf inhaltliche Ergebnisse gezogen werden. Hinsichtlich der wissenschaftlichen Tätigkeit kann man folgendes feststellen:

- Es gibt eine ganze Reihe von routinemäßig erhobenen Datensätzen (beispielsweise die jährliche Erhebung der American Hospital Association oder Krankenhausberichte für Medicare), die auch wissenschaftlichen Einrichtungen zugänglich sind und die eine Analyse von Trägerunterschieden ermöglichen.
- In Bezug auf untersuchte Indikatoren wird in US-amerikanischen Studien vor allem Mortalität als Ergebnisqualitätsindikator herangezogen. Andere Indikatoren (z.B. Komplikationen) sind demgegenüber seltener.

Betrachtet man die Ergebnisse der Studien, die den Wechsel eines Trägers untersuchen, können die folgenden Beobachtungen gemacht werden:

- Es existiert eine erhebliche Varianz bei den mit Trägerwechseln gemachten Erfahrungen. Diese unterliegen zudem in den einzelnen Bundesländern der USA unterschiedlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen.
- Es kam häufig zu Personalabbau nach einem Trägerwechsel in Richtung „forprofit“.
- Vier der in Tabelle 4 dargestellten Studien ziehen Mortalität als Ergebnisindikator heran. Eine Studie kommt zu dem Ergebnis, dass sich die risikoadjustierte Mortalität eine Zeitlang nach dem Trägerwechsel (von öffentlich oder not-for-profit zu forprofit) erhöhte um dann wieder ungefähr auf das Niveau fünf Jahre vor dem Trägerwechsel abzusinken (Picone, Chou, & Sloan 2002). Dagegen konnte eine andere Studie bei einem Trägerwechsel hin zu forprofit keine erhöhte Mortalität feststellen, aber eine Zunahme der Komplikationen bei Pneumonien (Sloan 2002).¹⁵ Eine dritte Studie (Farsi 2004) beobachtet gegenläufige Entwicklungen: Beim Trägerwechsel zu einem FP Krankenhaus kam es zu einer Erhöhung der Mortalität bei Myokardinfarkt nach dem Trägerwechsel. Im Gegensatz hierzu nahm die Mortalität bei kongestiver Herzinsuffizienz beim Trägerwechsel zu einem NFP Krankenhaus zu. Eine vierte Studie findet erhöhte negative Outcomes (Mortalität bei Myokardinfarkt und Komplikationsraten) nur bei Trägerwechseln hin zu forprofit Krankenhäusern.

15 Dass sich in der letzteren Studie keine erhöhte Mortalität zeigte, könnte – laut Frank Sloan – an dem Umstand liegen, dass hier nur die Mortalität im Krankenhaus gemessen wurde und nicht mehr der Zeitraum danach (Sloan 2002: 163f.).

Tabelle 4: Überblick über Studien, die die Auswirkungen eines Trägerwechsels auf die Krankenversorgung untersuchen

Studie	Art der Übernahme Fragestellung	Datengrundlage/ Methode	Ergebnisse
Collins, Gray, & Hadley 2001	<ul style="list-style-type: none"> • not-for-profit → forprofit • Was sind die Folgen eines Trägerwechsels? 	<ul style="list-style-type: none"> • acht Fallstudien über Krankenhäuser, die um das Jahr 1990 den Träger wechselten • qualitative Forschungsmethoden 	<ul style="list-style-type: none"> • In zwei der acht Fälle gab es einen Rückgang bei Forschung und Lehre und der Versorgung von Patienten ohne Versicherungsschutz. • In sechs der acht Fälle gelang es durch den Trägerwechsel nicht, die finanziellen Probleme des Krankenhauses zu lindern (alle acht Krankenhäuser befanden sich in finanziellen Schwierigkeiten vor dem Verkauf). • In drei der acht Fälle wurde eine gemeinnützige Stiftung gegründet, was in einem Fall dazu führte, dass mit Hilfe der Stiftung mehr Leistungen für die Gemeinschaft erbracht wurden als vor dem Verkauf. • Prozesse und Ergebnisse eines Trägerwechsels können enorm variieren.
Farsi 2004	<ul style="list-style-type: none"> • not-for-profit → forprofit und forprofit → not-for-profit • Wie wirkt sich ein Wechsels des Trägers auf die Qualität der Krankenversorgung aus • Untersucht wird Mortalität im Krankenhaus bei kongestiver Herzinsuffizienz und Myokardinfarkt sowie Wiederaufnahmen bei Myokardinfarkt 	<ul style="list-style-type: none"> • California's office of Statewide Health Planning and Development (OSHPD) 1990 - 1998 für patientenbezogene Daten • California's Hospitals Disclosure Data (CADD) 1989 – 1998 für krankenhausbefundene Daten wie z.B. Trägerschaft • OLS-Regression 	<ul style="list-style-type: none"> • Beim Trägerwechsel zu einem FP Krankenhaus kam es zu einer Erhöhung der Mortalität bei Myokardinfarkt nach dem Trägerwechsel. Vor dem Trägerwechsel nahm die Mortalität ab. • Im Gegensatz hierzu nahm die Mortalität bei kongestiver Herzinsuffizienz beim Trägerwechsel zu einem NFP Krankenhaus zu. [Eine Begründung, worauf dieser gegenläufige beobachtete Effekt beruhen könnte, wird im Artikel nicht geliefert.] • In Bezug auf Wiederaufnahmen bei Myokardinfarkt ist die Erklärungskraft des Regressionsmodells zu gering, um Aussagen treffen zu können. • Qualität im Krankenhaus ist ein komplexes multidimensionales Konzept. Es ist unwahrscheinlich, dass die Trägerschaft darauf immer gleichartig einwirkt.
Gurewich, Prottas, & Leutz 2003	<ul style="list-style-type: none"> • not-for-profit → forprofit • Wie wirkt sich ein Trägerwechsel auf die Erbringer von nichtakuten Leistungen (z.B. mobile Pflegedienste) aus? 	<ul style="list-style-type: none"> • Fünf Krankenhäuser, die ganz oder teilweise an ein forprofit Unternehmen verkauft wurden (Verkauf zwischen 1994 und 1998). • halbstrukturierte Inter- 	<ul style="list-style-type: none"> • In allen fünf Fällen berichteten zumindest einige der Interviewpartner, dass das Krankenhaus nach dem Trägerwechsel nichtakuten Leistungserbringern weniger Ressourcen zur Verfügung stellte. • Personalkürzungen (keine Informationen über das Ausmaß, betroffene Bereiche: oberes und mittleres Management sowie Kliniker) • In zwei der fünf Fälle wurde berichtet, dass sich der neue Träger stärker an den Bedürfnissen der zu versorgenden Gemeinde orientierte.

	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Rolle spielt eine Stiftung, falls diese im Rahmen des Trägerwechsels geschaffen wurde? 	views	<ul style="list-style-type: none"> • In vier der fünf Fälle wurden das Verhalten des Krankenhauses nach dem Trägerwechsel konkurrenzbetonter (z.B. indem Patienten ohne Krankenversicherung an andere Leistungserbringer überwiesen wurden oder anderweitig versucht wurde, kostenträchtige Patienten abzuweisen) • Der Trägerwechsel wirkte sich in den fünf Fällen unterschiedlich auf Gemeinde und Stakeholder aus. • Stiftungen, die im Rahmen des Trägerwechsels gegründet werden, können die finanziellen Ressourcen, die das Krankenhaus der Gemeinde zur Verfügung stellt aufrechterhalten oder sogar übersteigen.
Mark 1999	<ul style="list-style-type: none"> • not-for-profit → for-profit und forprofit → not-for-profit • Welches sind die Wirkungen von Trägerwechsel auf die Profitabilität, Effizienz, Stellenbesetzung und die Wahrscheinlichkeit der Schließung 	<ul style="list-style-type: none"> • Daten der HCFA und der AHA über Krankenhäuser, die zwischen 1989 und 2002 den Träger wechselten • Bi- und multivariate Analysen 	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenhäuser, die den Träger wechselten, hatten vor dem Wechsel signifikant geringere Gewinnspannen als andere Krankenhäuser. Das gilt in besonderem Maße für not-for-profit Krankenhäuser. • Nach dem Trägerwechsel erhöhten sowohl forprofit als auch not-for-profit Krankenhäuser ihre Profitabilität. • Beim Trägerwechsel zu einem FP Krankenhaus, sank das Verhältnis von Personal zu Patienten, wobei dieses Verhältnis vor dem Trägerwechsel teilweise über dem Durchschnitt lag. • Wenn ein not-for-profit Krankenhaus der neue Träger war, sank das Verhältnis von Personal zu Patienten nicht. Das Verhältnis von staatlich geprüften Krankenschwestern (registered nurses) und Verwaltungsangestellten zu Patienten nahm sogar zu.
Picone, Chou, & Sloan 2002	<ul style="list-style-type: none"> • öffentlich und not-for-profit → forprofit; forprofit → öffentlich und not-for-profit, not-for-profit → forprofit • Wie wirken sich Trägerwechsel auf die Qualität der Versorgung und die Vergütungshöhe für Medicare aus? 	<ul style="list-style-type: none"> • Daten des National Long-Term Care Survey (NLTCs) • Medicare Patienten • Regression 	<ul style="list-style-type: none"> • Es wurden drei risikoadjustierte Mortalitäten erhoben: 30 Tage, sechs Monate und ein Jahr nach dem Krankenhausaufenthalt. Die untersuchten Krankheitsfälle fielen in sechs Kategorien: a) fünf Jahre und davor, b) 3 bis 4, c) 1 bis 2 Jahre vor dem Trägerwechsel, d) Krankheitsfälle im Jahr des Trägerwechsels, e) Krankheitsfall 1 bis 2 Jahre und d) 3 und mehr nach dem Trägerwechsel • Beim Trägerwechsel zu einem FP Krankenhaus nahm die risikoadjustierte Mortalität 1 bis 2 Jahre nach dem Trägerwechsel zu (im Vergleich zu fünf Jahre vor dem Trägerwechsel). Bei drei Jahren und mehr nach dem Trägerwechsel war die Mortalität nicht mehr erhöht. • Die Beschäftigung in Krankenhäusern ging nach einem Trägerwechsel hin zu einem forprofit Krankenhaus zurück (insbesondere hoch qualifizierte Beschäftigung). • Keine Erhöhung der Vergütung durch Medicare nach dem Trägerwechsel.

Shen 2002	<ul style="list-style-type: none"> • öffentlich → not-for-profit, forprofit → öffentlich und not-for-profit, → forprofit, forprofit → not-for-profit • Wie wirkt ein Trägerwechsel auf Patient-outcomes (Mortalität bei Myokardinfarkt [7 Tage bis 2 Jahre] und Komplikationsraten)? 	<ul style="list-style-type: none"> • Alle US-amerikanischen Akutkrankenhäuser, die nicht dem Bund gehören 1985 - 1994 • General Least Squares/ Propensity Score Method 	<ul style="list-style-type: none"> • Alle Modellspezifikationen zeigen, dass nach einem Trägerwechsel hin zu einem FP Krankenhaus die Inzidenz von negativen Outcomes (Mortalität und Komplikationsraten) um 1,5 bis 3 Prozentpunkte zunehmen. • Es gibt nur ganz geringfügige Veränderungen der Patientenoutcomes bei Trägerwechseln hin zu not-for-profit Krankenhäusern.
Shen 2003	<ul style="list-style-type: none"> • öffentlich → forprofit und not-for-profit, forprofit → öffentlich und not-for-profit, nonprofit → forprofit • Welche Veränderungen bewirkt ein Trägerwechsel in Bezug auf finanzielle Performanz, Beschäftigung, Kapazität und unprofitabler Behandlung 	<ul style="list-style-type: none"> • Annual Survey der AHA sowie Medicare Cost Reports • Regressionsanalyse 	<ul style="list-style-type: none"> • Trägerwechsel zu einem FP Krankenhaus und zu einem öffentlichen Krankenhaus steigerten die Gewinne. Im ersten Fall beruhte dies auf sinkenden Kosten und gesteigerten Erlösen im zweiten Fall nur auf gesteigerten Erlösen. • Bei einem Trägerwechsel zu einem FP Krankenhaus waren die stärksten Rückgänge beim Verhältnis Pflegekräfte zu Betten zu verzeichnen. • Insbesondere bei Trägerwechseln zu öffentlichen und not-for-profit Krankenhäusern wurde die Bettenkapazität reduziert. • Trägerwechsel (unabhängig in welche Richtung führten nicht zu einem Rückgang unprofitabler Behandlung
Sloan 2002	<ul style="list-style-type: none"> • öffentlich und not-for-profit → forprofit und forprofit → öffentlich und not-for-profit • Wie wirkt sich ein Trägerwechsel auf die Qualität, den Patientenmix und Upcoding aus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Daten des Nationwide Inpatient Sample (NIS) • Zwei Stichproben: Medicare Patienten sowie nicht über Medicare Versicherte • Regressionsanalyse (lineare und multinomiale logit Regression) 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Veränderung der risikoadjustierten Mortalität im Krankenhaus nach einem Trägerwechsel • Keine Veränderung des Patientenspektrums bezüglich Versicherungsschutz nach einem Trägerwechsel • Keine Veränderung in Bezug auf Upcoding nach einem Trägerwechsel • Erhöhung der Komplikationsraten bei Pneumonien nach einem Trägerwechsel hin zu einem forprofit Krankenhaus

Potentielle Datenquellen für die Untersuchung von Trägerunterschieden in Bezug auf die Krankenversorgung

Die Studien aus den USA legen nahe, dem Wechsel eines Trägers in der Forschung Aufmerksamkeit zu schenken. Der oben gewährte Überblick hat gezeigt, dass dabei sowohl quantitative als auch qualitative Verfahren zum Einsatz kamen.

Im Folgenden werden kurz Arbeiten beschrieben, die Aussagen zu Qualitätsunterschieden zwischen Trägern in Deutschland beinhalten. Dann werden verschiedene Datenquellen beschrieben und es wird versucht, zu bewerten, inwieweit sie zur Evaluation von Unterschieden in der Krankenversorgung zwischen verschiedenen Trägerarten geeignet sind. Grundsätzlich können mit diesen Daten sowohl die Auswirkungen eines Trägerwechsels analysiert als auch Träger im Querschnitt verglichen werden. Ersteres ist aber mit einem ganz erheblich höheren Aufwand verbunden.

In Deutschland finden sich bislang nur sporadische Beispiele für einen systematischeren Vergleich bestimmter Aspekte der Krankenversorgung zwischen den verschiedenen Trägerarten. Simon (1996) untersucht anhand der amtlichen Krankenhausstatistik, ob es nach Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes zu einer Veränderung der Aufnahme- und Verlegungspraxis der Allgemeinkrankenhäuser gekommen ist. Anhand der Daten zur prozentualen Veränderung bei den Patientenbewegungen 1992/1993 kommt er zu dem Ergebnis, dass sich vor allem private Krankenhäuser dadurch entlasteten, dass sie Patienten entweder kurz nach der Aufnahme wieder entließen oder in Krankenhäuser höherer Versorgungsstufe weiterverlegten (Simon 1996: 35). Laut Simon hat es daher „den Anschein, dass private Krankenhausträger zumindest in relevanten Teilbereichen eine Strategie der Entlastung von ‚schlechten Risiken‘ betrieben haben“ (ebda.: 36).

Braun & Müller (2003) führten eine Befragung unter 5.968 Versicherten (Rücklaufquote 67,1%) der Gmünder Ersatzkasse durch, die im Zeitraum vom 1. 11. bis zum 15. 12. 2002 einen Aufenthalt in einem Akutkrankenhaus beendet hatten. Bei verschiedenen Indikatoren der Prozeß- und Ergebnisqualität¹⁶ schnitten private Krankenhäuser häufig besser ab, als öffentliche Krankenhäuser und öffentliche Universitätskliniken (Braun & Müller 2003: 164). Die Autoren führen diese Beobachtung allerdings nicht auf eine wirksamere und wirtschaftlichere Organisation der Arbeit in privaten Krankenhäusern zurück, sondern auf eine geeignete-

16 Zu den erhobenen Indikatoren der Prozessqualität zählen etwa Information der Patienten über die Behandlung und die durch die Patienten bewertete Präsenz von Ärztinnen und Pflegekräften (Braun & Müller 2003: 97ff.), zu den erhobenen Indikatoren der Ergebnisqualität zählen verschiedene Bewertungen des Erfolgs der stationären Behandlung durch die Patienten (Braun & Müller 2003: 130ff.).

re „Patienten- und Anforderungsstruktur“ der privaten Krankenhausträger (ebda.: 166). Die Patientenbefragung wurde im Jahr 2005 wiederholt (Braun & Müller 2006). Dabei verschlechterten sich die Erfahrungen der Patienten in privaten Krankenhäusern im Vergleich zur Befragung im Jahr 2002.

Auf eine breite Resonanz in der Fachöffentlichkeit stießen zudem die medizinischen Jahresberichte des Klinik Konzerns HELIOS (vgl. für den jüngsten: HELIOS Kliniken GmbH 2005), welche allerdings keinen allgemeinen Trägervergleich erlauben. Die Qualitätsberichte enthalten Sterblichkeitsdaten, diese werden im jüngsten Bericht mit der G-DRG Version 2005 adjustiert und mit Daten aus 372 deutschen Krankenhäusern (überwiegend Universitätskrankenhäuser und Krankenhäuser der Maximalversorgung) mit 4,1 Mio. Fällen aus dem Jahr 2003 verglichen. Danach beträgt das relative Risiko in einer HELIOS Klinik zu versterben im Vergleich zu den 372 Krankenhäusern 0,82 (HELIOS Kliniken GmbH 2005: 32f.), d.h. nach diesen Daten ist das Risiko in einer HELIOS Klinik zu versterben ceteris paribus 18% niedriger als in den 372 Vergleichskrankenhäusern. Zudem weist der Jahresbericht für einzelne DRGs die aufgrund der 372 Krankenhäuser zu erwartende Anzahl der Todesfälle und die im Jahr 2003 in HELIOS Einrichtungen aufgetretenen Todesfälle auf (ebda.: 170 ff.). Die Berechnungen wurden allerdings aufgrund von Schwächen bei der Risikoadjustierung und der Vergleichsdatenbasis bemängelt (Jonitz & Klakow-Franck 2005). Er ist zudem für die hier interessierende Fragestellung nicht verwertbar, da er Mortalitätsdaten eines Klinik Konzerns in privater Trägerschaft mit denen anderer Krankenhäuser vergleicht, über deren Trägerschaft wir nichts wissen (obwohl es sich bei ihnen vermutlich um öffentliche Krankenhäuser handelt).

Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Der § 301 SGB V regelt, welche Daten die Krankenhäuser an die gesetzlichen Krankenkassen übermitteln müssen (der Wortlaut dieses Paragraphen ist im Anhang aufgeführt). Die zu übermittelnden Daten enthalten Informationen u.a. über die Aufnahme- und das Entlassungsdatum, Diagnosen, durchgeführte Operationen und sonstige Prozeduren und die berechneten Entgelte der Krankenhäuser (Braun & Müller 2003: 168f.; Grobe 2005: 82f.). Routinedaten basierend auf §301 SGB V wurden schon zur Messung der Ergebnisqualität im Krankenhaus verwendet. Dabei wurde die Wiederaufnahme als Indikator herangezogen (Braun & Müller 2003: 201ff.; Mosafer 2005; Swart 2005). Dabei zeigte sich, dass Wiederaufnahmen nicht an sich schon Ausdruck einer schlechteren Versorgungsqualität sind, vielmehr muss eine tra-

cerspezifische Analyse von Wiederaufnahmen mit Berücksichtigung der Hauptdiagnose bzw. des jeweiligen Eingriffs erfolgen (Swart 2005: 278).

Eine Analyse der Ergebnisqualität auf Basis von Routinedaten, die über Wiederaufnahmen hinausgeht, wurde vor allem¹⁷ im Rahmen des Gemeinschaftsprojekts „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR) gemacht (Heller, Swart, & Mansky 2004; Lütticke & Schellschmidt 2005: 205ff.). Im Rahmen dieses Projekts werden für ausgewählte Krankheitsbilder (z.B. Herzinsuffizienz, elektive Hüft-TEP und Operationen bei Kolonkarzinom), die besonders häufig sind, verschiedene gut messbare Qualitätsindikatoren erhoben (u.a. Krankenhaussterblichkeit, Verweildauer bzw. Anteil Langlieger, Wiederaufnahmen, Re-Operation, bzw. Revisionsoperationen).

Der Datenhalter, das Wissenschaftliche Institut der AOK im AOK-Bundesverband, könnte angefragt werden, ob die Daten des QSR Projekts für eine Analyse von Privatisierungsfolgen herangezogen werden können. Wenn nicht nur die Mortalität im Krankenhaus untersucht werden soll, sondern auch die 30-, 90-Tages oder ein Jahres Mortalität, ist es erforderlich, die Krankenhausfalldaten mit der Mitgliederbestandsführung der Krankenkassen zusammenzuführen (Lütticke & Schellschmidt 2005: 205). Im besten Fall könnten Daten für privatisierte Krankenhäuser zu mindestens drei Zeitpunkten (vor der Privatisierung, während der Privatisierung und danach) verglichen werden. Wie die Studie von Picone, Chou, & Sloan 2002 zeigt, können sich im Zeitverlauf nach einem Trägerwechsel wieder Änderungen ergeben. Die Rhön Klinikum AG strebt beispielsweise im Fall Gießen und Marburg an, den Umwandlungsprozess bis zum Jahr 2010 abzuschließen (o.V. 2006: 304). Bei nicht so großen Krankenhäusern dürfte der Umwandlungsprozess vermutlich von kürzerer Dauer sein.

Daten der Bundesgeschäftsstelle/Landgeschäftsstellen Qualitätssicherung

Die im Jahr 2000 gegründete Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) ist für Entwicklung und Umsetzung der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §137 SGB V in den deutschen Krankenhäusern zuständig (Hildebrand 2005: 33). Die Qualitätsindikatoren der BQS decken drei Bereiche ab, nämlich Indikationsstellung, Prozesse und Ergebnisse. Dabei bezogen sich im Jahr 2004 55% der Indikatoren auf Ergebnisse, 23 Prozent auf Prozesse und 22% auf Indikationsstellung (Mohr 2006: 258). Die Daten werden jährlich erhoben. Grundsätzlich sind die Daten der BQS auf krankenhausesindividueller Ebene nicht frei zugänglich. Die zu untersuchenden Krankenhäuser könnten allerdings die Erlaubnis hierzu erteilen,

¹⁷Das grundsätzliche Konzept der Qualitätssicherung mit Routinedaten wird allerdings in den letzten Jahren vermehrt auch von anderen Seiten aufgegriffen (z.B.: Becker, Mantke, & Beck 2005).

wie dies bereits bei einem Vergleich Berliner Krankenhäuser praktiziert wurde (Bach 2006; Meinhold, Casdorf, & Maroldt 2006). Werden Qualitätsindikatoren der BQS für einen Vergleich herangezogen, so sollte auch hier versucht werden, solche auszuwählen, die einen Vergleich über die Zeit erlauben, um Daten vor/während und nach der Privatisierung von Krankenhäusern zu haben. Ist dies nicht möglich, so können zumindest Unterschiede zwischen Trägern im Querschnitt untersucht werden.

Im Hinblick auf die Datenzugänglichkeit ist darauf hinzuweisen, dass – selbst wenn die Einwilligung der Krankenhäuser vorliegen würde bzw. die BQS die Daten weitergeben könnte, weil einzelne Krankenhäuser nicht identifizierbar sind – die BQS nur Daten krankenhausbezogen weitergeben kann, die aus dem so genannten „direkten Verfahren“ stammen. Beim direkten Verfahren werden die Datensätze direkt vom dokumentierenden Krankenhaus an den Zentralen Datenservice der BQS versendet. Dies betrifft nur 88 Krankenhäuser und nur herzchirurgische Leistungen (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2006: 166, Herr Felix Höfele, persönliche Mitteilung per Email). Den Großteil der Daten erhält die BQS im „indirekten Verfahren“. Dabei sendet das dokumentierende Krankenhaus seine Datensätze zunächst an die zuständige Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung. Diese pseudonymisieren die Daten auch in Bezug auf das Krankenhaus. Nur die Landesgeschäftsstellen sind in der Lage, diese Pseudonymisierung wieder aufzulösen (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2006: 167). Da die externe stationäre Qualitätssicherung föderal gegliedert ist, haben die einzelnen Landesgeschäftsstellen abweichende Strukturen, Normen und Entscheidungsmechanismen (Herr Felix Höfele, persönliche Mitteilung per Email). Insofern müsste, wenn auf Daten aus dem indirekten Verfahren zugegriffen werden soll, mit einzelnen bzw. allen Landesgeschäftsstellen Kontakt aufgenommen werden.

Daten aufgrund von §21 KHEntgG

Nach §21 KHEntgG müssen die Krankenhäuser jeweils bis zum 31. März eines Jahres für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr u. a. folgende Daten an die DRG-Datenstelle liefern (der vollständige Wortlaut von §21 KHEntgG findet sich im Anhang):

- bezogen auf das einzelne Krankenhaus u.a. die Höhe der Personal- und Gesamtkosten, die Summe der vereinbarten und abgerechneten DRG-Fälle, der vereinbarten und abgerechneten Summe der Bewertungsrelationen sowie die Summe der Ausgleichsbeträge;
- bezogen auf einzelne Krankenhausfälle u.a. Geburtsjahr und Geschlecht des Patienten, Haupt- und Nebendiagnosen sowie Datum und Art der durchgeführten Operationen und

Prozeduren, Art der im Einzelfall abgerechneten Entgelte, der DRG Fallpauschale, der Zusatzentgelte, der Zu- und Abschläge und sonstige Entgelte nach §6 KHEntgG.

Mit den Daten nach §21 KHEntgG können verschiedene Qualitätsindikatoren gebildet und Träger verglichen werden. So können etwa nach G-DRGs adjustierte Mortalitätsraten oder Verweildauern verglichen werden.

Nach § 17b Abs. 8 KHG führen die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung, durch. Gegenwärtig (Stand: Oktober 2006) führt die Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung eine Vorstudie durch, welche zum Gegenstand hat, potenzielle Forschungsfragen zu den Auswirkungen des DRG-Systems sowie deren Operationalisierung zu erarbeiten. Im Fokus stehen dabei (entsprechend § 17b Abs. 8 KHG) die Versorgungsstrukturen deutscher Krankenhäuser und die Auswirkungen des DRG-Systems auf die anderen Versorgungsbereiche sowie Art und Umfang von Leistungsverlagerungen (<http://www.gebera.de/>).

Bevor im Rahmen der Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer der Versuch unternommen würde, Daten aufgrund von §21 KHEntgG im Hinblick auf den Trägerstatus zu analysieren, wäre zunächst zu klären, inwiefern der Trägerstatus eines Krankenhauses im Rahmen der Begleitforschung zum neuen Vergütungssystem als eine erklärende Variable herangezogen wird.

Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Nach §137 Abs. 1 Nr. 6 müssen zugelassene Krankenhäuser strukturierte Qualitätsberichte veröffentlichen. Die Berichte wurden erstmalig im Jahr 2005 für das Jahr 2004 erstellt und sind krankenhausesindividuell frei im Internet zugänglich (<https://www.g-qb.de/>). Künftig sind die Berichte in einem Abstand von zwei Jahren zu veröffentlichen. Die Berichte gliedern sich in einen Basis- und einen Systemteil mit den folgenden Teilbereichen (vgl. zum folgenden z.B. Lütticke & Schellschmidt 2005: 200f. bzw. die einzelnen unter <https://www.g-qb.de/> erhältlichen Berichte):

Basisteil

- A. Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten
- B.1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten
- B.2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten

C. Qualitätssicherung

Systemteil

D. Qualitätspolitik

E. Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

F. Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

G. Weitergehende Informationen

Gegenstand des Basisteils eines Qualitätsberichts sind u.a. folgende Informationen:

- Strukturinformationen zum Leistungsangebot bzw. Versorgungsschwerpunkten, zu den ambulanten Behandlungsmöglichkeiten, zur apparativen Ausstattung und zu therapeutischen Möglichkeiten,
- Angaben zu Leistungsmengen in der Form der 30 häufigsten (im Folgenden jeweils bezogen auf die absolute Fallzahl) Basis-DRGs, (3-stellig), den fünf häufigsten Operationen (4-stellige EBM-Nummer) bezogen auf das gesamte Krankenhaus sowie den 10 häufigsten Basis-DRGs (3-stellig), den 10 häufigsten ICDs (3-stellig) und den 10 häufigsten OPS (4-stellig) bezogen auf die einzelnen Fachabteilungen.
- Angaben zur Personalqualifikation im ärztlichen und pflegerischen Dienst, Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie an Disease-Management Programmen und Angaben zur Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V.

Die strukturierten Qualitätsberichte erhalten Angaben zur Strukturqualität und zu Leistungsmengen, aber keine Angaben zur Ergebnisqualität (Lütticke & Schellschmidt 2005: 202f.; Schlemm & Scriba 2004: A485). Wie oben bereits erwähnt, sind die krankenhausbezogenen Qualitätsberichte frei im Internet erhältlich, der Zugang zu den Daten ist mithin unproblematisch. Die darin enthaltenen Daten können beispielsweise dazu herangezogen werden zu untersuchen, ob die Personalqualifikation (bspw. prozentualer Anteil der examinieren Krankenschwestern/-pfleger oder der prozentuale Anteil der Krankenpflegehelfer/-innen) privatisierter Krankenhäuser relativ zu anderen Krankenhäusern abgenommen hat bzw. ob sich private Krankenhäuser systematisch von den anderen beiden Trägerarten diesbezüglich unterscheiden. Wie bereits erwähnt, kommt die Meta-Analyse von Devereaux et al. zu dem Ergebnis, dass die risikoadjustierte Mortalität in forprofit Krankenhäusern um 2% höher liegt (Devereaux et al. 2002). Diese höhere Mortalitätsrate führen die Autoren darauf zurück, dass forprofit Krankenhäuser weniger qualifiziertes Personal pro risikoadjustiertem Bett beschäftigen als not-for-profit Krankenhäuser (Devereaux et al. 2002: 1405).

Daten des Statistischen Bundesamts

Die Krankenhausstatistikverordnung regelt, welche Daten die Krankenhäuser jährlich dem Statistischen Bundesamt zuführen müssen. Die Statistik gliedert sich in drei Teile, Teil I enthält Grunddaten, Teil II Diagnosedaten und Teil III Kostendaten der Krankenhäuser. Aus Teil I geht insbesondere die Personalsituation des Krankenhauses hervor, d.h. wie viele Personen im Krankenhaus beschäftigt sind (inklusive der Auszubildenden) und auf welche Berufsgruppen sie sich verteilen, zudem geht daraus hervor, über welche Fachabteilungen mit wie vielen Betten und welche Sondereinrichtungen und Medizinisch-technischen Großgeräte das Krankenhaus verfügt. Teil II enthält Daten zu den im Krankenhaus behandelten Patienten (u.a. Geschlecht, Geburtsdatum, Zu- und Abgangsdatum, Verweildauer, Sterbefall, vierstellige Hauptdiagnose nach ICD-Schlüssel, Operation im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose und Fachabteilung mit der längsten Verweildauer). Teil III enthält die Kosten der Krankenhäuser aufgeschlüsselt nach Personal- und Sachkostenarten.

Seit der Gründung der Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder wurde es für die Wissenschaft erheblich erleichtert, auf Mikrodaten der amtlichen Statistik zuzugreifen. Allerdings erlauben die Daten des Statistischen Bundesamts nicht in dem Maße eine Risikoadjustierung wie dies mit Daten nach §21 KHEntgG oder den Daten nach §301 SGB V möglich wäre.

Tabelle 5 listet noch einmal die verschiedenen Datenquellen auf und beschreibt Datenhalter und Indikatoren. Es scheint für Deutschland keine Routinedatenquelle zu geben, die einen Vergleich von Komplikationsraten (von bestimmten Rehospitalisierungen und Revisionen abgesehen) erlaubt wie dies in manchen amerikanischen Studien untersucht wurde (z.B. Sloan 2002 oder Shen 2002).

Tabelle 5: Zusammenfassende Übersicht über die verschiedenen Daten und mögliche Indikatoren

gesetzliche Grundlage	Datenhalter	Indikatoren	Verfügbarkeit der Daten
Qualitätssicherung nach §135a Abs. 2 SGB V und §137 Abs. 1 SGB V	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung/ Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung	Qualitätsindikatoren der BQS zu Indikationsstellung, Prozesse und Ergebnisse.	Auf Bundesebene (direktes Verfahren): Antrag auf Datennutzung an die BQS, welcher an den Gemeinsamen Bundesausschuss weitergeleitet wird. Auf Landesebene (indirektes Verfahren): Antrag an jeweilige LQS
§21 KHEntgG	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalität • Verweildauer 	Anfrage beim InEK erforderlich
		Es sollte abgewartet werden, inwiefern die Trägerschaft im Rahmen der Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems Berücksichtigung findet.	
§301 SGB V	Gesetzliche Krankenkassen	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalität (im Krankenhaus sowie 30, 90 Tage und ein Jahr nach dem Krankenhausaufenthalt). • Rehospitalisierung • Revisionen • Verlegungen 	Anfrage bei gesetzlichen Krankenkassen erforderlich
Krankenhausstatistikverordnung	Statistisches Bundesamt	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalität • Verweildauer • Verhältnis von Ärzten und Pflegekräften zu Betten bzw. Fallzahlen 	Daten erhältlich über die Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder
Qualitätssicherung nach §137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V	https://www.g-qb.de Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung	<ul style="list-style-type: none"> • Verhältnis von Ärzten und Pflegekräften (differenziert nach Qualifikationsniveau) zu Betten bzw. Fallzahlen. • Veränderungen bei den am häufigsten abgerechneten DRGs bzw. Veränderungen im Leistungsangebot im allgemeinen sowohl bezogen auf einzelne Abteilungen als auch auf das gesamte Krankenhaus. 	frei im Internet zugänglich

Diskussion/Schlussfolgerungen

Im Rahmen dieses Berichts wurde untersucht, inwieweit die Folgen der Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg von anderen Einflussfaktoren (insbesondere DRG-Einführung und Fusionierung) abgegrenzt werden können. Die Abgrenzung der Folgen der Privatisierung von der DRG-Einführung wird als unproblematisch angesehen, da von dieser ja auch alle anderen Universitätskrankenhäuser betroffen sind. Dagegen wird keine Möglichkeit gesehen, wie man unterscheiden kann, ob ein wie auch immer gearteter Effekt auf die Krankenversorgung auf die materielle Privatisierung oder auf ein Zusammenwirken der materiellen Privatisierung und der Fusionierung von Gießen und Marburg zurückzuführen ist. Darum wird es nicht als sinnvoll angesehen, die Wirkungen der Privatisierung auf die Krankenversorgung am Beispiel von Gießen und Marburg zu studieren.

Prinzipiell hat die materielle Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland ein erhebliches Ausmaß angenommen, beispielsweise beträgt das durchschnittliche jährliche Wachstum an Betten in privater Trägerschaft in Ostdeutschland seit Beginn der 90er Jahre circa 30%. In zunehmendem Maße werden darüber hinaus Einrichtungen der Maximalversorgung materiell privatisiert. Demgegenüber gibt es für Deutschland von wissenschaftlicher Seite keine Studien, die die Wirkungen dieser Privatisierung untersuchen bzw. sich dem Unterschied zwischen privaten, freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäusern in Bezug auf die Krankenversorgung in einer Querschnittsperspektive widmen. Insofern scheint es angebracht, sich dieser Thematik anzunehmen. Es sollte aber aus den oben angeführten Gründen ernsthaft erörtert werden, ob die Privatisierung/Fusionierung von Gießen und Marburg hierzu ein geeignetes Beispiel darstellt. Es erscheint deutlich zielführender, mit Hilfe der beschriebenen Datenquellen die Erforschung von Unterschieden zwischen privaten, freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäusern auf eine breitere Grundlage zu stellen, da dann validere Aussagen über die Auswirkungen der Privatisierung bzw. über Unterschiede zwischen den verschiedenen Trägerarten getroffen werden können.

Die in Tabelle 5 beschriebenen Datenquellen bieten Möglichkeiten, diese Thematik zu erforschen und sie wurden dazu bislang nicht genutzt. Grundsätzlich können etwa die Messungen der medizinischen und pflegerischen Qualität durch die BQS sowohl für grundlagenorientierte als auch für anwendungsorientierte Fragestellungen der Versorgungsforschung künftig eine größere Rolle spielen (Mohr 2006: 270). Zu diesen Fragestellungen kann man sicherlich auch

die Frage hinzufügen, ob systematische Qualitätsunterschiede zwischen privaten, freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhausträgern existieren. Die Qualitätsindikatoren der BQS haben den Vorteil, dass sie verschiedene Dimensionen von Qualität (Indikationsstellung, Prozesse und Ergebnisse) abdecken und mithin ein breites Spektrum der Qualität der Krankenversorgung erfasst werden kann. Wie insbesondere die Studien aus den USA zeigen, werden dort immer nur ausgewählte Aspekte ins Blickfeld gerückt und andere vernachlässigt. Dies ist auch ein Fazit einer der weiter oben beschriebenen Studien:

„Is there a chance that this study has failed to document important changes in quality of care and/ or public goods provision associated with changes in hospital ownership status? Almost certainly yes. The issues involved are complex, and there are so many kinds of outcomes.”(Sloan 2002: 164).

Auch die Qualitätsindikatoren (bzw. ausgewählte Qualitätsindikatoren) der BQS decken nicht alle, aber doch wesentliche Bereiche der Krankenversorgung ab. Zudem müsste sich eine originäre Studie nicht nur auf (ausgewählte) Qualitätsindikatoren der BQS beschränken, sondern könnte beispielsweise auf der Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamts oder der Qualitätsberichte nach §137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V weitere Qualitätsindikatoren mit in eine Untersuchung einbeziehen.

Literatur

- Bach, I. 2006: "Gesund in Berlin", Der Tagesspiegel, 62. Jg., H. Nr. 19193, 10.
- Becker, A., Mantke, R., & Beck, U. 2005: "Qualitätssicherung mit Routinedaten im CLINOTEL-Krankenhausverbund", das Krankenhaus, 97. Jg., H. 5, S. 1093-1102.
- Braun, B. & Müller, R. 2003, Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung. Ergebnisse einer Längsschnittanalyse von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung Asgard, Sankt Augustin.
- Braun, B. & Müller, R. 2006, Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten. Ergebnisse einer wiederholten Patientenbefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten Asgard, Sankt Augustin.
- Buhr, P. & Klinke, S. 2006, Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter. Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern. ZeS-Arbeitspapier Nr. 6/20006 Zentrum für Sozialpolitik. Universität Bremen.
- Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2006, Qualität sichtbar machen. BQS-Qualitätsreport 2005 Düsseldorf.
- Busse, R. 2006: "Methoden der Versorgungsforschung," in Kursbuch Versorgungsforschung, M. Hey et al., (Hrsg.), MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft OHG, Berlin.
- Collins, S. R., Gray, B. H., & Hadley, J. 2001, The For-Profit Conversion of Nonprofit Hospitals in the U.S. Health Care System: Eight Case Studies The Commonwealth Fund.
- Conover, C. J. & Zeitler, E. P. 2006, Costs and Benefits of Hospital Conversion Regulations. Health Facilities Regulation Working Paper No. F-4 Center for Health Policy. Duke University, Download: www.hpolicy.duke.edu/cyberexchange/Regulate/CHSR/PDFs/F4-Hospital%20Conversion%20Regulations.pdf.
- Devereaux, P. J., Choi, P. T. L., Lacchetti, C., Weaver, B., Schunemann, H. J., Haines, T., Lavis, J. N., Grant, B. J. B., Haslam, D. R. S., Bhandari, M., Sullivan, T., Cook, D. J., Walter, S. D., Meade, M., Khan, H., Bhatnagar, N., & Guyatt, G. H. 2002: "A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals", Canadian Medical Association Journal, 166. Jg., H. 11, S. 1399-1406.
- Eckstein, H. 1975: "Case Studies and Theory in Political Science," in Handbook of Political Science. Volume Seven, F. I. Greenstein & N. W. Polsby, (Hrsg.), Addison-Wesley, Reading, MA, S.79-137.
- Eggleston, K., Shen, Y.-C., Lau, J., Schmid, C. H., & Chan, J. 2006, Hospital Ownership and Quality of Care: What Explains the Different Results? w12241, NBER Working Paper.
- Farsi, M. 2004: "Changes in Hospital Quality after Conversion in Ownership Status", International Journal of Health Care Finance and Economics, 4. Jg., S. 211-230.
- Gerring, J. 2004: "What is a Case Study and What is it Good for?", American Political Science Review, 98. Jg., H. 2, S. 341-354.
- Gerring, J. 2005: "Causation: A Unified Framework for the Social Sciences", Journal of Theoretical Politics, 17. Jg., H. 2, S. 163-198.
- Grobe, T. 2005: "Stationäre Versorgung - Krankenhausbehandlungen," in Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundäranalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven, E. Swart & P. Ihle, (Hrsg.), Hans Huber, Bern, S.79-98.
- Gurewich, D., Prottas, J., & Leutz, W. 2003: "The Effect of Hospital Ownership Conversions on Nonacute Care Providers", The Milbank Quarterly, 81. Jg., H. 4, S. 543-565.
- Health Forum 2006, Hospital Statistics.
- HELIOS Kliniken GmbH 2005, Kompetenz in Medizin. Qualitätsführerschaft durch Qualitätsmanagement. Medizinischer Jahresbericht 2004 HELIOS Kliniken GmbH, Fulda.

- Heller, G., Swart, E., & Mansky, T. 2004: "Qualitätsanalysen mit Routinedaten - Ansatz und erste Analysen aus dem Gemeinschaftsprojekt Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)," in Krankenhaus-Report 2003, Schattauer, Stuttgart, S.271-288.
- Hildebrand, R. 2005: "Qualitätsberichterstattung in Deutschland heute," in Krankenhaus-Report 2004. Schwerpunkt: Qualitätstransparenz - Instrumente und Konsequenzen, J. Klauber, B.-P. Robra, & H. Schnellschmidt, (Hrsg.), Schattauer, Stuttgart, New York, S.27-47.
- Jonitz, G. & Klakow-Franck, R. 2005: "Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Information versus Marketing. Einzelstrategien unterlaufen ursprüngliche Ziele", Deutsches Ärzteblatt, 102. Jg., H. 43, A2902.
- King, G., Keohane, R. O., & Verba, S. 1994, Designing Social Inquiry. Scientific Inference in Qualitative Research Princeton University Press, Princeton, New Jersey.
- Lieberson, S. 1992: "Small N's and big conclusions: an examination of the reasoning in comparative studies based on a small number of cases," in What is a Case? Exploring the foundations of social inquiry, C. C. Ragin & H. S. Becker, (Hrsg.), Cambridge University Press, Cambridge, New York, Melbourne, S.105-118.
- Lütticke, J. & Schellschmidt, H. 2005: "Qualitätsberichte nach §137 SGB V - Bewertung und Vorschläge zur Erweiterung," in Krankenhaus-Report 2004. Schwerpunkt: Qualitätstransparenz - Instrumente und Konsequenzen, J. Klauber, B.-P. Robra, & H. Schnellschmidt, (Hrsg.), Schattauer, Stuttgart, New York, S.197-212.
- Mark, T. L. 1999: "Analysis of the Rationale for, and Consequences of, Nonprofit and For-Profit Ownership Conversions", Health Services Research, 34. Jg., H. 1, S. 83-101.
- Meinhold, J., Casdorf, S.-A., & Maroldt, L. 2006: "Neue Serie: So gut sind die Krankenhäuser", Der Tagesspiegel, 62. Jg., H. Nr. 19193, 10.
- Mohr, V. D. 2006: "Beitrag der BQS zur Versorgungsforschung," in Kursbuch Versorgungsforschung, M. Hey et al., (Hrsg.), MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft OHG, Berlin, S.257-272.
- Mosafer, M. 2005: "Stationäre Wiederaufnahme als Indikator zur Messung der Ergebnisqualität im stationären Bereich," in Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundäranalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven, E. Swart & P. Ihle, (Hrsg.), Hans Huber, Bern, S.263-270.
- o.V. 2006: "Beispiele erfolgreicher Klinikführung", Führen und Wirtschaften im Krankenhaus : F & W, 23. Jg., H. 3, S. 304-306.
- Picone, G., Chou, S.-Y., & Sloan, F. 2002: "Are for-profit hospital conversions harmful to patients and to Medicare?", RAND Journal of Economics, 33. Jg., H. 3, S. 507-523.
- Rieser, S. 2006: "DRGs und die Folgen. Eine Wissenschaft für sich", Deutsches Ärzteblatt, 103. Jg., H. 24, A1646.
- Rothman, K. J. & Greenland, S. 2005: "Basic Concepts," in Handbook of Epidemiology, W. Ahrens & I. Pigeot, (Hrsg.), Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S.43-88.
- Schlemm, S. & Scriba, P. C. 2004: "Leistungsberichte als Patientenwegweiser", Deutsches Ärzteblatt, 101. Jg., H. 8, A484-A486.
- Scott, W. R. & Meyer, J. W. 1991: "The Organization of Societal Sectors: Propositions and Early Evidence," in The New Institutionalism in Organizational Analysis, P. J. DiMaggio & W. W. Powell, (Hrsg.), The University of Chicago Press, Chicago and London, S.108-140.
- Shen, Y.-C. 2002: "The effect of hospital ownership choice on patient outcomes after treatment for acute myocardial infarction", Journal of Health Economics, 21. Jg., S. 901-922.
- Shen, Y.-C. 2003: "Changes in Hospital Performance after Ownership Conversions", Inquiry, 40. Jg., H. 3, S. 217-234.
- Shi, L. & Singh, D. A. 2004, Delivering Health Care in America. A Systems Approach Jones and Bartlett, Sudbury, MA.

- Simon, M. 1996: "Die Umsetzung des GSG im Krankenhausbereich: Auswirkungen der Budgetdeckelung auf die Aufnahme- und Verlegungspraxis von Allgemeinkrankenhäusern", Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 4. Jg., H. 1, S. 20-40.
- Sloan, F. A. 2002: "Hospital Ownership Conversions: Defining the Appropriate Public Oversight Role", *Frontiers in Health Policy Research*, 5. Jg., S. 123-165.
- Statistisches Bundesamt 2005, Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1: Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen - 2003 Wiesbaden.
- Strehl, R. 2004: "Die Hochleistungsmedizin bleibt auf der Strecke", *Deutsches Ärzteblatt*, 101. Jg., H. 39, A2584-A2590.
- Swart, E. 2005: "Können uns GKV-Prozessdaten Informationen über die Qualität der stationären Versorgung liefern?," in *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundäranalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*, E. Swart & P. Ihle, (Hrsg.), Hans Huber, Bern, S.271-280.
- Tecklenburg, A., Schaefer, O., & Bömeke, C. 2006: "Separate Vergütung für Patienten mit Extrem-Kosten", *Führen und Wirtschaften im Krankenhaus : F & W*, 23. Jg., H. 2, 148.
- Vogd, W. 2006, *Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Sicht der ärztlichen Akteure* Huber, Bern.
- Wissenschaftsrat 2005, *Stellungnahme zu Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitätsmedizinischer Einrichtungen* Drs. 6913-05, Berlin, 11. 11. 2005.
- Wörz, M. 2006, *Macht die Krankenhausträgerschaft einen Unterschied? Eine vergleichende Untersuchung von Trägerunterschieden im akutstationären Sektor in Deutschland und den Vereinigten Staaten* Unveröffentlichtes Dissertationsmanuskript, Berlin.

Anhang

§ 301 SGB V Krankenhäuser

(1) Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung folgende Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln:

1. die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10 sowie das krankenhausinterne Kennzeichen des Versicherten,
2. das Institutionskennzeichen des Krankenhauses und der Krankenkasse,
3. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung, bei Kleinkindern bis zu einem Jahr das Aufnahmegewicht,
4. bei ärztlicher Verordnung von Krankenhausbehandlung die Arztnummer des einweisenden Arztes, bei Verlegung das Institutionskennzeichen des veranlassenden Krankenhauses, bei Notfallaufnahme die die Aufnahme veranlassende Stelle,
5. die Bezeichnung der aufnehmenden Fachabteilung, bei Verlegung die der weiterbehandelnden Fachabteilungen,
6. Datum und Art der im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung, bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution, bei Entlassung oder Verlegung die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen, 8. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen,
9. die nach den §§ 115a und 115b sowie nach dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung berechneten Entgelte. Die Übermittlung der medizinischen Begründung von Verlängerungen der Verweildauer nach Satz 1 Nr. 3 sowie der Angaben nach Satz 1 Nr. 8 ist auch in nicht maschinenlesbarer Form zulässig.

(2) Die Diagnosen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 7 sind nach dem der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln. Die Operationen und sonstigen Prozeduren nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 sind nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung herausgegebenen Schlüssel zu verschlüsseln; der Schlüssel hat die sonstigen Prozeduren zu umfassen, die nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerechnet werden können. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gibt den Zeitpunkt der Inkraftsetzung der jeweiligen Fassung des Diagnosenschlüssels nach Satz 1 sowie des Prozedurenschlüssels nach Satz 2 im Bundesanzeiger bekannt; es kann das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information beauftragen, den in Satz 1 genannten Schlüssel um Zusatzkennzeichen zur Gewährleistung der für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Aussagefähigkeit des Schlüssels zu ergänzen.

(3) Das Nähere über Form und Inhalt der erforderlichen Vordrucke, die Zeitabstände für die Übermittlung der Angaben nach Absatz 1 und das Verfahren der Abrechnung im Wege elektronischer Datenübertragung oder

maschinell verwertbar auf Datenträgern vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger gemeinsam.

(4) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, sind verpflichtet den Krankenkassen bei stationärer Behandlung folgende Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln:

1. die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10 sowie das interne Kennzeichen der Einrichtung für den Versicherten,
2. das Institutionskennzeichen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung und der Krankenkasse,
3. den Tag der Aufnahme, die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, die voraussichtliche Dauer der Behandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung,
4. bei ärztlicher Verordnung von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen die Arztnummer des einweisenden Arztes,
5. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose; bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution,
6. Angaben über die durchgeführten Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen,
7. die berechneten Entgelte. Die Übermittlung der medizinischen Begründung von Verlängerungen der Verweildauer

nach Satz 1 Nr. 3 sowie Angaben nach Satz 1 Nr. 6 ist auch in nicht maschinenlesbarer Form zulässig. Für die Angabe der Diagnosen nach Satz 1 Nr. 3 und 5 gilt Absatz 2 entsprechend. Absatz 3 gilt entsprechend.

(5) Die ermächtigten Krankenhausärzte sind verpflichtet, dem Krankenhausträger im Rahmen des Verfahrens nach § 120 Abs. 1 Satz 3 die für die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen erforderlichen Unterlagen zu übermitteln; § 295 gilt entsprechend. Der Krankenhausträger hat den kassenärztlichen Vereinigungen die Abrechnungsunterlagen zum Zweck der Abrechnung vorzulegen. Die Sätze 1 und 2 gelten für die Abrechnung wahlärztlicher Leistungen entsprechend.

Stand Juli 2006

§ 21 KHEntgG Übermittlung und Nutzung von DRG-Daten

(1) Das Krankenhaus übermittelt auf einem maschinenlesbaren Datenträger jeweils zum

31. März für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr die Daten nach Absatz 2 an eine von den Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu benennende Stelle auf Bundesebene (DRG-Datenstelle). Erstmals sind zum 1. August 2002 Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a bis c sowie Nr. 2 Buchstabe a bis f für alle entlassenen vollstationären und teilstationären Krankenhausfälle des ersten Halbjahres 2002 zu übermitteln.

(2) Zu übermitteln sind folgende Daten:

1. je Übermittlung einen Datensatz mit folgenden Strukturdaten

a) Institutionskennzeichen des Krankenhauses, Art des Krankenhauses und der Trägerschaft sowie Anzahl der aufgestellten Betten,

b) Merkmale für die Vereinbarung von Zu- und Abschlägen nach § 17b Abs. 1 Satz 4 und 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, einschließlich der Angabe, ob eine Teilnahme an der stationären Notfallversorgung erfolgt,

c) Anzahl der Ausbildungsplätze, Höhe der Personal- und Gesamtkosten sowie Anzahl der Auszubildenden und Auszubildenden, jeweils gegliedert nach Berufsbezeichnung nach § 2 Nr. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes; die Anzahl der Auszubildenden nach Berufsbezeichnungen zusätzlich gegliedert nach jeweiligem Ausbildungsjahr,

d) Summe der vereinbarten und abgerechneten DRG-Fälle, der vereinbarten und abgerechneten Summe der Bewertungsrelationen sowie der Ausgleichsbeträge nach § 3 Abs. 6 oder § 4 Abs. 9, jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr;

2. je Krankenhausfall einen Datensatz mit folgenden Leistungsdaten

a) krankenhausinternes Kennzeichen des Behandlungsfalles,

b) Institutionskennzeichen des Krankenhauses, bei einer nach Standorten differenzierten Festlegung des Versorgungsauftrags zusätzlich Kennzeichen für den entlassenden Standort,

c) Institutionskennzeichen der Krankenkasse,

d) Geburtsjahr und Geschlecht des Patienten sowie die Postleitzahl des Wohnorts des Patienten, bei Kindern bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres außerdem der Geburtsmonat,

e) Aufnahmedatum, Aufnahmegrund und -anlass, aufnehmende Fachabteilung, bei Verlegung die der weiter behandelnden Fachabteilungen, Entlassungs- oder Verlegungsdatum, Entlassungs- oder Verlegungsgrund, bei Kindern bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres außerdem das Aufnahmegewicht in Gramm,

f) Haupt- und Nebendiagnosen sowie Datum und Art der durchgeführten Operationen und Prozeduren nach den jeweils gültigen Fassungen der Schlüssel nach § 301 Abs. 2 Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, einschließlich der Angabe der jeweiligen Versionen, bei Beatmungsfällen die Beatmungszeit in Stunden entsprechend der Kodierregeln nach § 17b Abs. 5 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und Angabe, ob durch Belegopereateur,-anästhesist oder Beleghebamme erbracht,

g) Art der im einzelnen Behandlungsfall insgesamt abgerechneten Entgelte, der DRG-Fallpauschale, der Zusatzentgelte, der Zu- und Abschläge, der sonstigen Entgelte nach § 6,

h) Höhe der im einzelnen Behandlungsfall insgesamt abgerechneten Entgelte, der DRG-Fallpauschale, der Zusatzentgelte, Zu- und Abschläge, der sonstigen Entgelte nach § 6.

(3) Die DRG-Datenstelle prüft die Daten auf Plausibilität und übermittelt jeweils bis

zum 1. Juli die

1. Daten nach Absatz 2 Nr. 1 und Nr. 2 Buchstabe b bis h zur Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems an die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,
2. landesbezogenen Daten nach Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe c und d und Nr. 2 Buchstabe g und h zur Vereinbarung des Basisfallwerts nach § 10 Abs. 1 an die Vertragsparteien auf der Landesebene,
3. landesbezogenen Daten nach Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a bis c und Nr. 2 Buchstabe b und d bis g für Zwecke der Krankenhausplanung an die zuständigen Landesbehörden,
4. Daten nach Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a und c und Nr. 2 Buchstabe b und d bis g für Zwecke der amtlichen Krankenhausstatistik an das Statistische Bundesamt; dieses kann landesbezogene Daten an die Statistischen Landesämter übermitteln.

Nach Abschluss der Plausibilitätsprüfung darf die Herstellung eines Personenbezugs nicht mehr möglich sein. Die DRG-Datenstelle veröffentlicht zusammengefasste Daten jeweils bis zum 1. Juli, gegliedert nach bundes- und landesweiten Ergebnissen. Bei der erstmaligen Datenübermittlung nach Absatz 1 Satz 2 werden abweichend von den Sätzen 1 und 3 die Daten zum 1. Oktober 2002 übermittelt und veröffentlicht; die Übermittlung nach Satz 1 Nr. 2 erfolgt erstmals zum 1. Juli 2004. Dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung sind auf Anforderung unverzüglich Auswertungen zur Verfügung zu stellen; diese Auswertungen übermittelt das Bundesministerium auch den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden. Die Länder können dem Bundesministerium zusätzliche Auswertungen empfehlen. Die DRG-Datenstelle übermittelt oder veröffentlicht Daten nach diesem Absatz nur, wenn ein Bezug zu einzelnen Patienten nicht hergestellt werden kann. Die Datenempfänger nach Satz 1 Nr. 3 und 4 dürfen die Postleitzahl nur für die Erstellung von Einzugsgebietsstatistiken für ein Krankenhaus oder bei nach Standorten differenziertem Versorgungsauftrag für einen Standort verwenden; dabei dürfen nur folgende Daten verbunden werden: Postleitzahl, Patientenzahl und Fachabteilung in Verbindung mit DRG-Fallpauschalen oder Hauptdiagnose oder Prozedur. Andere als die in diesem Absatz genannten Verarbeitungen und Nutzungen der Daten sind unzulässig.

(4) Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren im Benehmen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik die weiteren Einzelheiten der Datenübermittlung.

(5) Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 vereinbaren einen Abschlag von den Fallpauschalen für die Krankenhäuser, die ihre Verpflichtung zur Übermittlung der Daten nach Absatz 1 nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllen. Die DRG-Datenstelle unterrichtet jeweils die Vertragsparteien nach § 11 über Verstöße. Die Vertragsparteien nach § 11 berücksichtigen den Abschlag in den Jahren 2003 bis 2008 bei der Vereinbarung des krankenhausesindividuellen Basisfallwerts.

(6) Kommt eine Vereinbarung nach den Absätzen 4 und 5 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Das Benehmen nach Absatz 4 ist entsprechend herzustellen.

Stand August 2006

Amtliche bzw. gängige Definitionen von öffentlichen, privaten/erwerbswirtschaftlichen und privaten/ not-for-profit Krankenhäusern in den USA und Deutschland

A) Bundesrepublik Deutschland

Öffentliche Krankenhäuser

„Öffentliche Einrichtungen, die von Gebietskörperschaften (Bund, Land, Bezirk, Kreis, Gemeinde) oder von Zusammenschlüssen solcher Körperschaften wie Arbeitsgemeinschaften oder Zweckverbänden oder von Sozialversicherungsträgern wie Landesversicherungsanstalten und Berufsgenossenschaften betrieben oder unterhalten werden. Träger in rechtlich selbständiger Form (z.B. als GmbH) gehören zu den öffentlichen Trägern, wenn Gebietskörperschaften oder Zusammenschlüsse solcher Körperschaften unmittelbar oder mittelbar mit mehr als 50 vom Hundert des Nennkapitals oder des Stimmrechts beteiligt sind.“

Nonprofit Krankenhäuser

„Freigemeinnützige Einrichtungen, die von Trägern der kirchlichen und freien Wohlfahrtspflege, Kirchengemeinden, Stiftungen oder Vereinen unterhalten werden.“

Private/Erwerbswirtschaftliche Krankenhäuser

„Private Einrichtungen, die als gewerbliche Unternehmen einer Konzession nach § 30 Gewerbeordnung bedürfen.“

Bei Einrichtungen mit unterschiedlichen Trägern wird der Träger angegeben, der überwiegend beteiligt ist oder überwiegend die Geldlasten trägt (alle Definitionen aus: Statistisches Bundesamt 2005).

B) USA

Öffentliche Krankenhäuser

„Public hospitals are owned by agencies of federal, state or local governments.“

Nonprofit Krankenhäuser

“Nongovernment Nonprofit: Hospitals that are nongovernment, nonprofit are controlled by not-for-profit organizations, including religious organizations (Catholic hospitals, for example), fraternal societies, and others.”

Private/Erwerbswirtschaftliche Krankenhäuser

“For-profit proprietary hospitals – also referred to as investor-owned hospitals – are owned by individuals, partnerships, or corporations. They are operated for the financial benefit of the entity that owns the institution, that is, the stockholders.”

Definitionen aus: Shi & Singh (2004) und Health Forum (2006)