

Untersuchung

HEALTH CARE

Qualität und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitssystem



Inhalt

Qualität und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitssystem – Sind wir auf dem richtigen Weg?	3
1 Qualität und Wirtschaftlichkeit im europäischen Vergleich	4
2 Gegenstand der Untersuchung	6
3 Ergebnis der Untersuchung	7
4 Fazit	13
Anlage: Datengrundlagen und methodisches Vorgehen	14

Qualität und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitssystem – Sind wir auf dem richtigen Weg?

Ist das deutsche Gesundheitssystem noch so vorbildlich wie allgemein angenommen? Internationale Rankings wirken alarmierend. Lag Deutschland gemäß dem europäischen Qualitätsindex EHCI (Euro Health Consumer Index) im Jahr 2006 noch weit vorn an dritter Stelle, so belegte die Bundesrepublik 2012 nur noch Platz 14. Insbesondere die medizinische Behandlungsqualität wird im aktuellen Vergleich deutlich schlechter beurteilt.

Angesichts der Tatsache, dass die deutschen Gesundheitsausgaben in der gleichen Zeit kräftig angestiegen sind und die Bundesrepublik eines der teuersten Gesundheitssysteme in Europa unterhält, liegt die Vermutung nahe, dass hier etwas schief läuft.

Die vorliegende KPMG-Untersuchung konzentriert sich auf die Qualität der deutschen Krankenhäuser. Im Fokus stehen dabei folgende Fragen: „Wird die Qualität der deutschen Krankenhäuser durch die Qualitätsberichte zuverlässig gemessen?“ und „Berücksichtigt das Entgeltsystem der deutschen Krankenhäuser die Qualität ausreichend?“

Das Ergebnis der Untersuchung ist ernüchternd. Weder wird die Qualität in deutschen Krankenhäusern verlässlich ermittelt noch wird sie ausreichend vergütet. Es gibt keinen statistisch nachweisbaren Zusammenhang zwischen der Qualität und dem wirtschaftlichen Erfolg deutscher Krankenhäuser.

Daraus zu schlussfolgern, dass sich Qualität und Wirtschaftlichkeit generell ausschließen, wäre allerdings fatal. Die Annahme, dass wirtschaftlich erfolgreiche Krankenhäuser zulasten der Qualität sparen, ist falsch. Auch das zeigt diese Untersuchung.

Wissenschaftler, Politiker und Praktiker aus dem Gesundheitsbereich sind kurzfristig gefordert, für die deutschen Kliniken ein Entgeltsystem zu entwickeln und umzusetzen, das nicht vorrangig Mengenwachstum stimuliert, sondern Qualität belohnt. Geschieht dies nicht, wird das deutsche Gesundheitssystem absehbar immer teurer werden, ohne dass sich seine Qualität verbessert.

Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich stellvertretend mit den deutschen Krankenhäusern. Es sei an dieser Stelle deutlich darauf hingewiesen, dass Qualitätsreserven im deutschen Gesundheitssystem auch bei anderen Leistungserbringern sowie an den Schnittstellen zwischen den Leistungserbringern bestehen. Auch hier muss sich vieles ändern, damit das deutsche Gesundheitssystem wieder vorbildlich wird.

1

Qualität und Wirtschaftlichkeit im europäischen Vergleich

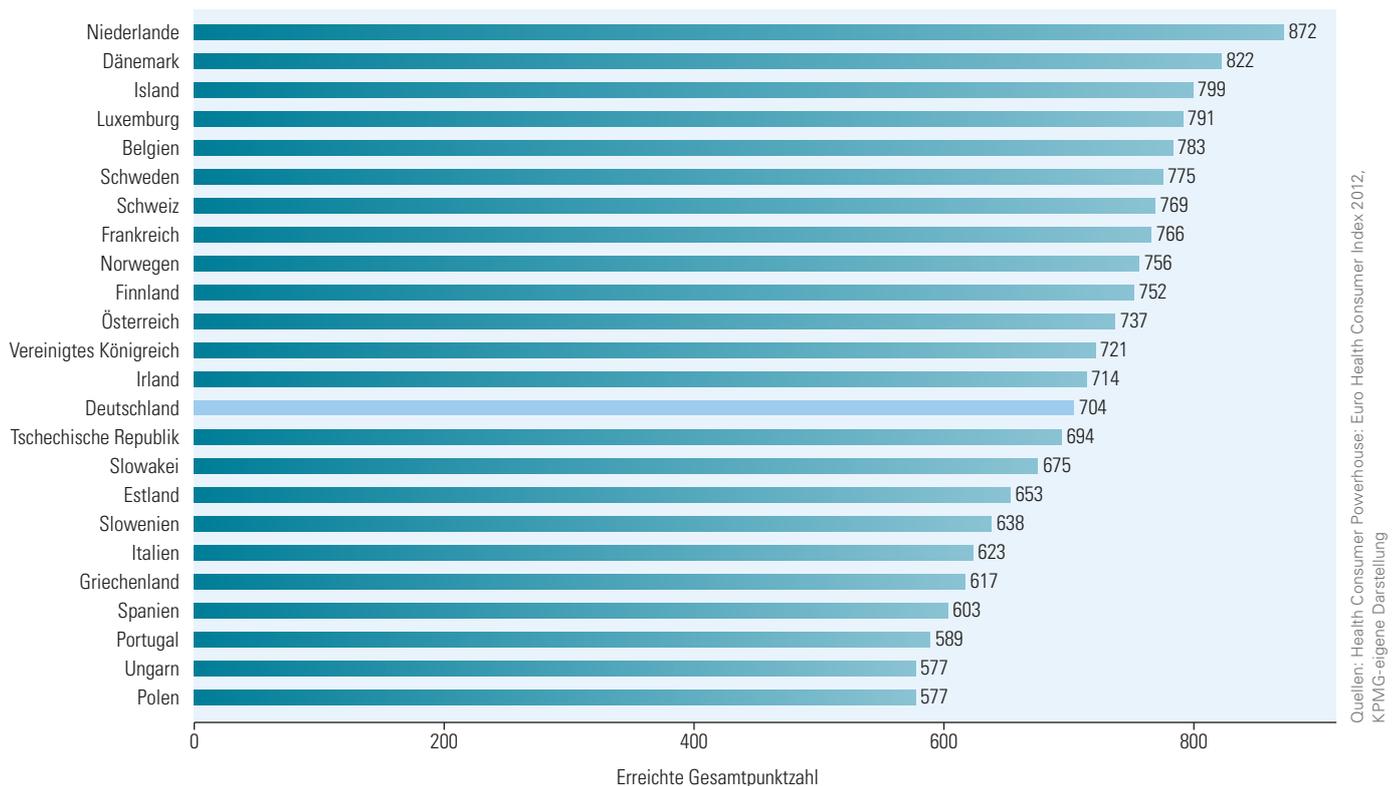
Die Qualität der Patientenversorgung rückt immer stärker in den Fokus des deutschen Gesundheitssystems. Trotz scheinbar umfangreicher Anstrengungen wirft der viel beachtete Euro Health Consumer Index (EHCI) die Frage auf, ob das deutsche Gesundheitssystem hinsichtlich seiner Qualität und Wirtschaftlichkeit tatsächlich auf dem richtigen Weg ist.

Der EHCI vergleicht seit mehreren Jahren die europäischen Gesundheitssysteme anhand der Kriterien Patientenrechte und -information, Wartezeiten, Behandlungsergebnisse, Prävention, Behandlungsumfang und Medikamentenversorgung.

Deutschland erreichte im EHCI des Jahres 2006 einen sehr guten dritten Platz. Im Ranking 2012 lag die Bundesrepublik mit 704 Punkten hingegen nur noch im Mittelfeld auf Platz 14. Eine wesentliche Verschlechterung ergab sich dabei insbesondere bei der Einschätzung der medizinischen Behandlungsqualität.

Parallel dazu sind die Ausgaben im deutschen Gesundheitssystem in den letzten Jahren deutlich gestiegen.¹ Die Bundesrepublik liegt diesbezüglich in Europa nach den Niederlanden gemeinsam mit Frankreich aktuell auf Platz 2.²

Abbildung 1:
Euro Health Consumer Index 2012: Deutschland im Vergleich europäischer OECD-Staaten



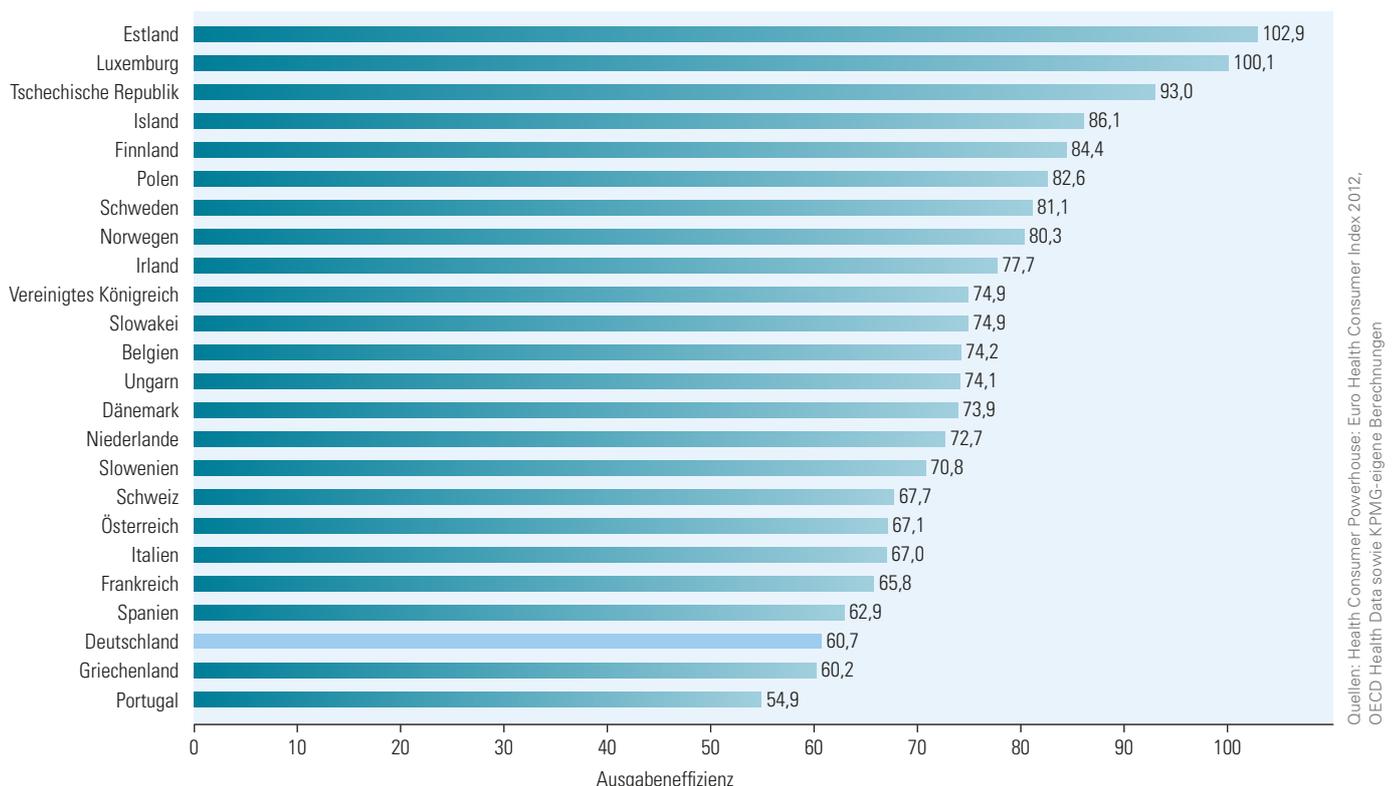
Berechnet man die Ausgabeneffizienz der Gesundheitssysteme, indem die im EHCI erreichte Gesamtpunktzahl mit dem Quotienten aus Gesundheitsausgaben und Bruttoinlandsprodukt ins Verhältnis gesetzt wird, so platziert sich Deutschland im Vergleich europäischer OECD-Staaten sogar an drittletzter Stelle – auf Rang 22 zwischen Spanien und Griechenland.

Daraus wird deutlich, dass das deutsche Gesundheitssystem bei einem vergleichsweise hohen Ausgaben-niveau zu wenig Qualität erzielt.

Dieses Ergebnis ist unbefriedigend und zwingt im ersten Schritt zu einer nüchternen Analyse der Ursachen.

- 1 Das Verhältnis zwischen Gesundheitsausgaben und Bruttoinlandsprodukt beträgt in Deutschland 11,6 % im Jahr 2010, 11,7 % im Jahr 2009, 10,7 % im Jahr 2008. Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes
- 2 Die Aussage gilt auf Basis von Daten für das Jahr 2010. Quelle: OECD Health Data „Health Expenditure and Financing“

Abbildung 2:
Verhältnis von EHCI 2012 und Quotient aus Gesundheitsausgaben zu Bruttoinlandsprodukt



2

Gegenstand der Untersuchung

Diese Untersuchung beschäftigt sich anhand von zwei zentralen Problemkreisen – Qualitätsmessung und Qualitätsvergütung – mit der Frage, weshalb Deutschland inzwischen zwar einen Spitzenplatz in Bezug auf die Gesundheitsausgaben innehat, jedoch nur eine mittlere Position bei der Qualität des Gesundheitssystems belegt und schließlich hinsichtlich der Ausgabeneffizienz des Gesundheitssystems sogar besonders schlecht abschneidet.

- Daher wird in dieser Untersuchung erstens die Frage gestellt, ob die Qualität richtig und für den Patienten nachvollziehbar gemessen wird.
- Zweitens wird dem Thema nachgegangen, ob ein Zusammenhang zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit besteht.

Die Untersuchung konzentriert sich dabei auf die deutschen Krankenhäuser. Zum einen stellen sie den mit Abstand größten Anbieter im deutschen Gesundheitssystem³ dar. Zum anderen sind in Bezug auf die übrigen Dienstleister öffentlich zugängliche Daten in statistisch verwertbarer Qualität kaum vorhanden. Den Autoren dieser Untersuchung ist bewusst, dass Qualitätsreserven im deutschen Gesundheitssystem nicht nur bei den Krankenhäusern zu vermuten sind.

Grundlage der Untersuchung bildet die KPMG-Datenbank Krankenhaus 300®, in der öffentlich zugängliche Struktur-, Qualitäts- und Finanzdaten von deutschen Krankenhäusern erfasst sind. Die methodische Vorgehensweise ist in der Anlage dargelegt.

³ Im Jahr 2009 machten die deutschen Krankenhäuser 25,5 % der Gesundheitsausgaben der Bundesrepublik aus, gefolgt von den Arztpraxen mit 15,4 %. Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland, Wiesbaden 2012

3

Ergebnis der Untersuchung

3.1 Zusammenfassung

Die Bilanz der Untersuchung ist ernüchternd:

1. Die Qualität deutscher Krankenhäuser wird derzeit durch die strukturierten Qualitätsberichte gemäß § 137 SGB V nicht für den Patienten nachvollziehbar gemessen. Es gibt keinen statistisch nachweisbaren Zusammenhang zwischen der in den strukturierten Qualitätsberichten erfassten Qualität und der von den Patienten eingeschätzten Qualität.
2. Das Vergütungssystem der deutschen Krankenhäuser belohnt Qualität nicht ausreichend. Es besteht bei ihnen kein statistisch nachweisbarer Zusammenhang zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit. Beide Kriterien schließen einander jedoch auch nicht aus.

3.2 Messung der Qualität

Grundlage der Untersuchung bildeten die strukturierten Qualitätsberichte gemäß § 137 SGB V und der Klinikführer der Techniker Krankenkasse (im Folgenden: Klinikführer).⁴

In den strukturierten Qualitätsberichten wird die medizinische Behandlungsqualität von deutschen Krankenhäusern anhand mehrerer Qualitätsindikatoren – wie zum Beispiel der Anzahl notwendiger Re-Operationen nach bestimmten Ersteingriffen – ermittelt und veröffentlicht (objektivierte Qualitätsmessung).

Die Techniker Krankenkasse erfasst in ihrem Klinikführer für deutsche Krankenhäuser im Wesentlichen die durch den Patienten subjektiv empfundene Qualität der medizinischen und pflegerischen Krankenhausdienstleistungen unter anderem anhand der Indikatoren „Allgemeine Patienten-

Abbildung 3:
Fehlender Zusammenhang zwischen strukturierten Qualitätsberichten, Qualitätseinschätzung durch den Patienten und Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern



⁴ Datenabruf: 10./11. Dezember 2012, <https://www.tk.de/tk/klinikfuehrer/114928>

zufriedenheit“, „Patientenzufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis“, „Patientenzufriedenheit mit der medizinisch-pflegerischen Versorgung“ und „Patientenzufriedenheit mit Information und Kommunikation“ (subjektive Qualitätsmessung).

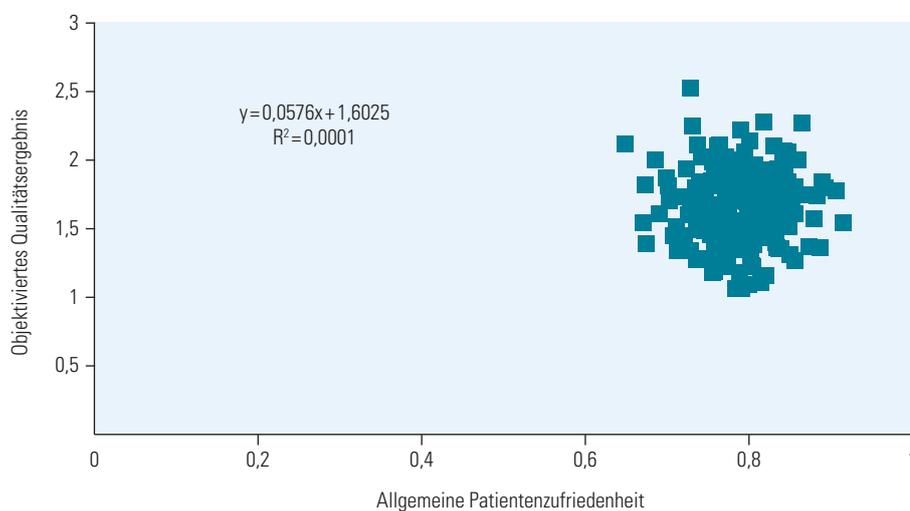
Grundsätzlich lässt sich vermuten, dass die objektivierte und subjektive Qualitätsmessung in Zusammenhang stehen. Untersucht wurde daher, ob die Ergebnisse der strukturierten Qualitätsberichte mit den Resultaten der Patientenbefragung korrelieren – das heißt, ob beide Größen ursächlich miteinander zusammenhängen. So wurde beispielsweise untersucht, ob Qualität gemäß strukturiertem Qualitätsbericht und Patientenzufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis gemäß Klinikführer in Zusammenhang stehen.⁵

Die Untersuchung zeigt, dass weder die allgemeine Patientenzufriedenheit noch die Patientenzufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis gemäß Klinikführer der Techniker Krankenkasse mit dem objektivierten Qualitätsergebnis gemäß strukturiertem Qualitätsbericht korrelieren (Bestimmtheitsmaß R^2 ist jeweils fast null). Es besteht zwischen diesen Größen schlicht kein statistisch nachweisbarer Zusammenhang.

Wie gut ein Patient die Qualität eines Krankenhauses beurteilt, scheint damit unabhängig vom Behandlungsergebnis gemäß strukturiertem Qualitätsbericht zu sein beziehungsweise wesentlich von anderen Faktoren abzuhängen.

⁵ Eine detaillierte Darstellung des methodischen Vorgehens findet sich im Anhang dieser Untersuchung.

Abbildung 4:
Fehlende Korrelation zwischen allgemeiner Patientenzufriedenheit gemäß Klinikführer der Techniker Krankenkasse und dem objektivierten Qualitätsergebnis entsprechend dem strukturierten Qualitätsbericht (§ 137 SGB V)



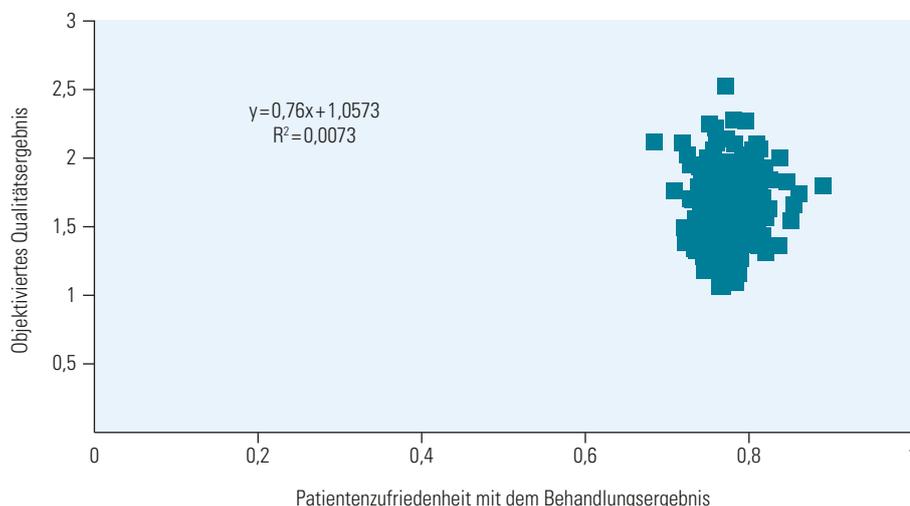
Quellen: Klinikführer der Techniker Krankenkasse, strukturierte Qualitätsberichte gemäß § 137 SGB V, KPMG-eigene Berechnungen

Weshalb dies so ist, muss weiter untersucht werden. Die Ursachen könnten in verschiedenen Bereichen liegen. Im Folgenden werden drei wesentliche Untersuchungsrichtungen aufgezeigt:

1. Die in den strukturierten Qualitätsberichten erfassten Angaben könnten nicht ausreichend repräsentativ für die Einschätzung des tatsächlich erzielten Behandlungsergebnisses eines Krankenhauses sein. Dies könnte sowohl an der definierten Datenstruktur und dem Dateninhalt als auch an der Qualität der erfassten Informationen liegen.
2. Patienten könnten nur unzureichend in der Lage sein, das tatsächlich erzielte Behandlungsergebnis eines Krankenhauses zu beurteilen. Hierfür sprächen vielfältige Gründe:

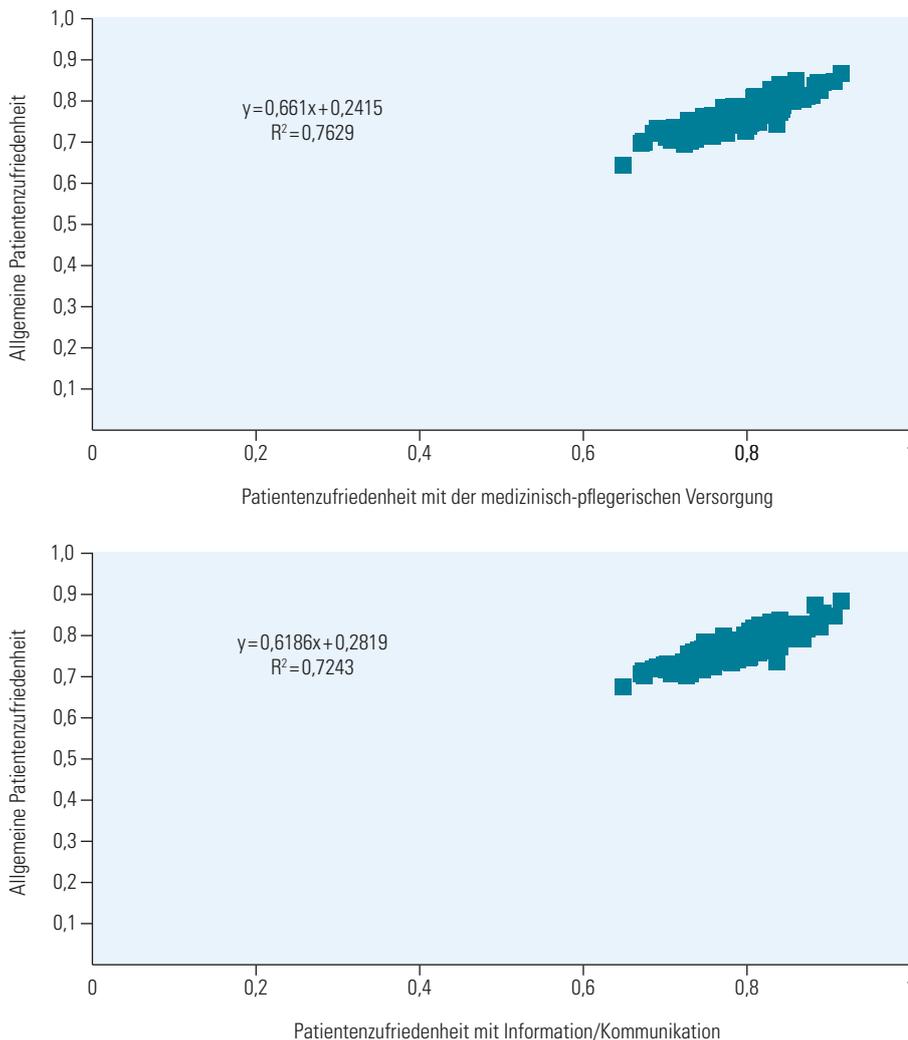
Komplikationen treten erst in einem deutlichen zeitlichen Abstand auf und werden damit nicht mehr auf die Krankenhausbehandlung zurückgeführt, Nebenwirkungen werden möglicherweise nicht als solche erkannt oder aber Komplikationen während und nach einer Operation sind dem Patienten nicht ausreichend bewusst. Wenn dem so ist, lässt sich die Frage stellen, ob die Erfassung und Offenlegung eines subjektiv vom Patienten eingeschätzten Behandlungsergebnisses sinnvoll ist und ob dies nicht besser auf der Grundlage objektiver medizinischer Daten erfolgen sollte. Letztere müssten selbstverständlich repräsentativ, relevant, zuverlässig und gültig sein.

Abbildung 5:
Fehlende Korrelation zwischen Patientenzufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis gemäß Klinikführer der Techniker Krankenkasse und dem objektivierten Qualitätsergebnis entsprechend dem strukturierten Qualitätsbericht (§ 137 SGB V)



Quellen: Klinikführer der Techniker Krankenkasse, strukturierte Qualitätsberichte gemäß § 137 SGB V, KPMG-eigene Berechnungen

Abbildung 6:
Korrelation zwischen allgemeiner Patientenzufriedenheit und Patientenzufriedenheit mit der medizinisch-pflegerischen Versorgung sowie Patientenzufriedenheit mit Information/Kommunikation gemäß Klinikführer der Techniker Krankenkasse

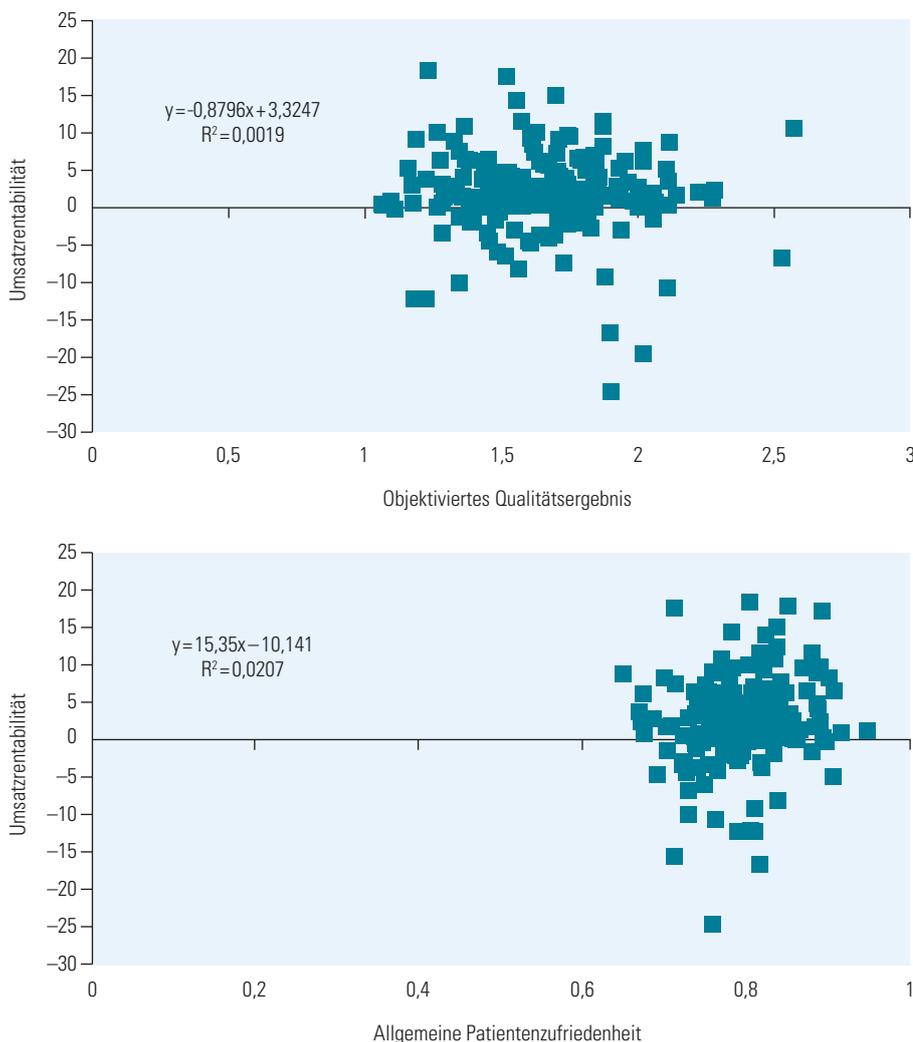


Quelle: Klinikführer der Techniker Krankenkasse

3. Ein Krankenhaus könnte vom Patienten deutlich mehr als bisher allgemein angenommen aufgrund anderer Faktoren als dem unmittelbaren Behandlungsergebnis beurteilt werden – wie zum Beispiel aufgrund der medizinisch-pflegerischen Versorgung, der Kommunikation zwischen medizinischem Fachpersonal und Patient, der Lage, der nicht medizinischen Ausstattung und Ähnlichem. Dass diese „weichen“ und zu einem großen Teil durch pflegerische Leistungen beeinflussten Faktoren für den Patienten von großer Bedeutung sind und offenbar eine Auswirkung auf dessen Zufriedenheit haben, könnte die starke Korrelation dieser Faktoren mit der Kategorie „Allgemeine Patientenzufriedenheit“ zeigen. Wenn dem so ist, könnten diese Kriterien in einen deutschlandweit gesetzlich vorgeschriebenen und veröffentlichten Qualitätsbericht einfließen – beispielsweise als Teil II der strukturierten Qualitätsberichte gemäß § 137 SGB V. Wichtige Voraussetzung hierfür ist, dass auch diese Daten repräsentativ, relevant, zuverlässig und gültig sind.

Eine Verbesserung der Qualitätsmessung – und damit eine Erhöhung der Transparenz – ist der erste Schritt, um die Behandlungsqualität in Krankenhäusern stärker als bisher in den Fokus zu rücken. Zugleich kann dies dazu beitragen, das Qualitätsbewusstsein sowohl der Patienten als auch der Krankenhäuser zu erhöhen. Diese Messbarkeit bildet die entscheidende Grundlage dafür, dass Krankenhäuser zukünftig stärker für Qualität statt für Menge vergütet werden könnten.

Abbildung 7:
**Fehlende Korrelation zwischen objektiviertem Qualitätsergebnis gemäß strukturier-
 tem Qualitätsbericht (§ 137 SGB V) und Umsatzrentabilität deutscher Krankenhäuser
 sowie zwischen allgemeiner Patientenzufriedenheit entsprechend dem Klinikführer
 der Techniker Krankenkasse und der Umsatzrentabilität deutscher Krankenhäuser**



Quellen: Jahresabschlussdaten 2010 aus der KPMG-Datenbank Krankenhaus 300®, strukturierte Qualitätsberichte gemäß § 137 SGB V 2010, Klinikführer der Techniker Krankenkasse sowie KPMG-eigene Berechnungen

3.3 Vergütung der Qualität

Es ist eine allgemein anerkannte Tatsache, dass sich ein Unternehmen regelmäßig nur dann erfolgreich am Markt positionieren kann, wenn es seine Kunden oder Abnehmer entweder durch den Preis oder aber durch die Qualität seiner Produkte überzeugt.

Im Krankenhausmarkt kann es aufgrund der derzeitigen Vergütungssysteme keinen nennenswerten Preiswettbewerb zwischen den einzelnen Häusern geben. Den Regeln des Marktes folgend, müsste der Wettbewerb daher im Bereich der Qualität stattfinden. Entsprechend müssten Krankenhäuser, die sich durch eine vergleichsweise hohe Qualität auszeichnen, erwartungsgemäß wirtschaftlich erfolgreicher sein als solche mit einer qualitativ geringeren Leistung.

Krankenhäuser mit einer guten Qualität weisen nicht zwingend eine bessere Wirtschaftlichkeit auf und umgekehrt. Zwischen der Qualität und der Umsatzrentabilität eines Krankenhauses gibt es keine Korrelation.

Dies bedeutet, dass Krankenhäuser häufig eine überdurchschnittlich hohe Umsatzrentabilität aufweisen, obwohl die oben genannten sowohl subjektiven als auch objektivierten Qualitätsmessungen zu unterdurchschnittlichen Ergebnissen kommen. Umgekehrt erzielen Krankenhäuser mit überdurchschnittlichen Qualitätsratings nicht notwendigerweise eine überdurchschnittliche Umsatzrentabilität.

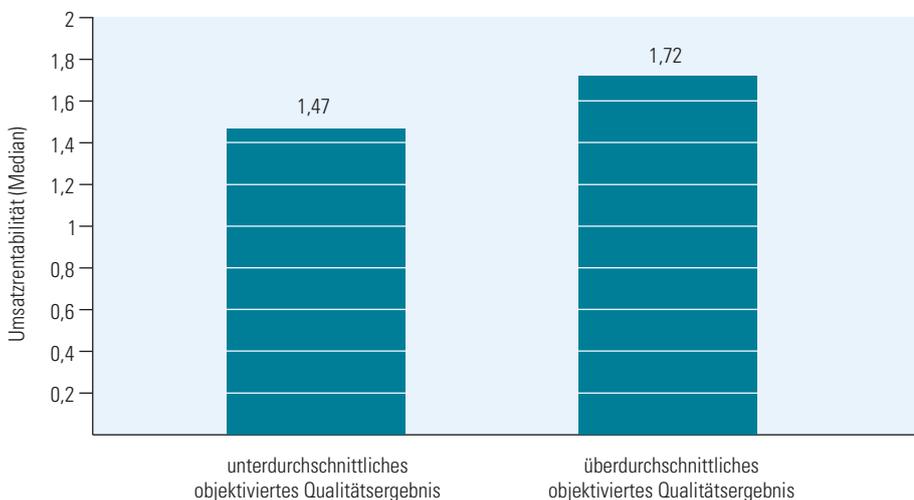
Die Schlussfolgerung aber, dass sich Qualität und Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus per se ausschließen und ein Krankenhaus nur dann eine überdurchschnittliche Umsatzrentabilität aufweisen kann, wenn es Kosten zulasten einer guten Versorgungs- und Behandlungsqualität spart, ist jedoch falsch.

Krankenhäuser mit einem überdurchschnittlich guten Qualitätsrating zeigen in der Gesamtheit keine schlechtere Umsatzrentabilität als Krankenhäuser mit einem unterdurchschnittlichen Qualitätsrating. Der Medianwert der Umsatzrentabilität liegt bei Krankenhäusern mit überdurchschnittlich gutem objektivierten Qualitätsergebnis sogar leicht über dem Medianwert der Häuser mit unterdurchschnittlichem objektivierten Qualitätsergebnis.

Qualität und Wirtschaftlichkeit schließen einander also nicht aus. Das deutsche Vergütungssystem schafft jedoch derzeit für Krankenhäuser zu wenig wirtschaftliche Anreize, ihre Qualität zu optimieren.

Soll sich der Qualitätsgedanke im deutschen Gesundheitssystem stärker durchsetzen – und dies ist angesichts der internationalen Einschätzung des deutschen Gesundheitssystems dringend angezeigt – so muss sich die Qualität der Krankenhäuser wesentlich eindeutiger als bisher im Vergütungssystem widerspiegeln. Grundlage hierfür sind selbstverständlich wiederum repräsentative, relevante, zuverlässige und gültige Qualitätsdaten.

Abbildung 8:
Vergleich des Medianwerts der Umsatzrentabilität von Krankenhäusern mit unter- und überdurchschnittlichem objektivierten Qualitätsergebnis gemäß strukturiertem Qualitätsbericht (§ 137 SGB V)



Quellen: Jahresabschlussdaten 2010 aus der KPMG-Datenbank Krankenhaus 300®, strukturierte Qualitätsberichte gemäß § 137 SGB V 2010 sowie KPMG-eigene Berechnungen

4

Fazit

Zum einen wird die Qualität der deutschen Krankenhäuser derzeit nicht ausreichend gemessen. Zum anderen ist das Vergütungssystem zu wenig auf Qualität ausgerichtet.

Dies zeigt sich darin, dass zwischen der Qualität und dem wirtschaftlichen Erfolg von deutschen Krankenhäusern derzeit kein statistisch nachweisbarer Zusammenhang besteht.

Jedoch schließen sich Qualität und Wirtschaftlichkeit auch nicht aus. Wirtschaftlich erfolgreiche Krankenhäuser sparen nicht zulasten der Qualität.

Die Gesundheitsexperten aus Wissenschaft, Politik und Praxis müssen Lösungen zu zwei strategisch wichtigen Fragen für die Verbesserung des deutschen Gesundheitssystems entwickeln:

1. Das deutsche Gesundheitssystem braucht eine öffentliche Qualitätsberichterstattung, die die tatsächliche Qualität der Leistungen deutscher Krankenhäuser widerspiegelt. Darüber hinaus muss sie die Belange des Patienten verstehen und für diesen sowohl leicht verfügbar als auch aktiv nutzbar sein.
2. Das deutsche Gesundheitssystem benötigt ein Vergütungssystem, das nicht Mengenwachstum stimuliert, sondern vielmehr vorrangig die nachhaltige Qualität der Behandlungsergebnisse belohnt.

Beides bedarf einer schnellen Konzeptionierung und Umsetzung. Anderenfalls wird Deutschland im internationalen Vergleich weiter an Boden verlieren. Der Blick ins nahe und ferne Ausland kann hier bei der Entwicklung von Maßnahmen hilfreich sein.

Abschließend noch ein Hinweis: Gegenstand der vorliegenden Untersuchung sind beispielhaft die deutschen Krankenhäuser. Dies bedeutet aber nicht, dass diese die einzigen Leistungserbringer des deutschen Gesundheitssystems sind, bei denen Qualitätsreserven bestehen. Hier sind weitergehende Untersuchungen sinnvoll und sicher lohnenswert. Schließlich ist über die Schnittstellen zwischen den Leistungserbringern nachzudenken. Auch hier muss vieles deutlich verbessert werden.

Anlage: Datengrundlagen und methodisches Vorgehen

Datengrundlagen

Grundlage der Untersuchung bildete die KPMG-Datenbank Krankenhaus 300®, in der öffentlich zugängliche Struktur-, Qualitäts- und Finanzdaten von Krankenhäusern erfasst sind. Insgesamt wurden in die Analyse 284 Krankenhäuser einbezogen, die repräsentativ über Trägerschaften und Bundesländer verteilt sind.

Objektivierte Qualitätsmessung

Zur objektivierten Qualitätsmessung wurden die in der KPMG-Datenbank Krankenhaus 300® erfassten Informationen der veröffentlichten strukturierten Qualitätsberichte gemäß § 137 SBG V verwendet. Für 1.842 Krankenhäuser sind hier Daten zu jeweils 182 Qualitätsindikatoren verfügbar.

In einem ersten Schritt wurden diese 182 Indikatoren auf ihre statistische Validität überprüft. Dies erfolgte auf Grundlage einer Bewertung dieser Indikatoren durch das AQUA-Institut.⁶ Das Institut überprüfte hierzu sowohl anhand statistischer Tests als auch anhand einer Expertenbefragung jeden einzelnen Indikator auf seine statistische Validität und Aussagekraft.

Für die vorliegende Untersuchung wurden diejenigen Indikatoren ausgewählt (insgesamt 86), die im statistischen Test eine gute oder mäßige Bewertung sowie in der Expertenbefragung eine mindestens sehr gute oder gute Einschätzung erhalten hatten.

Im zweiten Schritt wurden aus dieser Auswahl 22 Indikatoren zu seltenen, überwiegend transplantationsmedizinischen Verfahren eliminiert, da diese lediglich in wenigen spezialisierten Häusern verfügbar sind.

Als nächstes wurde jeder Qualitätsindikator mithilfe einer Scoring-Kennzahl zwischen 0 und 3 Punkten bewertet. Schließlich wurde für jedes der 284 Krankenhäuser unserer Fallauswahl der Mittelwert des über alle 64 Qualitätsindikatoren erreichten Punktestands als Indikator für das objektivierte Qualitätsergebnis berechnet.

Für die Datenanalysen zum objektivierten Qualitätsergebnis wurden dann jeweils nur diejenigen Krankenhäuser berücksichtigt, die zu mindestens 35 der noch verbleibenden 64 Indikatoren Angaben gemacht hatten. Dabei handelte es sich um insgesamt 208 Krankenhäuser.

Subjektive Qualitätsmessung

Grundlage der subjektiven Qualitätsmessung bilden die in der KPMG-Datenbank Krankenhaus 300[®] erfassten, öffentlich zugänglichen Daten einer Umfrage der Techniker Krankenkasse zur Patientenzufriedenheit mit den Indikatoren „Allgemeine Patientenzufriedenheit“, „Patientenzufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis“, „Patientenzufriedenheit mit der medizinisch-pflegerischen Versorgung“ und „Patientenzufriedenheit mit Information und Kommunikation“. Diese Daten liegen für circa 1.000 Krankenhäuser vor.

Wirtschaftlichkeit

Als Kennzahl für die Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses wird die Umsatzrentabilität verwendet. Diese wird aus dem Quotienten von Jahresüberschuss/Jahresfehlbetrag zur Betriebsleistung ermittelt. Für die vorliegende Untersuchung bilden die Grundlage dieser Daten die in der KPMG-Datenbank Krankenhaus 300[®] erfassten, im Bundesanzeiger veröffentlichten Jahresabschlüsse.

6 AQUA-Institut (2011): Bericht zur Schnellprüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung

Kontakt

KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Klingelhöferstraße 18
10785 Berlin



Prof. Dr. Volker Penter
Partner, Leiter Health Care
T +49 30 2068-4740
vpenter@kpmg.com



Dr. Sören Eichhorst
Partner, Health Care
T +49 30 2068-1600
seichhorst@kpmg.com



Stefan Friedrich
Manager, Health Care
T +49 30 2068-1675
sfriedrich@kpmg.com

An dieser Untersuchung haben unterstützend mitgewirkt: Franziska Holler und Alexander Miller.

www.kpmg.de/gesundheit

Die enthaltenen Informationen sind allgemeiner Natur und nicht auf die spezielle Situation einer Einzelperson oder einer juristischen Person ausgerichtet. Obwohl wir uns bemühen, zuverlässige und aktuelle Informationen zu liefern, können wir nicht garantieren, dass diese Informationen so zutreffend sind wie zum Zeitpunkt ihres Eingangs oder dass sie auch in Zukunft so zutreffend sein werden. Niemand sollte aufgrund dieser Informationen handeln ohne geeigneten fachlichen Rat und ohne gründliche Analyse der betreffenden Situation.

© 2013 KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eine Konzerngesellschaft der KPMG Europe LLP und Mitglied des KPMG-Netzwerks unabhängiger Mitgliedsfirmen, die KPMG International Cooperative („KPMG International“), einer juristischen Person schweizerischen Rechts, angeschlossen sind. Alle Rechte vorbehalten. Printed in Germany. Der Name KPMG, das Logo und „cutting through complexity“ sind eingetragene Markenzeichen von KPMG International.