

Krankenhaus-Report 2018

„Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2018

Auszug Seite 171-191



10	Umsetzung der Qualitätsagenda des Krankenhausstrukturgesetzes – ein Vorschlag zur Vorgehensweise am Beispiel des Landes Nordrhein-Westfalen.....	171
	<i>Jürgen Malzahn, Patrick Garre und Carina Mostert</i>	
10.1	Einleitung.....	172
10.2	Stand der Umsetzung der Qualitätsagenda des KHSG.....	173
10.3	Qualitätsreform des KHSG und Strukturwandel	175
10.4	Handlungsoptionen des G-BA	177
10.5	Handlungsoptionen für Bundesländer am Beispiel von Nordrhein-Westfalen (NRW)	178
10.5.1	Rahmenkonzept zur Umsetzung einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung.....	179
10.5.2	Beispiel Nordrhein-Westfalen	181
10.6	Fazit	188

10 Umsetzung der Qualitätsagenda des Krankenhausstrukturgesetzes – ein Vorschlag zur Vorgehensweise am Beispiel des Landes Nordrhein-Westfalen

Jürgen Malzahn, Patrick Garre und Carina Mostert

Abstract

Mit dem KHSG und der Gründung des IQTIG wurde eine breite Qualitätsagenda für die Krankenhausplanung aufgesetzt. Die Umsetzungsgeschwindigkeit und das bisher Erreichte sind jedoch kritisch zu bewerten. Der bisher erreichte Stand erscheint umso problematischer, als sich hier mehrere gravierende Herausforderungen stellen. Die für eine bessere Qualität der Versorgung von Patienten avisierte Zentralisierung der Leistungserbringung ist auch geboten, will man die personelle Ausstattung zukunftssicher und effizient aufstellen und die deutsche Krankenhauslandschaft im Sinne interdisziplinärer vernetzter Medizin zukunftsfähig ausrichten.

Neben den Handlungsoptionen auf Bundesebene nach KHSG sind insbesondere die planungsverantwortlichen Länder gefragt, die qualitätsorientierte Versorgung der Bevölkerung und eine entsprechende Planung in den Blick zu nehmen. Am Beispiel des Landes Nordrhein-Westfalen unterbreitet der vorliegende Beitrag einen zweistufigen konzeptionellen Vorschlag, wie die Planungsbehörden auf Landesebene dies angehen können. Aufsetzend auf Versorgungsstufen sollen sukzessive Leistungsbereiche in den Blick genommen werden, für die dann Qualitätsanforderungen (Mindestmengen, Anforderungen zu Struktur-, Prozess- und ggf. Ergebnisqualität) festzulegen sind, die die Häuser erfüllen müssen.

With the KHSG and the foundation of IQTIG, a broad quality agenda for hospital planning was established. However, the speed of implementation and what has been achieved so far must be assessed critically. The level achieved so far seems to be all the more problematic as several serious challenges have to be met. The centralisation of service provision which is intended to improve the quality of care for patients is also necessary if staffing is to be future-proof and efficient and if the German hospital landscape is to be future-oriented in terms of an interdisciplinary medicine network.

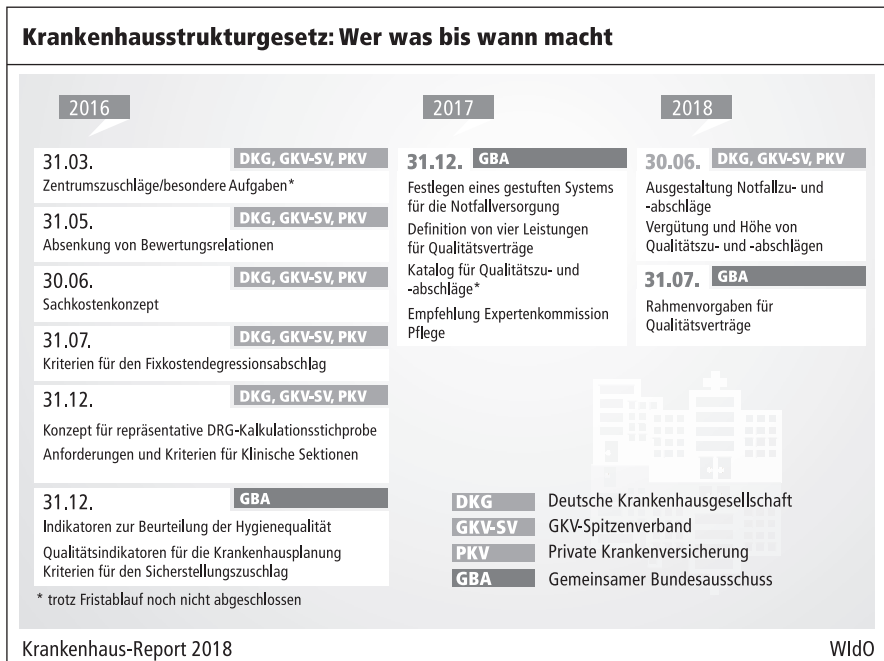
In addition to options for action at the federal level according to the KHSG, the federal states are called upon to consider quality-oriented health care and appropriate hospital planning. Using the state of North Rhine-Westphalia as an example, this paper presents a two-stage conceptual proposal on how the planning authorities at state level can approach this issue. Based on health care supply

levels, the focus is on successive service areas for which quality requirements (volume thresholds, requirements for structural, process and, if applicable, outcome quality) must be defined which the hospitals must meet.

10.1 Einleitung

Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG) vom 01.01.2016 ist seit der DRG-Einführung im Jahr 2003 die erste umfassende Reform der stationären Versorgung, mit der die Krankenhauslandschaft grundlegend umgestaltet werden soll. Im Wesentlichen enthält das KHSKG ein Maßnahmenpaket, das die finanzielle Situation der Krankenhäuser verbessern soll und einen anderen Teil an Regelungen, die einen qualitätsorientierten Umbau der Krankenhauslandschaft zum Ziel haben. Dabei sind die Einzelregelungen eng miteinander verwoben, sodass eine strikte Zuordnung zu den beiden Themenfeldern nicht immer möglich ist. Die einzelnen Paragraphen sind meist als Rahmenvorgaben ausgestaltet, die durch die Selbstverwaltungspartner Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), GKV Spitzenverband (GKV-SV) und dem Verband der privaten Krankenversicherung (PKV Verband) oder den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) näher spezifiziert werden müssen. Der Zeitplan der relevanten Maßnahmen des KHSKG kann Abbildung 10–1 entnommen werden.

Abbildung 10–1



Etliche der Regelungen führen zu Zielkonflikten, wie zum Beispiel die derzeit diskutierten Sicherstellungszuschläge für kleine Standorte der Geburtshilfe. Zahlreiche kleine Standorte fördern zwar der Flächenversorgung im ländlichen Raum, widersprechen aber dem Ziel der Zentralisierung von Krankenhausleistungen und der damit u. a. intendierten Steigerung der Behandlungsqualität.

Dieser Beitrag befasst sich mit dem Stand des qualitätsorientierten Umbaus der Krankenhauslandschaft und lässt die Finanzierungsaspekte weitgehend außer Acht, soweit diese nicht unmittelbar für den Strukturumbau von Bedeutung sind.¹

10.2 Stand der Umsetzung der Qualitätsagenda des KHSG

Der Umsetzungsstand des KHSG sei für vier zentrale Einzelthemen benannt:

- Bei den Mindestmengen hat der G-BA nach zwei Jahren am 17.11.17 die neue gesetzliche Grundlage in der aktualisierten Richtlinie und der Verfahrensordnung abgebildet. Eine parallele Anpassung der bestehenden Mindestmengen oder Beratungen über neue Leistungsbereiche für Mindestmengen fanden bisher nicht statt.
- Die ersten planungsrelevanten Indikatoren (Plan-QI) wurden am 15.12.16 durch den G-BA verabschiedet und betreffen die gynäkologischen Operationen, Geburtshilfe sowie die Mammachirurgie (PM des G-BA: Qualität bei gynäkologischen Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie künftig für Krankenhausplanung relevant, 2016). Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben wurden dabei Qualitätsindikatoren aus der externen stationären Qualitätssicherung verwendet, was die Gestaltungsmöglichkeiten deutlich eingeschränkt hat. Ein Folgeauftrag, in dem die Richtlinien des G-BA zur Strukturqualität sowie zu Mindestmengenregelungen im Zentrum stehen, wurde vom G-BA am 18.05.17 an das IQTIG erteilt. Mit Wirkung für das Jahr 2020 können dann weitere Plan-QI verabschiedet werden, die in erheblichem Maße unzureichende Qualität aufzeigen sollen (PM des G-BA: Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung: IQTIG mit Konzept für Neu- und Weiterentwicklung beauftragt, 2017).
- Nachdem DKG, GKV-SV und PKV-Verband sich bei der Zentrumsvereinbarung, die aufgrund des KHSG zu treffen war, nicht einigen konnten, setzte die Bundesschiedsstelle am 08.12.2016 eine Vereinbarung fest. Allerdings wurde diese Vereinbarung vom GKV-SV beklagt, weil die Konkretisierung der überörtlichen und krankenhausübergreifenden Aufgabenwahrnehmung sowie die Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen aus Sicht der Krankenkassen nicht vorgenommen wurde. Zudem widersprechen aus der Perspektive der Krankenkassen Teile der Anlage der Vereinbarung dem Gebot der Doppelfinanzierung.

¹ Unabhängig davon, wie man die Umsetzung der finanziellen Maßnahmen des KHSG bewertet, sind die Ausgaben der GKV für die stationäre Versorgung im Jahr 2016 um 3,8 % gestiegen.

- Das Antragsvolumen für den insgesamt 1 Mrd. Euro schweren Strukturfonds wurde laut einer Pressemeldung des Bundesversicherungsamtes (BVA) fast vollständig erreicht. Zum 31.07.2017 waren vom Bundesanteil, der 500 Mio. Euro aus dem Gesundheitsfonds beinhaltet, Anträge für ein Volumen von 483,81 Mio. Euro gestellt, um 66 Einzelprojekte zu fördern.² Knapp zwei Drittel der beantragten Projekte sind auf eine Konzentration von Leistungen ausgerichtet und nur je 18% der Anträge sollen Umwandlungen oder Schließungen von Krankenhäusern bewirken (PM des BVA: Bundesversicherungsamt zieht erste Bilanz zum Stand der Förderung des Strukturwandels in der Krankenhausversorgung, 2017).

Seitens des G-BA wird die Qualitätsagenda des KHSG grundsätzlich als Vertrauensbeweis gegenüber der Selbstverwaltung begrüßt. Es fehlt jedoch seitens der Politik die Vorgabe eines politischen Rahmenkonzeptes für die zukünftige Krankenhauslandschaft, in die die zahlreichen Qualitätsmaßnahmen eingeordnet werden können. Erforderlich scheint eine gesundheitspolitische Zielbestimmung, die die Konturen einer „Krankenhauslandschaft 2025“ beschreibt. Der Ansatz, mit qualitätsorientierter Versorgungssteuerung ohne konkretere gesundheitspolitische Strukturziele eine qualitätsorientierte Krankenhausreform durchzuführen, erscheint unvollständig. Zudem ist zu bemängeln, dass die impliziten Strukturansprüche des KHSG ohne eine Neuorientierung der Investitionsfinanzierung nicht erfolgreich umgesetzt werden können. Auch verfassungsrechtliche Fragen sind im KHSG nicht ausreichend geklärt; so bleibt unklar, wie stark der G-BA in die Krankenhausplanung eingreifen darf bzw. soll.

Die Folgen dieser Unklarheiten werden im politischen Handeln der einzelnen Akteure sichtbar. Zwar wurde das KHSG als Konsens zwischen Bund und Ländern verhandelt, aber gleich nach der Verabschiedung kritisierten einzelne Bundesländer die Gesetzesvorgaben als zu weitgehend. Deutlich wurde dies durch die bayerische Staatsregierung demonstriert, die fast unmittelbar nach der Verabschiedung des KHSG Ausnahmemöglichkeiten hinsichtlich der Umsetzung der Plan-QI im Landtag verabschieden ließ. Es ist eine Herausforderung für den G-BA und die Vertragspartner auf Selbstverwaltungsebene, den unterschiedlichen politischen Interessen gerecht zu werden – manche Akteure halten dies auch für eine Überbeanspruchung der untergesetzlichen Normgeber, weil die demokratische Legitimierung von G-BA, DKG, PKV-Verband und GKV-SV an die verfassungsrechtlichen Grenzen stoße (Klakow-Frank 2018).

Für die Bundesländer stellt sich die Situation aus anderen Gründen kritisch dar. Die weitgehende Fristeinholung bei der Umsetzung des KHSG wird zwar grundsätzlich anerkannt. Doch das bisher Erreichte wird eher als eine Art formale Pflichterfüllung bei weniger wichtigen Themen bewertet. Die Ergebnisse bei den Zentrumszuschlägen und den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren werden bemängelt. Dass der G-BA im Kontext der Plan-QI nur Indikatoren für „unzureichende“ Qualität und nicht – wie dem Gesetzeswortlaut zufolge notwendig – Indikatoren für „in erheblichem Maße unzureichende Qualität“ festgelegt und beschlossen hat, ist aus Länder-

² Die andere Hälfte der 500 Mio. Euro ist durch die Bundesländer aufzubringen.

perspektive ungenügend. Auch bei den Zentrumszuschlägen wird nicht mit Kritik an den Selbstverwaltungspartnern gespart. Aktuell gibt es zwar eine durch die Bundesschiedsstelle erwirkte Vereinbarung. Aus Sicht der Länder wurden jedoch die Vorstellungen des KHSG infolge mangelnder Kompromissbereitschaft der Selbstverwaltung nicht in zielführender Form umgesetzt (Obermöller und Gruhl 2018).

Es wird deutlich, wie unterschiedlich die Erwartungen an das KHSG sind und wie unbestimmt das dahinter liegende politische Zielbild für die Krankenhauslandschaft 2025 sein muss. Dies gilt es daher an dieser Stelle nochmals zu beleuchten.

10.3 Qualitätsreform des KHSG und Strukturwandel

Die gesundheitspolitischen Herausforderungen hinsichtlich Umfang und Tempo der Qualitätsreform leiten sich aus mehreren Gesichtspunkten ab, die inhaltlich miteinander vernetzt sind. Erst die gemeinsame Betrachtung zentraler Themen wie der Qualität der Versorgung, der Personalfragen im Gesundheitswesen und der heutigen medizinisch-wissenschaftlichen Erfordernisse in der Versorgung zeigt die Anforderungen an die Krankenhauslandschaft 2025, die für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten von entscheidender Bedeutung sind.

Qualität der Versorgung

International und auch für Deutschland gibt es eine breite Evidenz hinsichtlich bestehender Verbesserungspotenziale bei stärkerer Zentralisierung (Bauer 2017; Loos et al. 2016). Jüngst hat die Studie von Nimptsch und Mansky für 17 Behandlungsarten Volume-Outcome-Zusammenhänge nachgewiesen und Mindestfallzahlen berechnet, ab denen eine überdurchschnittliche Versorgungsqualität anzunehmen ist (Nimptsch und Mansky 2017). Die Leistungsbereiche können in fünf Blöcke eingeteilt werden:

- Häufige Krankheitsbilder mit nicht planbarer Behandlung (Herzinfarkt, COPD)
- Elektive Herz- und Thoraxchirurgie (z. B. koronare Bypasschirurgie, Aortenklappenerstanz)
- Elektive größere viszeralchirurgische Eingriffe (z. B. kolorektale Karzinome und Nephrektomien bei Nierenkarzinom)
- Elektive Gefäßoperationen (z. B. extrakranielle Gefäßoperationen, Eingriffe an Becken-/Beinarterien bei Arteriosklerose)
- Eingriffe mit geringem Sterblichkeitsrisiko, aber großen Volumina (z. B. Endoprothetik, Hernienchirurgie)

Mindestmengen auf Haus- bzw. Operateursebene sind aber nicht nur isoliert zu sehen, sondern auch Teil von Struktur- und Prozessvorgaben im Rahmen von Zentrumsdefinitionen, wie sie verschiedene Fachgesellschaften, etwa auch die Deutsche Krebsgesellschaft, treffen. Auch hier findet sich eine klare Evidenz für positive Zentrums-Outcome-Zusammenhänge.

- Beispiel Lungenkrebszentren: Zentren, für die u. a. eine Mindestmenge von 75 gilt, zeigen für Lungenresektionen eine deutlich geringere Krankenhaussterblichkeit als Nicht-Zentren (2,5% versus 4,1%) (Wesselmann 2017).

- Beispiel Darmkrebszentren: Auf dem Versorgungsforschungskongress 2017 wurde gezeigt, dass die Überlebensrate in den zertifizierten Darmkrebszentren nach acht Jahren um zehn Prozentpunkte höher liegt als in den nicht zertifizierten Zentren (Reissfelder et al. 2017).
- Beispiel Brustkrebszentren: Für diese wurde der entsprechende Zusammenhang im Jahr 2011 publiziert. Es wurde gezeigt, dass die Vier-Jahres-Überlebensrate in von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Brustkrebszentren um sieben Prozentpunkte höher liegt als in anderen Kliniken. (Quelle: Beckmann et al. 2011).

In der Krankenhausplanung kommen diese Erkenntnisse bisher jedoch kaum an, die Qualitätsverbesserungspotenziale werden nicht genutzt. Mindestmengen gibt es bisher nur wenige und zum Teil gemäß Studienlage zu niedrige. Die Freiwilligkeit von Zentrumszertifizierungen führt bis heute zu einer defizitären Krankenhauslandschaft, in der eine größere Zahl von Krankenhäusern bestimmte Behandlungen nur sehr selten vornimmt mit deutlich schlechterem Outcome für den Patienten. Besonders ausgeprägt ist diese für die Versorgung kritische „Gelegenheitschirurgie“ in der angesprochenen Onkologie (Wesselmann 2017).

10

Personal

Mit Blick auf den strukturellen Reformbedarf muss aber auch die personelle Situation im Krankenhausbereich beachtet werden. Diese ist sowohl im ärztlichen als auch pflegerischen Bereich angespannt. Fast jedes Krankenhaus hat offene Arztstellen, die auch mittelfristig nicht besetzt werden können. Die Ursache dafür besteht aber nicht darin, dass es in Deutschland zu wenige Ärzte gibt. Die Arztzahlen in Deutschland sind im OECD Vergleich nicht gering; Deutschland hat die fünfhöchste Arztdichte in der OECD (OECD 2017). Vielmehr existieren viele kleine Krankenhäuser, die zudem nicht einmal ausreichend ausgelastet sind,³ in denen folglich die ärztlichen Ressourcen nicht sachgerecht eingesetzt werden können. Denn auch in kleinen Krankenhäusern müssen Nacht- und Wochenenddienste mit ärztlichem Personal ausgestattet werden. Rund 700 Krankenhäuser weisen weniger als 200 Betten auf und nur 265 Kliniken verfügen über mehr als 500 Betten (Destatis 2016). Die Personalfrage bei den Ärzten muss folglich eng verzahnt mit der Frage nach der Struktur der Krankenhauslandschaft diskutiert werden. Im pflegerischen Bereich ist die Situation noch dramatischer und vielfach wird ein Pflegepersonalmangel bemängelt. Es ist aufgrund der Arbeitsmarktlage fraglich, ob gesetzliche Maßnahmen wie Pflegepersonaluntergrenzen allein zu wesentlichen Verbesserungen führen können. Ein wirkungsvolles Mittel, um den Herausforderungen im Personalbereich bei Pflegepersonal und Ärzteschaft begegnen zu können, ist sicher auch eine erhebliche Zentralisierung der Krankenhausleistungen mit größeren Stationen, sodass Kliniken mit mehr als 500 Betten nicht mehr die Ausnahme, sondern die Regel in der Krankenhauslandschaft werden.

³ Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes ist die Bettenauslastung seit dem Jahr 2004 stabil bei 76 bis 77%, obgleich die Krankenhauspläne vieler Bundesländer eine Auslastungsquote von 85% als Ziel- bzw. Orientierungswert enthalten.

Medizinisch-technischer Fortschritt

Der dritte wesentliche Aspekt für die Bewertung der Handlungsnotwendigkeit ist medizinisch-wissenschaftlicher Natur. Für immer mehr Leistungen werden verschiedene Fachabteilungen am gleichen Standort benötigt, die insbesondere im Notfallbereich auch über 24 Stunden an allen Wochentagen besetzt sein müssen. Für die optimale Behandlung eines Schlaganfalls werden aktuell nicht nur eine internistische und eine neurologische Abteilung nebst einer ausreichenden Bildgebung für eine Lysetherapie benötigt, sondern zur Durchführung einer gegebenenfalls erforderlichen Thrombektomie muss zusätzlich ein Facharzt für interventionelle Neuroradiologie verfügbar sein. Auch für viele elektive Behandlungen wie beispielsweise die onkologische Therapie von Brust- oder Darmkrebs wird nach den Zertifizierungskriterien der Deutschen Krebsgesellschaft die Vorhaltung zahlreicher Fachabteilungen und Strukturen mit Blick auf Qualitätserfordernisse begründet. Derartige Strukturanforderungen können von Krankenhäusern der Grundversorgung kaum erbracht werden, entsprechen aber dem Stand einer zeitgemäßen medizinischen Versorgung.

Betrachtet man letztlich, welche Herausforderungen die Qualitätsunterschiede, die Personalsituation und die Frage einer zeitgemäßen medizinischen Versorgung für die Gestaltung der zukünftigen Krankenhauslandschaft darstellen, scheint das aktuelle Tempo der Strukturveränderungen in der Krankenhauslandschaft unangemessen zu sein. Wie weitergehende Krankenhausreformen aussehen könnten, beschrieb in einer Art Weckruf die Leopoldina (Busse et al. 2016). Sie forderte eine Reduktion der stationären Versorgung auf 330 Standorte und war dabei mutmaßlich auch von den Reformen Dänemarks und der Niederlande motiviert. Würde man den Investitionsbedarf von Dänemark auf Deutschland übertragen, entstehen Summen von 75 bis 90 Mrd. Euro, die über einen Fünf- bis Zehn-Jahres-Zeitraum aufgebracht werden müssten (Malzahn und Heyder 2017). Auch wenn man anders als die Leopoldina die anzustrebende Standortanzahl auf 500 bis 600 erhöhen würde, was eher den niederländischen Verhältnissen entspräche, reicht das KHSG als politische Grundlage für ein solches Zielbild allein sicher nicht aus. Zu einer entsprechenden Umsetzung sind neben politischem Mut zur Umgestaltung und der gesetzlichen Lösung offener Rechtsfragen auch entsprechende Finanzmittel unerlässlich.

10.4 Handlungsoptionen des G-BA

Soll die Umsetzung des KHSG zur Erreichung des beschriebenen Zieles substantiell beitragen, ist im G-BA eine entsprechende Priorisierung vorzunehmen. In den nächsten Jahren wäre es geboten, mit deutlich erhöhter Geschwindigkeit das Thema Mindestmengen in den Fokus zu nehmen, bei manchen Themen ergänzt um Vorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auf Basis von § 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V. Aus diesem Prozess muss jährlich eine Reihe von für die Versorgung gestaltungsrelevanten bzw. strukturwirksamen Beschlüssen und Richtlinien hervorgehen, um ausreichend Schub in die qualitätsorientierte Krankenhausstrukturreform zu erreichen. Dieses Vorgehen berücksichtigt, dass der Fahrplan bei den Plan-QI bereits steht, aber erst mittelfristig Ergebnisse hervorbringen kann. Die Themen

Qualitätsverträge nach § 110a SGB V sowie die Qualitätszu- und -abschläge nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V werden als neue Elemente ohnehin eher langsamer eine Versorgungsrelevanz entfalten können. Daher ist eine breite Steuerungswirkung eher unwahrscheinlich, wohingegen Mindestmengen mit und ohne Verknüpfung von Strukturvorgaben etablierte Instrumente sind, die breit genutzt werden können und nach Ablauf unvermeidlicher Übergangszeiten nachweislich wirken.

Nachdem der G-BA nun die Richtlinie und Verfahrensordnung an die neue Rechtslage angepasst hat, ist auf mehreren Feldern zielorientiertes Handeln erforderlich. Zum einen sollte die Höhe vorhandener Mindestmengen überprüft werden. Beispielsweise verweist eine klare Evidenz darauf, dass die Mindestmengen für Eingriffe an Bauchspeicheldrüse (Pankreas) und Speiseröhre (Ösophagus) neu festzulegen sind. In den Niederlanden hat man diese Eingriffen ab 2011 stärker konzentriert und den Dialog mit den Krankenhäusern, die die Eingriffe durchführen, intensiviert. Im Ergebnis konnte mit einer Mindestmenge von 20 Eingriffen pro Klinik die Mortalität bei Bauchspeicheldrüsenoperationen von ca. 8 auf 4% gesenkt werden. In Deutschland liegt die Mortalität derzeit bei 9,2%. Vergleichbar positive Erfahrungen liegen hinsichtlich der Operationen an der Speiseröhre vor (Mansky et al. 2017b).

Der Katalog von Leistungen, für die neuen Mindestmengen infrage kommen, ist – wie bereits im dritten Abschnitt dieses Beitrages ausgeführt – umfangreich. Diese Leistungsbereiche gilt es zügig zu prüfen, studienbasierte Hinweise zu möglichen Mindestmengen liegen wie dargelegt vor.

In Verbindung mit Mindestmengen, aber auch ohne Mengenvorgaben, können Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsvorgaben die Versorgungsqualität steigern. Das KHSG hat diese Regelung inhaltlich nicht verändert, nur wurde sie aus dem § 137 SGB V in den § 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V überführt. Der G-BA hat schon 2006 mit der Richtlinie zur Kinderonkologie unter Beweis gestellt, dass mit Strukturvorgaben eine sachgerechte Steuerung erfolgen kann. Seit Inkrafttreten der Richtlinie ist sichergestellt, dass krebskranke Kinder nur in Kliniken behandelt werden, die ausreichende hämatologische Expertise nachweisen können und die Kinder soweit wie möglich in Therapieoptimierungsstudien einbringen. Weitere Richtlinien auf dieser Basis existieren zu den Bereichen Kinderherzchirurgie, minimalinvasive Herzchirurgie, Bauchaortenaneurysma und zu den Früh- und Reifgeborenen.

10.5 Handlungsoptionen für Bundesländer am Beispiel von Nordrhein-Westfalen (NRW)

Das KHSG hat die Handlungsmöglichkeiten der in der Planungsverantwortung stehenden Länder weiter gestärkt (vgl. § 1 und § 6 Abs. 1a KHG). Durch die Aufnahme von Qualität als eigenständigem Planungskriterium ist es den Planungsbehörden nun möglich, konkrete Qualitätsvorgaben zu machen und darauf aufbauend Auswahlentscheidungen zwischen einzelnen Krankenhäusern zu treffen. Versorgungsaufträge können demnach durch die Planungsbehörden der Länder qualitätsorientiert explizit an einzelne Kliniken exklusiv vergeben werden; der eher appellhafte Charakter von Strukturqualitätsvorgaben in Krankenhausplänen könnte zukünftig der Vergangenheit angehören, weil er sich als weitgehend „nicht versorgungsrele-

vant“ erwiesen hat. Die Planungsbehörden haben die Instrumente, auch unabhängig vom Fortgang der Beschlüsse des G-BA mit Strukturvorgaben unter Einschluss von Mindestmengen und Strukturqualitätsvorgaben die Krankenhauslandschaft nach Qualitätsgesichtspunkten auszugestalten und können dafür entsprechende Maßnahmen in den Landeskrankenhausgesetzen und Krankenhausplänen vorsehen.

Eine solche qualitätsorientierte Krankenhausplanung bedarf zudem einer begleitenden öffentlichen Kommunikation, weil eine Zentralisierung von Krankenhausleistungen nicht ohne Widerstände einzelner Kliniken und auch Bürger umgesetzt werden kann. Es ist erforderlich, der Bevölkerung zu verdeutlichen, dass die Durchführung von Krankenhausbehandlungen in der heutigen Zeit dann zu den bestmöglichen Behandlungsergebnissen führt, wenn eine bestimmte strukturelle Ausstattung vorliegt und die Leistungen in einer ausreichenden Anzahl erbracht werden.

10.5.1 Rahmenkonzept zur Umsetzung einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung

Um eine bedarfsgerechte Versorgung zu etablieren, bietet es sich zunächst an, die Krankenhäuser in Grund-, Regel- und Maximalversorger einzuteilen sowie die Universitätsklinik als eine eigene Versorgungsstufe in die Krankenhausplanung zu integrieren. Ziel dieser Einteilung ist es, schrittweise einzelne Leistungen zunächst an bestimmte Versorgungsstufen zu koppeln und in einer weiteren Stufe diese Leistungen justiziabel in den Feststellungsbescheiden der einzelnen Kliniken auszuweisen. Krankenhäuser ohne den konkreten Ausweis im Feststellungsbescheid dürfen die Leistungen nicht mehr bewirken. Dabei sind Auswirkungen auf die Erreichbarkeit zu beachten. Jedoch darf der abstrakte Begriff der flächendeckenden Versorgung nicht dazu genutzt werden, um Konzentration von Leistungen zu verhindern, die aus Qualitätsgründen nachvollziehbar belegt ist.

Bei der Zuweisung der Versorgungsstufen sollte man sich zunächst an allgemeinen Vorgaben wie einer Mindestanzahl der Fachabteilungen sowie einer Mindestanzahl und Qualifikation des ärztlichen Personals etc. orientieren.⁴ Fachkliniken werden den Versorgungsstufen gemäß ihrer individuellen Leistungsfähigkeit zugeordnet, weil das Kriterium der Mindestanzahl von Fachabteilungen der Struktur nicht gerecht wird. Bei den nachfolgenden Strukturanforderungen bzgl. der Fachabteilungen werden Radiologie, Anästhesie und weitere nicht bettenführende Abteilungen nicht extra aufgeführt, sind aber aus medizinischer Notwendigkeit vorzuhalten.

Grundversorger

- Vorhaltung der Fachabteilungen Allgemeine Innere Medizin und Allgemein Chirurgie.
- Facharztstandard 24/7 je Abteilung gewährleisten, Leitung und stellvertretende Leitung müssen dabei Fachärzte sein.
- Erreichbarkeitsnorm (z. B. 30 km).

⁴ Die auszuweisenden Fachabteilungen beziehen sich auf den Krankenhausplan NRW 2015, in dem auch Schwerpunktkompetenzen im Bereich der Chirurgie und der Inneren Medizin benannt sind.

Regelversorger

- Vorhaltung von mindestens zehn Disziplinen (darunter verschiedene Schwerpunktcompetenzen der Inneren Medizin/Chirurgie, Intensivmedizin, Geburtshilfe sowie Kinder- und Jugendmedizin), dabei sollte zumindest in der Inneren Medizin/Chirurgie eine Schwerpunktbildung erfolgen (z. B. Gastroenterologie/Viszeralchirurgie oder Kardiologie/Herz-Thoraxchirurgie).
- Facharztstandard 24/7 je Abteilung gewährleisten, mindestens drei vollzeitäquivalente Fachärzte pro Fachabteilung, Leitung und stellvertretende Leitung müssen Fachärzte sein.
- Erreichbarkeitsnorm (z. B. 50 km).

Maximalversorger

- Vorhaltung von mehr als 15 Disziplinen (darunter verschiedene Schwerpunktcompetenzen der Inneren Medizin/Chirurgie, Intensivmedizin, Geburtshilfe, Neurologie, Neurochirurgie, HNO, Augenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin).
- Facharztstandard 24/7 je Abteilung gewährleisten, mindestens fünf vollzeitäquivalente Fachärzte, Leitung und stellvertretende Leitung müssen Fachärzte sein.
- Eine Erreichbarkeitsnorm für Maximalversorger in NRW ist derzeit entbehrlich.

Universitätsklinik

- Vorhaltung von mehr als 15 Disziplinen (darunter verschiedene Schwerpunktcompetenzen der Inneren Medizin/Chirurgie, Intensivmedizin, Geburtshilfe, Neurologie, Neurochirurgie, HNO, Augenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin).
- Facharztstandard 24/7 je Abteilung gewährleisten, mindestens fünf vollzeitäquivalente Fachärzte, Leitung und stellvertretende Leitung müssen Fachärzte sein. Besondere Leistungen in Forschung und Lehre, die sich auch dadurch beweisen, dass relevante Patientenzahlen in qualitativ hochwertige wissenschaftliche Studien einbezogen werden.
- Eine Erreichbarkeitsnorm für Universitätsklinik in NRW ist entbehrlich.

In der zweiten Stufe müssen für die Zuweisung von einzelnen Leistungsbereichen zu konkreten Kliniken weitere spezielle Kriterien erfüllt werden. Dies sind im Wesentlichen Mindestmengen und Strukturvorgaben, die in den Feststellungsbescheiden ausgewiesen werden. Nur Krankenhäuser mit den entsprechenden Feststellungsbescheiden können diese Leistungen gegenüber den Kassen abrechnen.

Das mehrstufige Verfahren mit Versorgungsstufen als Einstieg und anschließender weiterer Konkretisierung bietet die Möglichkeit, auch Übergangszeiträume vorzusehen, die für relevante Änderungen im Versorgungsgeschehen benötigt werden. Krankenhäuser erhalten die Möglichkeit, sich an die neuen Voraussetzungen anzupassen und strategische Entscheidungen zu treffen. Um ausreichende Planungs- und Prozesssicherheit zu gewährleisten, sollten allerdings die Ziele formuliert werden, die in nachfolgenden Stufen erreicht werden sollen.

10.5.2 Beispiel Nordrhein-Westfalen

Die Umsetzung des Rahmenkonzepts muss die landesspezifischen Ausgangsbedingungen berücksichtigen. Fragen der Erreichbarkeit von Maximalversorgern sind in Stadtstaaten anders als in Flächenländern zu bewerten. Mit Nordrhein-Westfalen wird beispielhaft ein Land in den Blick genommen, das viele hochverdichtete Ballungsräume, aber auch dünner besiedelte Regionen aufweist. Zugleich wird in NRW fast ein Viertel der deutschen Bevölkerung über eine große Zahl von Krankenhäusern versorgt. Vor diesem Hintergrund weist die Krankenhauslandschaft in NRW ein hohes Gestaltungspotenzial auf.

Reform der Notfallversorgung am Beispiel Herzinfarkt

Die Versorgung von Patienten mit Herzinfarkt sollte auf Krankenhäuser konzentriert werden, die Linksherzkathetermessplätze an sieben Tagen pro Woche 24 Stunden mit Fachärzten besetzen können. In Deutschland werden rund 10% der Patienten in Krankenhäusern behandelt, die über keinen Linksherzkathetermessplatz verfügen (Mansky et al. 2016). Die Leitlinien sehen vor, dass bei bestimmten Herzinfarkten zeitnah ein Linksherzkatheter durchgeführt werden muss. Dies kann nur mit den Mitteln eines entsprechenden Krankenhauses geschehen, sodass die Einlieferung von Patienten in Kliniken ohne Linksherzkathetermessplatz deren Leben gefährden kann. Außerdem muss eine leistungsfähige Intensivstation am Standort vorhanden sein und es besteht ein Volume-Outcome-Zusammenhang, der bei der Auswahl der Krankenhäuser zu beachten ist. Laut einer aktuellen Studie (Mansky et al. 2017a) kann bei einem Schwellenwert von 309 Fällen pro Jahr die Infarktsterblichkeit von 9,8% auf 7,4% verringert werden. Aus dieser Situation ergibt sich, dass Grundversorger für die Infarktbehandlung kaum geeignet sein können; im ersten Schritt sollte daher die Behandlung von Herzinfarkten auf die anderen Versorgungsstufen beschränkt werden. Im zweiten Schritt sind etwa die folgenden Kriterien in der Planung anzulegen:

- a) Linksherzkathetermessplatz (24/7 betriebsbereit)
- b) Mindestens drei Vollzeitäquivalente der Fachrichtung Kardiologie
- c) Vorgabe zur Mindestfallzahl
- d) Strukturanforderung an die Intensivstation (nach Vorgaben der Fachgesellschaften)
- e) Prüfung von Ausnahmen wegen Erreichbarkeitsproblemen, die ggf. primär durch Investitionen in die Rettungskette zu lösen sind

Bei der Umsetzung ist zu beachten, dass der erste Schritt zwar auf der Ebene der Versorgungsstufen erfolgen kann, trotzdem sollten aber die Kriterien a), b), und c) schnellstmöglich zur Anwendung kommen. Für die endgültige Zuordnung der Herzinfarktversorgung an dafür geeignete Krankenhäuser könnten die Stufen c) und d) zu einem späteren Zeitpunkt umgesetzt werden, wenn die Qualitätsdaten ein weiteres Verbesserungspotenzial ausweisen.

Strukturqualitative Vorgaben für die elektive Hüft- und Knie-Endoprothetik

In Deutschland werden pro Jahr inklusive Revisionsoperationen rund 400 000 Operationen in diesem Bereich durchgeführt. Für Knie-TEPs gibt es eine Mindestmenge von 50 Eingriffen pro Jahr und Krankenhaus, für Hüft-TEPs hat der G-BA keine Mindestmenge beschlossen. Studien belegen, dass das Behandlungsergebnis von der Menge abhängt (Jeschke 2017). Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie hat ein Zertifizierungssystem entwickelt, das Mindestmengen pro Operateur vorsieht (Haas und Mittelmeier 2015). Schon aufgrund der notwendigen Fallzahlen wird deutlich, dass die Endoprothetik nicht an Krankenhäusern der Grundversorgung bleiben sollte und dies im ersten Schritt angepasst werden kann. Für den zweiten Schritt bieten sich die folgenden Kriterien an:

- Mindestmenge für Hüft- und Knie-TEP nach Regelungen von EndoCert unter Beachtung höheren Anforderungen für Revisionsendoprothetik
- Prüfung, welche weiteren Parameter aus EndoCert verpflichtenden Charakter haben sollten
- Prüfung der Notwendigkeit, Ausnahmen wegen Erreichbarkeitsproblemen zuzulassen, etwa ab Entfernungen von 100 km, sofern relevante Bevölkerungsanteile betroffen sind

10

Auch in der Endoprothetik könnte ein mehrschrittiges Vorgehen gewählt werden. Neben der Zuordnung nach Versorgungsstufen können Mindestmengen pro Operateur und die Anzahl der Hauptoperateure pro Klinik gemäß den EndoCert-Kriterien bereits in einem ersten Schritt berücksichtigt werden. Weitere Parameter gemäß EndoCert können bei Aussicht auf eine qualitative Verbesserung in einem späteren Schritt festgelegt werden. Dabei sollte im Sinne von EndoCert auch über weitergehende Festlegungen für die Revisionsendoprothetik entschieden werden.

Zertifizierungskriterien der Deutschen Krebsgesellschaft als Behandlungsstandard

Bei den onkologischen Behandlungen hat die Deutsche Krebsgesellschaft seit Jahren umfassende Zertifizierungsverfahren für die meisten Karzinomarten aufgelegt. Neben Brust- und Darmkrebs ist auch für thoraxchirurgische Eingriffe evident, dass Mindestfallzahlen zu besseren Behandlungsergebnissen führen (Hoffmann et al. 2017). Während in NRW die Behandlung von Brustkrebspatientinnen bereits seit einigen Jahren mehrheitlich in Zentren erfolgt, ist dies bei Darm- und Lungenkrebspatienten weniger stark ausgeprägt. Bei der Auswahl der Kriterien sollte man sich im Wesentlichen von den Zertifizierungsverfahren der Deutschen Krebsgesellschaft leiten lassen, auch weil dadurch regelhaft eine Angleichung an S3-Leitlinien vorgenommen wird. Diese Leistungen sind nicht auf der Ebene der Grundversorgung anzusiedeln und aufgrund der Vielzahl von Fachabteilungen, die für eine Versorgung nach den Zertifizierungsbedingungen vorzuhalten sind, eignen sich auch nicht alle Regelversorger für diese Leistungen.

Zur praktischen Umsetzung sollte zunächst die Zuordnung auf der Ebene der Versorgungsstufen vorgenommen werden. Das heißt, es wird festgelegt, welche konkreten Behandlungen in Krankenhäusern welcher Versorgungsstufe erfolgen sollen. Hinsichtlich der drei Karzinomarten kann ein differenziertes Vorgehen erfol-

gen. Dabei ist bei den Brustkrebszentren eine genaue Analyse der vorhandenen Zentren erforderlich, weil es bereits zahlreiche Brustzentren in NRW gibt. Bei den Indikationen Darm- und Lungenkrebs müssen nach der Umsetzung der Versorgungsstufenzuordnung in einem zweiten Schritt die Konsequenzen für die Versorgung abgeleitet werden, weil derzeit nicht alle Kliniken, die grundsätzlich für eine Zertifizierung geeignet wären, diese auch durchgeführt haben. Für die Lungenresektionen folgt beispielhaft eine differenzierte Analyse mit Blick auf ein mögliches Umsetzungsszenario.

Umsetzung von Mindestmengen in NRW am Beispiel Lungenresektionen

Die Deutsche Krebsgesellschaft setzt zur Zertifizierung als Lungenkrebszentrum voraus, dass pro Abteilung mindestens 75 anatomische Lungenresektionen bei Patienten mit einer Krebsdiagnose durchgeführt werden. Dass in zertifizierten Zentren mit dieser Mindestmenge die Krankenhaussterblichkeit deutlich niedriger liegt als in Nicht-Zentren, wurde schon in Abschnitt 10.3 dargelegt. Um herauszufinden, wie viele Leistungserbringer in NRW anatomische Lungenresektionen durchführen, wurden die Selbstauskünfte der Krankenhäuser in den strukturierten Qualitätsberichten gemäß § 136d SGB V (SQBs) für das Jahr 2015 analysiert. Da hier keine Verknüpfung der Diagnosen und OPS-Ziffern möglich ist, konnte im Gegensatz zum Zertifizierungsverfahren der Deutschen Krebsgesellschaft das Kriterium Krebs-Diagnose nicht berücksichtigt werden. Einbezogen wurden nur die Häufigkeitsangaben zu den OPS-Ziffern 5-323 bis 5-328 (Segmentresektion und Bisegmentresektion, einfache und erweiterte Lobektomie und Bilobektomie sowie einfache und erweiterte (Pleuro-) Pneum(on)ektomie) der Lunge.^{5,6}

Abbildung 10–2 zeigt die OPS-Häufigkeit je Krankenhaus im Jahr 2015. Mehr als ein Drittel der insgesamt 4372 Lungenresektionen wurden in Krankenhäusern mit einer OP-Häufigkeit von unter 75 pro Jahr durchgeführt. Die Hälfte der 115 Kliniken führte diesen Eingriff weniger als zwölfmal durch. Nur 15 Kliniken (14%) erfüllten die für Lungenresektionen bei Krebs geforderte Mindestmenge.

Um zu vermeiden, dass ein Teil der Patienten weiterhin in Kliniken mit einer schlechteren Qualität behandelt wird, könnte das Land NRW Mindestmengen vorgeben. Im Folgenden werden dafür zwei Szenarien modelliert:

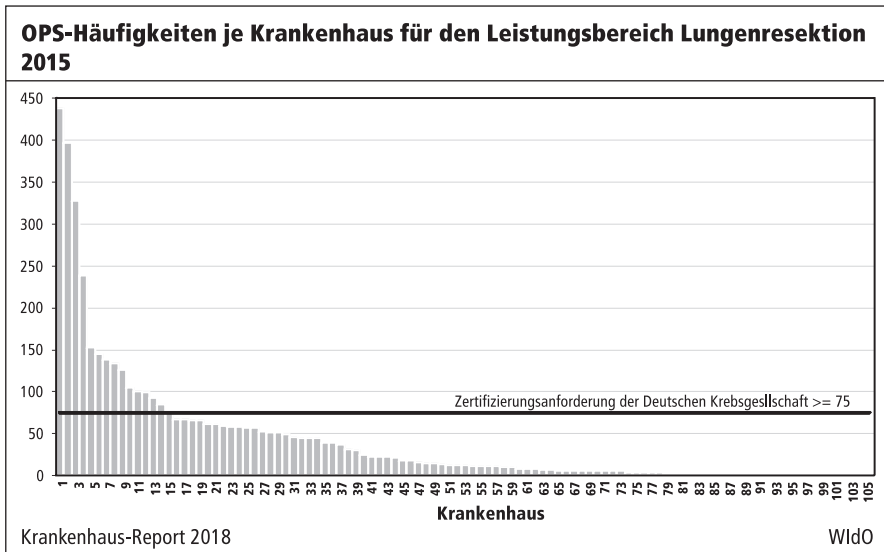
- Szenario 1: Vorgabe, dass anatomische Lungenresektionen nur noch in Kliniken erbracht werden dürfen, die diesen Eingriff mindestens 75-mal pro Jahr durchführen (Toleranzgrenze von z. B. –10%⁷ im ersten Jahr).
- Szenario 2: Vorgabe, dass anatomische Lungenresektionen nur noch in von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Lungenkrebszentren erbracht werden dürfen.

5 Postmortale Resektionen (OPS-Ziffer 5-327.8) wurden nicht berücksichtigt. Diese Definition entspricht dem Beitrag von Mansky et al. (2017a) und folgt dem Erhebungsbogen für Lungenkrebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft (Hoffmann et al. 2017).

6 Die aus Datenschutzgründen nicht zu beziffernden Häufigkeiten < 4 wurden bei der Berechnung als „2“ gewertet.

7 Die so ermittelte Grenze wird abgerundet.

Abbildung 10–2



Die Toleranzgrenze im Szenario 1 würde den Krankenhäusern mit einer Leistungsmenge knapp unter der Mindestmenge die Chance geben, innerhalb eines Jahres die Voraussetzungen zur weiteren Leistungserbringung zu erfüllen. Der erforderliche Fallzahlzuwachs könnte sich bspw. durch aus dem Markt ausscheidende Krankenhäuser bedingen. Für den Leistungsbereich anatomische Lungenresektionen hätte das zur Folge, dass nicht nur 15, sondern 17 Krankenhäuser am Markt bestehen bleiben könnten. Die modellierte Fallzahlumverteilung zeigt, dass im Jahr nach der Umsetzung alle diese Krankenhäuser über 95 Eingriffe erbringen würden.⁸ Die durchschnittliche Häufigkeit der Eingriffe je Krankenhaus würde von 42 auf 246 ansteigen (vgl. Tabelle 10–1).

Würde das Land NRW auch alle anderen strukturellen Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft für die Leistungserbringung voraussetzen (Szenario 2), dürften nur noch die zehn zertifizierten Krebszentren anatomische Lungenresektionen durchführen. Die Entscheidung darüber sollte erst gefällt werden, wenn die Qualitätsziele nicht bereits durch das erste Szenario erreicht worden sind. Verteilt man alle Eingriffe auf diese Krankenhäuser um, steigt die durchschnittliche Häufigkeit auf 386 an (vgl. Tabelle 10–1).

Die mit der Einführung der Vorgaben verbundene Reduktion der Leistungserbringer würde die Anfahrtswege für einen Teil der Bevölkerung verlängern. Bei einer solchen Leistung wie der anatomischen Lungenresektion kann allerdings davon ausgegangen werden, dass aufgeklärte Patienten für eine bessere Überlebens-

⁸ Für das Umverteilungsverfahren wurden die Krankenhäuser absteigend nach ihrer OPS-Häufigkeit sortiert. Anschließend erfolgte eine Leistungsumverteilung mit Hilfe der Formel für die Gravitation nach Newton für die Krankenhäuser, die das Kriterium des Szenarios nicht erfüllen, auf die umliegenden Krankenhäuser.

Tabelle 10–1

Ergebnisse der Umsetzung von Vorgaben für den Leistungsbereich Lungenresektion in zwei unterschiedlichen Szenarien

	Ohne Mindestmengenvorgabe	Szenario 1: Vorgabe: Mindestmenge = 75*	Szenario 2: Vorgabe: Zertifiziertes Lungenkrebszentrum
Anzahl Krankenhäuser	105	17	10
Anzahl Krankenhäuser unter 75	90	0	0
Mittelwert	42	246	386
Median	12	180	338

*-10% Toleranz

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

rate weitere Anfahrtswege in Kauf nehmen. Davon abgesehen müssten selbst bei der Umsetzung des zweiten Szenarios nur 2,2 % der Bevölkerung in NRW weiter als 80 km fahren.⁹

Einführung einer neuen Mindestmenge mit einem Stufenkonzept am Beispiel der Schilddrüsenoperationen

Die von der Deutschen Gesellschaft für Viszeralmedizin (DGAV) in ihrer Zertifizierungsordnung geforderte Mindestmenge bei Schilddrüsen-Operationen bei Knotenstruma liegt bei 120 Eingriffen (DGAV 2015). Darüber hinaus gibt es aber auch eine Volume-Outcome-Studie, die für die Festlegung einer noch weitaus höheren Mindestmenge spricht (Maneck et al. 2017). Die Analyse von Maneck et al. kommt zu dem Ergebnis, dass das Risiko einer dauerhaften Stimmbandlähmung für Patienten mit einer gutartigen Schilddrüsenenerkrankung in Kliniken, die den Eingriff seltener als 56-mal im Jahr durchführen, mehr als doppelt so hoch ist wie in den Kliniken, die den Eingriff mindestens 384-mal im Jahr durchführen.

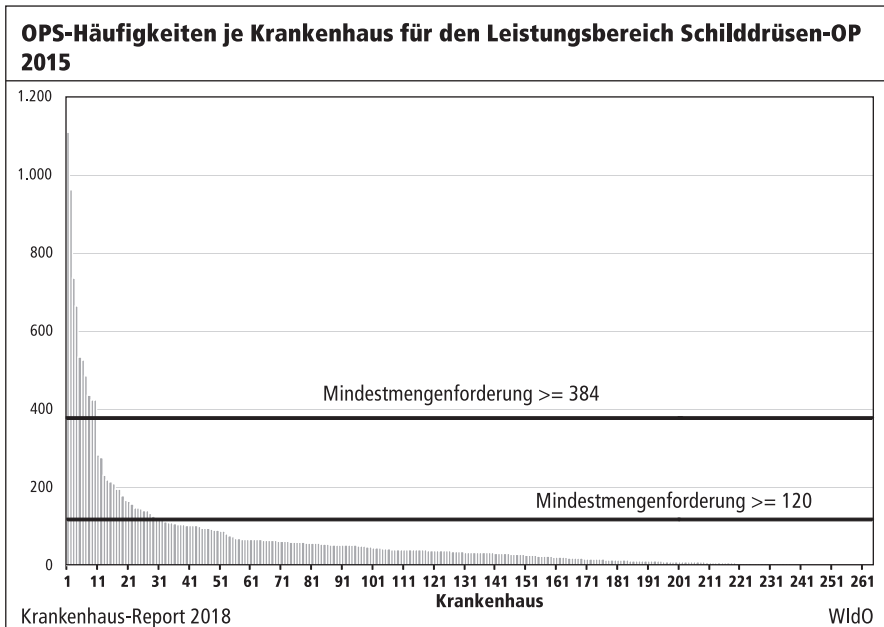
Die Versorgungssituation in NRW lässt sich über die SQBs 2015 analysieren. Die Häufigkeit von Schilddrüsen-Operationen wurde über die Angaben zu den OPS-Ziffern 5-061 bis 5-064 (Hemithyreoidektomie, Andere partielle Schilddrüsenresektion, Thyreoidektomie und Operationen an der Schilddrüse durch Sternotomie) definiert. Über diese Kriterien finden sich 264 Leistungserbringer, die diese Operationen im Jahr 2015 in NRW durchgeführt haben. Die Spannweite der Häufigkeit der OPS-Ziffern liegt zwischen 1 und 1 121 (vgl. Abbildung 10–3)¹⁰. Die von der Fachgesellschaft geforderte Mindestmenge von 120 Eingriffen erreichen 32 Kliniken. Die Mindestmenge von 384, die sich aus der Studie von Maneck et al. ableiten lässt, erfüllen nur zehn Kliniken.

Aufgrund der vielen Leistungserbringer mit wenigen Schilddrüsen-Operationen und der relativ hohen Mindestmengenforderungen empfiehlt es sich, die Einführung der Mindestmenge schrittweise umzusetzen. In der vorliegenden Analyse wird beispielhaft folgender Sechs-Stufen-Plan für NRW modelliert: 40 (1. Jahr), 80

⁹ Die Fahrstrecken mit dem PKW zu den Krankenhäusern wurden auf Basis der geografischen Mittelpunkte der Postleitzahl-Gebiete mit dem Routenplaner von Microsoft Mappoint ermittelt.

¹⁰ Zur Ermittlung der Häufigkeit je Krankenhaus siehe Fußnote 8.

Abbildung 10–3



10

(2. Jahr), 120 (3. Jahr), 200 (4. Jahr), 290 (5. Jahr), 380 (6. Jahr).¹¹ In jedem Jahr gilt dabei wie beim Beispiel Lungenresektionen eine Toleranzgrenze von -10% . Tabelle 10–2 stellt zentrale Ergebnisse zur Anzahl der Leistungserbringer und Häufigkeiten sowie der Erreichbarkeiten in den einzelnen Stufen dar.

Schon durch die Umsetzung des ersten Teilschrittes mit einer Mindestmenge von 40 würde sich die Zahl der Leistungserbringer im Vergleich zur IST-Situation 2015 innerhalb eines Jahres halbieren. Nach drei Jahren, bei Umsetzung der von der Fachgesellschaft avisierten Mindestmenge von 120, gäbe es noch 57 Krankenhäuser, die im Schnitt 271 Operationen durchführen. Die weitere Mindestmengenerhöhung auf 200 und 290 bis schließlich nach sechs Jahren der Zielwert von 380 erreicht wäre, würde die Zahl der leistungserbringenden Krankenhäuser schrittweise auf insgesamt 20 reduzieren. Die Hälfte von ihnen würden am Ende sogar mehr als 786 Eingriffe im Jahr erbringen (vgl. Tabelle 10–2).

Die beschriebene Reduktion der Leistungserbringer hätte auch Auswirkungen auf die Erreichbarkeit: Aktuell liegt der mittlere kürzeste Anfahrtsweg pro PLZ-Gebiet bei 6 km, aus keinem PLZ-Gebiet müssen die Patienten weiter als 25 km fahren. Nach der Umsetzung der Mindestmenge von 120 im dritten Jahr läge der mittlere Anfahrtsweg je PLZ-Gebiet bei 14 km. In den elf PLZ-Gebieten, von denen aus man dann weiter als 50 km fahren müsste, wohnt allerdings nur 1 % der Bevölkerung. Würde die Mindestmenge von 380 nach insgesamt sechs Jahren eingeführt,

¹¹ Zur Methodik siehe Fußnoten 9 und 10. Ausgehend von den Ergebnissen von Maneck et al. 2015 wird in der weiteren Simulation der Wert 380 verwendet.

Tabelle 10–2

Ergebnisse der Umsetzung von Mindestmengen im Leistungsbereich Schilddrüsen-OPs im Sechs-Stufen-Plan

	Ohne Mindest- menge	Mindestmenge = 40*	Vorgabe Mindest- menge = 80*	Vorgabe Mindest- menge = 120*	Vorgabe Mindest- menge = 200*	Vorgabe Mindest- menge = 290*	Vorgabe Mindest- menge = 380*
		(Jahr 1)	(Jahr 2)	(Jahr 3)	(Jahr 4)	(Jahr 5)	(Jahr 6)
Anzahl Krankenhäuser							
Gesamt	264	130	70	57	35	26	20
Mit Häufigkeit < 120	232	92	18	2	0	0	0
Mit Häufigkeit < 180	254	120	57	43	18	7	0
Häufigkeit je Krankenhaus							
Mittelwert	69	143	271	335	563	764	991
Median	35	75	158	202	368	505	786
Anfahrtsweg je PLZ in km							
Mittelwert	6	9	13	14	17	19	22
Median	5	7	9	10	13	15	18
Anteil Bevölkerung mit Anfahrtsweg							
über 50 km	0,0%	0,0%	0,6%	1,0%	1,8%	3,1%	5,9%
über 80 km	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,4%

* -10% Toleranz

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

müssten 6% der Bevölkerung weiter als 50 km fahren. Der mittlere Anfahrtsweg je PLZ-Gebiet läge bei 22 km.

Während der angesetzten sechsjährigen Einführungsphase sollte jährlich geprüft werden, inwieweit noch Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern messbar sind. Gegebenenfalls empfiehlt sich eine Anpassung des Stufenplans. Die Mindestmenge sollte natürlich nur dann weiter angehoben werden, wenn sich weitere relevante Qualitätseffekte einstellen. Die dargelegten Veränderungen in der Erreichbarkeit sollten jedenfalls kein großes Thema sein, wenn dadurch das Risiko einer dauerhaften Stimmbandlähmung deutlich reduziert wird.

Weitere Handlungsfelder für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung

Es gibt zahlreiche weitere Krankheitsbilder, für die durch die Landesebene entsprechende Anforderungen an Mindestfallzahlen und Strukturen gestellt werden können. Dies sind beispielsweise die benigne und maligne Prostatavergrößerung, Schlaganfälle, Operationen an Becken- und Beinarterien bei Atherosklerose etc. Auch das Anheben bestehender Mindestmengen, wie es für die Pankreas- und Ösophagusoperationen mit Blick auf die Niederlande angezeigt ist, kann durch ein Bundesland unabhängig vom G-BA vorgenommen werden. Weiterhin gibt es Themenfelder wie Schädel-Hirn-Traumata oder Geriatrie, für die sektorenübergreifende Betrachtungen und Aufgabenzuweisungen erfolgen müssen.

Diesem Rahmenkonzept folgend kann in der Krankenhausplanung stufenweise die Qualitätsorientierung realisiert werden. Um parallel zum Verfahren durch wissenschaftliche Erkenntnisse zur Entwicklung weiterer Bereiche zu kommen, sollten aus Versorgungsdaten Vorschläge für neue Leistungsbereiche entwickelt werden. Beispielsweise wäre zu prüfen, auf welcher Versorgungsstufe die geriatrische Versorgung anzusiedeln ist und wie diese im Zusammenspiel der Sektoren künftig gestaltet werden soll. Ebenso müssen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie sektorenübergreifende Konzepte auch bei der Krankenhausplanung stärker berücksichtigt werden und benötigen dafür ausreichende Verbindlichkeit. Diese Sicht auf die Funktion der Krankenhausplanung folgt der Erkenntnis aus der Notfallversorgung, dass Patienten sich nicht ungesteuert durch das komplexe deutsche Gesundheitswesen bewegen sollten. Eine qualitätsbasierte Patientensteuerung, die durch klare Festlegung auf einzelne Leistungserbringer und verbindlich zu erfüllende Struktur- und Qualitätsvorgaben Verlässlichkeit in die zu erwartende Versorgungsqualität bringt, dient der Orientierung und ist keine unzulässige Einengung mündiger Patienten.

10.6 Fazit

Die Qualitätsagenda des KHSG ist zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes kaum umgesetzt worden. Um auf Bundesebene im G-BA und auch auf der Ebene der Vertragspartner schneller voranzukommen, würde ein klarer politischer Rahmen und Auftrag von Bund und Ländern an die Selbstverwaltung sicherlich zu Fortschritten führen. Ebenso muss die nächste Bundesregierung eine Lösung für die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser schaffen. Beide Aspekte wären in einer

Art „Krankenhausstrukturkretisierungsgesetz“ zu leisten. Ob dies von der nächsten Bundesregierung zu erwarten sein wird, ist schwer zu beurteilen.

Um das KHSG weiter voranzubringen – also die Qualitätspotenziale zu nutzen und die Krankenhausversorgung unter Beachtung personeller Restriktionen sowie des medizinischen Fortschritts zukunftsfähig zu machen –, sind jetzt verantwortungsbewusste Länder gefragt. Die Regelungen des KHSG versetzen die Länder in der Lage, die Krankenhauslandschaft insbesondere durch die Anwendung von Mindestfallzahlen und Festlegung von Strukturvorgaben nach Qualitätskriterien umzugestalten. Sie müssen es nur tun und nicht, wie das Land Bayern, wenig zielführende Umgehungsstrategien suchen.

Dabei soll nicht ausgeblendet werden, dass die Umsetzung dieser Maßnahmen in der Praxis auf Probleme treffen wird und dies insofern erste, aber notwendige Schritte im Rahmen einer mittelfristigen Agenda sind. Kooperative und sektorübergreifende Zusammenarbeit bedarf entsprechender Regelungen bei der Vergütung – grundsätzlich kann dies entweder mit Anreizsystemen in den bestehenden Sektoren oder mit einer generellen Umgestaltung der fachärztlich ambulanten Versorgung erreicht werden. Auch bei der Qualifizierung, den Aufgabenspektren und der Bezahlung in nichtärztlichen Gesundheitsberufen müssen erhebliche Verbesserungen vorgenommen werden. Insbesondere im Pflegebereich warten zahlreiche weitere Herausforderungen. Aber diese komplexen mittel- und langfristigen Prozesse dürfen den Blick auf erreichbare Nahziele nicht verstellen.

Jedoch ist auf der Landesebene ein erhebliches Selbstbewusstsein erforderlich, die nicht immer populären Maßnahmen zu planen, umzusetzen sowie der Bevölkerung und den regionalen Kliniken und Kassen die Notwendigkeit zu erklären. Andererseits leitet sich diese Verpflichtung aus dem Festhalten der Länder an der Daseinsvorsorge im Gesundheitswesen ab.

Damit die Qualitätsagenda aber in Bewegung kommt, wird neben tatkräftigen Gesundheits- und Sozialministerien auch eine aktivere Mitgestaltung des Bundes, des G-BA und seiner Träger benötigt. Die Umsetzung der Krankenhausform in Dänemark gelingt, weil dort alle Beteiligten erkannt haben, dass die Konzentration und Zentralisierung von Krankenhausleistungen mit Blick auf Qualitätsaspekte, personelle Ressourcen und medizinisch-wissenschaftliche Entwicklungen im besten Sinne des Wortes alternativlos ist.

Literatur

- Bauer H. Mindestmengen in der Chirurgie – sind wir weit genug? In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2017 – Schwerpunkt: Zukunft gestalten. Stuttgart: Schattauer 2017; 107–32.
- Beckmann MW, Brucker C, Hanf V, Rauh C, Bani MR, Knob S, Petsch S, Schick S, Fasching PA, Hartmann A, Lux MP, Häberle L. Quality assured health care in certified breast centers and improvements of the prognosis of breast cancer patients. *Onkologie* 2011; 34: 362–7.
- Busse R, Ganten D, Huster S, Reinhardt ER, Suttrop N, Wiesing U. Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem – 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohl der Patienten und der Gesellschaft. Halle: Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V – Nationale Akademie der Wissenschaften 2016.

- Destatis. Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Tabelle 1.3. 2016.
- DGAV. Ordnung: Das Zertifizierungssystem der DGAV (ZertO 4.2) 2015. https://www.dgav.de/fileadmin/media/texte_pdf/zertifizierung/Zertifizierungsordnung_DGAV_4_2.pdf.
- Hass H, Mittelmeier W. Zentrenbildung über Zertifizierung? Das Beispiel EndoCert. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2015 – Schwerpunkt: Strukturwandel. Stuttgart: Schattauer 2015; 127–38.
- Hoffmann H, Passlick B, Ukena D, Wesselmann S. Mindestmengen in der Thoraxchirurgie: Argumente aus der deutschen DRG-Statistik. In: Dormann F, Klauber J, Kuhlen R (Hrsg). Qualitätsmonitor 2018. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2018; 103–19.
- Jeschke E. Follow-up-Qualitätsindikatoren für Hüft- und Kniegelenkersatz. In: Dormann F, Klauber J (Hrsg). Qualitätsmonitor 2017. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2017; 101–16.
- Klakow-Franck R. Umsetzung der KHSG-Qualitätsagenda durch G-BA und IQTIG. In: Dormann F, Klauber J, Kuhlen R (Hrsg). Qualitätsmonitor 2018. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2018; 3–18.
- Loos S, Albrecht M, Schiffhorst G, Ochmann R, Mollenkamp. Faktenscheck Krankenhausstruktur: Spezialisierung und Zentrenbildung. IGES Bertelsmann Stiftung. 2016. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Faktenscheck_Gesundheit/FC_Krankenhausstruktur_Studie_final.pdf.
- Malzahn J, Heyder R. Krankenhausplanung 2025 – Mehr politischer Schub für eine qualitätsorientierte Krankenhausreform ist unerlässlich. Gesundheits- und Sozialpolitik (G+ S) 2017; 3–4: 16–23.
- Maneck M, Dotzenrath C, Dralle H, Fahlenbrach C, Paschke R, Steinmüller T, Tusch E, Jeschke E, Günster C. Qualitätssicherung mit Routinedaten: Volume-Outcome-Analysen zu Schilddrüsenoperationen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2017 – Schwerpunkt: Zukunft gestalten. Stuttgart: Schattauer 2017; 197–213.
- Mansky T, Drogan D, Nimptsch U, Günster C. Eckdaten stationärer Versorgungsstrukturen für ausgewählte Krankheitsbilder in Deutschland. In: Dormann F, Klauber J (Hrsg). Qualitätsmonitor 2017. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2016; 165–215.
- Mansky T, Drogan D, Nimptsch U, Günster C. Eckdaten stationärer Versorgungsstrukturen für ausgewählte Krankheitsbilder in Deutschland. In: Dormann F, Klauber J (Hrsg). Qualitätsmonitor 2018. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2017a; 171–223.
- Mansky T, Nimptsch U, Grützmann R, Lorenz D. Zentrenbildung in der Pankreas- und Ösophaguschirurgie. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. (Hrsg). Krankenhaus-Report 2017 – Schwerpunkt: Zukunft gestalten. Stuttgart: Schattauer 2017b; 95–106.
- Nimptsch U., Mansky T. Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals – Observational study using complete national data from 2009 to 2014. *BMJ open* 2017; 10.1136/bmjopen.2017.0161184.
- Obermüller B, Gruhl M. Stand und Perspektiven der Umsetzung des Krankenhausstrukturgesetzes aus Landessicht. In: Dormann F, Klauber J, Kuhlen R (Hrsg). Qualitätsmonitor 2018. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2018; 19–35.
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Gesundheitsdaten 2014 Deutschland im Vergleich. Berlin/Paris. <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-DEUTSCHLAND-2014-in-German.pdf> (21 November 2017).
- Pressemeldung des BVA: Bundesversicherungsamt zieht erste Bilanz zum Stand der Förderung des Strukturwandels in der Krankenhausversorgung. 2017. http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/2017/PM_4-2017.pdf.
- Pressemitteilung des G-BA: Qualität bei gynäkologischen Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie künftig für Krankenhausplanung relevant. 2016. <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/661/>.
- Pressemeldung des G-BA: Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung: IQTIG mit Konzept für Neu- und Weiterentwicklung beauftragt. 2017. <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/689/>.
- Reissfelder C, Trautmann F, Pecqueux M, Weitz J, Schmitt J. Wirksamkeit operativer Behandlungen von Patienten mit Kolonkarzinom in zertifizierten Krebszentren. Eine Sekundärdaten-basierte

Kohortenstudie. Zeitschrift für Gastroenterologie 2017; 55 (08): e57-e299. DOI: 10.1055/s-0037-1604861.

Wesselmann S. Pressekonferenz zur Vorstellung des Qualitätsmonitors 2018. Statement. Berlin 2017. http://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2017/04_statement_qm_wesselmann_2017.pdf.