RWI Materialien

Boris Augurzky
Andreas Beivers
Niels Straub
Caroline Veltkamp

Krankenhausplanung 2.0

Heft 84

Krankenhausplanung 2.0

Vorstand des RWI

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt (Präsident)

Prof. Dr. Thomas K. Bauer (Vizepräsident)

Prof. Dr. Wim Kösters

Verwaltungsrat

Dr. Eberhard Heinke (Vorsitzender);

Manfred Breuer; Reinhold Schulte (Stellv. Vorsitzende);

Dr. Hans Georg Fabritius; Prof. Dr. Justus Haucap; Hans Jürgen Kerkhoff; Dr. Thomas Köster; Dr. Thomas A. Lange; Martin Lehmann-Stanislowski; Dr.-Ing. Herbert Lütkestratkötter; Hans Martz; Andreas Meyer-Lauber; Hermann Rappen; Reinhard Schulz; Dr. Michael H. Wappelhorst

Forschungsbeirat

Prof. Michael C. Burda, Ph.D.; Prof. Dr. Monika Bütler; Prof. Dr. Lars P. Feld; Prof. Dr. Stefan Felder; Prof. Nicola Fuchs-Schündeln, Ph.D.; Prof. Timo Goeschl, Ph.D.; Prof. Dr. Justus Haucap; Prof. Dr. Kai Konrad; Prof. Dr. Wolfgang Leininger; Prof. Dr. Nadine Riedel; Prof. Regina T. Riphahn, Ph.D.

Ehrenmitglieder des RWI

Heinrich Frommknecht; Prof. Dr. Paul Klemmer †; Dr. Dietmar Kuhnt

RWI Materialien Heft 84

Herausgeber:

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Hohenzollernstraße 1-3, 45128 Essen, Tel. 0201 – 8149-0

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2014

Schriftleitung:
Prof. Dr. Christoph M. Schmidt

Layout, Gestaltung:
Daniela Schwindt, RWI

ISSN 1612-3573
ISBN 978-3-86788-603-1

Materialien

Boris Augurzky, Andreas Beivers,
Niels Straub und Caroline Veltkamp

Krankenhausplanung 2.0

Endbericht zum Forschungsvorhaben des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Dezember 2014

Heft 84

HOCHSCHULE FRESENIUS
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

IMSP Institut für Marktforschung, Statistik und Prognose

hcb

RWI

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über: *http//dnb.ddb.de* abrufbar.

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Das RWI wird vom Bund und vom Land Nordrhein-Westfalen gefördert.

ISSN 1612-3573
ISBN 978-3-86788-603-1

Inhalt

Fact Sheet: Wege zu einer Krankenhausplanung 2.0 9

1. Einleitung: Warum eine Reform der Krankenhausplanung notwendig ist 15

2. Ziele einer erfolgreichen Krankenhausplanung 2.0 21

2.1 Objektiver Bedarf 22

2.2 Subjektiver Bedarf 23

3. Handlungsempfehlungen und Umsetzungsvorschläge 26

Empfehlung 1:
Einheitliche Vorgaben für eine bedarfsgerechte Versorgung einführen 26

Empfehlung 2:
Grund- und Regelversorgung klar definieren 29

Empfehlung 3:
Notfallversorgung neu ausrichten 35

Empfehlung 4:
Bundesweit einheitliche Standards zur Erreichbarkeit vorgeben 41

Empfehlung 5:
Verbindliche Qualitätsvorgaben erstellen 54

Empfehlung 6:
Einheitliche Datengrundlage schaffen 64

Empfehlung 7:
Vorgaben durch systematisches Versorgungsmonitoring überprüfen 67

7.1 Monitoring von qualitativer Fehlversorgung 71

7.2 Monitoring von Unterversorgung 72

7.3 Monitoring von Überversorgung 79

4. Fazit 89

5. Anhang 91

6. Literatur 95

Verzeichnis der Schaubilder

Schaubild 1 Wirtschaftliche Lage der deutschen Krankenhäuser **16**

Schaubild 2 Erwartete Verteilung der Krankenhäuser nach der Ampelklassifikation **17**

Schaubild 3 Krankenhausdichte und Bevölkerungsdichte in OECD-Mitgliedstaaten **19**

Schaubild 4 Aufgaben und Ebenen in der Krankenhausplanung 2.0 **22**

Schaubild 5 Ziele einer hochwertigen Patientenversorgung **24**

Schaubild 6 Vorgaben der Krankenhausplanung **28**

Schaubild 7 Abgrenzung der Grund- und Regelversorgung **31**

Schaubild 8 Schema zur Leistungszuordnung des SPLG-Groupers in der Schweiz **33**

Schaubild 9 Struktur-Anforderungen an die Notfallversorgung **37**

Schaubild 10 Beispiel für symptombasierte Anforderungen nach DGINA **39**

Schaubild 11 Zentrale Orte und vorzuhaltende soziale Infrastruktureinrichtungen **43**

Schaubild 12 Übersicht der Qualitätsdimension **56**

Schaubild 13 Ausgewählte Qualitätsvorgaben am Beispiel der Neonatologie **58**

Schaubild 14 Einbindung des Versorgungsmonitorings in die Krankenhausplanung **69**

Schaubild 15 Versorgungsmonitoring zur Vermeidung bzw. Abbau von Fehlversorgung **70**

Schaubild 16 Konsequenzen bei drohender Fehlversorgung **70**

Schaubild 17 Versorgungsmonitoring zur Sicherstellung der Qualitätsvorgaben **71**

Schaubild 18 Monitoring von Unterversorgung (schematisch) **73**

Schaubild 19 Konzept des Integriertes Versorgungszentrums **77**

Schaubild 20 Schematischer Entscheidungsbaum zum Überversorgungsmonitoring **86**

Inhalt

Verzeichnis der Tabllen

Tabelle 1 Krankenhausdichte im ländlichen Raum 2012 19

Tabelle 2 Anforderungen an das Basispaket (BP) in der Schweiz 34

Tabelle 3 Zeitvorgaben am Beispiel des Manchester-Triage-Systems (MTS) 48

Tabelle 4 Strukturelle Anforderungen an die Zentralen Notaufnahmen in Dänemark 49

Tabelle 5 Qualitätsindikatoren (AQUA) für Leistungsbereich „gynäkologische Operationen“ 60

Tabelle 6 Übersicht ausgewählter Triage-Systeme 91

Tabelle 7 Leistungsbereiche mit vorgeschriebenen Qualitätsindikatoren (2014) 92

Verzeichnis der Karten

Karte 1 Erreichbarkeitsanalyse Grund- und Regelversorger 45

Karte 2 Erreichbarkeitsanalyse Maximalversorger 46

Karte 3 Versorgungssituation in einer Beispielregion mit Leistungen der Allgemeinchirurgie 74

Karte 4 Keine Versorgungslücke bei Wegfall von Standort A1 75

Karte 5 Unterversorgung bei Wegfall von Standort A und Standort B 75

Karte 6 Zahl der stationären Fälle nach Wohnort (2010), regionale Ausreißer 84

Verzeichnis der Kästen

Kasten 1 Einteilung der Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) in der Schweiz 32

Kasten 2 Organisation der Notfallversorgung in Dänemark 49

Kasten 3 Einsatz von Telemedizin zur Sicherstellung qualitativ hochwertiger Versorgung im ländlichen Bereich: das Beispiel der Schlaganfallakutversorgung 52

Kasten 4 Integriertes Versorgungszentrum als sektorenübergreifendes Versorgungsangebot 76

Glossar

BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
DGINA	Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V.
DRG	Diagnosis Related Groups
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KH	Krankenhaus
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
ICD	International classification of diseases
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IK	Institutionskennzeichen eines Krankenhauses
IVZ	Integriertes Versorgungszentrum
MDC	Major Diagnostic Category (Hauptdiagnosegruppe innerhalb des DRG-Katalogs)
MIV	Motorisierter Individualverkehr
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PLZ	Postleitzahlen-Bezirke
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SPLG	Spitalplanungs-Leistungsgruppen (Schweiz)
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Fact Sheet: Wege zu einer Krankenhausplanung 2.0

Handlungsbedarf

- Die **Krankenhausplanung** in ihrer aktuellen Form ist **reformbedürftig:** Sie schreibt vorrangig bestehende sektorenspezifische Strukturen fort und damit auch Fehlentwicklungen wie ein Nebeneinander von Unter-, Über- und Fehlversorgung. Eine **Krankenhausplanung 2.0** geht dieses Problem an und berücksichtigt stärker zu erwartende Entwicklungen, um damit auf anstehende Herausforderungen wie den geo-demografischen Wandel sowie die Verknappung materieller und personeller Ressourcen schneller und angemessener reagieren zu können.

- Der **Veränderungsbedarf spitzt sich** dabei **weiter zu:** Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser hat sich in den vergangenen Jahren rapide verschlechtert: 40% der Krankenhausstandorte machten im Jahr 2012 einen Jahresverlust. Viele Häuser leben von der Substanz: Nur knapp die Hälfte von ihnen waren in ausreichendem Maße investitionsfähig, während ein hoher Anteil des Anlagevermögens, der medizinischen Geräte und der technischen Ausrüstung bereits abgeschrieben war. Zumindest teilweise dafür verantwortlich ist in vielen Regionen eine ungünstige Versorgungstruktur (zu viele kleine Einheiten, zu hohe Krankenhausdichte, zu wenig Spezialisierung) als eine Folge der historisch gewachsenen Krankenhauslandschaft und deren Fortschreibung durch die bestehende Krankenhausplanung. Neben der finanziell schlechten Lage vieler Krankenhäuser kommt vielfach eine Personalnot hinzu, da es bereits heute an ausreichend medizinischen Fachkräften mangelt.

Ziele

- Wichtig bei der **Modernisierung der Krankenhausplanung** ist ihre künftig **prospektive Ausrichtung** und die Verschiebung des Fokus **von einer standortbasierten zu einer erreichbarkeitsorientierten Versorgungsplanung,** damit eine flächendeckende medizinische Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden kann. Dabei sollte perspektivisch eine **sektorenübergreifende Orientierung** angestrebt werden. Dies gilt insbesondere für die Notfallversorgung, die entsprechend neu strukturiert werden muss. Ein weiterer wesentlicher Punkt ist die **Aufnahme des Kriteriums „Qualität“** in die Versorgungsplanung. Die medizinische Qualität einer Klinik zeigt sich bei Patientenbefragungen als das entscheidende Kriterium für die Wahl eines Krankenhauses. Komfortmerkmale oder die Erreichbarkeit der Klinik haben

hingegen eine geringere Bedeutung. Eine **bedarfsgerechte Krankenhausplanung** sollte diesen subjektiven Bedarf der Patienten entsprechend berücksichtigen. Auf der Ebene des objektiven Bedarfs ist es hingegen wichtig, das Risiko von Fehlversorgung zu minimieren.

- An einer reformierten Krankenhausplanung sind **neben den Ländern** auch **der Bund** und die **Selbstverwaltungspartner vor Ort stärker beteiligt.** Der Bund schafft einheitlich definierte Rahmenvorgaben, mit denen er Mindeststandards für eine bedarfsgerechte Versorgung festlegt. Ihre Einhaltung wird durch ein systematisches **Versorgungsmonitoring** sichergestellt. Die Länder stellen weiterhin regionale Krankenhauspläne auf, berücksichtigen dabei die Bundesvorgaben und organisieren das Versorgungsmonitoring. Auf Ortsebene konkretisieren die Krankenkassen und die Leistungserbringer die Vorgaben und berücksichtigen Erkenntnisse aus dem Versorgungsmonitoring. Der ganze Prozess ist dabei kein hierarchisches Einbahnstraßensystem: Rückkopplungen zwischen den verschiedenen Ebenen sind für eine vorausschauende Krankenhausplanung zwingend erforderlich.

Umsetzung

Empfehlung 1: Einheitliche Vorgaben für eine bedarfsgerechte Versorgung einführen.

Um für alle Bürger die gleiche Qualität einer bedarfsgerechten Versorgung zu gewährleisten, müssen allgemeingültige Mindeststandards eingeführt und verbindlich festgelegt werden, z.B. explizite Erreichbarkeitsvorgaben. Gerade für gesetzlich Versicherte ist dies notwendig, da der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung bundesweit einheitlich nach SGB V vorgegeben ist, die Krankenhausplanung aber ausschließlich in der Verantwortung der Länder liegt.

Empfehlung 2: Grund- und Regelversorgung klar definieren.

Für eine wohnortnahe Bereitstellung von Basisleistungen sind Erreichbarkeitsvorgaben für die Grund- und Regelversorgung festzulegen. Diese Basisleistungen müssen daher von den Spezialleistungen der Schwerpunkt- und Maximalversorgung abgegrenzt werden. Für die kurzfristige Umsetzung der Krankenhausplanung 2.0 reicht es zunächst aus, Kliniken mit den Fachabteilungen „Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ als Häuser der Grund- und Regelversorgung einzustufen. Das sind in Deutschland aktuell rund 1 300 Krankenhausstandorte[1].

1 *Hier sind tatsächlich einzelne Standorte, nicht IK-Nummern gemeint.*

Langfristig sollte für die leistungsbezogene Abgrenzung ein am Beispiel des SPLG-Groupers in der Schweiz orientierter Algorithmus entwickelt werden, mit dem einzelne Leistungsgruppen als Basisleistungen bzw. Spezialleistungen eingeordnet werden können.

Empfehlung 3: Notfallversorgung neu ausrichten.

Für die Notfallversorgung müssen eigene Standards verbindlich festgelegt und der Notfall einheitlich definiert werden. Die Zuständigkeiten der drei beteiligten Bereiche (ambulanter Sektor, Rettungsdienst und Krankenhäuser) sind dabei klar zu regeln und die Einbindung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes ist voranzutreiben. Für Krankenhäuser bedarf es verbindlicher Strukturanforderungen für die Teilnahme an der Notfallversorgung. Vorhaltekosten müssen dabei gegebenenfalls durch Sicherstellungszuschläge finanziert werden. Zudem sollte für Notfallmediziner eine einheitliche Zusatzqualifikation vorgeschrieben werden, die in einer führbaren Berufsbezeichnung mündet. Die individuelle Notfallbehandlung des Patienten muss anhand von symptombasierten Struktur- und Prozessvorgaben erfolgen. Zur systematischen Erfassung von Notfallbehandlungen ist das Notfallkriterium als Zusatzkennzeichen in die DRG-Systematik aufzunehmen. Nur durch eine kalkulatorische Abgrenzung der tatsächlichen Notfälle kann eine kostendeckende Vergütung der Notfallbehandlung erreicht werden.

Empfehlung 4: Bundesweit einheitliche Standards zur Erreichbarkeit vorgeben

Erreichbarkeitsstandards für elektive Behandlungen müssen je nach Art der Versorgungsstufe differenziert werden:

- Für Kliniken der **Grund- und Regelversorgung** und deren Angebot an Basisleistungen, sollte die Erreichbarkeitsvorgabe maximal 30 Pkw-Minuten betragen.

- Bei **Schwerpunkt- und Maximalversorgern** steht die Erreichbarkeit nicht im Vordergrund; zur Orientierung könnten hier 60 Pkw-Minuten festgesetzt werden. Dieser Standard ist derzeit für mehr als 99% der Bevölkerung erfüllt.

- In der **Notfallversorgung** sollte als Zeitspanne bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes maximal 12 Minuten vorgegeben werden, wie es heute schon in einigen Landesrettungsdienstgesetzen vorgesehen ist.

Hilfreich für eine zeitgerechte Versorgung von Notfallpatienten ist die Einführung einer standardisierten Risikoeinschätzung durch den Rettungsdienst bzw. die Einsatzleitstelle nach einem einheitlichen Triage-System. In dünn besiedelten ländli-

chen Gebieten sollte über den Ausbau der Luftrettungsinfrastruktur nachgedacht werden. Sie kann oftmals günstiger sein als die Aufrechterhaltung nicht-bedarfsgerechter Krankenhausstandorte. Auch die niedergelassenen allgemein- und fachärztlichen Praxen müssen verstärkt mit in die Notfallversorgung einbezogen werden. Zusätzlich bietet Telemedizin im ländlichen Raum eine Lösung für den Konflikt zwischen Wohnortnähe und qualitativ hochwertiger Versorgung.

Empfehlung 5: Verbindliche Qualitätsvorgaben erstellen.

Zur Steigerung des Patientennutzens sollte Qualität als verbindliches Kriterium mit in die Krankenhausplanung aufgenommen werden. Dabei stehen grundsätzlich die **Indikationsqualität** („Wird das richtige getan?“) und die E**rgebnisqualität** („Wird das richtige Ergebnis erzielt?“) im Vordergrund. Langfristig muss eine ausreichende Transparenz über die erbrachte Ergebnis- und Indikationsqualität von Krankenhausleistungen geschaffen werden, um einen funktionierenden Qualitätswettbewerb zu ermöglichen. Teilweise können hierfür vorliegende Indikatoren aus der Qualitätssicherung bereits verwendet und Mindestqualitäten vorgegeben werden. Da jedoch beide Qualitätsmaße derzeit meist nicht ausreichend gut gemessen und überprüft werden können, sind stellvertretend auch die **Strukturqualität** („Sind die Rahmenbedingungen richtig?“) und die **Prozessqualität** („Wird die Leistung richtig erbracht?“) zu berücksichtigen. Entsprechend sind diesbezüglich Vorgaben als Mindeststandards in die Krankenhausplanung aufzunehmen. Zur Sicherstellung der **Strukturqualität** sollten anhand genereller, personeller und apparativer Vorgaben verbindliche Strukturanforderungen definiert werden. Für die **Prozessqualität** können Vorgaben teilweise anhand der bereits vorliegenden Indikatoren aus der Qualitätssicherung erfolgen. Leistungsbereiche einzelner Krankenhäuser, die verbindlich vorgegebene Qualitätsstandards nicht erfüllen, sollten vom Versorgungsauftrag ausgeschlossen werden. Des Weiteren sollten in der Krankenhausplanung Vorgaben für Zentren und Schwerpunkte sowie für Innovationszentren aufgenommen und überprüft werden.

Empfehlung 6: Einheitliche Datengrundlage schaffen.

Um die Krankenhausplanung zukunftsorientiert am zu erwartenden Bedarf ausrichten sowie die Versorgungsstrukturen systematisch überprüfen zu können, ist die Schaffung einer passenden Datengrundlage zwingend notwendig. Insbesondere sollten die DRG-Statistiken und die Diagnosedaten der Krankenhausstatistik regional nach einheitlichen Kriterien ausgewertet werden. Zudem müssen langfristig für eine sektorenübergreifende Ausrichtung der Bedarfsplanung auch die ambulanten Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen hinzugezogen werden. Im

Rahmen des systematischen Versorgungsmonitorings sollten bundesweit einheitliche Vorgaben zur Auswertung und Aufbereitung vorliegender Daten gemacht werden.

Empfehlung 7: Vorgaben durch systematisches Versorgungsmonitoring überprüfen.

Ein systematisches Monitoring des Versorgungsangebots ist zentraler Bestandteil der Krankenhausplanung 2.0. Dieses sollte auf der Ebene der Bundesländer unter Einbindung der Selbstverwaltungspartner erfolgen. Da die Krankenversicherungen die finanziellen Konsequenzen aus den Ergebnissen des Monitorings zu tragen haben, z.B. Sicherstellungszuschläge, ist ihnen ein Mitspracherecht einzuräumen. Das Monitoring fokussiert auf die drei Dimensionen von Fehlversorgung, deren Auftreten vermindert werden soll:

- **Qualitative Fehlversorgung:** Strukturelle Qualitätsanforderungen müssen auf der Ebene einzelner Leistungsbereiche als Zulassungsvoraussetzung festgelegt werden und überprüfbar sein. Die Monitoringergebnisse aller regelmäßig erhobenen Qualitätsindikatoren werden auf Landesebene zusammengetragen. Liegen einzelne Leistungssegmente eines Krankenhauses dauerhaft unterhalb der festgelegten Mindestvorgaben, sollte dies zu ihrem Ausschluss aus dem Versorgungsauftrag führen. Leistungserbringer, deren Qualitätsergebnisse die Mindestvorgaben deutlich übertreffen, sollten hingegen für ihre besonders gute Leistung durch Zusatzvereinbarungen mit den Krankenversicherungen belohnt werden können.

- **Unterversorgung:** Ist bei einem Krankenhaus die Reduzierung seines bestehenden Leistungsangebots – aus wirtschaftlichen Gründen oder wegen nicht erreichter qualitativer Mindeststandards – absehbar, werden die möglichen Auswirkungen in Bezug auf die Erreichbarkeitsvorgaben überprüft. Dies geschieht mittels eines Geo-Informationssystems. Ist die Mindesterreichbarkeit zum nächsten Versorgungsangebot für die Bevölkerung weiterhin gegeben, kann die Leistungsreduktion stattfinden. Andernfalls müssen alternative wirtschaftlich tragbare, auch sektorenübergreifende, Versorgungsformen geprüft werden. Sollte sich kein tragfähiges Angebot finden lassen, erhält das betroffene Krankenhaus einen Sicherstellungszuschlag.

- **Überversorgung:** Bei geplanter Leistungsausweitung eines Krankenhauses überprüft das Monitoring, ob in der betreffenden Region bereits eine „Überversorgung“ bezogen auf die entsprechende Leistung vorliegt. Dafür werden regionale Fallzahlen herangezogen und mit einem regionalisierten Richtwert verglichen, d.h. das Monitoring bezieht regionale Besonderheiten (z.B. in der

Bevölkerungsstruktur) mit ein. In überversorgten Gebieten sind Maßnahmen zur Steigerung der Indikationsqualität in dem betroffenen Leistungsbereich zu ergreifen. Außerdem sollte die Angebotsausweitung in der Regel untersagt oder eine selektivvertragliche Lösung gewählt werden. Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass innovative Markteintritte mit Aussicht auf Qualitätsverbesserung nicht ausgeschlossen werden.

1. Einleitung: Warum eine Reform der Krankenhausplanung notwendig ist

Die angemessene flächendeckende medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, ist ein wichtiges Element der öffentlichen Daseinsvorsorge, das dem Sozialstaatsprinzip (vgl. Art. 20 I GG) entspringt (Pütz, Spangenberg 2006). Über eine staatliche Angebotsplanung und deren Umsetzung in den jeweiligen Krankenhausplänen der einzelnen Bundesländer werden ausreichend Krankenhauskapazitäten für die Bevölkerung garantiert. Erklärtes Ziel der Angebotsplanung ist es, allen Bürgern flächendeckend Zugang zu Gesundheitsleistungen zu ermöglichen. Aktuell werden jedoch in der Krankenhausplanung hauptsächlich bestehende Strukturen fortgeschrieben. Dadurch haben sich Fehlentwicklungen herausgebildet mit einem Nebeneinander von Unter-, Über- und Fehlversorgung. Dies begünstigt veraltete Strukturen, bei denen nicht nur die finanziellen Mittel im Gesundheitssystem ineffizient verteilt, sondern auch Patienten teilweise nicht bedarfsgerecht versorgt werden.

Vor dem Hintergrund solcher Fehlentwicklungen sowie im Angesicht demografischer Veränderungen und sich verknappender Ressourcen sowohl im personellen als auch finanziellen Bereich ist eine Reformierung und Modernisierung der Krankenhausplanung dringend notwendig. Das vorliegende Gutachten gibt einen Überblick darüber, wo die Schwachstellen des bestehenden Systems liegen. In einem zweiten Schritt werden neue Wege aufgezeigt und praktikable Umsetzungsvorschläge erarbeitet hin zu einer „Krankenhausplanung 2.0“.

Mangel an Investitionsmitteln: Krankenhäuser leben von der Substanz

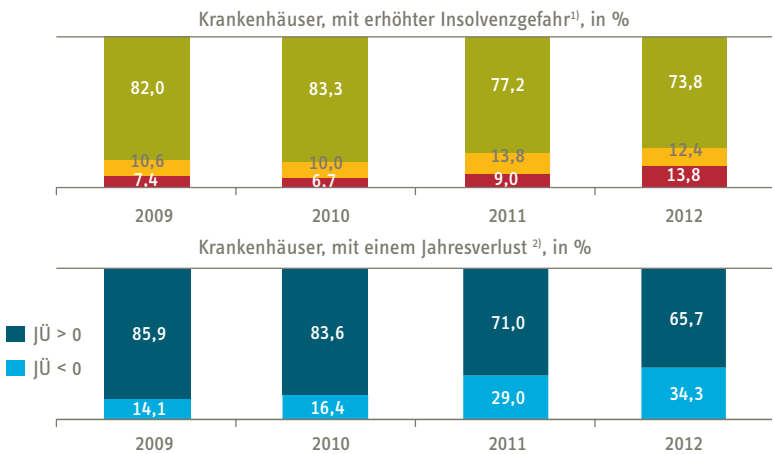
Zentrale Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Versorgung ist eine angemessene finanzielle Ausstattung der Leistungserbringer. Doch die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser hat sich in den vergangenen Jahren rapide verschlechtert (Augurzky et al. 2014). 35% der Krankenhäuser in Deutschland machten 2012 auf Konzernebene[2] einen Jahresverlust. Bezogen auf die einzelnen Standorte waren vermutlich sogar 40% betroffen (Schaubild 1). Dies steht in Kontrast zu früheren Entwicklungen: Zwei Jahre zuvor hatten nur 16% der Krankenhäuser Verlust geschrieben. Im Jahr 2012 sank abermals die Höhe der Investitionsfördermittel der Länder. Sie betragen seitdem nur noch 3,6% des Krankenhausumsatzes. Im Jahr 2000 hatte ihr Anteil noch bei 6,8% gelegen. Die Folgen sind weitreichend: Nur weniger als die Hälfte der Krankenhäuser (48%)

2 Die Stichprobe umfasst 976 Krankenhäuser mit insgesamt 621 Jahresabschlüssen. Von diesen Krankenhäusern sind 541 als Einzelhäuser organisiert und 435 in Konzernen zusammengefasst. Die Gruppe der Krankenhäuser in Konzernen umfasst damit 80 Jahresabschlüsse.

waren im Jahr 2012 nach Berechnungen des Krankenhaus Rating Reports 2014 „voll investitionsfähig“, weitere 7% nur „schwach investitionsfähig“. 44% waren gar nicht in der Lage, ausreichend Investitionen zu tätigen. Dabei liegen viele Investitionen bereits längere Zeit zurück: Ein hoher Anteil des so genannten Sachanlagevermögens (medizinische Geräte, technische Ausrüstung, Betriebs- und Geschäftsausgaben, Grundstücke und Gebäude) war bereits stark abgeschrieben. Die Folge: Viele Krankenhäuser leben von ihrer Substanz.

Schaubild 1

Wirtschaftliche Lage der deutschen Krankenhäuser



Quelle: Augurzky et al. (2014). – 1 Ampel: grüner Bereich mit niedriger Insolvenzgefahr (Ausfallwahrscheinlichkeit zwischen 0% und 1%), gelber Bereich mit mittlerer Insolvenzgefahr (1% bis 2,6%) und roter Bereich mit erhöhter Insolvenzgefahr (über 2,6%). – 2 JÜ = Jahresüberschuss.

Spezialisierung: Der Weg zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit

In vielen Regionen sind zudem die vorhandenen Krankenhausstrukturen ungünstig. Die bisherige Praxis der Krankenhausplanung hat dazu geführt, dass es zu viele kleine Einheiten, eine zu hohe Krankenhausdichte und zu wenig Spezialisierung gibt. Ländliche Krankenhäuser der Grundversorgung sowie ländliche Großversorger hatten im Jahr 2012 größere wirtschaftliche Schwierigkeiten als ländliche Spezialkliniken. Das gleiche Bild zeigte sich in städtischen Regionen. Ein hoher Spezialisierungsgrad hingegen wirkte sich vorteilhaft aus – sowohl in wirtschaftlicher als auch in qualitativer Hinsicht.

1. Einleitung: Warum eine Reform der Krankenhausplanung notwendig ist

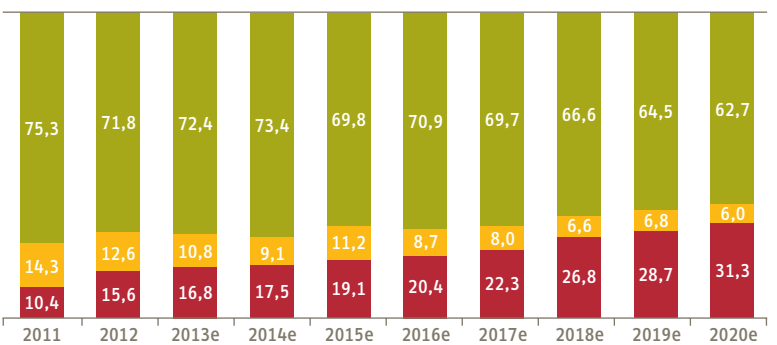
Marktbereinigung: Vorübergehender Entspannung folgt mittelfristig wieder Verschlechterung

Zwar tragen die vor der Bundestagswahl 2013 beschlossenen Finanzhilfen für Krankenhäuser im Rahmen des Beitragsschuldengesetzes[3] sowie ein relativ hoher Anstieg der Preise für Krankenhausleistungen 2014 aktuell zu einer Entspannung der Lage bei. Ab 2015 dürften die Kostenzuwächse aber wieder über den Zuwächsen bei den Erlösen liegen: Eine nachhaltige Stabilität des Systems ist bei den gegebenen Strukturen kaum zu erreichen. Ohne Produktivitätsfortschritt[4] würde der Anteil der Krankenhäuser mit erhöhter Insolvenzgefahr weiter ansteigen: von 16% im Jahr 2012 auf über 30% bis zum Jahr 2020 (Schaubild 2). Mit einem jährlichen Produktivitätsfortschritt von 0,8% könnte sich die Lage langfristig stabilisieren. Da dieser Wert aber nur schwer erreichbar sein wird, werden nicht alle Krankenhäuser überleben. Bis zum Jahr 2020 könnten etwa 13% der Häuser aus dem Markt ausscheiden. Es gilt, diese Entwicklung für eine notwendige Strukturbereinigung der Krankenhauslandschaft zu nutzen.

Schaubild 2

Erwartete Verteilung der Krankenhäuser nach der Ampelklassifikation(1)

in %; 2011 bis 2020



Quelle: Augurzky et al. (2014). – 1 Ampel: grüner Bereich mit niedriger Insolvenzgefahr (Ausfallwahrscheinlichkeit zwischen 0% und 1%), gelber Bereich mit mittlerer Insolvenzgefahr (1% bis 2,6%) und roter Bereich mit erhöhter Insolvenzgefahr (über 2,6%)

3 *Siehe „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden", online: http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl113s2423.pdf*

4 *Produktivitätsfortschritt bedeutet, dass durch kontinuierliche Weiterentwicklungen das Verhältnis zwischen eingesetztem Aufwand und erzieltem Ertrag verbessert wird. Diese Effizienzsteigerungen treten in allen Wirtschaftsbereichen auf und sind auch im Krankenhausmarkt zu verzeichnen.*

Mangel an Fachkräften: Verschärfung erschwert Angebotserbringung

Zusätzlich zu den wirtschaftlichen Schwierigkeiten kommt ein bereits heute schon spürbarer Mangel an Fachkräften hinzu. Da künftig immer weniger jüngere Menschen in den Arbeitsmarkt eintreten, wird sich dieser Mangel vor allem in den 2020er Jahren deutlich verschärfen. Damit werden auch die personellen Ressourcen knapper, so dass zu einem späteren Zeitpunkt selbst ein wirtschaftlich tragbares Angebot möglicherweise nicht mehr erbracht werden kann. Eine Anpassung des deutschen Krankenhausmarkts ist daher nicht nur aus finanziellen, sondern auch aus personellen Gründen unbedingt erforderlich.

Hohe Versorgungsdichte: Großzügige Versorgung erlaubt Bündelung von Ressourcen

Vor dem Hintergrund langfristig schrumpfender Ressourcen muss eine moderne Krankenhausplanung sich mit der Frage beschäftigen, ob durch das Ausscheiden eines Krankenhauses oder eines Leistungssegments[5] die Versorgungssicherheit in der betroffenen Region in Gefahr gerät. In Deutschland ist die Krankenhausdichte, gemessen als Standorte[6] je Einwohner, im Durchschnitt relativ hoch. Schaubild 3 vergleicht die Krankenhausdichte zwischen Bundesländern sowie zwischen OECD-Staaten. Sowohl innerhalb Deutschlands als auch im internationalen Vergleich zeigt sich eine große Streuung. Nur wenige Länder haben eine höhere Krankenhausdichte bezogen auf ihre Bevölkerung als Deutschland. Zieht man die ostdeutschen Bundesländer als Benchmark heran, wäre eine im Mittel 14% niedriger ausfallende Krankenhausdichte vertretbar. Ein ähnliches Bild ergibt sich, wenn man Deutschland mit dem OECD-Durchschnitt vergleicht. Die Krankenhausversorgung in Deutschland ist mit anderen Worten sehr großzügig und würde eine Bündelung von Ressourcen zulassen.

Ländliche Kreise: Massive Unterschiede bei Versorgungsdichte innerhalb Deutschlands

Gleiches gilt für den Blick über die eigene Region hinaus. Betrachtet man nur die ländlich geprägten Landkreise, ist die Streuung der Krankenhausdichte zwischen den Bundesländern sogar noch höher (Tabelle 1). In Nordrhein-Westfalen etwa liegt die Krankenhausdichte in ländlichen Kreisen 60% über dem bundesweiten Mittelwert; im Vergleich mit Sachsen-Anhalt ist sie sogar doppelt so hoch.

---

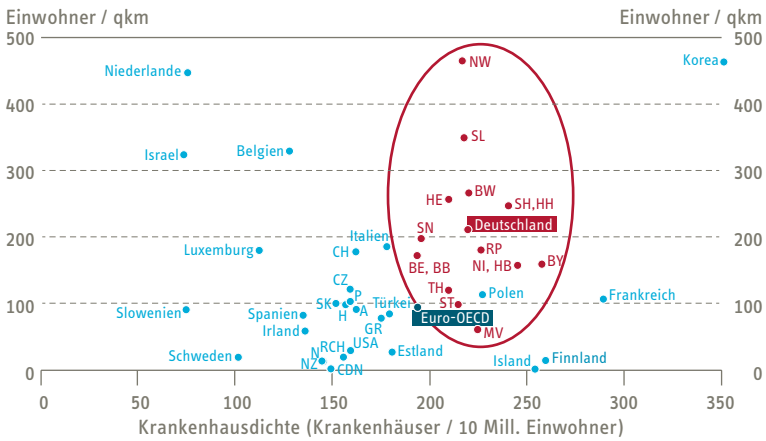
5 Näheres zur Abgrenzung der Leistungssegmente: s. Empfehlung 1.

6 Konkret handelt es sich um Institutskennziffern und nicht um Standorte. In der amtlichen Statistik werden nur erstere erfasst. Institutionskennziffern sind Kennzahlen, mit deren Hilfe einrichtungsübergreifend Abrechnungen im Bereich der Sozialversicherung vorgenommen werden können.

1. Einleitung: Warum eine Reform der Krankenhausplanung notwendig ist

Schaubild 3

Krankenhausdichte und Bevölkerungsdichte in OECD-Mitgliedstaaten



Quelle: Augurzky et al. (2014).

Tabelle 1

Krankenhausdichte im ländlichen Raum 2012

	KH je 10 Mio. Einwohner	Einwohner je qkm
Nordrhein-Westfalen	393	129
Schleswig-Holstein	291	130
Hessen	285	117
Bayern	263	117
Niedersachsen	245	116
Deutschland	245	106
Rheinland-Pfalz	239	112
Sachsen	231	140
Baden-Württemberg	230	126
Thüringen	224	109
Mecklenburg-Vorp.	215	61
Brandenburg	196	75
Sachsen-Anhalt	194	84

Quellen: Statistisches Bundesamt (2014), Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamts, eigene Berechnungen.

Insgesamt fällt in Bundesländern mit dichter besiedelten ländlichen Kreisen die Krankenhausdichte (definiert als Krankenhäuser pro 10 Millionen Einwohner) höher aus als in Ländern mit dünner besiedelten ländlichen Kreisen. Erwarten würde man genau das Gegenteil: dass in dünner besiedelten Landkreisen je Einwohner mehr Krankenhäuser nötig sind als in dichter besiedelten Gebieten. Auch ohne weitergehende Analysen zeigt dieser immense Unterschied, dass vielerorts eine Bündelung der Krankenhausstandorte in nennenswerter Größenordnung die Versorgungssicherheit im ländlichen Raum kaum gefährden würde. Eine erreichbarkeitsorientierte Neuausrichtung der Krankenhausplanung ist hierfür Voraussetzung.

Ressourcenverknappung: Notwendige Veränderungen rechtzeitig einleiten

Die Alterung der Gesellschaft führt zu einem steigenden Bedarf an Gesundheitsleistungen und einer zunehmenden Anzahl an Krankenhauspatienten. Die gleichzeitig sinkende Bevölkerungszahl erschwert die Finanzierung des Bedarfs (OECD 2007) und die Rekrutierung von qualifiziertem Fachpersonal. Insgesamt kommt es zu einer deutlichen Ressourcenverknappung. Mit der absehbaren räumlichen Konzentration werden sich die Veränderungen regional sehr unterschiedlich gestalten (Thurn, Winkler-Kühlken 2004). Es werden sich gleichzeitig Wachstums-, Stagnations- und Schrumpfungsregionen (Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Stadtentwicklung 2006) ergeben, so dass die Verknappung regional sehr unterschiedliche Auswirkungen haben wird. Notwendige Anpassungen der Infrastruktur sollten rechtzeitig eingeleitet werden, um einen stetigen Übergang zur Zielstruktur zu gewährleisten. Dabei sollte bereits eine künftig sektorenübergreifende Versorgung ins Auge gefasst werden.

Eine oftmals lokal ungünstige Krankenhausstruktur, geringe Spezialisierung, kleine Einheiten und eine mangelnde Investitionsbereitschaft zeigen, dass die derzeitige Krankenhausplanung durch eine Rückwärtsgewandtheit und hohe Passivität gekennzeichnet ist. Sie wird den anstehenden Problemen nicht mehr gerecht. Eine Modernisierung der Krankenhausplanung ist daher notwendig und sollte so bald wie möglich angegangen werden, um weiteren Fehlentwicklungen entgegensteuern zu können.

2. Ziele einer erfolgreichen Krankenhausplanung 2.0

Vor dem Hintergrund knapper werdender Ressourcen sowohl im personellen Bereich als auch bei den Finanzmitteln stellt sich die Frage, wie die Gesundheitsversorgung insbesondere in Regionen mit schrumpfender Bevölkerung künftig aussehen soll und kann. Dafür muss geklärt werden, welche medizinischen Angebote in welcher Form und zu welcher Qualität flächendeckend angeboten werden sollen. Bei der notwendigen Modernisierung der Krankenhausplanung sollten daher folgende Aspekte im Fokus stehen:

- Prospektive Ausrichtung anhand zu erwartender Entwicklungen (z.B. soziodemografische, epidemiologische, technologische Veränderungen),
- Weiterentwicklung von einer standortbasierten hin zu einer erreichbarkeitsorientierten Versorgungsplanung,
- Aufnahme des Kriteriums „Qualität“ in die Krankenhausplanung.

Bei der angestrebten Reform der Krankenhausplanung sind alle Ebenen vom Bund über die Länder bis zu den Selbstverwaltungspartnern auf Ortsebene zu berücksichtigen. Schaubild 4 zeigt eine schematische Darstellung der beteiligten Ebenen und ihrer Aufgaben in einer Krankenhausplanung 2.0. In erster Linie bedarf es der Schaffung bundesweit einheitlicher Vorgaben, die in die Rahmenplanung der Länder einfließen. Ihre Einhaltung sollte durch ein systematisches Versorgungsmonitoring gewährleistet werden. Auf Basis dieser Vorgaben und entsprechender Daten sollen die Vereinbarungen durch die Krankenversicherungen und Leistungserbringer vor Ort konkretisiert werden können. Dabei handelt es sich nicht um ein hierarchisches Einbahnstraßensystem: Rückkopplungen zwischen den verschiedenen Ebenen werden ermöglicht und sind erforderlich. So müssen etwa die Ergebnisse auf Ortsebene in das Monitoring und die Rahmenplanung einfließen können. Ebenso müssen die Bundesvorgaben bei Bedarf auf veränderte Rahmenbedingungen angepasst werden können.

Das übergeordnete Ziel ist dabei weiterhin das Kriterium der Bedarfsgerechtigkeit. Als bedarfsgerecht wird eine Versorgung bezeichnet, die in quantitativer und qualitativer Hinsicht dem Bedarf der Versicherten bzw. der Bürger entspricht (SVR 2014). Unterscheiden kann man dabei in den „objektiven Bedarf“ und den „subjektiven Bedarf“.

Schaubild 4
Aufgaben und Ebenen in der Krankenhausplanung 2.0

Quelle: Eigene Darstellung.

2.1 Objektiver Bedarf

Der objektive Bedarf ist nur schwer messbar. Er kann jedoch anhand einzelner Kriterien charakterisiert werden. Diese beziehen sich im Wesentlichen auf die Vermeidung der verschiedenen Arten von Fehlversorgung (SVR 2001):

- **Qualitative Fehlversorgung:** bedarfsgerechte Versorgung mit nicht fachgerechter Erbringung der Leistungen. Qualitative Fehlversorgung kann zu medizinischen Schäden bei den Betroffenen sowie zu finanziellen Schäden für die Solidargemeinschaft führen.

- **Unterversorgung:** unterlassene oder nicht rechtzeitige Durchführung bedarfsgerechter Behandlungsleistungen. Eine Unterversorgung kann zu medizinischen Schäden bei den Betroffenen führen. Wichtiges Kriterium zur Vermeidung von Unterversorgung ist die Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen.

- **Überversorgung:** Versorgung mit nicht bedarfsgerechten, medizinisch nicht notwendigen Leistungen, zum Beispiel aufgrund einer nicht adäquaten Indikationsstellung. Eine Überversorgung kann zu medizinischen, vor allem aber zu finanziellen Schäden für die Solidargemeinschaft führen.

Eine objektive Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung ist dann erreicht, wenn keine der drei aufgelisteten Arten von Fehlversorgung vorkommt.

2.2 Subjektiver Bedarf

Darüber hinaus ist es wichtig, dass die Krankenhausplanung auch den subjektiven Bedarf der Patienten miteinbezieht. Im Gegensatz zum objektiven Bedarf kann der subjektive Bedarf, der dem individuellen Bedürfnis bzw. dem Wunsch eines Bürgers/Patienten entspringt, durch Befragungen ermittelt werden. Verschiedene Patientenbefragungen (Mansky 2012; Friedrich, Beivers 2009) zeigen ein einheitliches Bild der aus Patientensicht wichtigsten Kriterien bei der Krankenhausauswahl:

- Die **medizinische Qualität** kristallisiert sich schon bei leichteren Erkrankungen als das herausragende Kriterium für die Auswahl des Krankenhauses heraus. Eine Voraussetzung dafür sind entsprechende Informationen. Solche messbaren Informationen über die medizinische Qualität eines Krankenhauses werden von einer großen Mehrheit der Befragten gewünscht, v.a. bei schweren Behandlungsanlässen. Bei diesen nimmt die Bedeutung der medizinischen Qualität für die Krankenhauswahl auch weiter zu.

- An zweiter Stelle auf der Rangliste der Kriterien, die für die Krankenhauswahl von Bedeutung sind, folgt mit deutlichem Abstand das **Renommee des Krankenhauses.**

- Geringe Bedeutung haben dagegen **Komfortmerkmale** und die **Erreichbarkeit der Klinik** (v.a. bei schweren Behandlungsanlässen).

Aus diesen Befragungsergebnissen lässt sich ableiten, dass die wohnortnahe Behandlung bei Elektiv-Patienten[7], teilweise auch in der Notfallversorgung, nicht das entscheidende Kriterium darstellt. Eine rein erreichbarkeitsorientierte Ver-

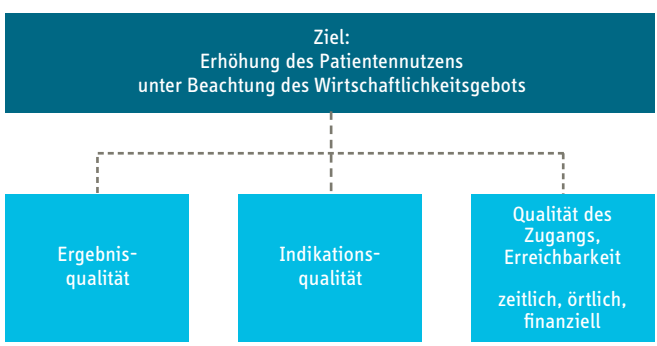
7 Als Elektiv-Patienten bezeichnet man Patienten, bei denen medizinische Eingriffe nicht dringend notwendig sind, z.B. Operationen, deren Zeitpunkt fast frei gewählt werden kann. Elektive medizinische Leistung sind z.B. Schönheitsoperationen, ein Wunsch-Kaiserschnitt oder die Operation beim Grauen Star. Je nach Definition kann jede Operation, die nicht lebensrettend ist, als elektiv gelten.

sorgung kann damit nicht das Hauptziel der Krankenhausplanung sein. So zeigen Untersuchungen, dass ein Großteil der Patienten für die Behandlung freiwillig weitere Wege zurücklegt, als für das wohnortnächste Krankenhaus nötig wäre (Friedrich, Beivers 2009). Ausschlaggebend ist für die Patienten dabei die Behandlungsqualität des freiwillig ausgewählten Krankenhauses. Eine reformierte Krankenhausplanung sollte daher neben der Erreichbarkeit vor allem dem Qualitätsaspekt eine größere Bedeutung zukommen lassen.

Zentrale Aufgabe einer Krankenhausplanung 2.0 ist die Erhöhung des Patientennutzens unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Unweigerlich sind damit nicht unerhebliche Zielkonflikte verbunden, da der Patientennutzen verschiedene Dimensionen umfasst (Schaubild 5): Neben der Ergebnis- und Indikationsqualität spielt die Erreichbarkeit der Krankenhausversorgung für den Nutzen der Patienten eine weitere Rolle. Daneben besitzen aus Patientensicht Serviceleistungen des Krankenhauses, wie z.B. kurze Wartezeiten, wenige Schnittstellen bei der Behandlung und allgemeine Komfortmerkale, zusätzliche Bedeutung. Ein Mittel zur Erreichung der hier genannten Qualitätsdimensionen sind Struktur- und Prozessqualität. Aus Patientensicht spielen sie jedoch nur eine indirekte Rolle und gewinnen erst dann an Bedeutung, wenn die hier genannten Dimensionen nicht ausreichend gut messbar sind.

Schaubild 5

Ziele einer hochwertigen Patientenversorgung



Quelle: Eigene Darstellung.

Bei gegebenen – und künftig möglicherweise schwindenden – Ressourcen können nicht alle Nutzendimensionen gleichzeitig maximiert werden. So kann etwa nachvollziehbarerweise nicht alle 10 km ein Zentrum für Spitzenmedizin errichtet

werden. Vor diesem Hintergrund diskutiert das vorliegende Gutachten im Folgenden wichtige Aspekte einer neu zu gestaltenden Krankenhausplanung und zeigt jeweils kurzfristig und langfristig realisierbare Umsetzungsschritte auf. Dabei werden besonders die Themenfelder Bedarfsgerechtigkeit, Fehlversorgung, Qualitätsindikatoren, Angebotsmonitoring, sektorenübergreifende Betrachtung, Datengrundlagen, Notfallversorgung, Grundversorgung, wohnortnahe und qualitativ hochwertige Versorgung sowie Innovationszentren berücksichtigt.

3. Handlungsempfehlungen und Umsetzungsvorschläge

Das vorliegende Gutachten entwickelt sieben konkrete Handlungsempfehlungen, um die oben genannten Reformziele zu erreichen. Sie werden jeweils kurz zusammengefasst und im Anschluss ausführlich begründet. Für jede Handlungsempfehlung folgen sowohl kurzfristige als auch langfristige Umsetzungsvorschläge.

Empfehlung 1: Einheitliche Vorgaben für eine bedarfsgerechte Versorgung einführen

Bedarfsgerechtigkeit zeichnet sich in einer reformierten Krankenhausplanung durch eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung aus. Dies stellt eine Weiterentwicklung zur bisherigen bettenbezogenen Kapazitätsplanung dar. Damit für alle Versicherten die gleiche Mindestqualität bei der Versorgung gewährleistet ist, müssen Mindeststandards bundesweit einheitlich und verbindlich festgelegt werden.

Begründung

Bundesweit einheitliche Leistungsfestlegung der GKV macht auch bundesweit einheitliche Mindeststandards für Erreichbarkeit und Qualität notwendig

Die Verantwortung für eine flächendeckende Krankenhausversorgung tragen in Deutschland die Bundesländer.[8] Dieser kommen sie durch die Aufstellung von Krankenhausplänen nach. Auch in einer Krankenhausplanung 2.0 verbleibt die Hauptverantwortung bei den Bundesländern bzw. ihren jeweiligen Landesbehörden. Jedoch muss die bedarfsgerechte – also flächendeckende und qualitativ hochwertige – Versorgung durch deutschlandweit einheitliche Mindeststandards sichergestellt werden. Ein solcher Schritt ist aus ordnungspolitischer Sicht notwendig, weil auch die Leistungen der GKV nach einem bundesweit einheitlichen Leistungskatalog, nämlich dem SGB V, festgelegt werden. Für die Grund- und Regelversorgung sowie die Notfallversorgung ist dabei eine flächendeckende Versorgung mit einheitlichen Mindesterreichbarkeitsvorgaben von entscheidender Bedeutung. Bei der Schwerpunkt- und Maximalversorgung hat dagegen eine spezialisierte, anspruchsvolle Versorgung Vorrang vor dem Kriterium der Wohnortnähe.

Hohe Qualität idealerweise über Wettbewerb erreichbar – kurzfristig sind jedoch Mindestvorgaben geboten

Mindestanforderungen an die Qualität könnten im Grunde überflüssig sein, weil Krankenhäuser untereinander im Wettbewerb stehen. Qualitative Schlechtleistung von einzelnen Kliniken könnten über den Markt abgestraft werden. Die geringe Qualitätstransparenz im deutschen Krankenhaussektor sowie mögliche regionale Sicherstellungsmonopole bremsen jedoch die Wirksamkeit dieses selbstregulie-

8 *Siehe § 6 Abs. 1 und Abs. 4 i.V.m. § 1 Abs. 1 KHG.*

renden Mechanismus, den man von anderen Märkten kennt. Daher sind zumindest auf kurze Sicht auch im Bereich der Qualität Mindestvorgaben notwendig. Langfristig sollte hingegen eine umfassende Qualitätstransparenz angestrebt werden.

Umsetzung

Im Zentrum der Betrachtungen steht der Patientennutzen. Schaubild 6 gibt einen Überblick über die verschiedenen Kriterien des Patientennutzens verbunden mit den entsprechenden kurz- und langfristigen Umsetzungsvorschlägen für eine Krankenhausplanung 2.0. Bezogen auf die Kriterien Zugang und Erreichbarkeit von Krankenhausleistungen können bereits heute Vorgaben zur maximalen Pkw-Entfernung des nächstgelegenen Angebots der Grund- und Regelversorgung gemacht werden (ausführlicher dazu: Empfehlung 4). Langfristig ist eine differenziertere Festlegung nach Leistungssegmenten wünschenswert. Diese setzt jedoch eine bundesweit einheitliche feinere Definition der einzelnen Leistungssegmente voraus (ausführlicher dazu: Empfehlung 2). Eine diagnose- oder prozedurenbezogene Zuordnung der Krankenhausfälle in einzelne Leistungssegmente des Krankenhauses ist jedoch oftmals schwierig. Eine entsprechende vollumfassende Zuordnungssystematik muss daher erst entwickelt werden.

Bereits heute Vorgaben für maximale Pkw-Entfernung zu nächstem Grundversorger möglich

Für einzelne Leistungssegmente hingegen ist dies schon heute umsetzbar. Beispielsweise können für den Leistungsbereich der Neurochirurgie die entsprechenden Fälle sehr gut anhand von bestimmten OPS-Codes identifiziert werden.[9]

Langfristiges Ziel bei den Kriterien Indikations- und Ergebnisqualität[10] sollte die Schaffung einer umfassenden Qualitätstransparenz sein. Dies ermöglicht den Patienten und einweisenden Ärzten den Qualitätsaspekt bei der Krankenhauswahl angemessen zu berücksichtigen – eine Abstimmung „mit den Füßen“ wird infolgedessen möglich. Auf dem Weg dorthin sind jedoch Mindestvorgaben an die Qualität erforderlich. Da Indikations- und Ergebnisqualität derzeit nicht durchgängig messbar sind, sollten konkrete Anforderungen an Krankenhausstrukturen und -prozesse festgelegt werden. Bei der Entwicklung solcher Vorgaben sollte darauf

Langfristiges Ziel: Qualitätstransparenz, kurzfristig Mindestvorgaben an Prozesse und Strukturen

9 Die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie und der Berufsverband Deutscher Neurochirurgen haben dazu eine Liste mit insgesamt 125 Prozeduren vorgegeben, die den neurochirurgischen Leistungsbereich in einer Klinik zuzuordnen sind.

10 Unter der Indikationsqualität versteht man, wie gut die Indikationsstellung ist. Bei einer guten Indikationsstellung kann die für den Patienten richtige Behandlung gewählt werden. Ggf. ist dabei auch gar keine Behandlung erforderlich. Unter Ergebnisqualität versteht man die Qualität der medizinischen Behandlung. Dabei ist unerheblich, ob eine Behandlung überhaupt nötig gewesen wäre. Aus dem Gesagten wird deutlich, dass eine hohe Ergebnisqualität stets wünschenswert ist, aber nicht losgelöst von der Indikationsqualität betrachtet werden kann.

geachtet werden, dass Produktivitätsfortschritte im Krankenhaus auch unter den Vorgaben weiter möglich sind. Im Zweifel sollten Vorgaben an die Indikations- und Ergebnisqualität Vorrang vor Vorgaben an Prozess- und Strukturqualität haben.

Schaubild 6

Vorgaben der Krankenhausplanung

	Kurzfristig	Langfristig
Zugang, Erreichbarkeit	Grund- und Regelversorgung: mind. **Chirurgie, Innere** und ggf. Geburtshilfe, **max. Entfernung 30 Min. Pkw-Zeit** **Notfallversorgung:** Definition, Strukturelle Vorgaben, Erreichbarkeitsfrist für Rettungsdienst 12 Min., symptombasierte Anforderungen Schwerpunkt- und Maximalversorgung: restliche Leistungen, Erreichbarkeit nachrangig	(Bundesweit einheitliche) feinere Definition der Leistungssegmente je Versorgungsart Differenzierte Vorgaben an Pkw-Zeit je Leistungssegment (bundesweit einheitlich)
Indikationsqualität	Statistische **Überprüfung von Auffälligkeiten (Angebotsmonitoring), Rückkopplung auf Hausebene,** Zweitmeinungsverfahren	Umfassende **Qualitätstransparenz** und Anpassung am **Vergütungs-system** (zur Vermeidung von Fehlanreizen)
Ergebnisqualität	(Bundesweit einheitliche) **Mindestvorgaben an Strukturen und Prozesse,** regelmäßige Anpassung, Weiterentwicklung geeigneter Indikatoren	Umfassende **Qualitätstransparenz**

Quelle: Eigene Darstellung.

Auch der Serviceaspekt ist für Patienten bei der Wahl des Krankenhauses wichtig. Verbindliche Vorgaben und ein planerisches Monitoring sind in diesem Bereich aus ordnungspolitischer Sicht jedoch nicht nötig. Einige Aspekte der Servicequalität ergeben sich aus einer hohen Struktur- und Prozessqualität, etwa reibungslose Abläufe und wenig Schnittstellen in der Behandlung. Andere Kriterien wie die Verpflegung oder Besuchszeiten sind unabhängig von der medizinischen Qualität als reine Komfortmerkmale anzusehen. Informationen über solche Aspekte der Servicequalität können über unabhängige Bewertungsportale ausgetauscht werden. Bei im Wettbewerb stehenden Häusern wird dies mittelfristig zu den gewünschten Service-Standards führen.

Servicequalität ist reiner Wettbewerbsparameter – verbindliche Vorgaben bei der Servicequalität nicht nötig

Regional strengere Vorgaben als die bundesweiten Mindestanforderungen (z.B. kürzere Erreichbarkeitsvorgaben) können grundsätzlich jederzeit eingeführt werden. Entstehen durch diese höheren Anforderungen jedoch Zusatzkosten, müssen sie auch von der entsprechenden Region finanziert werden. Um der Gefahr regional auftretender Fehlversorgung entgegenzuwirken, sollte zudem ein Versorgungsmonitoring aufgebaut werden (ausführlicher dazu: Empfehlung 7).

Was ist zu tun?

Kurzfristig	Langfristig
• Verbindliche Pkw-Erreichbarkeitsvorgaben für Angebote der Grund- und Regelversorgung sowie als Orientierung für Schwerpunkt- und Maximalversorgung	• Erreichbarkeitsvorgaben ggf. gestaffelt nach einzelnen Leistungssegmenten
• Mindestvorgaben für Qualität der Strukturen und Prozesse	• Schaffung einer umfassenden Qualitätstransparenz

Empfehlung 2: Grund- und Regelversorgung klar definieren

Eine einheitliche Abgrenzung von Leistungen aus der Versorgungsgruppe der Grund- und Regelversorgung gegenüber der Gruppe der Schwerpunkt- und Maximalversorgung ist für die Krankenhausplanung 2.0 erforderlich. Sie ist nötig zur Konkretisierung der Flächendeckung. Zur kurzfristigen Umsetzung genügt es zunächst, Kliniken mit den Fachabteilungen „Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ als Häuser der Grund- und Regelversorgung einzustufen. Dies betrifft in Deutschland aktuell 1 311 Standorte (2012). Langfristig sollte eine Unterteilung in „Basisversorgungsleistungen“ und „spezialisierte Leistungen“ erfolgen. Zu diesem Zweck ist ein geeigneter Algorithmus auf Basis der ICD- und OPS-Daten zu entwickeln.

Begründung

Für die Leistungen der Grund- und Regelversorgung ist ein regional engmaschiges Netz von Krankenhäusern wünschenswert. Eine flächendeckende Versorgung mit diesen Grundleistungen ist durch klar definierte Erreichbarkeitsvorgaben sicherzustellen. Bei (elektiven) Leistungen der Schwerpunkt- und Maximalversorgung hingegen muss eine qualitativ hochwertige Versorgung im Vordergrund stehen.[11] Dabei sind auch wirtschaftliche Bedingungen der spezialisierten Infrastruktur zu berücksichtigen. Um dies zu erreichen, müssen die stationären Leistungen entsprechend voneinander abgegrenzt werden. Als Grundlage sollte hierfür eine einheitliche Systematik erarbeitet werden. Bisher existieren in den Bundesländern

Grund- und Regelversorgung braucht engmaschiges Versorgungsnetz, bei Schwerpunkt- und Maximalversorgung steht Qualität im Vordergrund

11 Die Versorgung von Notfallpatienten muss separat betrachtet werden (vgl. Empfehlung 3). Generell gilt auch hier, dass komplexe Spezialbehandlungen in den Einrichtungen der Maximalversorgung erbracht werden müssen. Notfallpatienten können allerdings per Luftrettung transportiert werden bzw. in den Notaufnahmen der Grundversorger erstversorgt und anschließend weiterverlegt werden.

unterschiedliche oder gar keine Definitionen der einzelnen Versorgungsstufen. Eine leistungsbezogene Einteilung ist in Deutschland aktuell überhaupt nicht vorhanden.

Umsetzung

Zur kurzfristigen Umsetzung genügt zunächst eine grobe Kategorisierung der Krankenhäuser anhand der vorhandenen Fachabteilungen. Maßgeblich für die Einstufung als Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung ist hierbei das Vorhandensein der beiden Fachabteilungen „Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“.[12] Für diese Einteilung können die notwendigen Erreichbarkeitsvorgaben bereits heute festgelegt und überprüft werden (ausführlicher dazu: Empfehlungen 4 und 7).

Kurzfristige Umsetzung: Kliniken mit „Innerer Medizin“ und „Allgemeiner Chirurgie“ als Grund- und Regelversorger einstufen

Das aktuelle Krankenhausverzeichnis (Stand 2012) weist für Deutschland insgesamt 2 017 Kliniken aus. Darunter befinden sich 1 044 Grundversorger mit den Fachabteilungen „Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“. 163 davon fallen in die Kategorie Maximalversorger.[13] Die restlichen Krankenhäuser bieten entweder Spezialleistungen oder ausschließlich psychische bzw. psychosomatische Leistungen an oder besitzen keinen Versorgungsvertrag. Da die amtliche Statistik auf den so genannten Institutskennzeichen (IK) basiert, bei der teilweise mehrere Krankenhausstandorte eines Trägers unter einer IK zusammengefasst sind, wird die tatsächliche Zahl an Standorten deutlich unterschätzt. Bei einer standortgenauen Analyse der Einrichtungen in Zusammenarbeit mit dem Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)[14] existieren 1 311 einzelne Standorte, die nach obiger Definition Leistungen der Grund- und Regelversorgung anbieten. Würde man bei der Einstufung als Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung zusätzlich die Vorhaltung einer Fachabteilung „Gynäkologie und Geburtshilfe“[15] berücksichtigen, wären dieser Kategorie noch 1 045 Krankenhäuser zugeordnet. Aufbauend auf der Einteilung in Grund- und Regelversorgung gegenüber der Gruppe

In Deutschland gibt es rund 1300 Standorte der Grund- und Regelversorgung

12 Aus methodischen Gründen wird bei der Abgrenzung für Grundversorgungskrankenhäuser eine Mindestanzahl von jeweils fünf Betten in den beiden Fachabteilungen vorausgesetzt.

13 Als Maximalversorger gelten alle Krankenhäuser mit mehr als 600 Betten und dem Status Plankrankenhaus und/oder Versorgungsvertrag.

14 Die Daten aus dem Raumordnungsbericht 2005 wurden vom BBSR für das Jahr 2008 aktualisiert und mit den standortgenauen Angaben aus dem „WIdO-Datensatz“ (Wissenschaftliches Institut der AOK) abgeglichen und zusammengeführt. Darauf basierend wurden die Krankenhäuser mit den Fachabteilungen „Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ gefiltert und um die zwischen 2008 und 2013 geschlossenen Standorte gemäß dem Gutachten von Preusker (2014) bereinigt. Unklare Standorte wurden zusätzlich per Internetrecherche überprüft.

15 Ebenfalls mit mindestens fünf Betten.

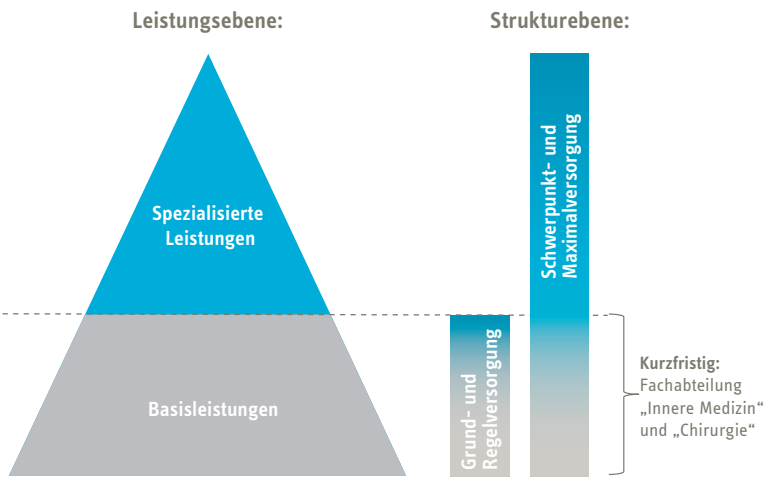
der Schwerpunkt- und Maximalversorgung können die entsprechenden Erreichbarkeitsvorgaben erstellt und die gegenwärtige Versorgungssituation überprüft werden (ausführlicher dazu: Empfehlung 4).

Langfristig sollte eine leistungsspezifische Abgrenzung der Basisversorgung angestrebt werden (Schaubild 7), weil zum Teil auch einzelne Leistungen aus anderen Fachabteilungen als Chirurgie und Innere den Basisleistungen zugeordnet werden können und umgekehrt. Basisleistungen sollten innerhalb kürzerer Zeit erreicht werden als spezialisierte Leistungen. Am Beispiel der Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) in der Schweiz (Kasten 1) zeigt sich, dass eine detaillierte Zuordnung der einzelnen medizinischen Leistungen in Basisleistungen und spezialisierte Leistungen nicht nur theoretisch möglich, sondern auch in der Praxis umsetzbar ist.

Beispiel der Schweiz zeigt, dass Einteilung in Basis- und spezialisierte Leistungen umsetzbar ist

Schaubild 7

Abgrenzung der Grund- und Regelversorgung



Quelle: Eigene Darstellung.

Perspektivisch sollte für Deutschland eine vergleichbare Einteilung und Zuordnung der stationären Leistungen wie in der Schweiz entwickelt und evaluiert werden. Dazu sollte das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) den Auftrag erhalten, einen Algorithmus zu entwickeln, der alle Leistungen einer der beiden Versorgungsstufen zuordnet. Diese Zuordnung würde wie in der Schweiz auf ICD- und OPS-Basis erfolgen. Damit würde auch innerhalb einer DRG ggf. zwischen Basis- und spezialisierten Leistungen unterschieden werden. Basisleistun-

Auftrag an das InEK: Entwicklung eines Einstufungssystems

gen müssen von den Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung verpflichtend angeboten werden. Für spezialisierte Leistungen können auf Ortsebene mit den jeweiligen Krankenhäusern individuelle Leistungsvereinbarungen getroffen werden. Für Schwerpunkt- und Maximalversorger können Basisleistungen zwar auch zum Leistungsspektrum gehören, sie fokussieren sich vor allem aber auf die anspruchsvollen Spezialleistungen.

Kasten 1
Einteilung der Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) in der Schweiz[1]

In der Schweiz werden alle Fälle mit Hilfe eines Algorithmus eindeutig einer Spitalplanungs-Leistungsgruppe (SPLG) zugeordnet. Die SPLG wurden erstmalig im Jahr 2012 von verschiedenen Fachexperten unter Federführung der Gesundheitsdirektion Zürich entwickelt. Mit der Einführung wollte man die Leistungsplanung transparenter gestalten. Mittlerweile hat die Mehrzahl der Kantone das System der SPLG aus Zürich übernommen. Alle akutmedizinischen Krankenhausfälle werden gemäß den vorgegebenen Codesystemen kodiert (Schaubild 8). Dazu verwenden die Ärzte sowohl Diagnosecodes (ICD- international classification of diseases) als auch Prozedurencodes (CHOP-System, Schweizerische OP-Klassifikation). Jeder medizinische Fall ist anhand dieser Codes eindeutig einer SPLG zugeordnet. Eine ganze Gruppe von DRG[2] ist in einer einzigen Leistungsgruppe zusammengefasst. Für jede dieser Gruppen sind jeweils spezifische Anforderungen formuliert. 30 SPLG haben zusätzlich eine definierte Mindestfallzahl, um überhaupt vergütet werden zu können.

Grouper ordnet Leistungen einzelnen Gruppen zu – Herausgeberschaft exklusiv bei Gesundheitsdirektion Zürich

Die Zuordnung in die einzelnen Leistungsgruppen geschieht mithilfe eines eigens dafür entwickelten Programms, dem sogenannten Grouper. Dieser wird exklusiv von der Gesundheitsdirektion Zürich herausgegeben. Die Grundlagen für die Zuordnung zum Basispaket (entspricht einer Basis-SPLG) oder einer spezialisierten SPLG sind im jeweils jährlich aktualisierten Codierhandbuch festgeschrieben. Grundprinzip des Groupers ist, dass entweder das Basispaket (BP)

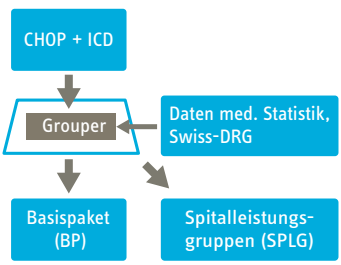
1 Sonderexpertise von Dr. Markus Stoffel (Gesundheitsökonom (ebs), Facharzt Innere Medizin/Nephrologie), Mitglied der Geschäftsleitung, Klinik Hirslanden, Zürich, Schweiz; bis 31.8.2014 Dozent Fresenius Hochschule, München.

2 Diagnosis Related Groups (DRG) sind zum Zwecke der Abrechnung klassifizierte Fallgruppen, denen Krankenhausfälle aufgrund ihrer kostentechnischen Ähnlichkeit zugrunde liegen.

oder eine der 145 spezialisierten SPLG angesteuert wird. Grund für die Zuteilung ins BP ist eine unspezifische Kodierung. Liegt eine spezifische Kodierung vor, ist die Leistung einer der 145 spezialisierten SPLG zugeordnet. Schaubild 8 zeigt das Schema anhand eines konkreten Falls mit spezifischer bzw. unspezifischer Kodierung (Hüft-Endoprothetik).[16]

Schaubild 8

Schema zur Leistungszuordnung des SPLG-Groupers in der Schweiz



z. B. Hüft-Endoprothetik (CHOP –Codes)
Z81.53.00: Revision einer Hüftendoprothese, nicht näher bezeichnet -> unspezifisch -> **BP**

Z81.53.11: Revision einer Oberflächenersatzprothese am Hüftgelenk und Neuimplantation einer Hüftendoprothese -> spezifisch -> **„SPLG BEW7“**

Quelle: Eigene Darstellung.

Im Basispaket wird eine minimale Versorgung rund um die Uhr (365/24) gewährleistet. Dabei sind alle Leistungen der Grundversorgung in sämtlichen Bereichen abgedeckt. Diese Grundversorgung wird im Alltag von Fachärzten der Inneren Medizin und der Chirurgie ohne Hinzuziehung weiterer Spezialisten geleistet. Weitere Voraussetzung für das BP ist, dass neben der Notaufnahme eine Intensivstation, eine Radiologie, ein Labor sowie Kooperationen mit Infektiologie und Psychiatrie vorhanden sind (Tabelle 2). Für das Jahr 2015 ist eine Überarbeitung des Systems der SPLG und des Groupers vorgesehen, in der die hier dargelegten Prinzipien jedoch beibehalten werden.

Basispaket: Minimale Versorgung rund um die Uhr in sämtlichen Bereichen

16 *Als zusätzlichen Input für die Gruppierung werden so genannte Basisdaten der medizinischen Statistik verwendet, die vergleichbar dem §301-Datensatz (SGB V) im deutschen Krankenversicherungssystem sowie der DRG-Statistik sind (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2012).*

Tabelle 2

Anforderungen an das Basispaket (BP) in der Schweiz

Fachärzte und Abteilungen	Medizinische Klinik, geleitet durch Facharzt Innere Medizin Chirurgische Klinik, geleitet durch Facharzt Chirurgie Anästhesie
Notfall	Level 1, Verfügbarkeit Fachärzte Innere und Chirurgie zwischen 7-17h, zwischen 17-7h Assistenzärzte
Intensivstation	Level 1, entspricht intermediate-care Überwachung
Laborbetrieb	365/24
Radiologie mit Röntgen und CT	365/24 CT-Befund durch Assistenzarzt in 30 Min. Radiologie (mind. 2 J Erfahrung als Assistenzarzt Radiologie) oder bei medizinischer Notwendigkeit durch Facharzt
Kooperation mit Klinik oder Konsiliararzt	Infektiologie Psychiatrie oder Psychosomatik
Palliative Care Basisversorgung	Grundsätzlich in allen Akutspitälern. Nur spezifische Behandlung im entsprechenden Kompetenzzentrum

Quelle: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2012).

Was ist zu tun?

Kurzfristig	Langfristig
• Kliniken mit den Fachabteilungen „Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ als Grund- und Regelversorger einstufen	• Auftrag an das InEK: Entwicklung eines Algorithmus, welcher alle Krankenhausleistungen nach den beiden Bereichen „Basisversorgungsleistungen“ und „spezialisierte Leistungen“ kategorisiert

3. Handlungsempfehlungen und Umsetzungsvorschläge

Empfehlung 3: Notfallversorgung neu ausrichten

Die Sicherstellung der Notfallversorgung ist und bleibt ein zentraler Bestandteil der Krankenhausplanung. Für die Versorgung von Notfallpatienten ist eine flächendeckende Infrastruktur erforderlich, deren Vorhaltung finanziert werden muss. Die Zuständigkeiten und die Inanspruchnahme der an der Notfallversorgung beteiligten drei Bereiche ambulanter Sektor, Rettungsdienst und Krankenhäuser müssen durch eine einheitliche Notfalldefinition und strukturelle Vorgaben klar geregelt werden. Zur Finanzierung der notwendigen Vorhaltekosten ist gegebenenfalls ein Sicherstellungszuschlag zu zahlen. Zudem sollte eine einheitliche ärztliche Qualifikation für Notfallmediziner eingeführt werden, die in Strukturvorgaben an die Notfallversorgung aufgenommen wird. Die individuelle Notfallversorgung des Patienten muss durch einheitliche, symptombasierte Vorgaben geregelt werden, weil bei der Einzelfallbetrachtung eine leistungs- bzw. diagnosespezifische Abgrenzung des tatsächlichen Notfalls nur bedingt und ex-post möglich ist. Zur Messung der erbrachten Leistung sollte die Notfallbehandlung im DRG-System kodier-relevant sein und perspektivisch in der InEK-Kalkulation berücksichtigt werden.

Begründung

Die rund um die Uhr stattfindende Notfallversorgung von Patienten mit akuten Gesundheitsstörungen ist eine unverzichtbare medizinische Dienstleistung für die Bevölkerung. Deutschlandweit nehmen nur rund 150 Krankenhäuser nicht an der Notfallversorgung teil.[17] Mangels einer bundesweit einheitlichen Definition sowie verbindlicher Vorgaben und Standards in diesem Bereich bleibt bei der aktuellen Krankenhausplanung allerdings offen, ob der Großteil der an der Notfallversorgung beteiligten Krankenhäuser diese Versorgungsleistungen überhaupt adäquat erbringen kann. Zudem ist zweifelhaft, ob eine derart kleinteilige Struktur effizient ist. Denn Notfallaufnahmen sind häufig ein wirtschaftlich defizitärer Bereich im Krankenhaus (Brachmann et al. 2010). Eine Konzentration der Notfallversorgung auf weniger Standorte kann im städtischen Bereich ohne Gefährdung der Erreichbarkeit vorgenommen werden und die Qualität der Notfallbehandlung sogar verbessern (ausführlicher dazu: Empfehlung 4).

Im städtischen Bereich ist eine Konzentration der (oftmals defizitären) Notfallversorgung auf weniger Standorte ohne Gefährdung der Erreichbarkeit möglich

17 *Schätzung des BKK Landesverbands Bayern auf der Grundlage eigener Zahlen. Die Schätzung lässt sich festmachen an dem Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung gem. § 4 Abs. 6 KHEntgG bei Allgemeinkrankenhäusern.*

Krankenhausplanung 2.0

In einer reformierten Krankenhausplanung muss für die zur Notfallversorgung vorgesehenen Einrichtungen eine strikte Orientierung am Versorgungsbedarf gelten. Aus Patientensicht sind betriebswirtschaftliche Überlegungen etwa zu Wettbewerbsposition, Marketing oder Außendarstellung einzelner Krankenhäuser und ihrer Fachabteilungen irrelevant. Der Notfallpatient hat ein vitales Interesse an einer nach medizinischen Standards qualitativ hochwertigen und qualitätsgesicherten Versorgung unter Einsatz modernster Rettungstechnik und unter Einbeziehung der Erkenntnisse des medizinischen Fortschritts. Er möchte im Bedarfsfall schnell ambulante oder stationäre Leistungen und eine bestmögliche Einleitung notwendiger Therapien erhalten. Daher sind einheitliche Vorgaben an die (Struktur-) Qualität der an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser zu machen (ausführlicher dazu: Empfehlung 5).

Mehr als 40% der Krankenhauspatienten in Deutschland kommen als „Notfall“ ohne Einweisung

Auch scheint ein Großteil der medizinischen Notfälle Patienten mit akut auftretenden, aber nicht unmittelbar lebensbedrohenden Symptome zu sein, deren Behandlungsdringlichkeit erst eingestuft werden muss (Augurzky et al. 2013). Die statistische Quantifizierung ist dabei schwierig. Dies liegt vor allem daran, dass Patienten selbst entscheiden können, ob sie ein Krankenhaus im „Notfall“ in Anspruch nehmen. Dies gilt insbesondere für die Zahl der ambulanten Behandlungsfälle. Tatsächlich sind derzeit mehr als 40% der stationären Patienten in deutschen Krankenhäusern unspezifisch als „Notfall ohne Einweisung“ deklariert (Statistisches Bundesamt 2012, Lindl, Beivers 2013). Diese administrative Kennzeichnung bezieht sich lediglich darauf, ob der Zugang in das Krankenhaus über die Notaufnahme erfolgte oder ob eine Krankenhauseinweisung vorlag.

Es fehlt eine eingrenzende medizinische Definition des Notfalls: Jeder Beteiligte versteht etwas Anderes darunter

Was fehlt, ist eine eingrenzende medizinische Definition für den Notfall. Dies führt dazu, dass die einzelnen Bundesländer sowie die an der Notfallversorgung beteiligten Bereiche (ambulanter Sektor, Rettungsdienst und Krankenhäuser) jeweils etwas Unterschiedliches unter ihrem Aufgabengebiet verstehen. Es ist daher dringend notwendig, die Notfallversorgung einheitlich und umfassend neu auszurichten – nicht nur in der Erfassung, sondern auch in der Beschreibung des Behandlungsbedarfs und den daraus resultierenden Aufgaben im Rahmen der Krankenhausplanung. Dabei muss der niedergelassene Bereich mit einbezogen werden. Dieser kann dabei helfen zu vermeiden, dass Patienten, welche medizinisch nicht als Notfall betrachtet werden, nicht die Kapazitäten der Notaufnahmen der Krankenhäuser unnötigerweise binden. So könnte in den jeweiligen Krankenhäusern eine kassenärztliche Bereitschaftspraxis oder ein medizinisches Versorgungszentrum eingerichtet werden, um (Notfall-)Patientenströme effizienter steuern zu können (Lindl, Beivers 2013) (ausführlicher dazu: Empfehlung 7, Monitoring von Unterversorgung).

Kassenärztliche Bereitschaftspraxis neben der Notaufnahme könnte Steuerung von Notfall-Patientenströmen übernehmen

Umsetzung: Einheitliche Strukturvorgaben für die Notfallversorgung

Um eine qualitativ hochwertige Notfallversorgung sicherzustellen, sind verbindliche Strukturanforderungen für Krankenhäuser der Notfallversorgung zu definieren (Schaubild 9). Diese umfassen sowohl generelle, personelle als auch apparative Vorgaben. Einrichtungen, die diese Strukturanforderungen nicht erfüllen, sollten von der Notfallversorgung ausgeschlossen werden. Das bedeutet, dass in der Rahmenplanung des Landes festgelegt wird, welche Krankenhäuser an der Notfallversorgung teilnehmen, bzw. dass anhand spezifischer Strukturvorgaben entschieden wird, auf welchem Level die Notfallversorgung in den einzelnen Krankenhäusern erbracht wird.

Rahmenplanung des Landes sollte festlegen, welche Krankenhäuser an der Notfallversorgung teilnehmen und was dafür zu erfüllen ist

Schaubild 9

Struktur-Anforderungen an die Notfallversorgung

Generell	Personell	Apparativ
Anbindung an den Rettungsdienst	24-Stunden-Vorhaltung von auf fachärztlichem Niveau erfahrenen Ärzte	Rund-um-die-Uhr Vorhaltung von intensivmedizinischen Kapazitäten zur Akut-behandlung lebensbedrohter Notfallpatienten
24-Stunden-Bereitschaft an allen Tagen	Intensivmedizinisch weitergebildetes und erfahrenes Pflegepersonal	Labordiagnostik
Mindestanzahl von ambulanten und stationären Notfällen	Verfügbarkeit eines pädiatrischen und/oder neurologischen Konsils innerhalb von 60 Minuten	Röntgendiagnostik
Zentrale, interdisziplinäre Notaufnahme	Fachärztliche Behandlungs-expertise aus konservativen und operativen Fachgebieten zur Weiterversorgung	Schockraum
Hubschrauberlandeplatz		Ultraschalldiagnostik für Bauch, Herz, Lunge und Gefäße
Nachweispflicht und Qualitätssicherung		Endoskopische Sofortdiagnostik und -therapie
Einbindung in planerisch etablierte telemedizinische Netzwerke für die Notfallmedizin		Versorgungmöglichkeiten für Infarktpatienten
Kostenrechnerische Nachweise für die Finanzierungssituation in der Notfallversorgung		

Quelle: Augurzky (2013).

Die Vorhaltung der notwendigen Anlagen und Strukturen in der Notfallversorgung ist mit hohen Kosten verbunden, die bei schwacher Auslastung möglicherweise nicht durch die Vergütung gedeckt werden. Sollte dies in ländlichen Bereichen bei versorgungsrelevanten Einrichtungen zu Tragfähigkeitsproblemen führen, kann vor Ort ein notfallspezifischer Sicherstellungszuschlag vereinbart werden (ausführlicher dazu: Empfehlung 7, Monitoring von Unterversorgung).

Hohe Vorhaltekosten der Notfallversorgung im ländlichen Bereich ggf. durch Sicherstellungszuschläge finanzieren

Umsetzung: Einheitliche notfallmedizinische Qualifikation

Notfallmedizinische Kenntnisse sind über verschiedene Fachdisziplinen verteilt: Keine kann alleine den Anforderungen vollständig genügen

Zur Spezifizierung der personellen Strukturanforderungen und qualitativen Verbesserung der Notfallversorgung sollte eine einheitliche Weiterbildungs- bzw. Zusatzqualifikation vorgeschrieben werden. Ein notfallmedizinisches Ausbildungscurriculum, das in einer führbaren Berufsbezeichnung mündet und den fachlichen Anspruch an eine moderne Notfallmedizin abbildet, ist im anglo-amerikanischen Raum und einigen europäischen Ländern Realität, in Deutschland jedoch nicht verwirklicht. Die für eine umfassende Notfallmedizin erforderlichen medizinischen Kenntnisse und die notwendigen praktischen Fähigkeiten sind derzeit über verschiedene Fachdisziplinen hinweg verteilt. Keine in Deutschland vertretene medizinische Spezialität kann jedoch alleine den Anforderungen an eine profunde und umfassende Notfallversorgung vollständig genügen. Vorteilhaft wären daher die Bündelung der notfallmedizinischen Kompetenzen sowie die Schaffung einer einheitlichen Qualifikation für eine professionelle Notfallmedizin, welche auch das notwendige organisatorische Know-how beinhalten muss. In jedem einzelnen Fachgebiet ist entsprechend eine einheitliche Zusatzqualifikation „Notfallmedizin“ erforderlich. In den personellen Strukturanforderungen für ein Krankenhaus der Notfallversorgung sollte eine derartige Qualifikation verbindlich vorgegeben werden.

Umsetzung: Einheitliche Definition des Notfalls

Hessische Definition bietet ersten Ansatz zur einheitlichen Klassifizierung eines Notfalls

Notfallpatienten müssen mit einem vergleichsweise hohen strukturellen und personellen Aufwand in der Notfallaufnahme eines Krankenhauses versorgt werden. Damit eine derartige Versorgung bei gleich hoher Qualität sichergestellt werden kann, bedarf es einer einheitlichen Definition des Notfalls für alle zuständigen Bereiche des ambulanten Sektors, des Rettungsdienstes und der Krankenhäuser. Die in Hessen verwendete Definition bietet einen ersten Ansatz zur Charakterisierung tatsächlicher Notfälle: „Notfallpatientinnen oder Notfallpatienten sind Personen, die sich infolge einer Erkrankung, Verletzung, Vergiftung oder aus sonstigen Gründen in unmittelbarer Lebensgefahr befinden oder bei denen diese zu erwarten ist oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn keine schnellstmögliche notfallmedizinische Versorgung oder Überwachung und gegebenenfalls eine Beförderung zu weiterführenden diagnostischen oder therapeutischen Einrichtungen erfolgt.“[18]

18 *§ 3 Absatz 4 des Hessischen Rettungsdienstgesetzes (HRDG).*

Umsetzung: Symptombasierte Behandlungsvorgaben

Da eine Abgrenzung der Notfälle anhand von medizinischen Diagnosen nur ex post möglich ist, muss die Notfallbehandlung ex-ante basierend auf patientenbezogenen Symptomen erfolgen. Neben den strukturellen Anforderungen an die Krankenhäuser sollten daher einheitliche Vorgaben für symptombasierte Struktur- und Prozessanforderungen gelten. Hierzu hat die DGINA[19] als zuständige Fachgesellschaft bereits entsprechende Vorgaben für ausgewählte Symptome erstellt.[20] In Schaubild 10 sind die DGINA-Anforderungen beispielhaft für das Symptom „akuter Bauchschmerz" aufgeführt. Vergleichbare Vorgaben existieren auch für die typischen Notfallsymptome „erhöhte Körpertemperatur", „Bewusstseinsveränderung / Koma", „Brustschmerz" und „akute Dyspnoe".

Schaubild 10

Beispiel für symptombasierte Anforderungen nach DGINA

Akuter Bauchschmerz

- Kontinuierliches Monitoring der Vitalfunktionen innerhalb von 5 min eingeleitet.
- Gezielte Anamnese / körperliche Untersuchung innerhalb der ersten 10 min abgeschlossen.
- Labordiagnostik (BGA, Hb, Laktat) und EKG liegen innerhalb von 10 min vor.
- Ultraschall innerhalb von 10 min.
- Weitere notwendige Bildgebung (CT) wird innerhalb von 30 min gestartet.
- Festlegung des weiteren Vorgehens inkl. eventuell notwendiger fachspezifischer Stellungnahmen innerhalb von 15 min nach Erstellung der Diagnose.

Quelle: DGINA 2014.

Umsetzung: Abgrenzung des Notfalls und Aufnahme in die DRG-Systematik

Zusätzlich sollte eine diagnostische Abgrenzung des Notfalls gegenüber planbaren Fällen angestrebt werden. Schreyögg et al. (2014) haben dazu auf Basis von drei Notfallkriterien einen Algorithmus zur Einteilung anhand von ICD[21]-Hauptdiagnosen entwickelt, mit welchem tatsächliche Notfälle von elektiven Diagnosen getrennt werden können:

Zusatzkennzeichnung „Notfall" im DRG-System erforderlich, damit Unterschiede in Behandlungskosten berücksichtigt werden

19 *Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA e.V.).*

20 *Basierend auf Häufigkeit und Gefährdungspotenzial.*

21 *Die Abkürzung ICD steht für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems", eine Klassifikation, welche die Weltgesundheitsorganisation erstellt hat.*

1. Anteil der Zeit bis zur ersten Maßnahme,
2. Anteil der Aufnahmen außerhalb normaler Arbeitszeiten und
3. Anteil des Aufnahmeanlasses „N“ Kodierung.

Auf Basis von ICD-Endsteller-Diagnosen zeigen Schreyögg et al. (2014: 154-155) die 25 charakteristischen Notfalldiagnosen sowie die 25 charakteristisch elektiven Diagnosen jeweils mit den größten Fallzahlen im Zeitraum 2007 bis 2012. Diese Diagnosen bilden insgesamt rund 25% aller Krankenhausfälle ab und geben einen guten Überblick über die in der Notfallversorgung am häufigsten auftretenden Behandlungsfälle, für die eine breite flächendeckende Versorgung gewährleistet sein muss.

Zur systematischen Erfassung der erbrachten Notfallbehandlungen sollte der Notfall im DRG-System kodierrelevant werden. Dies könnte umgesetzt werden durch eine neu einzurichtende Zusatzkennzeichnung „Notfall“ pro Fachabteilung oder über ein ressourcen-orientiertes Einstufungssystem für Notfälle. Hier könnten evaluierte und verbreitete Ersteinschätzungsinstrumente, wie z.B. der Emergency Severity Index[22] o.ä., als Vorbild dienen. Dadurch werden die Voraussetzungen geschaffen, dass mittelfristig auch die Unterschiede in den Behandlungskosten eines Notfalls in der Entgeltvergütung berücksichtigt werden können. Das InEK sollte von den Selbstverwaltungspartnern einen entsprechenden Auftrag erhalten.

Was ist zu tun?

Kurzfristig	Langfristig
• Verbindliche Strukturanforderungen für Notfall-Krankenhäuser im Krankenhausplan • Einheitliche Definition des Notfalls für alle beteiligten Bereiche • Zusatzkennzeichnung des Notfalls in der DRG-Systematik nach einheitlichen Vorgaben	• Zusatzqualifikation „Notfallmedizin“ für Fachärzte • Symptombasierte Behandlungsvorgaben für den Großteil der vorkommenden Notfälle • Diagnostische Abgrenzung des Notfalls (über ICD-Schlüssel)

22 Der Emergency Severity Index ist ein fünfstufiger, ressourcenbasierter Triage-Algorithmus, der mit dem Ziel entwickelt wurde, Patienten zu identifizieren, die unmittelbar von einem Notfallmediziner gesehen und behandelt werden müssen.

Empfehlung 4: Bundesweit einheitliche Standards zur Erreichbarkeit vorgeben

Staatliche Vorgaben von Erreichbarkeitsmindeststandards sind bei einer Rahmenplanung, die keine festen Krankenhauskapazitäten in einzelnen Regionen vorschreibt, unerlässlich. Diese müssen je nach Art der Versorgungsleistung differenziert werden. Für Einrichtungen der Grund- und Regelversorgung sollte die Erreichbarkeitsvorgabe maximal 30 Pkw-Minuten betragen. Bei Schwerpunkt- und Maximalversorgern steht die zeitliche Erreichbarkeit nicht im Vordergrund; als Orientierungswert dienen hier 60 Minuten. In der Notfallversorgung ist die Zeitspanne bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes einheitlich auf maximal 12 Minuten festzulegen. Weitere Zeitvorgaben in der Notfallversorgung sollten differenziert nach symptombasierten Vorgaben und mit Hilfe eines einheitlichen Triage-Systems erstellt werden. Bei der Umsetzung kann die Notfallversorgung dabei auf das flächendeckende Netz der Grundversorgung und bei Bedarf auf Maximalversorger zurückgreifen. Zur Einhaltung der Zeitvorgaben muss ggf. die Luftrettung ausgebaut werden.

Begründung

Bei einer Krankenhausplanung, die eine flächendeckende Versorgung zum Ziel hat, sollte eine für die Bürger schnelle und über das Bundesgebiet vergleichbare Erreichbarkeit von Krankenhauskapazitäten selbstverständlich sein. Doch Mindesterreichbarkeitsvorgaben sind in Deutschland bislang nicht bundesweit definiert. Nur ein Teil der Bundesländer macht überhaupt Vorgaben für die Erreichbarkeit der stationären Versorgung, und lediglich drei davon geben bis dato normative Standards vor:

Für alle Bürger über das Bundesgebiet vergleichbare Erreichbarkeitsvorgaben für Krankenhausleistungen sollten selbstverständlich sein – sind es aber nicht

- In **Hessen** müssen Notfallkrankenhäuser in 20 Minuten erreicht werden können, maximal in 30 Minuten. Die Entfernung soll im Regelfall 15 bis 25 km und maximal 30 bis 55 km betragen.

- In **Mecklenburg-Vorpommern** sollen Akutkrankenhäuser in 25 bis 30 km erreichbar sein.

- In **Nordrhein-Westfalen** lautet die Vorgabe 15 bis 20 km; die Krankenhäuser sollen zudem „möglichst wohnortnah“ liegen. Eine wohnortnahe Lage des stationären Versorgungsangebots wird ebenfalls in **Rheinland-Pfalz** angestrebt.

- **Baden-Württemberg** regelt, dass eine wohnortnahe Versorgung gegeben ist, wenn bei Verlegungen die Überführung maximal eine Stunde dauert. Gleiches gilt in **Sachsen.**

- In **Brandenburg** gibt es die Vorgabe, dass Krankenhäuser auch bei mehr als 25 km Entfernung voneinander miteinander fusionieren dürfen (BMVBS 2010).

Unterschiede in den Vorgaben der Bundesländer sind mit einheitlichem Ziel einer flächendeckenden Versorgung nicht zu vereinbaren

Diese Unterschiede in den Vorgaben der einzelnen Bundesländer sind mit dem Ziel einer bundesweit flächendeckenden Versorgung nicht zu vereinbaren. Auch bedeuten Kilometerdistanzen noch keine vergleichbare Erreichbarkeit für alle Bürger. Aufgrund unterschiedlicher Infrastrukturausstattungen können die tatsächlichen Wegezeiten differieren. Für eine Definition der Flächendeckung sollten daher einheitliche Vorgaben für maximale Erreichbarkeitszeiten definiert werden. Gegliedert wird dabei in elektive Grund- und Regelversorgung sowie elektive Schwerpunkt- und Maximalversorgung. Für die Notfallversorgung sind zusätzliche oder andere Erreichbarkeitsvorgaben anzusetzen.

Umsetzung: Erreichbarkeitsvorgaben für die Grund- und Regelversorgung und für die Maximalversorgung

Planung kann sich am Zentrale-Orte-Konzept orientieren

Bei dem Versuch, Erreichbarkeitsvorgaben bundesweit einheitlich zu definieren, ist es hilfreich, die Raumordnung der Bundesrepublik Deutschland als Grundlage zu nehmen. Im Raumordnungsgesetz des Bundes (ROG) ist das Zentrale-Orte-Konzept verankert. In diesem wird in vier Hierarchiestufen (Groß-, Ober-, Mittel- und Unterzentren) unterschieden. Das Konzept liegt der räumlichen Organisation der Daseinsvorsorge zugrunde, also der staatlichen Sicherstellung der Versorgung von Bevölkerung und Wirtschaft mit Gütern und Dienstleistungen, Arbeitsplätzen und Infrastruktur. Oberstes Ziel ist dabei die gute Erreichbarkeit dieser Güter und Dienstleistungen (BBR 2006a).

Das System der Zentralen Orte weist verschiedene Funktionsstufen auf: Groß- und Oberzentren sind Standorte für hochrangige Infrastruktureinrichtungen wie beispielsweise Krankenhäuser der Schwerpunkt- und Maximalversorgung. Mittelzentren hingegen konzentrieren sich auf den kurz- und mittelfristigen Versorgungsbedarf, beispielsweise die stationäre Grundversorgung im Krankenhaus. Unterzentren (teilweise mit der zusätzlichen Ebene der Kleinzentren) sind demgegenüber allein auf die Deckung alltäglicher haushaltsnaher Grundversorgung ausgerichtet, etwa die ambulante haus- als auch fachärztliche Versorgung (BBR 2006a). Schaubild 11 stellt die Klassifikation in leicht abgewandelter Form mit den dafür vorzuhaltenden sozialen Infrastruktureinrichtungen dar. In der Praxis wird

eine entsprechende Vorhaltung vor allem in den Klein- und Unterzentren nicht immer erreicht. Ein spezielles Problem gibt es bei den niedergelassenen Haus- und Fachärzten in ländlichen Regionen.

Schaubild 11

Zentrale Orte und vorzuhaltende soziale Infrastruktureinrichtungen

Infrastrukturein-richtungen / Zentraler Ort	Gesundheitswesen	Verkehr & Nachrichtenübermittlung	Einzelhandel, Handwerk & Kreditwesen	Sport
Groß- und Oberzentrum	Schwerpunkt-und Maximalversorgungskrankenhäuser	ICE-Zug-Station, Flughafen	Warenhäuser, Landesbanken	Großstadion, Sportarenen
Mittelzentrum	Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung	Busbahnhof, InterRegio-Station, Hauptpostamt	Fachgeschäfte, Kaufhäuser, Banken und Sparkassen	Kleines Stadion, Mehrzweckhalle, Badeanstalt
Unterzentrum	Fachärzte	Haltestelle regionaler Buslinien, Bahnhof für Schienenverkehr	Spez. Einzelhandel, Zweigstellen mehrerer Geldinstitute	Sportplatz mit 400-Meter Bahn, Freibad
Kleinzentrum	Allgemeiner Arzt	Haltestelle von Bus und Bahn, Poststelle, Postamt	Einzelhandelsgeschäfte, Zweigstelle der Sparkasse	Fußballplatz, Turnhalle

Quelle: Eigene Darstellung, angelehnt an Dietrichs (2000).

Für diese Klassifizierung der Infrastruktur gibt es in den Raumordnungsgesetzen der Länder Erreichbarkeitsstandards. Sie gelten bundesweit als obere Grenze für den zumutbaren Reisezeitaufwand von Wohnstandorten zum nächsten Zentrum: Ein Mittelzentrum muss im motorisierten Individualverkehr (MIV) in 30 Minuten Fahrzeit erreicht werden können (BBR 2006a); Oberzentren sollten im MIV in den meisten Bundesländern in 60 Minuten erreichbar sein (BMVBS 2010). Wendet man diese Vorgaben auf den stationären Versorgungsbereich in der Medizin an, ergibt sich:

- Erreichbarkeit im MIV für die elektive Grund- und Regelversorgung: 30 Minuten.
- Erreichbarkeit im MIV für die elektive Schwerpunkt- und Maximalversorgung: 60 Minuten.

Vorgeschlagene Obergrenzen: 30 Pkw-Minuten zur Grund- und Regelversorgung, 60 Pkw-Minuten zur Schwerpunkt- und Maximalversorgung

Diese Standards sind bereits heute für einen Großteil der Bürger umgesetzt. Untersuchungen zeigen, dass knapp 88% der Einwohner in Gemeinden leben, von denen das nächste Mittel- oder Oberzentrum bereits in einer Viertelstunde Pkw-Fahrzeit erreichbar ist (BBR 2006a). In diesem Kontext sind die Ergebnisse der vom Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung durchgeführten Standortoptimierung sehr interessant (Pütz, Spangenberg 2006). Hier wurde gemäß einer maximalen Erreichbarkeitsvorgabe auf Basis des Zentrale-Orte-Konzeptes untersucht, wie viele mittelzentrale Standorte – und somit auch Krankenhausstandorte – ausreichen würden, um eine Erreichbarkeitsvorgabe für alle Bürger in der Bundesrepublik umzusetzen. Dabei wird auf das bestehende Straßen- und Verkehrsnetz zurückgegriffen. Gibt man einen Erreichbarkeitsmindeststandard von 30 Minuten Pkw-Fahrzeit vor, würden rund 350 Standorte ausreichen (Pütz, Spangenberg 2006). Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen auch Lauterbach und Lüngen (2003). Dabei wird jedoch nicht nach Art der stationären Versorgung unterschieden.

Analyse zur Standortoptimierung: 350 Krankenhausstandorte würden theoretisch ausreichen

Um die spezifische Situation im Krankenhausbereich zu untersuchen, wurden in diesem Gutachten MIV-Erreichbarkeitsanalysen von Krankenhausstandorten durchgeführt, gegliedert nach Grund- und Regelversorgung sowie Schwerpunkt- und Maximalversorgung (siehe Empfehlung 2).[23] Im Jahr 2012 gab es in Deutschland 1 311 Klinikstandorte der Grund- und Regelversorgung.[24] Darin enthalten sind auch die Schwerpunkt- und Maximalversorger. Die Berechnung der MIV-Fahrzeiten erfolgte auf Basis von PLZ-Bezirken, was aufgrund einer heterogenen Einwohnerverteilung innerhalb der PLZ-Bezirke zu geringen Erreichbarkeitsverzerrungen führen kann. Allerdings ist davon auszugehen, dass bei tatsächlich dringlichen Fällen der Notfallwagen im Straßenverkehr schneller als der Pkw vorankommt und die zeitliche Erreichbarkeit dadurch für den gesamten PLZ-Bereich garantiert werden kann.

Karte 1 zeigt das Ergebnis: Die Erreichbarkeit der Grund- und Regelversorger in Deutschland ist vergleichsweise gut. Nur wenige PLZ-Gebiete weisen eine Distanz von mehr als 30 Minuten bis zum nächsten Versorger auf. Insgesamt erreichen 99,6% der Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten das nächste Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung, 98,4% sogar innerhalb von 25 Minuten.

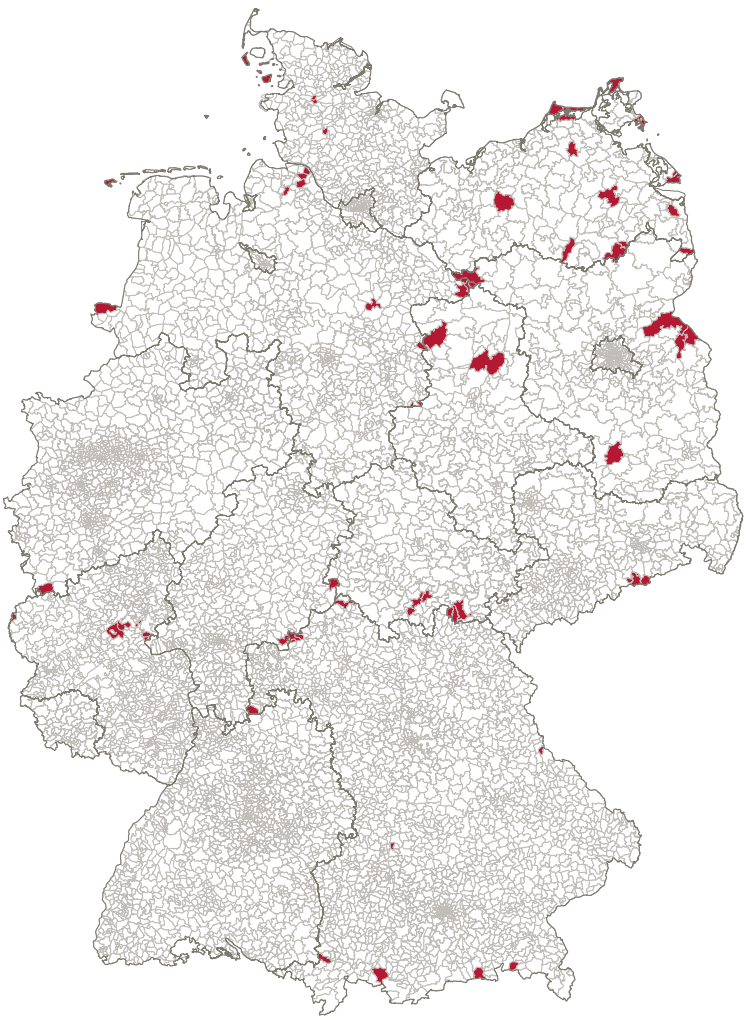
---

23 Als Grund- und Regelversorger gelten dabei alle Krankenhäuser, die die Fachabteilungen „Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ sowie den Status Plankrankenhaus und/oder Versorgungsvertrag aufweisen. Bundeswehrkrankenhäuser wurden nicht berücksichtigt.

24 Auf Grundlage einer standortbasierten Krankenhausliste, die im Vergleich mit dem Krankenhausverzeichnis der amtlichen Statistik, welches auf IK-Nummern beruht, mehr als 300 Standorte der Grundversorgung zusätzlich aufweist.

Karte 1

Erreichbarkeitsanalyse Grund- und Regelversorger



Legende

Erreichbarkeit eines Krankenhauses

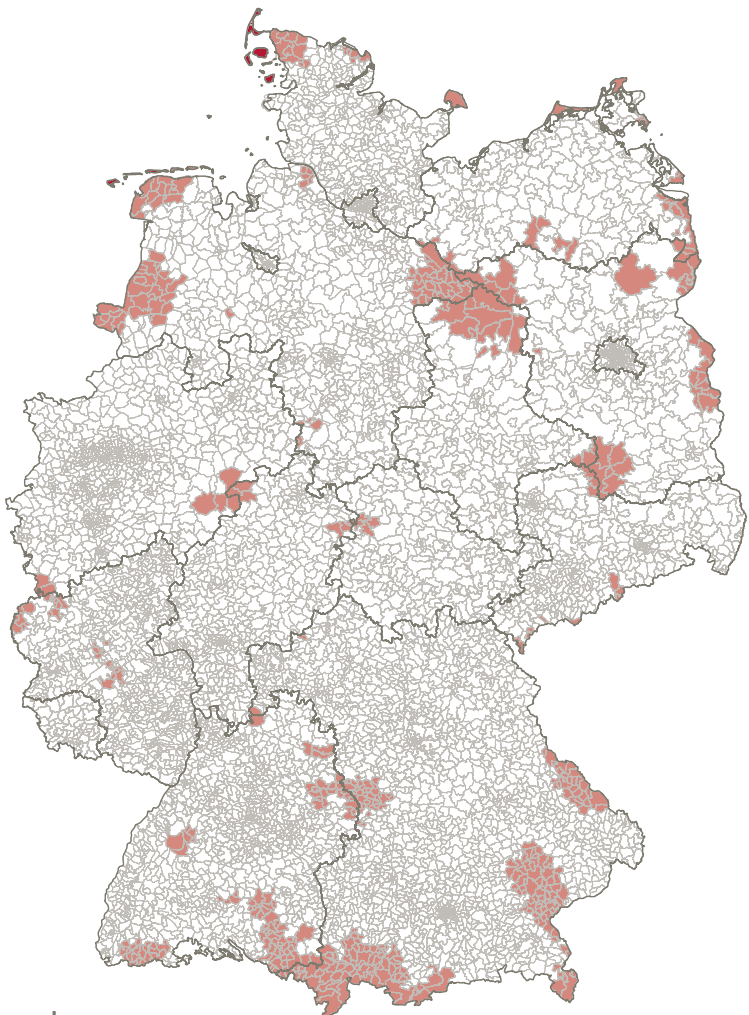
innerhalb von 30 Minuten

über 30 Minuten

Quelle: Eigene Berechnungen.

Karte 2

Erreichbarkeitsanalyse Maximalversorger



Legende

Erreichbarkeit eines Krankenhauses

- innerhalb von 60 Minuten
- zwischen 60 und 120 Minuten
- über 120 Minuten

Quelle: Eigene Berechnungen.

Für die weiteren Erreichbarkeitsanalysen konnten aus dem Krankenhausverzeichnis[25] 163 Krankenhäuser (Stand 2012) als Einrichtung der Schwerpunkt- und Maximalversorgung (kurz Maximalversorger) herausgefiltert werden. Als Maximalversorger gelten alle Krankenhäuser mit mehr als 600 Betten und dem Status Plankrankenhaus und/oder Versorgungsvertrag.[26] Bei der anschließenden Simulation wurde die Erreichbarkeitszeit bei 60 Minuten angesetzt. Wie bereits erwähnt, spielt bei elektiven Leistungen jedoch die Qualität eine größere Rolle als die Erreichbarkeit.[27] Diese wird in manchen Fällen nur an einzelnen hochspezialisierten Einrichtungen gewährleistet.

99,6% der Bevölkerung erreichen innerhalb von 30 Minuten das nächste Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung

Karte 2 zeigt, dass in den allermeisten Regionen Deutschlands ein Maximalversorger in weniger als 60 Minuten erreichbar ist. Nur auf einzelnen Nordsee-Inseln beträgt die Erreichbarkeit mehr als zwei Stunden. Lediglich 0,05% der Bevölkerung erreichen nicht innerhalb von 120 Minuten das nächste Krankenhaus der Maximalversorgung. 96,3% erreichen es dagegen innerhalb von 60 Minuten.

96,3% der Bevölkerung erreichen innerhalb von 60 Minuten ein Krankenhaus der Maximalversorgung

Umsetzung: Erreichbarkeitsvorgaben für die Notfallversorgung

Auch für die Notfallversorgung müssen einheitliche Erreichbarkeitsstandards definiert werden. Die meisten Rettungsdienstgesetze der Länder legen derzeit lediglich einen Zeitkorridor für das Eintreffen des Notarztes (bzw. des Rettungsteams) zum Patienten fest. Die normativen Standards reichen dabei von fünf bis maximal 17 Minuten, wobei die meisten Länder etwa zehn bis zwölf Minuten vorgeben (BMVBS 2010). Für die Zeitspanne zwischen der Erstversorgung des Patienten und dem Eintreffen im Krankenhaus sollten je nach Indikation ebenfalls Erreichbarkeitsmindeststandards festgelegt werden.

Die normativen Standards der Bundesländer reichen von fünf bis zu maximal 17 Minuten, innerhalb derer ein Notarzt beim Patienten eintreffen muss

Hilfreich für eine zeitgerechte Versorgung von Notfallpatienten wäre die Einführung einer standardisierten Risikoeinschätzung durch den Rettungsdienst bzw. durch die Einsatzleitstelle nach einem einheitlichen Triage-System. In diesem werden die Patienten anhand strukturierter Vorgaben hinsichtlich der Dringlichkeit ihrer Behandlung kategorisiert. Tabelle 3 zeigt beispielhaft die Zeitvorgaben des Manchester-Triage-Systems.[28] Jeder Kategorie ist eine strikte Zeitvorgabe

25 Die Analyse erfolgt hier auf Basis der IK-Nummern, da keine standortgenauen Angaben zu den Maximalversorgern verfügbar sind. Die tatsächliche Anzahl und die Erreichbarkeit werden dadurch tendenziell eher unterschätzt.

26 Dies beinhaltet auch die Universitätsklinika; Bundeswehrkrankenhäuser wurden wiederum nicht berücksichtigt.

27 Dieser Punkt wird im Kapitel 2.2 Subjektiver Bedarf näher erläutert.

28 Neben dem hier gezeigten Manchester-Triage-System existiert noch eine Vielzahl alternativer Triage-Systeme, die alle vergleichbar aufgebaut sind (vgl. Tabelle A1 im Anhang).

sowie eine farbliche Markierung zugeordnet. Diese könnte über eine entsprechende Kommunikationsinfrastruktur bereits im Vorfeld an die betroffene Notaufnahme übermittelt werden. Die maximale Wartezeit gibt dabei an, wie schnell der Patient ab dem Zeitpunkt des Eintreffens in der Notaufnahme eines Krankenhauses behandelt werden muss.

Tabelle3

Zeitvorgaben am Beispiel des Manchester-Triage-Systems (MTS)

Gruppe	Bezeichnung	Farbe	max. Wartezeit
1	SOFORT	rot	0 Minuten
2	SEHR DRINGEND	orange	10 Minuten
3	DRINGEND	gelb	30 Minuten
4	NORMAL	grün	90 Minuten
5	NICHT DRINGEND	blau	120 Minuten

Quelle: Eigene Darstellung.

In dünn besiedelten Gebieten kann der Ausbau der Luftrettung günstiger sein als die Aufrechterhaltung nicht mehr bedarfsgerechter Krankenhausstandorte

Um die Einhaltung der Erreichbarkeitsvorgaben in der Notfallversorgung flächendeckend sicherzustellen, sollte neben den bodengebundenen Rettungsfahrzeugen auch die Luftrettung verstärkt einbezogen werden. In dünn besiedelten ländlichen Gebieten kann der Ausbau einer entsprechenden Rettungsinfrastruktur günstiger sein als die Aufrechterhaltung nicht mehr bedarfsgerechter Krankenhausstandorte zur Sicherung der stationären Notfallversorgung. In dem Forschungsprojekt PrimAIR[29] wird aktuell untersucht, inwieweit die Notfallversorgung per Rettungs- und Notarztwagen in zunehmend dünner besiedelten Regionen durch eine primäre Hubschrauberrettung „rund um die Uhr“ und bei jedem Wetter abgelöst werden kann. Erste Ergebnisse zeigen, dass dies bereits heute technisch möglich ist.

Dänemark zeigt, dass Patienten auch größere Entfernungen zur Notaufnahme akzeptieren, wenn es zu keiner schlechteren medizinischen Versorgung kommt

Das Beispiel der Notfallversorgung in Dänemark (Kasten 2) zeigt, dass von Patienten auch größere Entfernungen zur Notaufnahme akzeptiert werden, wenn es trotzdem zu keiner Verschlechterung der medizinischen Versorgung kommt, weil das Rettungswesen entsprechend gut ausgebaut ist. Mit einer deutlich höheren Einwohnerdichte als in Dänemark ist in Deutschland ebenfalls großes Potenzial vorhanden, Notaufnahmen kleinerer Klinikstandorte auf größere Einheiten zu konzentrieren. Bei gleichzeitigem Abbau von Notfallabteilungen an kleineren und Zusatzinvestition an größeren Standorten kann die Notfallversorgung insgesamt strukturell verbessert werden.

29 Nähere Informationen zu dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung in Auftrag gegebenen interdisziplinären Forschungsprojekt finden sich unter www.projekt-primAIR.de.

Kasten 2

Organisation der Notfallversorgung in Dänemark

Die Betrachtung der Notfallversorgung in Dänemark kann interessante Ansätze für die in Deutschland notwendige Umstrukturierung in diesem Bereich liefern. Auch Dänemarks Krankenhauswesen war bis Ende der 1990er Jahre durch eine große Anzahl kleiner Krankenhäuser geprägt, die fast alle an der Notfallversorgung teilnahmen. Sowohl die hohen Vorhaltekosten als auch die Tatsache, dass das steigende notfallmedizinische Kompetenzniveau von den kleinen Krankenhäusern nicht mehr gehalten werden konnte, führte in den Jahren 2000 bis 2006 zur Schließung vieler dieser kleinen Krankenhäuser. Es wurde das Konzept der „Zentralen Notaufnahmen" entwickelt. Sie sind die Eintrittspforte in das Krankenhaus für alle nicht elektiv eingewiesenen Patienten. Die Zahl der Krankenhäuser mit Notaufnahmen reduzierte sich von 56 auf 27. Mit wenigen, aber dafür größeren „Notfallzentren" wird eine qualitativ hochwertige Notfallversorgung sichergestellt. Für diese gelten klar definierte einheitliche Strukturvorgaben (Tabelle 4). Eine Sonderfinanzierung für Krankenhäuser mit Notaufnahme ist nicht vorhanden.

Tabelle 4

Strukturelle Anforderungen an die Zentralen Notaufnahmen in Dänemark

	Vorhaltung
Personalanforderungen	
• Facharzt Innere Medizin mit kardiologischer Expertise	24h 7 Tage
• Facharzt Allgemeinchirurgie	24h 7 Tage
• Facharzt Unfallchirurgie	24h 7 Tage
• Facharzt Anästhesie /Intensivmedizin	24h 7 Tage
• Facharzt Diagnostische Radiologie	Rufbereitschaft 30 min
• Facharzt Labormedizin	Rufbereitschaft
• MTRA Radiologie	24h 7 Tage
• MTA Labor	24h 7 Tage
Medizinische Geräteausstattung	
• CT	24h 7 Tage
• Klinisches Labor mit Blutbank und Mikrobiologie	24h 7 Tage
• MRT/Traumazentrum	24h 7 Tage

Quelle: Augurzky et al. (2014).

Ergänzend zum Notarzt gibt es in Dänemark die Qualifikation des „Paramediziners“ im Rettungswesen

Die Schließung vieler kleiner Krankenhäuser führte zu Anfahrtswegen von 60 km bis zur nächsten Notaufnahme oder 150 km bis zum nächsten Krankenhaus der Maximalversorgung bzw. zu einer Uniklinik. Damit stieg die Bedeutung des Rettungsdienstes. In Ergänzung zum Notarztwesen schuf man u.a. die Qualifikation des „Paramediziner“ im Rettungswesen, dem erweiterte Kompetenzen bei medizinischen Leistungen und Medikamentengaben übertragen wurden. Paramediziner entlasten auch die Laborabteilungen der Krankenhäuser und den Krankentransport, indem sie bei Patienten, die nicht selbst zu Blutentnahmen in das Krankenhaus oder zum niedergelassenen Arzt kommen können, die Abnahme von Routinelaborproben vornehmen. Um den steigenden Anforderungen an Erfahrung und Fachwissen gerecht zu werden, wird in Dänemark ausschließlich hauptamtliches Personal im Rettungswesen eingesetzt. Diese Veränderungen haben nicht nur zu einer stärkeren Professionalisierung, sondern auch zu einer höheren Attraktivität des Berufsbildes geführt.

Landesweit wurden Kapazitäten in der Flugrettung aufgebaut, um die Transportzeiten bei akuten und schwerwiegenden Krankheitsbildern zu verkürzen. Für die häufigsten rettungsdienstlichen Krankheitsbilder gibt es Behandlungsalgorithmen, die im ganzen Land einheitlich sind und insbesondere auf Telemedizin setzen. Überdies wird im gesamten Rettungsdienst Dänemarks eine systematische Qualitätskontrolle durchgeführt. Mehrere extern durchgeführte Untersuchungen zur Zufriedenheit von Patienten ergaben sehr positive Resultate. So wurde das Rettungspersonal von 98% der Patienten mit gut bis sehr gut bewertet und die Eintreffzeit von 91% der Patienten für gut bis sehr gut eingeschätzt (Bericht Nordjütland 2013). Auch in der medizinischen Ergebnisqualität hat sich die Notfallversorgung in den letzten Jahren in Dänemark deutlich verbessert.

In der medizinischen Ergebnisqualität hat sich die Notfallversorgung in Dänemark durch die Umstrukturierung deutlich verbessert

Kurzfristig wird die stationäre Notfallversorgung im ländlichen Bereich weiterhin an Grundversorgungskrankenhäuser angeschlossen sein, welche jedoch die einheitlich vorgegebenen Strukturvorgaben einhalten sollten. Wie oben gezeigt, ist die Versorgung der Bevölkerung mit Grundversorgern in nahezu allen Gebieten Deutschlands momentan sehr gut. In den städtischen Bereichen könnte eine Konzentration der Notfallstandorte unter Berücksichtigung der vorhandenen Maximalversorger sogar zu qualitativen Verbesserungen in der Notfallversorgung führen. In den wenigen Versorgungsgebieten, in denen die Erreichbarkeit gegenwärtig nicht sichergestellt ist, muss der Rettungsdienst ausgebaut werden. Der Aufbau neuer Krankenhäuser, um die Erreichbarkeitsvorgaben im Status quo

Ein Aufbau neuer Krankenhäuser zur Sicherstellung der Erreichbarkeitsvorgaben ist keine realistische Option – vielmehr sollten Rettungsdienst und Telemedizin ausgebaut werden

flächendeckend sicherzustellen, ist keine realistische Alternative. Zielführend ist dagegen die verstärkte telemedizinische Anbindung der niedergelassenen Ärzte und des Rettungsdienstes an spezialisierte Einrichtungen.

Die Standorte für eine flächendeckende Notfallversorgung in Deutschland sollten langfristig nach den Vorgaben der Raum- und Strukturplanung analysiert und sektorenübergreifend festgelegt werden. Eine verstärkte Einbindung der niedergelassenen allgemein- und fachärztlichen Versorgung sowie des dazugehörigen ambulanten Bereitschaftsdiensts ist dabei sowohl aus ökonomischen Gründen sinnvoll, als auch aus medizinisch versorgungstechnischer Sicht zwingend erforderlich. Auch hier wird die telemedizinische Anbindung an spezialisierte Einrichtungen zukünftig an Bedeutung gewinnen.

Konflikt zwischen Wohnortnähe und qualitativ hochwertiger Versorgung ist bereits heute durch Telemedizin lösbar

Kasten 3 zeigt am Beispiel der Schlaganfallakutversorgung, wie im ländlichen Raum der Konflikt zwischen Wohnortnähe und qualitativ hochwertiger Versorgung durch den Einsatz von Telemedizin bereits heute gelöst werden kann. Daneben gibt es weitere Ansätze zur Überwindung räumlicher Distanzen per Telemedizin. So kann auch im elektiven Bereich, beispielsweise mittels „Tele-CTG“ die Versorgungssituation Schwangerer verbessert werden. Dabei wird der werdenden Mutter die nötige Ausstattung bereitgestellt, um das CTG[30] von Zuhause aus durchzuführen und auf den angeschlossenen Klinik-Server zu übertragen. Die Einführung telemedizinischer Schlaganfallnetzwerke bedeutet für die ländliche Bevölkerung eine deutliche Verbesserung ihrer medizinischen Versorgung, weil die medizinische Expertise ohne Berücksichtigung räumlicher Distanzen zum Patienten gebracht werden kann.

30 CTG ist die Abkürzung für cardiotocography (dt.: Kardiotokografie) und bezeichnet ein Verfahren zur Aufzeichnung der Herzschlagfrequenz des ungeborenen Kindes und der Wehentätigkeit bei der werdenden Mutter. Umgangssprachlich wird das CTG auch als „Wehenschreiber“ bezeichnet.

Kasten 3

Einsatz von Telemedizin zur Sicherstellung qualitativ hochwertiger Versorgung im ländlichen Bereich: das Beispiel der Schlaganfallakutversorgung

Telemedizin ist ein wichtiges Instrument für eine hochwertige Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum und eine sinnvolle Ergänzung klassischer Versorgungsmethoden. Insbesondere in Notfällen machen telemedizinische Verfahren ein schnelles und qualifiziertes Handeln möglich. Bei Schlaganfallpatienten kann beispielsweise nach Einlieferung in ein telemedizinisch angeschlossenes Krankenhaus schnell und kompetent über die notwendige Therapie entschieden werden.

In der akuten Schlaganfallversorgung kommt vor allem der Thrombolyse-Therapie eine entscheidende Bedeutung zu, bei welcher blockierte Blutgefäße zur Versorgung des Gehirns mit einem Medikament wieder geöffnet werden können. Diese Therapieform findet hauptsächlich in Krankenhäusern mit spezialisierten Behandlungseinheiten, so genannten Stroke Units statt, und ist derzeit nur innerhalb von wenigen Stunden[1] nach Symptombeginn zugelassen. Für Patienten, die in Stroke Units versorgt wurden, konnte eine signifikante Verringerung der Sterblichkeit und Pflegebedürftigkeit nachgewiesen werden. Daher stellen Stroke Units gegenwärtig die wichtigste Behandlungsstrategie des akuten Schlaganfalls dar; eine entsprechende Versorgung wird in den Leitlinien empfohlen. Deutschlandweit werden allerdings nach Schätzungen nur 45-50% der Schlaganfälle in derart spezialisierten Krankenhäusern behandelt, weil vor allem im ländlichen Bereich keine flächendeckende Versorgung mit Stroke Units vorhanden ist.[2] Um das Problem der zeitkritischen Behandlung und der fehlenden Verfügbarkeit im ländlichen Raum zu lösen, kommen in Deutschland zunehmend telemedizinische Versorgungsmodelle für Schlaganfallpatienten zum Einsatz (Schenkel, Endres 2012).

Deutschlandweit wird nur die Hälfte der Schlaganfallpatienten in spezialisierten Stroke-Units behandelt – telemedizinische Netzwerke können helfen

In Deutschland wurden in den vergangenen Jahren bereits einige telemedizinische Schlaganfall-Netzwerke aufgebaut. Dazu zählt auch das 2003 gestartete TeleStroke-Unit-Projekt TEMPiS[3]. Dort sind mittlerweile 17 internistisch geführ-

1 Aktuell innerhalb von drei bzw. viereinhalb Stunden ab Symptombeginn.

2 Ein flächendeckender Ausbau von Krankenhäusern mit Stroke-Units ist nicht nur aufgrund begrenzter finanzieller Mittel und dem zunehmenden Fachärztemangel nicht zu erwarten. Er ist auch medizinisch nicht sinnvoll, da wissenschaftliche Untersuchungen von einer kritischen Mindestanzahl behandelter Schlaganfallpatienten ausgehen, die für das verbesserte Behandlungsoutcome in Stroke-Units erforderlich ist.

3 Telemedizinisches Projekt zur integrierten Schlaganfallversorgung in der Region Süd-

te Kooperationskliniken per Telemedizin an die beiden Schlaganfallzentren in München-Harlaching und Regensburg angeschlossen. Pro Jahr erhalten rund 4.500 Schlaganfall-Patienten in den Kooperationskliniken ein sogenanntes Telekonsil (neurologische Videountersuchung, neuroradiologische Befundung, Teleberatung) durch die rund-um-die-Uhr bereitstehenden neurologischen Spezialisten der beiden Zentren. Zur operativen Beurteilung können Neurochirurgen hinzugezogen werden. Darüber hinaus beinhaltet das Konzept in allen angeschlossenen Kliniken die Einrichtung spezialisierter Schlaganfallstationen sowie eine kontinuierliche Fortbildung und Qualitätssicherung. Für die telemedizinische Schlaganfallversorgung konnte im TEMPiS-Projekt gegenüber einer nicht-spezialisierten Schlaganfalltherapie eine deutliche Verbesserung des Patienten-Outcomes (Sterblichkeit, schwere Behinderung, Pflegebedürftigkeit) belegt werden (Audebert et al. 2006). Weitere Untersuchungen zeigen zusätzlich einen ökonomischen Nutzen: Die höheren Kosten in der Akutbehandlung und Rehabilitationsphase werden durch Einsparungen in der anschließenden Pflegephase innerhalb von zwei bis drei Jahren ausgeglichen (Günzel, Storm 2012, Schenkel et al. 2012).

Ost-Bayern.

Telemedizinische Schlaganfallversorgung führt zu besseren Therapieergebnissen

Was ist zu tun?

Kurzfristig	Langfristig
• Konkrete Erreichbarkeitsvorgaben für Grund- und Regelversorgung, Schwerpunkt- und Maximalversorgung sowie Notfallversorgung festlegen	• Einführung einer standardisierten Risikoeinschätzung durch Rettungsdienst bzw. Einsatzleitstelle nach einem einheitlichen Triage-System • Luftrettung und Telemedizin zur Sicherstellung einer flächendeckenden Notfallversorgung im ländlichen Raum ausbauen

Empfehlung 5: Verbindliche Qualitätsvorgaben erstellen

Aus Patientensicht ist die Qualität von Krankenhausleistungen das entscheidende Kriterium für die Krankenhauswahl. Der Qualitätsaspekt sollte daher kurzfristig durch Mindeststandards in eine reformierte Krankenhausplanung verbindlich aufgenommen werden. Leistungsbereiche einzelner Krankenhäuser, die diese Qualitätsstandards nicht erfüllen, sollten vom Versorgungsauftrag ausgeschlossen werden. Allerdings sind die Indikations- und Ergebnisqualität bisher nur schwer anhand geeigneter Indikatoren zu erfassen. Langfristig muss daher z.B. über das Qualitätsinstitut eine ausreichende Transparenz über die erbrachte Qualität von Krankenhausleistungen geschaffen werden, um einen funktionierenden Qualitätswettbewerb zu ermöglichen. Dazu sollten Qualitätsindikatoren vom Institut erarbeitet sowie Daten zur Qualität der einzelnen Krankenhäuser kontinuierlich gesammelt und veröffentlicht werden. Kurzfristig sind in einzelnen Leistungsbereichen jedoch konkrete Struktur- und Prozessanforderungen ein geeignetes Instrument zur Qualitätssicherung. Darüber hinaus sollten gesondert bundesweit einheitliche Vorgaben für Zentren und Schwerpunkte sowie für Innovationszentren festgelegt werden.

Begründung

Aus Patientensicht ist die Qualität der erbrachten Leistung das entscheidende Kriterium für eine (subjektiv) bedarfsgerechte Versorgung (ausführlicher dazu: 2.2 „Subjektiver Bedarf“). Der Qualitätsaspekt sollte daher in eine reformierte Krankenhausplanung verbindlich aufgenommen werden. Krankenhäuser, die schlechte Qualität erbringen, müssen als Konsequenz damit rechnen, dass ihre davon betroffenen Leistungsbereiche aus dem Versorgungsauftrag genommen werden. Langfristig sollte sichergestellt werden, dass Patienten ausreichend Informationen über die Versorgungsqualität besitzen, um Krankenhäuser auf dieser Basis selbst auswählen zu können.

Im stationären Sektor wurde die systematische Qualitätssicherung in den vergangenen Jahren bereits vorangetrieben. Der 2014 beschlossene Aufbau eines Qualitätsinstituts ist ein wichtiger Schritt, um die Voraussetzungen für mehr Qualitätstransparenz zu schaffen. Volle Wirksamkeit dürfte die Arbeit des Qualitätsinstituts jedoch erst in einigen Jahren entfalten. Kurzfristig sind daher Qualitätsvorgaben im Rahmen der Versorgungsplanung nach bundeseinheitlichen und

verbindlichen Regeln notwendig. Diese können bereits nach aktuellem Rechtsstand eingeführt werden: § 137 Abs. 3 S. 9 SGB V erlaubt ergänzende Qualitätsanforderungen im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder.

Qualitätsvorgaben können bereits nach aktuellem Rechtsstand in die Krankenhauspläne integriert werden

In den bisherigen Krankenhausplänen der Länder wurde der Qualitätsaspekt bisher allenfalls durch einzelne Strukturvorgaben als Zulassungsbedingung berücksichtigt. Die aktuell beschlossene Neufassung des Hamburgischen Krankenhausgesetzes sieht erstmals die Vorgabe einer qualitätsorientierten Versorgung als Ziel vor. Dabei können für qualitätssensible Leistungen oder Leistungsbereiche der stationären Versorgung konkrete Qualitätsanforderungen festgelegt werden. Diese beziehen sich auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legt in seinen Richtlinien bereits heute für ausgewählte Leistungsbereiche Mindestanforderungen an die Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität fest, um die Qualität der Versorgung sicherzustellen. Diese Qualitätsanforderungen finden allerdings bisher – ebenso wie die Mindestmengenvorgaben des GBA – in der Praxis nur unzureichend Anwendung[31], vor allem aufgrund mangelnder Konsequenzen bei Nicht-Erfüllung.[32] Zusätzlich sind verbindliche Vorgaben des G-BA notwendig, welche erfüllt werden müssen, um als Zentrum oder Schwerpunkt ausgewiesen zu werden. Gleiches gilt für den Einsatz von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in ausgewiesenen Innovationszentren. In diesem Bereich fehlt bisher oft der Nachweis über die Wirksamkeit der Innovationen und den daraus resultierenden Patientennutzen. Die bisherige Regelung, dass der G-BA nur auf Antrag den Nutzen einer neuen Methode überprüft und bei fehlender Evidenz eine Erprobung nach § 137e SGB V veranlassen kann, reicht dazu nicht aus.

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt für ausgewählte Leistungen Mindestanforderungen fest – eine Nicht-Erfüllung zieht bislang aber keine Konsequenzen nach sich

Im Gegensatz zum Erreichbarkeitskriterium, das rein eindimensional in konkreten Minutenvorgaben definiert werden kann, ist das Qualitätskriterium deutlich komplexer. Es ist mehrdimensional, über die Zeit hinweg variabel und oftmals schwer messbar. Daher sind Vorgaben in diesem Bereich hinsichtlich der Definition, Überprüfbarkeit und Justiziabilität nicht vollumfänglich möglich. Kurzfristig sollten jedoch für Teilbereiche bereits Vorgaben gemacht werden; im Laufe der Zeit können dann immer mehr hinzugenommen werden. Schaubild 12 fasst

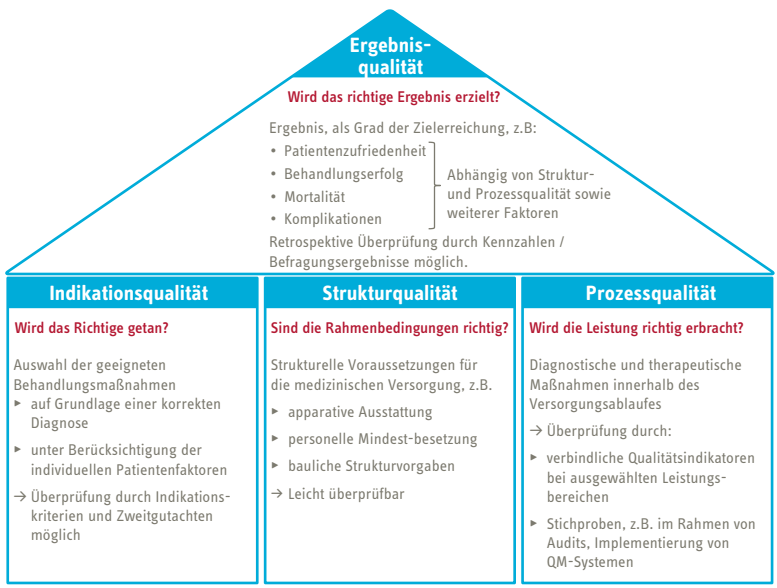
Qualität ist mehrdimensional und schwer messbar, Vorgaben können dennoch für Teilbereiche auch kurzfristig eingeführt werden

31 Peschke et al (2014) wiesen nach, dass die bisher erlassenen Mindestmengenregelungen keinen erkennbaren Einfluss auf die Versorgungsstrukturen hatten.

32 So musste erst das Bundessozialgericht in einem Urteil entscheiden, dass ein Krankenhaus bei Nichterfüllung der in der Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma festgesetzten Voraussetzungen von der entsprechenden Behandlung und Vergütung auszuschließen ist (Az.: B 1 KR 15/13 R).

die wesentlichen Dimensionen von Qualität zusammen, wobei die Struktur- und Prozessqualität vor allem als Voraussetzung zur Sicherstellung einer adäquaten Ergebnis- und Indikationsqualität zu sehen sind.

Schaubild 12
Übersicht der Qualitätsdimension



Quelle: Eigene Darstellung.

Umsetzung: Indikationsqualität

Eine gute Indikationsstellung ist die Voraussetzung dafür, dass die für den Patienten geeignete Behandlung ausgewählt wird. Wird eine Behandlung zwar gut durchgeführt, die bei richtiger Indikationsstellung gar nicht nötig gewesen wäre, bringt diese dem Patienten im besten Fall weder Zusatznutzen noch einen Schaden, verursacht aber ungerechtfertigte Kosten. Eine hohe Indikationsqualität ist daher Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Versorgung und sollte der Prozess- und Ergebnisqualität vorangestellt betrachtet werden. Indikationsqualität kann allerdings nur sehr schwer und oftmals erst ex-post gemessen werden. Dennoch gibt es Mittel, mit denen die Indikationsqualität nachweislich erhöht werden kann. Dazu zählen im Wesentlichen:

- strukturelle Voraussetzungen für eine gute Diagnosequalität (geeignete apparative Ausstattung, qualifiziertes Personal),
- Leitlinien (Vorgabe von klaren Indikationskriterien bzw. Kontraindikationen),
- klar definierte Prozesse zur Indikationsstellung,
- Zweitmeinungsverfahren.

Da eine zu großzügig ausgelegte Indikationsstellung zu einer Überversorgung der Bevölkerung führt, muss dies regelmäßig überwacht werden. Sollten im Versorgungsmonitoring regionale Auffälligkeiten in den Fallzahlen auftreten, so sind entsprechende Konsequenzen in der Krankenhausplanung zu berücksichtigen (ausführlicher dazu: Empfehlung 7).

Bei zu großzügig ausgelegter Indikationsstellung wird die Bevölkerung „überversorgt“

Umsetzung: Strukturqualität

Vorgaben zur Strukturqualität sind am leichtesten festzulegen und zu überprüfen, daher beziehen sich viele Qualitätsanforderungen in der stationären Versorgung auf diesen Bereich. In der Notfallversorgung haben Strukturanforderungen aufgrund der Dringlichkeit und hohen Heterogenität der Fälle besondere Bedeutung. Bezogen auf einige Indikationen gibt es hochwertige Evidenz, dass die Versorgung in spezialisierten Strukturen gegenüber der Normalversorgung vorteilhaft ist (z.B. bei Stroke Units). Für diese Indikationen sollten die formalen Strukturvorgaben als Voraussetzung gelten, damit ein Leistungserbringer in dem Bereich überhaupt tätig werden darf. Gleiches gilt für rein sachlogisch fundierte Strukturvorgaben (z.B. Hubschrauberlandeplatz in der Notfallversorgung). Strukturelle Anforderungen an die Notfallversorgung sind anhand genereller, personeller und apparativer Vorgaben verbindlich zu definieren (ausführlicher dazu: Empfehlung 3).

Für einige ausgewählte Leistungen im Krankenhaus (z.B. Kinderonkologie) legt der G-BA bereits konkrete bundesweite Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität fest. Sie sind durch niedrige Fallzahlen sowie eine fachlich gebotene hohe Diagnose- und Therapie-Variation gekennzeichnet. Außerdem versucht der G-BA, durch die Festlegung von Mindestmengen (nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V) eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten. Begründet wird dieser „Umweg“ über Mindestmengen damit, dass die Behandlungsqualität für einige Leistungen mit der Anzahl der behandelten Fälle nachweislich steigt. Daher werden für bestimmte planbare, elektive Eingriffe, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist (z.B. in der Transplantationsmedi-

Festlegung von Mindestmengen in ausgewählten Bereichen steigert die Behandlungsqualität

zin), Mindestfallzahlen für die Leistungserbringer vorgeschrieben. Würde dies in einer reformierten Krankenhausplanung konsequent umgesetzt, sollte sich dabei gleichzeitig ein Abbau nicht nötiger Vorhaltekosten ergeben. Schaubild 13 zeigt am Beispiel der Neonatologie ausgewählte vom G-BA festgelegte Prozessbeschreibungen und Strukturanforderungen.

Schaubild 13

Ausgewählte Qualitätsvorgaben am Beispiel der Neonatologie[1]

Perinatalzentrum Level 1

Aufnahme- und Zuweisungskriterium: Geburtsgewicht unter **1.250 Gramm** oder Gestationsalter **< 29 + 0 SSW**

Infrastruktur: Mind. 6 neonatologische Intensivtherapieplätze je mit Inkubator, EKG, Pulsoximeter. Beatmungsgerät an mind. 4 Intensivtherapieplätzen

Ärztliche Versorgung: neonatologischer Intensivbereich mit permanenter Arztpräsenz (24-Stunden-Präsenz, kein Bereitschaftsdienst)

Perinatalzentrum Level 2

Aufnahme- und Zuweisungskriterium: Geburtsgewicht **1.250 - 1.499 Gramm** oder Gestationsalter **29 + 0 bis 31 + 6 SSW**

Infrastruktur: Mind. 4 neonatologische Intensivtherapieplätze je mit Inkubator, EKG, Pulsoximeter. Beatmungsgerät an mind. 2 Intensivtherapieplätzen

Ärztliche Versorgung: neonatologischer Intensivbereich mit permanenter Arztpräsenz (Schicht- oder Bereitschaftsdienst)

Perinataler Schwerpunkt

Aufnahme- und Zuweisungskriterium: Geburtsgewicht mind. **1.500 Gramm** oder Gestationsalter **32 + 0 bis 35 + 6 SSW**

Infrastruktur: Möglichkeit zur notfallmäßigen Beatmung muss vorhanden sein

Ärztliche Versorgung: bei unerwarteten neonatologischen Notfälle muss ein Arzt der Kinderklinik innerhalb von 10 Minuten im Kreißsaal und der Neugeborenenstation sein

Geburtsklinik

Aufnahme- und Zuweisungskriterium: Schwangere ab **36 + 0 SSW** ohne zu erwartende Komplikationen

Beachtung der Kriterien für eine Zuweisung in höhere Versorgungsstufen als Prozessqualitätsmerkmal

Quelle: Qualitätssicherungs-Richtlinie „Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)“ des G-BA, eigene Darstellung.

1 Das Gestationsalter entspricht der Schwangerschaftsdauer, gemessen in vollendeten Schwangerschaftswochen (SSW) und zusätzlichen einzelnen Tagen („+ x“).

Umsetzung: Prozess- und Ergebnisqualität

Die Festlegung verpflichtender Mindeststandards ist bereits heute möglich: 30 Leistungsbereiche sind mit rund 430 Qualitätsindikatoren bereits festgelegt

Zur Messung der Prozess- und Ergebnisqualität hat der G-BA aktuell für 30 Leistungsbereiche insgesamt 434 Qualitätsindikatoren festgelegt (s. Anhang Tabelle A2), die von allen Krankenhäusern verbindlich dokumentiert und an beauftragte externe Stellen übermittelt werden müssen. 295 dieser Indikatoren sind zusätzlich veröffentlichungspflichtig. D ie Festlegung verpflichtender Mindeststandards ist für ausgewählte Qualitätsindikatoren somit bereits heute möglich – bisher allerdings nur als Basis für die Qualitätssicherung. Für die rechtssichere Einbindung in den Krankenhausplan sind die Indikatoren und Vorgaben noch zu überprüfen und

anzupassen bzw. neu zu entwickeln. Entscheidend sind dabei folgende Kriterien, die für die einzelnen Indikatoren oder einen noch zu entwickelnden „qualitätsbezogenen Mindestscore“ gelten sollten:

- sehr hoher Anspruch an die Validität und Reliabilität,[33]
- objektive eindeutige Ergebnisparameter (z.B. Mortalität und schwerste Morbidität/Komplikationen),
- sehr gute Risikoadjustierung.[34]

Tabelle 5 zeigt beispielhaft für den Leistungsbereich „gynäkologische Operationen“ die aktuell vorgeschriebenen zu veröffentlichenden Indikatoren mit Referenzvorgaben. Diese orientieren sich an den jeweiligen Durchschnittswerten aller Leistungserbringer. Für prozessbezogene Qualitätsindikatoren sind die Referenzbereiche oftmals definiert; für ergebnisbezogene Kriterien (z.B. Wiedererkrankung, Sterblichkeit) ist dies hingegen bei vielen Leistungsbereichen meist nicht möglich.

Bisher bleibt das Aufdecken statistischer Auffälligkeiten folgenlos

Werden bei der Auswertung für die einzelnen Häuser statistische Auffälligkeiten identifiziert und bei der Überprüfung durch Expertengruppen Qualitätsmängel im Rahmen des strukturierten Dialogs festgestellt, bleibt dies für die betroffenen Einrichtungen bisher weitestgehend folgenlos. Es können höchstens qualitätssichernde Verbesserungsmaßnahmen vorgeschlagen werden. Verbindliche Konsequenzen fehlen bislang und sollten zukünftig im Rahmen des Monitoring-Prozesses einheitlich festgelegt werden (ausführlicher dazu: Empfehlung 7). Ebenso sollten die Qualitätsindikatoren kontinuierlich weiterentwickelt und auf weitere Leistungsbereiche ausgeweitet werden.

33 Die Validität beschreibt die Gültigkeit bzw. Belastbarkeit einer unterstellten Annahme, z.B. über den Zusammenhang zwischen Behandlungsqualität und Mortalitätsrate. Die Reliabilität ist ein Maß für die formale Genauigkeit bzw. Zuverlässigkeit der Messung, d.h. geringe zufallsbedingte Abweichungen. Eine hohe Reliabilität ist grundsätzlich eine Voraussetzung für hohe Validität, wobei eine zu hohe Reliabilität zu Lasten der Validität gehen kann.

34 Unter Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren versteht man, dass bei der Berechnung der Qualitätsindikatoren berücksichtigt wird, wie die individuellen Risiken der Patienten (Risikofaktoren) Einfluss auf das Ergebnis nehmen und dass diese Risiken zwischen den Leistungserbringern unterschiedlich verteilt sind (Patientenmix).

Tabelle 5

Qualitätsindikatoren (AQUA) für Leistungsbereich „gynäkologische Operationen“

			Bundesweite Werte	
Indikator-ID	Indikatorbezeichnung (allgemeinverständlich)	Referenz-bereich	Mittel-wert	Vertrauens-bereich[1)]
12874	Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken	≤ 5,0%[2)]	1,6%	1,5% - 1,7%
10211	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung	≤ 20,0%[3)]	13,5%	13,0% - 14,0%
612	Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung	≥ 77,8%[3)]	91,0%	90,7% - 91,3%
665	Operation am Muttermund (sog. Konisation) ohne bösartigen Befund	≤ 11,5%[3)]	3,6%	3,2% - 4,0%
666	Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation am Muttermund (sog. Konisation)	≤ 5,0%[2)]	0,5%	0,3% - 0,6%

Quelle: AQUA (2014), eigene Darstellung. – [1] Konfidenzintervall (95%). – [2] Zielbereich. – [3] Toleranzbereich.

Umsetzung: Vorgaben für Zentren und Schwerpunkte

Krankenhäuser, die als Zentren und Schwerpunkte nach § 5 Abs. 3 KHEntgG besondere Aufgaben außerhalb des DRG-Katalogs erbringen (z.B. Telekonsile, Vorbereitung von Fachkonferenzen etc.) können dafür einen krankenhausspezifischen Zuschlag erhalten. Die entgeltrechtliche Bezeichnung als Zentrum ist allerdings nicht identisch mit den fachgesellschaftlichen Zentren oder den durch die Deutsche Krebsgesellschaft zertifizierte Zentren (z.B. Onkologische Zentren oder spezielle Organkrebszentren, wie Brust- oder Darmkrebszentren).Die Unterschiede zwischen der planerischen Ausweisung und den entgeltrechtlichen Voraussetzungen eines Zentrums führten bisher oft zu juristischen Auseinandersetzungen.

Durch die aktuelle Rechtsprechung[35] wurde inzwischen festgelegt, dass die planungsrechtliche Ausweisung als Zentrum die Zentrumseigenschaft im Sinne des Krankenhausentgeltgesetzes darstellt. Daher besteht eine besondere Dringlichkeit für eine verbindliche und rechtsichere gesetzliche Regelung zur Ausweisung von Zentren und Schwerpunkten in einer reformierten Krankenhausplanung. Dazu sollten durch den G-BA die besonderen übergeordneten Aufgaben eines Zentrums oder Schwerpunkts verbindlich festgelegt werden. Außerdem muss der G-BA klare Anforderungen einerseits an die Strukturqualität (z.B. Geräte, Personal, Mindestmengen) und andererseits an die Prozessqualität bei der Erbringung der besonderen Aufgaben festlegen. Solche bundeseinheitlichen Vorgaben sollten dann verbindlich für die krankenhausplanerische Ausweisung als Zentrum oder Schwerpunkt gelten. Dadurch wird eine rechtsichere Grundlage dafür geschaffen, dass nur diejenigen Krankenhäuser, die entsprechende Qualitätsvorgaben erfüllen, einen Anspruch auf einen entgeltrechtlichen Zentrumszuschlag zur Finanzierung übergeordneter Zusatzaufgaben haben.

Die Ausweisung von Zentren und Schwerpunkten sollte dringend verbindlich und rechtssicher geregelt werden

Umsetzung: Innovationszentren

Ein weiterer wichtiger Schritt zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung ist die verbindliche Überprüfung des Nutzens von innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Durch die Einführung von Innovationszentren in der Krankenhausplanung 2.0 soll das bestehende Spannungsfeld zwischen schneller Einführung von Innovationen und ausreichender Berücksichtigung der Patientensicherheit sowie des Wirtschaftlichkeitsgebots gelöst werden. In der Rahmenplanung der Länder werden dazu die Anforderungen definiert, die zur Einführung und Evaluierung neuer Methoden erfüllt werden müssen.

Der Nutzen von innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden muss vor der flächendeckenden Einführung verbindlich überprüft werden

Bisher können in Krankenhäusern neue medizinische Verfahren eingesetzt werden, wenn sie nicht explizit untersagt wurden (Verbotsvorbehalt nach § 137c SGB V). Dies steht im Gegensatz zum ambulanten Bereich, wo niedergelassene Ärzte neue medizinische Verfahren oder Technologien erst nach Überprüfung und ausdrücklicher Genehmigung durch den G-BA einführen dürfen (Erlaubnisvorbehalt nach § 135 Abs. 1 SGB V). Somit kommen im stationären Sektor zunehmend medizinische Innovationen zum Einsatz, deren Nutzen und Risiko für die behandelten Patienten nicht ausreichend untersucht sind.[36] Diese Entwicklung steht mit einer qualitätsorientierten Versorgung nicht in Einklang. Denn nicht jede neue Methode oder jedes neue Verfahren bedeutet automatisch eine Verbesserung für den Patienten.

35 Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 22.5.2014 (3 C 8/13, UA Rn. 13)

36 Dies gilt nicht für medikamentöse Innovationen, weil es für Arzneimittel andere gesetzliche Regelungen gibt.

In Innovationszentren können neue Methoden systematisch evaluiert und Ergebnisse validiert werden

Solange keine wissenschaftlich fundierten Erkenntnisse zur Ergebnisqualität einer neuen Behandlung vorliegen, sollte diese aus Gründen der Patientensicherheit und zur Vermeidung unnötiger Kosten nicht sofort flächendeckend eingesetzt werden. Stattdessen sollten neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zunächst nur in Kliniken eingeführt werden, in denen sie systematisch evaluiert und die Ergebnisse validiert werden können. Dementsprechend sollten in einer reformierten Krankenhausplanung Innovationszentren ausgewiesen werden, die verbindliche Kriterien für die Erprobung innovativer Methoden und deren Evaluierung erfüllen. Dazu zählen Anforderungen an die Strukturqualität (Mindestmengen, apparative und personelle Ressourcen) sowie vor allem zahlreiche Kriterien zur Sicherung der Prozessqualität bei der Studiendurchführung, Dokumentation und Methodenbewertungen (z.B. prä- und postoperative Fallbesprechungen pro Patient, Kriterien für Studienteilnahme, genetische Beratung etc.).

Kosten zur Evaluierung eines Medizinprodukts sollten die Hersteller tragen, Behandlungskosten die Krankenversicherungen

Die Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung in den Innovationszentren sollten für den Fall, dass ein Medizinprodukt wesentlicher Bestandteil der neuen Methode ist, von den entsprechenden Herstellern übernommen werden. Dies gilt auch heute bereits, wenn der G-BA eine Erprobung beauftragt (§ 137e SGB V). Die Behandlungskosten in den Innovationszentren müssen die Krankenversicherungen übernehmen. Wenn für ein neues Verfahren ein Zusatznutzen für den Patienten nachgewiesen ist, kann dieses Verfahren auch außerhalb der Innovationszentren flächendeckend eingesetzt und in die Entgeltvergütung über den DRG-Katalog aufgenommen werden.

3. Handlungsempfehlungen und Umsetzungsvorschläge

Was ist zu tun?

Kurzfristig	Langfristig
• Konsequente Umsetzung bereits bestehender Anforderungen (z.B. Mindestmengen) • Qualitätsvorgaben samt Konsequenzen bei Nicht-Einhaltung für Teilbereiche in die Krankenhausplanung integrieren • Strukturelle Vorgaben, Leitlinien, Prozessvorgaben und Zweitmeinungsverfahren zur Erhöhung der Indikationsqualität einführen • Verbindliche Vorgaben für den Umgang mit statistischen Auffälligkeiten bei Abweichungen von Referenzwerten (Ergebnisqualität) • Rechtssichere gesetzliche Regelung zur Ausweisung von Zentren und Schwerpunkten • Einrichtung von Innovationszentren: ausgewiesene Kliniken, an denen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vor ihrer flächendeckenden Anwendung evaluiert werden	• In der Krankenhausplanung Qualitätsvorgaben für alle Bereiche machen und konsequent umsetzen • Erarbeitung bzw. Weiterentwicklung von Qualitätsmaßen (Ergebnis- und Indikationsqualität) • Sammlung der entsprechenden Daten • Veröffentlichung der Qualitätsindikatoren, um einen funktionierenden Qualitätswettbewerb zu ermöglichen

Empfehlung 6: Einheitliche Datengrundlage schaffen

Eine reformierte Rahmenplanung benötigt eine einheitliche Datengrundlage. Um das Angebot zukunftsorientiert am zu erwartenden Versorgungsbedarf ausrichten zu können, braucht es kleinräumige Informationen zur demographischen und sozioökonomischen Entwicklung sowie zur Krankheitslast. Regionale Fallzahlen gibt es bereits in der DRG-Statistik und den Diagnosedaten der Krankenhausstatistik. Sie müssen künftig von allen Beteiligten einheitlich ausgewertet werden. Mittelfristig sollten für eine sektorenübergreifende Betrachtung auch die ambulanten Versorgungsdaten der kassenärztlichen Vereinigungen herangezogen werden. Die Überprüfung der Vorgaben zur strukturellen Ausstattung der Krankenhäuser und zu ihrer Erreichbarkeit je nach Versorgungsstufe muss anhand standortspezifischer Leistungs- und Strukturdaten erfolgen, die derzeit noch nicht in ausreichendem Maße vorliegen. Für die qualitätsorientierte Ausrichtung der Krankenhausplanung sollten zunächst die vorhandenen Daten aus den Qualitätsberichten für Planung und Monitoring herangezogen und langfristig weiter- oder neu entwickelt werden. Dabei muss auf die rechtssichere Zuverlässigkeit der Datengrundlage geachtet werden.

Begründung

Bisher ist die empirische Basis für eine bedarfsgerechte Planung unzureichend oder gar nicht vorhanden

Die Schaffung einer einheitlichen Datenbasis ist für die Umsetzung der reformierten Krankenhausplanung und insbesondere des systematischen Monitorings der Versorgungsstrukturen zwingend erforderlich. Bisher ist in vielen Bereichen die empirische Basis für eine bedarfsgerechte Planung unzureichend oder gar nicht vorhanden. Die Kapazitätsplanung findet daher noch stark vergangenheitsorientiert statt. So sind etwa die Daten zur Strukturausstattung der Krankenhäuser nicht überprüfbar. Bisher fehlt den Selbstverwaltungspartnern eine entsprechende Rechtsgrundlage, um die die Daten aus den Abrechnungs- und Qualitätssicherungsverfahren für die Ausgestaltung von Leistungsvereinbarungen zu nutzen. Entscheidend ist daher nicht nur, dass die notwendigen Daten erhoben, sondern dass sie auch den an der Rahmenplanung und Konkretisierung beteiligten Parteien zugänglich gemacht werden. Dabei muss die Datenbasis mit einer einheitlichen Methodik genutzt werden. Zur Datenerhebung und -weitergabe sollten standardisierte Verfahren geschaffen werden, bei denen der Schutz von individuellen Patientendaten berücksichtigt wird. Dies kann prinzipiell durch entsprechende Anonymisierungsverfahren gewährleistet werden. In den meisten Fällen dürfte dies aufgrund des Aggregationsniveaus der Daten allerdings gar nicht notwendig sein.

3. Handlungsempfehlungen und Umsetzungsvorschläge

Umsetzung

Eine zukunftsorientierte Rahmenplanung benötigt als Basis Daten über den zu erwartenden Bedarf an Versorgungsleistungen. Die zukünftige Bevölkerungsdichte und -struktur muss mit den entsprechenden Morbiditätsdaten in den einzelnen Versorgungsgebieten zusammengebracht werden, um die zu erwartenden Fallzahlen und notwendigen Versorgungsstrukturen bestimmen zu können. Als Datengrundlage kann die Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes bzw. der Landesämter herangezogen werden. Darüber hinaus liegen sowohl die DRG-Daten des InEK, die Diagnosedaten der Krankenhausstatistik und die vom Bundesversicherungsamt für den M-RSA[37] erhobenen Morbiditätsdaten vor. Sie müssen durch eine einheitliche Methodik zusammengeführt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Daten der Krankenhausstatistik anhand der Fachgebietsstrukturen des Krankenhauses zugeordnet sind, während die DRG-Daten[38] fallbezogen und abrechnungsorientiert erhoben werden und sich nicht nach der Fachrichtungsstruktur richten.

Eine zukunftsorientierte Planung benötigt Daten über den zu erwartenden Bedarf – und keine Vergangenheitsschau

Perspektivisch sollten weitere Einflussfaktoren bei der zukünftigen Bedarfsermittlung berücksichtigt werden. Für den noch zu entwickelnden regionalen Bedarfsindex zur Bestimmung von Regionen mit Überversorgung (ausführlicher dazu: Empfehlung 7) müssen soziodemographische Daten (z.B. zur Einkommensstruktur, Arbeitslosenquote, Migrantenanteil etc.) auf kleinräumiger Ebene verfügbar sein. Diese können aus Umfragedaten, wie z.B. denen des Sozioökonomischen Panels (SOEP), verwendet werden. Sie sollten allerdings zunächst auf ihre Verwendbarkeit überprüft werden. Epidemiologische Daten (z.B. Impfraten, sportliches Verhalten, CO_2-Belastung), die ebenfalls aus bundesweiten Befragungen vorliegen, sollten auch kleinräumig erfasst werden, um regionale Krankenhaushäufigkeiten besser erklären zu können. Für die sektorenübergreifende Ausrichtung der stationären Versorgung ist zudem eine Verbindung mit den ambulanten Daten der kassenärztlichen Vereinigungen notwendig.[39] Eine entsprechende Vorgabe sollte verbindlich festgelegt werden.

Für eine sektorenübergreifende Planung ist eine Verbindung mit den ambulanten Daten der kassenärztlichen Vereinigungen notwendig

Neben der zukunftsorientierten Bedarfsplanung muss auch das Monitoring der vorhandenen, aktuellen Versorgungsdaten einheitlich geregelt werden. So sollten beispielsweise die Strukturdaten der an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser (Geräte, Qualifikation von Ärzten etc.) verbindlich ermittelt und gemäß den bundeseinheitlichen Vorgaben überprüft werden. Für das Erreichbarkeitsmonitoring müssen standortgenaue Daten zu den erbrachten Leistungen

37 Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, mit dem die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen gesteuert werden.

38 Nach § 21 KHEntgG und § 301 SGB V.

39 Nach § 296 SGB V.

in der Notfallversorgung sowie in den beiden Versorgungsstufen „Grund- und Regelversorgung“ sowie „Schwerpunkt- und Maximalversorgung“ erhoben werden.

Um die Prozess- und Ergebnisqualität in der Krankenhausplanung stärker berücksichtigen zu können, ist die Nutzung der bereits vorhandenen Daten aus der Qualitätssicherung erforderlich.[40] Der G-BA schreibt aktuell insgesamt 434 Qualitätsindikatoren aus 30 Leistungsbereichen vor, die von den Krankenhäusern verbindlich dokumentiert und teilweise auch veröffentlicht werden müssen. Aus diesen Daten müssen planerisch relevante Referenzwerte oder Qualitätsmindestscores entwickelt werden, mit deren Hilfe die Konsequenzen aus dem Versorgungsmonitoring rechtssicher umgesetzt werden können.

Was ist zu tun?

Kurzfristig	Langfristig
• Rechtsgrundlage schaffen, damit die Selbstverwaltungspartner Daten aus den Abrechnungs- und Qualitätssicherungsverfahren für die Ausgestaltung von Leistungsvereinbarungen nutzen können • Schaffung von einheitlichen Methoden und standardisierten Verfahren zur Datenerhebung und -weitergabe • Regionale Bevölkerungsentwicklung und Morbidität berücksichtigen • Datenerhebung und -aufbereitung für Versorgungsmonitoring, darunter Strukturdaten zur Notfallversorgung	• Verbindung mit den ambulanten Daten der kassenärztlichen Vereinigungen ermöglichen • Entwicklung eines regionalen Bedarfsindex zur Bestimmung von Regionen mit Überversorgung, hierzu Prüfung und Einbindung neuer Datenquellen • Qualitätsmindestscores als Index aus einzelnen Qualitätsindikatoren entwickeln

40 *Nach § 137 SGB V.*

Empfehlung 7: Vorgaben durch systematisches Versorgungsmonitoring überprüfen

Ein systematisches Versorgungsmonitoring muss die Mindestvorgaben an die Erreichbarkeit und Qualität anlassbezogen sowie regelmäßig überprüfen. Es muss aus einer Unterschreitung der Mindestvorgaben außerdem Konsequenzen ziehen können.

(i) Die Einhaltung der Erreichbarkeitsvorgaben muss vorausschauend überwacht werden, damit es zu keiner Unterversorgung kommt. In ausreichend versorgten Gebieten kann das Angebot bei Bedarf reduziert werden. Ist jedoch durch eine angedachte Reduktion von Leistung eine Nicht-Erfüllung der vorgesehenen Erreichbarkeitszeiten absehbar, sind Gegenmaßnahmen einzuleiten. Darunter fällt die Prüfung sektorenübergreifender Lösungen und im Zweifel Sicherstellungszuschläge. Sicherstellungszuschläge müssen die Krankenversicherungen tragen, wenn es zur Einhaltung der bundesweiten Mindeststandards erforderlich ist. Entscheidet sich eine Region für über den Mindeststandard hinausgehende Vorgaben, müssen die entstehenden Zusatzkosten regional getragen werden.

(ii) Anhand geeigneter Indikatoren muss regelmäßig die Einhaltung der qualitativen Mindestvorgaben überprüft werden. Bei dauerhaft schlechter Qualität eines Leistungsbereichs eines Krankenhauses sollte der Versorgungsauftrag für den betroffenen Leistungsbereich gekündigt werden. Im Gegenzug soll die Erbringung besonders guter Qualität belohnt werden können.

(iii) Ein systematisches Verfahren zum Monitoring von Überversorgung soll schließlich das Risiko nicht gerechtfertigter Behandlungen für die Patienten und die Gefahr unnötiger Belastung für die Kostenträger verringern. Dabei werden nicht bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen über (nicht anderweitig erklärbare) regionale Abweichungen in der Häufigkeit der erbrachten Leistungen identifiziert. Dort, wo eine regionale Überversorgung für einzelne Leistungsbereiche vorliegt, sollte über die krankenhausplanerische Zulassung oder die Budgetverhandlungen der Selbstverwaltungspartner vor Ort eine weitere Leistungsausweitung verhindert werden. Zusätzlich sollte in den überversorgten Leistungsbereichen durch gesteigerte Angebote von Zweitmeinungsverfahren eine Verbesserung der Indikationsqualität angestrebt werden.

Begründung

Versorgungsmonitoring hilft, Fehlversorgung frühzeitig zu erkennen, und gibt Selbstverwaltungspartnern rechtssichere Basis für Gegenmaßnahmen an die Hand

Zur Überprüfung der in Empfehlung 1 erläuterten Bundesvorgaben muss die Krankenhausplanung um ein verbindliches Monitoringverfahren erweitert werden. Mithilfe dieses Versorgungsmonitorings soll Fehlversorgung frühzeitig erkannt und den Selbstverwaltungspartnern eine rechtsichere Basis für geeignete Gegenmaßnahmen an die Hand gegeben werden. Dies war bisher nur unter Berufung auf mangelnde Leistungsfähigkeit, unzureichende Wirtschaftlichkeit oder eine nicht bedarfsgerechte Behandlung der Leistungserbringer möglich (§110 SGB V) und juristisch unsicher.

Die Qualität der Krankenhausleistungen ist im Monitoringverfahren fortlaufend anhand der vorgegebenen Indikatoren zu überprüfen. Als Reaktion auf dauerhaft schlechte Qualität können die betroffenen Leistungsbereiche von dem Versorgungsauftrag ausgeschlossen werden. Das Monitoring der Erreichbarkeitsvorgaben ermöglicht es einer reformierten Krankenhausplanung, bereits im Vorfeld mögliche Versorgungslücken zu erkennen und prospektiv zu vermeiden. Da im Status quo fast überall eine gute Flächendeckung gewährleistet ist, sollte eine anlassbezogene Prüfung der Erreichbarkeit erfolgen, sobald sich in einer Region Angebotsreduzierungen andeuten. Dies gilt ebenso bei einer geplanten Ausweitung des bestehenden Angebots, bei der mit Hilfe des Monitoringverfahrens eine Überversorgung verhindert werden soll.

Umsetzung: Einbindung des Monitorings in die Krankenhausplanung

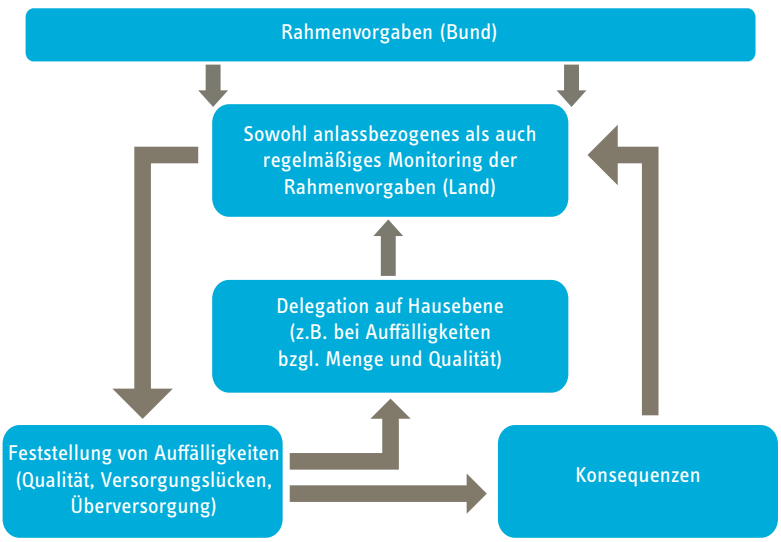
Monitoring sollte auf Landesebene unter Einbindung der Selbstverwaltungspartner angesiedelt werden

Die praktische Durchführung des Versorgungsmonitorings sollte auf Ebene der Bundesländer angesiedelt werden. Sie kann entweder durch die zuständige Planungsbehörde oder durch ein Gremium mit Beteiligung der Selbstverwaltungspartner erfolgen. Da die Krankenversicherungen die finanziellen Konsequenzen aus den Monitoringergebnissen zu tragen haben, ist ihnen in jedem Fall ein Mitspracherecht einzuräumen.

Die im Monitoringprozess erhobenen Daten ermöglichen es, lokale Auffälligkeiten systematisch zu erkennen und auf Fehlversorgungstendenzen frühzeitig zu reagieren. Schaubild 14 stellt diesen Prozess schematisch dar. Ergebnisse des Monitorings können auf Landesebene notwendige Konsequenzen in der Rahmenplanung nach sich ziehen, beispielsweise wenn die Erreichbarkeitsvorgaben nicht erfüllt werden. Auf Ortsebene können die Selbstverwaltungspartner entsprechende Maßnahmen ergreifen, etwa indem der Versorgungsauftrag durch individuelle Vereinbarungen zwischen Krankenversicherungen und Krankenhäusern angepasst wird. Parallel könnten Selektivverträge für einzelne Leistungsbereiche

abgeschlossen werden und besonders gute Qualität durch so genannte Add-on-Verträge belohnt werden. Dies ändert nichts an der freien Krankenhauswahl der Versicherten.

Schaubild 14
Einbindung des Versorgungsmonitorings in die Krankenhausplanung



Quelle: Eigene Darstellung.

Umsetzung: Versorgungsmonitoring in drei Bereichen

Ziel des Versorgungsmonitorings ist die Vermeidung bzw. der Abbau der drei Arten von Fehlversorgung: qualitative Fehlversorgung, Unterversorgung und Überversorgung. Bei der Umsetzung sind daher drei getrennte Monitoringansätze zu verfolgen (Schaubild 15). Das Monitoring zur Einhaltung der Qualitätsvorgaben geht dabei Hand in Hand mit der Überwachung der Erreichbarkeitsvorgaben: Sowohl Minderqualität als auch mangelnde Erreichbarkeit sind zu vermeiden. Sie können aber miteinander zusammenhängen, wenn ein Krankenhaus in einem Leistungsbereich eine geringe Qualität erbringt, das Haus aber gleichzeitig aus Erreichbarkeitsgründen notwendig für die flächendeckende Versorgung ist. Schaubild 16 stellt dar, welche Konsequenzen aus der Nicht-Erfüllung der Mindestqualität oder Mindesterreichbarkeit abgeleitet werden sollten.

Drei getrennte Monitoringansätze zur Vermeidung von qualitativer Fehlversorgung, Unterversorgung und Überversorgung

Schaubild 15

Versorgungsmonitoring zur Vermeidung bzw. Abbau von Fehlversorgung

Qualitative Fehlversorgung	Unterversorgung	Überversorgung
Zulassung nur bei Erfüllung struktureller Qualitätsanforderungen Bei dauerhafter Nichterreichung der Mindestvorgaben: **Ausschluss** der betroffenen Leistungssegmente	Bei absehbarer Leistungsreduktion: **Überprüfung der Erreichbarkeitsvorgaben** mit Geo-Informationssystem **Bei Gefahr der Schließung** erreichbarkeitsrelevanter Krankenhäuser: 1. Prüfung **alternativer** wirtschaftlich tragbarer (z.B. sektorenübergreifender) Versorgungsformen 2. Bei Nichtvorhandensein von Alternativen: **Sicherstellungszuschlag** oder Rekrutierung anderer Anbieter	Bei **geplanter Angebotsausweitung** eines Krankenhauses: **Überprüfung** der regionalen Fallzahlen im Leistungssegment **Abgleich der Fallzahlen** mit (regionalisiertem) Richtwert, bestimmt durch lokale Bedarfsvariablen **Bei festgestellter Überversorgung** ▸ Angebotsausweitung wird untersagt, außer bei nachgewiesen schlechter Qualität der bestehenden Angebote ▸ Maßnahmen zur Steigerung der Indikationsqualität in überversorgten Regionen

Quelle: Eigene Darstellung.

Schaubild 16

Konsequenzen bei drohender Fehlversorgung

Ursachen der Fehlversorgung	Qualität gut	Qualität schlecht
Erreichbarkeit nicht gefährdet	**Kein Handlungsbedarf** *(Belohnung von besonders guter Qualität)*	**Qualitätsauflagen, sonst Entzug des Versorgungsauftrags** *(Kein Preisabschlag für schlechte Qualität)* *(Belohnung von besonders guter Qualität)*
Erreichbarkeit gefährdet	**Prüfung alternativer Versorgungskonzepte, sonst Sicherstellungszuschlag**	**Auflagen zur Qualitätssteigerung** **Rekrutierung anderer Leistungserbringer prüfen**

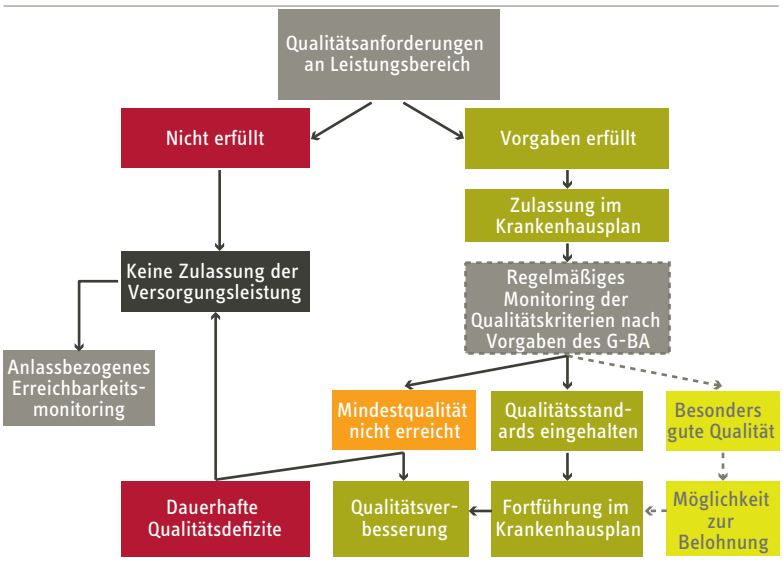
Quelle: Eigene Darstellung.

7.1 Monitoring von qualitativer Fehlversorgung

Generell sollte die Qualität der stationären Versorgung auf Ebene der einzelnen Leistungsbereiche überwacht werden. Schaubild 17 zeigt, wie ein systematisches Qualitätsmonitoring funktionieren könnte. Qualitätsanforderungen müssen für die Zulassung eines Leistungsbereichs verbindlich festgelegt und überprüfbar sein. Dies gilt sowohl für die Teilnahme an der Notfallversorgung als auch für die Erbringung elektiver Leistungsarten. Strukturanforderungen müssen dabei vor Ort überprüft und die Ergebnisse auf Landesebene zusammengetragen werden.

Schaubild 17

Versorgungsmonitoring zur Sicherstellung der Qualitätsvorgaben



Quelle: Eigene Darstellung.

Die Einhaltung der prozess- und ergebnisbezogenen Qualitätsvorgaben muss im Rahmen der Krankenhausplanung regelmäßig überwacht und schlechte Qualität sanktioniert werden. Bei einer dauerhaften Unterschreitung der Mindeststandards (z.B. über eine Frist von zwei Jahren) droht dem Krankenhaus in letzter Konsequenz ein Ausschluss aus dem Versorgungsauftrag für das betroffene Leistungssegment.[41] In diesem Fall ist allerdings die Sicherstellung der Erreichbar-

Einhaltung von Prozess- und Ergebnisvorgaben regelmäßig überwachen und schlechte Qualität sanktionieren

41 An dieser Stelle sei angemerkt, dass langfristig bei ausreichender Qualitätstransparenz immer weniger regulatorische Vorgaben erforderlich sein werden, weil Patienten (und deren Einweiser) dann „mit den Füßen abstimmen" können. In der Konsequenz könnte ein Krankenhaus mit mangelnder Qualität sein Angebot nicht mehr aufrechterhalten, wenn es durch genügend

keitsvorgaben zu überprüfen (ausführlicher dazu: Empfehlung 2). Dabei geht es nicht um die Tolerierung qualitativer Schlechtleistung aus Erreichbarkeitsgründen, sondern um die Notwendigkeit von Versorgungsalternativen, wenn regionale Versorgungslücken drohen.

G-BA muss Grenzen für Qualitätsindikatoren festlegen, deren dauerhafte Unterschreitung zu einem Ausschluss aus dem Versorgungsauftrag führt

In den Vorgaben des G-BA zu geeigneten Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung müssen Grenzen festgelegt werden, deren dauerhafte Unterschreitung zu einem Ausschluss aus dem Versorgungsauftrag führt. Durch konkrete Vorgaben und ein systematisches Monitoring erhalten die Krankenkassen eine rechtssichere Grundlage für die Kündigung der Versorgungsverträge mit stationären Leistungserbringern.[42]

Bei deutlichem Übertreffen der Mindestvorgaben sollten Kliniken für besonders gute Leistungen belohnt werden können

Leistungserbringer, deren Qualitätsergebnisse die Mindestvorgaben deutlich übertreffen, sollten für ihre besonders gute Leistung belohnt werden können. Beispielsweise können Krankenkassen mit diesen Krankenhäusern wirtschaftlich lukrative so genannte Add-on-Verträge zur integrierten Patientenversorgung abschließen. Dies soll dazu dienen, einen Anreiz für Leistungserbringer zu schaffen, besonders hohe Qualität anzustreben sowie Anreize für Patienten setzen, diese auch gezielt nachzufragen.

Ein genereller Pay-for-Performance-Ansatz (P4P) zur Verknüpfung von Vergütung und Qualität der Leistungserbringer sollte dagegen nicht angestrebt werden, weil er nicht symmetrisch nach unten und oben umgesetzt werden kann. Denn Abschläge für schlechte Qualität widersprechen eindeutig dem Anspruch der Bedarfsgerechtigkeit: Wird ein Qualitätsmindeststandard nicht erreicht, darf die Leistung nicht günstiger werden, sondern sollte überhaupt nicht mehr erbracht werden. Der Ausschluss einzelner Leistungen wegen schlechter Qualität kann allerdings erreichbarkeitsrelevante Folgen für die Bevölkerung in der Region haben, die im Monitoring der Unterversorgung zu überprüfen sind.

7.2 Monitoring von Unterversorgung

Monitoring zur Vermeidung von Unterversorgung über modernes Geo-Informationssystem

Ein Problem von Unterversorgung kann entstehen, wenn durch die Reduktion eines Versorgungsangebots die flächendeckende Versorgung (ausführlicher dazu: Empfehlung 4) nicht mehr sichergestellt ist. Das Monitoring zur Vermeidung von

viele Patienten gemieden würde. Sollten Patienten dennoch dorthin gehen wollen, ist das Angebot des Krankenhauses offenbar erwünscht, so dass das betroffene Leistungssegment auch nicht eingestellt werden muss.

42 Praktische Ausgestaltungsmöglichkeiten zu den Konsequenzen des Qualitätsmonitorings wurden in einem aktuellen IGES-Gutachten (2013) analysiert.

3. Handlungsempfehlungen und Umsetzungsvorschläge

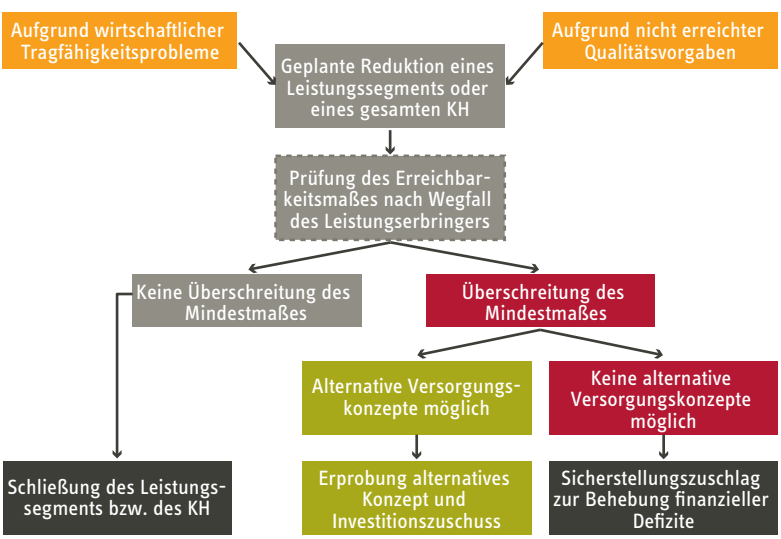
Unterversorgung bedient sich eines modernen Geo-Informationssystems (GIS), das die Versorgungsangebote sowie die Bevölkerung lokalisiert. Droht zum Beispiel bei einer wirtschaftlichen Schieflage oder aufgrund nicht erreichter Qualitätsvorgaben die Gefahr, dass ein Krankenhaus sein bestehendes Leistungsangebot reduziert, müssen die möglichen Auswirkungen dieser potenziellen Reduktion geprüft werden.

Schaubild 18 stellt den gesamten Monitoringprozess als schematischen Entscheidungsbaum dar. Sollte durch den erwarteten Leistungsabbau die maximal zulässige Erreichbarkeitszeit für die Bevölkerung nicht überschritten werden, kann die Reduktion stattfinden. Andernfalls sind zunächst alternative, wirtschaftlich tragbare Versorgungsformen zu prüfen, darunter sektorenübergreifende. Das Angebotsmonitoring der Erreichbarkeitsvorgaben funktioniert damit in ähnlicher Weise wie das Vorgehen des Kartellamtes. Während das Kartellamt daraufhin prüft, ob nach einer anstehenden Veränderung Monopole zu befürchten sind, prüft das Erreichbarkeitsmonitoring, ob nach einer anstehenden Veränderung Versorgungslücken entstehen.

Erreichbarkeitsmonitoring prüft, ob nach einer Leistungsreduktion Versorgungslücken entstehen

Schaubild 18

Monitoring von Unterversorgung (schematisch)



Quelle: Eigene Darstellung.

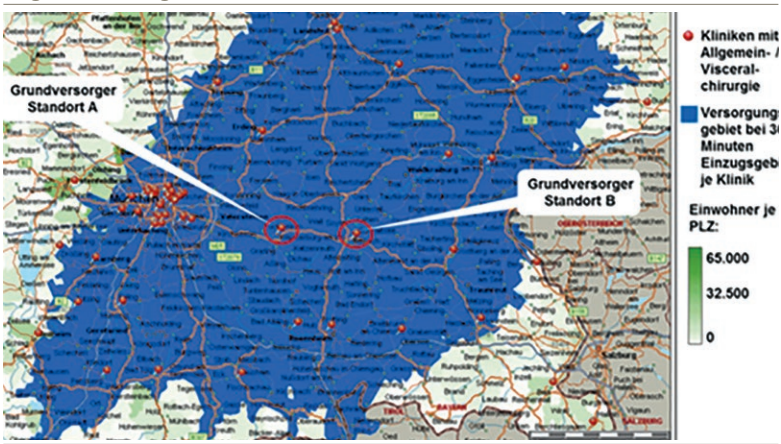
Umsetzung: Erreichbarkeitsprüfung

Praxisbeispiel eines Erreichbarkeitsmonitorings.

Wie ein derartiges Monitoring in der Praxis funktionieren kann, zeigen die nachfolgenden Karten 3 – 5 beispielhaft für eine ausgewählte Region.[43] In der Ausgangssituation (Karte 3) sind die Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Allgemeinchirurgie dargestellt. Dort können beispielsweise Patienten mit einem entzündeten Blinddarm operiert werden. Durch die vorhandenen Standorte ist garantiert, dass kein Patient länger als 30 Minuten bis zum nächsten Krankenhaus fahren muss. Droht nun – aus welchen Gründen auch immer – einem von beiden dargestellten Standorte das Aus, müsste die Erreichbarkeit für die Bevölkerung überprüft werden. Karte 4 zeigt, dass die Schließung des Grundversorgers am Standort A keine Erreichbarkeitsprobleme zur Folge hätte. Die Mindestvorgabe, die Versorgungsleistung innerhalb von 30 Minuten zu erreichen, wäre weiterhin gewährleistet. Standort A dürfte nach dieser Analyse also geschlossen werden.

Karte 3

Versorgungssituation in einer Beispielregion mit Leistungen der Allgemeinchirurgie

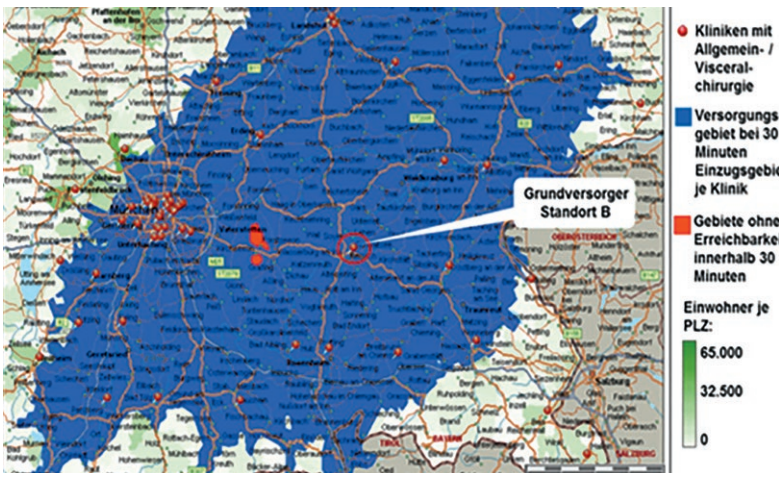


Quellen: Eigene Auswertung, Qualitätsberichte der Kliniken (2012), GfK Einwohnerdaten.

43 *Die dargestellten Standorte sind willkürlich ausgewählt. Sie entsprechen zwar tatsächlich vorhandenen Krankenhäusern, sollen aber nur als schematische Beispiele dienen. Die Namen der Standorte werden daher bewusst nicht genannt: Das Ziel der Abbildung ist die rein schematische Darstellung der Erreichbarkeitsanalyse. Das Beispiel beruht auf der rein fiktiven Hypothese, dass einer oder beide der Standorte wegfallen könnten.*

Karte 4

Keine Versorgungslücke bei Wegfall von Standort A1

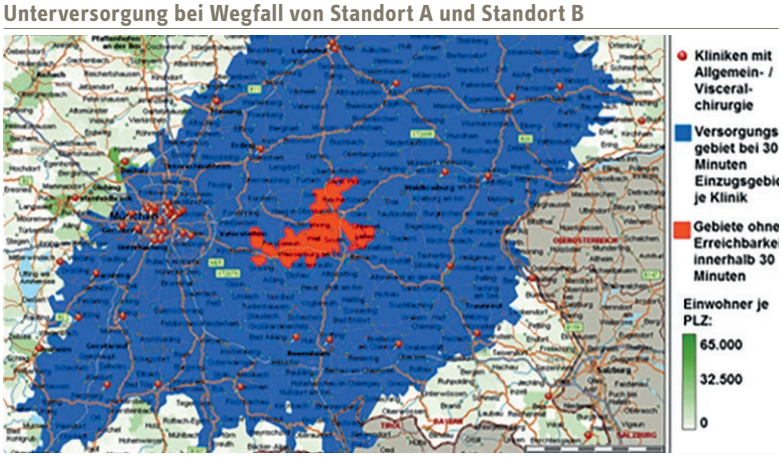


Quellen: Eigene Auswertung, Qualitätsberichte der Kliniken (2012), GfK Einwohnerdaten. – 1Die kleinen roten Gebiete liegen zwar außerhalb der 30 Min. Erreichbarkeit, sind aber nicht bewohnt.

Karte 5 zeigt den Fall, dass nach Schließung von Standort A nun auch der Standort B wegzufallen droht. Damit ergäbe sich eine Versorgungslücke. Für fast 14.000 Einwohner wäre im Falle einer Blinddarmentzündung das nächste Krankenhaus mit einer Allgemeinchirurgie weiter als 30 Minuten entfernt. Standort B müsste also aus Gründen der Flächendeckung erhalten bleiben.

Karte 5

Unterversorgung bei Wegfall von Standort A und Standort B



Quellen: Eigene Auswertung, Qualitätsberichte der Kliniken (2012), GfK Einwohnerdaten.

Umsetzung: Anpassung der Angebotsstruktur

Anpassungen in der Angebotsstruktur einer gefährdeten Klinik müssen ggf. durch einmaligen Investitionszuschuss unterstützt werden

Bei solchen erreichbarkeitsrelevanten Häusern, deren anstehende Leistungsreduktion nicht durch qualitative Mängel hervorgerufen wurde, sollte geprüft werden, ob durch geeignete Maßnahmen die Angebotsstruktur verändert werden kann. Über die Einbindung sektorenübergreifender Angebote (z.B. als Integriertes Versorgungszentrum, siehe Kasten 4) können alternative Versorgungskonzepte geprüft werden, die eine wirtschaftliche Tragfähigkeit des Hauses langfristig sichern. Sollten solche Anpassungen der Angebotsstruktur möglich sein, sind diese zu wählen, ggf. unter Bereitstellung eines einmaligen Investitionszuschusses.

Kasten 4
Integriertes Versorgungszentrum als sektorenübergreifendes Versorgungsangebot

Sicherung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum durch Umwandlung eines Grundversorgers in ein „Integriertes Versorgungszentrum“

Das „Integrierte Versorgungszentrum“ (IVZ) ist ein sektorenübergreifendes Konzept zur Neuorganisation der medizinischen Versorgung im ländlichen Bereich (vgl. Neubauer et al. 2006). Kern der IVZ-Anpassungsstrategie ist, dass ein bestehendes ländliches Grundversorgungskrankenhaus so umgewandelt wird, dass es die fachärztliche Versorgung von ambulanten und stationären Patienten übernehmen kann. Die vollstationäre Behandlung bleibt vorhanden und wird mit teilstationären Leistungen ergänzt. Durch die telemedizinische Anbindung an Schwerpunktkrankenhäuser kann eine qualitativ hochwertige Behandlung im IVZ gesichert werden. Die ärztlichen Leistungen werden dabei hauptsächlich von stationären und ermächtigten Ärzten erbracht. Zusätzlich ist die Einbindung von Belegärzten möglich, die am IVZ-Standort auch ambulant tätig sind.[1] Damit kann das Krankenhaus sein breites Leistungsspektrum und die vorhandenen Kapazitäten besser ausnutzen und seine wirtschaftliche Tragfähigkeit verbessern. Durch die sektorenübergreifenden Leistungen am IVZ-Standort kann auch der drohende Wettbewerb um Fachärzte zwischen dem stationären und dem niedergelassenen Bereich verhindert werden.

Schaubild 19 zeigt den schematischen Aufbau eines IVZ. Im so genannten fachärztlichen Diagnose- und Therapiezentrum des IVZ profitieren die Patienten von der hohen interdisziplinären fachlichen Kompetenz und von einem hochwertigen medizinisch-technischen Gerätepool. Durch teilstationäre Leistungserbringung können nicht ausgelastete Bettenkapazitäten abgebaut bzw. in ein „Patientenhotel“ umgewandelt werden. Im akutstationären Bereich bietet sich

1 Niedergelassene Fachärzte sind auch heute schon teilweise als Belegärzte in ländlichen Krankenhäusern tätig, haben jedoch zum Großteil ihre Praxen nicht am Krankenhaus, sondern weiter entfernt. Hier sieht das IVZ eine weitreichende Neukonzeptionisierung vor.

dem IVZ dabei die Möglichkeit einer bedarfsgerechten Spezialisierung (z.B. auf geriatrische Leistungen). Darüber hinaus können am IVZ-Standort auch sekundäre Dienstleistungen wie beispielsweise ein ambulanter Pflegedienst platziert werden. Hierbei könnten sich insbesondere durch das Anwerben von geriatrischen Fachärzten, d. h. durch die Einrichtung eines geriatrischen Schwerpunkts, positive Effekte ergeben.

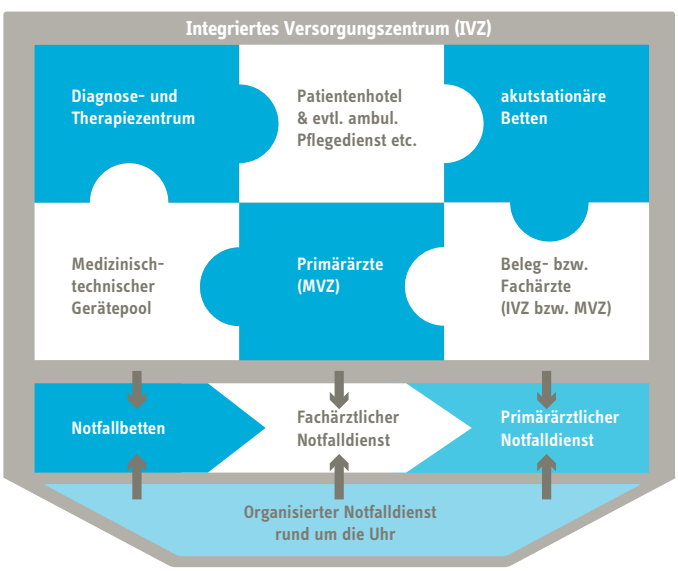
Zusätzlich kann das IVZ auch ein geeignetes Instrument sein, um die Notfallversorgung in der Region sicherzustellen. Diese wird dann von den spezialisierten Fachärzten sowie den ambulant tätigen Allgemeinärzten gemeinsam sichergestellt. Dafür benötigt das IVZ spezielle Notfallbetten, für welche rund um die Uhr ein Notfalldienst organisiert werden muss.

Durch ein Integriertes Versorgungszentrum kann auch die Notfallversorgung in der Region sichergestellt werden

Insgesamt kann die Umwandlung eines Krankenhauses in ein IVZ dazu beitragen, die wirtschaftliche Tragfähigkeit eines Standorts durch die Integration sektorenübergreifender Angebote zu verbessern. Gleichzeitig wird darüber die wohnortnahe Versorgung im ländlichen Raum gewährleistet.

Schaubild 20

Konzept des Integriertes Versorgungszentrums



Quelle: Beivers (2010).

Umsetzung: Sicherstellungszuschlag

Krankenkassen müssen einen befristeten Sicherstellungszuschlag zahlen, wenn sich für ein relevantes Krankenhaus keine andere wirtschaftlich tragbare Form findet

Sollten sich für ein erreichbarkeitsrelevantes Krankenhaus keine wirtschaftlich tragbaren Formen finden lassen, ist die Versorgung über einen Sicherstellungszuschlag zu gewährleisten. Dieser muss von den Krankenversicherungen finanziert werden, wenn andernfalls bundesweite Erreichbarkeitsvorgaben unterschritten würden. Da es sich bei wirtschaftlichen Schwierigkeiten meist um ein Fixkostenproblem handeln dürfte, sollte ein krankenhausbezogener Pauschalzuschlag gewährt werden, der über alle Fälle hinweg abgerechnet wird. Außerdem sollte er zunächst auf die Dauer von wenigen Jahren befristet sein.

Aufgrund dieser Finanzierungskonsequenzen müssen die Krankenversicherungen in die Prüfung alternativer Versorgungsangebote mit eingebunden werden, falls dies über die Budgetverhandlungen noch nicht ausreichend geschehen ist. Sollten regional strengere Vorgaben an die Erreichbarkeit als die bundesweit geltenden festgelegt worden sein, muss der Sicherstellungszuschlag von der entsprechenden Region finanziert werden, wenn nur die strengeren Vorgaben unterschritten würden. Werden jedoch gleichzeitig die bundesweiten Vorgaben unterschritten, bleibt die Finanzierung bei den Krankenversicherungen. Bei qualitätsbedingten Leistungsreduzierungen hingegen spielen wirtschaftliche Aspekte zunächst keine Rolle. Einrichtungen mit dauerhaft schlechter Qualität sollten nicht aus Erreichbarkeitsgründen weitergeführt werden. Wenn sie es innerhalb einer gegebenen Frist nicht schaffen, die Qualitätsauflagen zu erfüllen, ist zu prüfen, ob unter dem gegebenen Vergütungsrahmen andere Einrichtungen für die Leistungserbringung in der unterversorgten Region zu rekrutieren sind.

Krankenhäuser mit dauerhaft schlechter Qualität sollten nicht aus Erreichbarkeitsgründen weitergeführt werden

Besonderes Augenmerk sollte bei diesen Prüfungen auf strategisches Verhalten der Leistungserbringer sowie der Kontrolleure gelegt werden. Die beteiligten Parteien könnten das mühsame Auffinden von wirtschaftlichen Alternativen bewusst erschweren, um in den Genuss eines Sicherstellungszuschlags zu kommen. Wenn das Angebotsmonitoring von den Bundesländern durchgeführt wird, der Sicherstellungszuschlag aber von den Krankenversicherungen zu zahlen ist, besteht die Gefahr, dass die Bundesländer als Monitoringverantwortliche die Prüfung alternativer Angebote rasch überspringen. I nsofern muss den finanzierenden Institutionen ein starkes Mitspracherecht eingeräumt werden.

Finanzierende Institutionen brauchen ein Mitspracherecht, damit der Sicherstellungszuschlag nicht strategisch ausgenutzt wird

Defizite in der Notfallversorgung sind regional sehr unterschiedlich zu bewerten. In Ballungsräumen mit einer hohen Krankenhausdichte sollten sie nicht auftreten. Aufgrund der geringen räumlichen Entfernung zum nächstgelegenen Leistungserbringer können defizitäre Notfallversorgungen aufgegeben werden. Aus Krankenhaussicht müssen dabei jedoch so genannte Spill-over-Effekte berücksichtigt

werden: Eine Notfallaufnahme führt im Allgemeinen auch zu einer höheren Zahl an stationären Fällen mit positivem Deckungsbeitrag, also jenen Fällen, mit denen das Krankenhaus Geld verdient. Eine für sich betrachtete defizitäre Notfallversorgung kann aus Gesamtsicht eines Hauses daher insgesamt trotzdem eine positive Wirkung auf die wirtschaftliche Lage haben.

In ländlichen Regionen mit wenigen Leistungserbringern und wenigen Patienten können die Defizite in der Notfallversorgung allerdings möglicherweise nicht anderweitig wettgemacht werden. Die Vorhaltekosten für die vorgegebene Infrastruktur müssen daher im Bedarfsfall angemessen finanziert werden (Sicherstellungszuschlag). Wie bei der Prüfung der Grund- und Regelversorgung sollte auch bei der Notfallversorgung eine Prüfung wirtschaftlich tragbarer Alternativen vorausgehen. Gerade in der Notfallversorgung bietet sich eine Bündelung der ambulanten und stationären Notfallkapazitäten sowie der Rettungsdienste an. Eine solche Notfallversorgung „aus einer Hand“ sollte wirtschaftlich vorteilhafter und sogar qualitativ besser sein als die Angebote durch einzelne Leistungserbringer.

Auch bei defizitärer Notfallversorgung sollten zuerst wirtschaftlich tragbare Alternativen geprüft werden

7.3 Monitoring von Überversorgung

Auch die Gefahr einer Überversorgung ist im Auge zu behalten. Speziell bei einer geplanten Leistungsausweitung eines Krankenhauses muss überprüft werden, ob das Kriterium der Bedarfsgerechtigkeit erfüllt wird. Zwar gerät durch die Ausweitung eines Angebots niemals die Versorgungssicherheit in Gefahr. Sie kann sich im Gegenteil sogar verbessern und durch einen ausgeprägteren Wettbewerb unter den Anbietern auch Vorteile für die Patienten bringen. Da jedoch der Zugang zu den Angeboten für Patienten weitgehend kostenlos ist und eine große Informationsasymmetrie[44] zwischen Anbieter und Patient vorliegt, besteht durch die Ausweitung des Angebots die Gefahr einer so genannten angebotsinduzierten Nachfrage. Dies bedeutet, dass durch ein gesteigertes Angebot auch mehr behandelt wird, allerdings ohne dass es dafür medizinische Ursachen gibt. Eine solche – nicht bedarfsgerechte – Ausweitung der Behandlungsfälle gilt als Überversorgung.

Überversorgung schädigt die betroffenen Patienten sowie die Versichertengemeinschaft

44 *Informationsasymmetrie beschreibt eine Situation, in der zwei Handelspartner – in diesem Fall die Patienten, die eine Leistung nachfragen, und die Ärzte, die eine Leistung anbieten – nicht über die gleiche Menge an Informationen über das gehandelte Produkt verfügen. Im Falle von Versorgungsleistungen geht es dabei vor allem um Informationen über die Qualität und die Notwendigkeit einer Behandlung, welche dem Arzt vorliegen, dem Patienten aber nicht.*

Überversorgung ist unweigerlich verknüpft mit einer mangelhaften Indikationsqualität: Solange bei der Indikationsstellung nur medizinische Kriterien für die Auswahl der geeigneten Behandlung herangezogen werden, dürfte es keine unnötige Erhöhung der Fallzahlen geben. Zu hohe Behandlungszahlen treten erst auf, wenn andere Faktoren die Indikationsstellung beeinflussen. Ein Faktor kann der finanzielle Vorteil aus einer Behandlung für den Anbieter sein. Ein anderer kann ein ausgeprägter Patientenwunsch sein, dem der Anbieter sich nicht zu widersprechen traut.

Es braucht verbindliche Richtlinien, die den Rahmen für ärztliche Operationsentscheidungen vorgeben

Ein wesentliches Ziel bei der Vermeidung von Überversorgung muss daher die Verbesserung der Indikationsqualität sein. Konkrete und überprüfbare Vorgaben zur Indikationsqualität sind bisher jedoch kaum vorhanden. Die vorliegenden orientieren sich bestenfalls an der Einhaltung von Leitlinien bei einzelnen Leistungsbereichen. Verbindliche Richtlinien, die den Rahmen für ärztliche Behandlungsentscheidungen vorgeben, sollte es jedoch mindestens für alle operativen Eingriffe geben. Ihre Einhaltung muss streng kontrolliert werden (ausführlicher dazu: Empfehlung 5). Eine andere Möglichkeit, um die Indikationsqualität zu steigern, ist das Zweitmeinungsverfahren, das einige Krankenkassen ihren Patienten bereits für ausgewählte Leistungsbereiche anbieten. Empirische Studien belegen, dass Zweitmeinungsverfahren eine Überversorgung reduzieren können (Geraedts 2013):

Durch Zweitmeinungsverfahren werden weniger unnötige Behandlungen durchgeführt

Aus ökonomischer Sicht stellen unnötige Mehrbehandlungen so genannte negative externe Effekte dar: Die Profiteure einer Entscheidung sind nicht direkt an den daraus entstehenden Kosten beteiligt. Sie müssen diese Kosten daher bei ihrer Entscheidung nicht berücksichtigen. Im konkreten Fall kann für ein Krankenhaus eine Ausweitung der abzurechnenden Fallzahlen zwar ein wirtschaftlich sinnvolles Handeln darstellen. Unberücksichtigt bleint aber, dass dies zu negativen Effekten sowohl für die Patienten als auch für die Beitragszahler führt. Gefahren für die Patienten entstehen dabei durch eine Behandlung ohne oder nur mit geringem Nutzen und den daraus resultierenden Gesundheitsrisiken. Den Kostenträgern, d.h. den Beitragszahlern, werden außerdem unnötige Kosten in Rechnung gestellt. Dadurch werden dem Gesundheitssystem die knappen finanziellen und personellen Ressourcen entzogen, die dann an anderer Stelle fehlen.

Überversorgung schädigt die betroffenen Patienten sowie die Versichertengemeinschaft

Aufgrund seiner Bedeutung für die Patientensicherheit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung ist ein Monitoring von Überversorgung in die reformierte Krankenhausplanung aufzunehmen. Die wesentliche Herausforderung ergibt sich

durch Probleme bei der Messbarkeit von Überversorgung. Dazu müssen Kriterien entwickelt werden, welche feststellen, ob das Angebot die Bedarfsgerechtigkeit übersteigt.

Umsetzung: Ermittlung von Angebot und Bedarf

Im ambulanten Bereich erfolgt die Bedarfsplanung und Angebotssteuerung über die reglementierte Vergabe von Kassenzulassungen. Dabei wird festgelegt, wie viele Ärzte einer Fachgruppe für eine bestimmte Einwohnerzahl in einem Planungsbereich vorhanden sein müssen, damit die Versorgung bedarfsgerecht ist.[45] Als überversorgt gilt eine Region, wenn die vorgegebene Anzahl an Ärzten einer Fachgruppe um 10% überschritten wird, also ein Versorgungsgrad von 110% vorliegt. Diese Region wird dann „gesperrt", d.h. es werden keine weiteren Zulassungen mehr vergeben, um auf diese Weise das regionale Ärzte-Angebot zu begrenzen.

Bedarfsplanung im ambulanten Bereich kein Modell für Krankenhäuser

Für die Bedarfsplanung und das künftige Überversorgungsmonitoring im stationären Bereich kann diese Praxis nur sehr begrenzt als Vorlage dienen . Erstens zeigen aktuelle Untersuchungen, dass die ambulante Bedarfsplanung in vielen Bereichen den tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung nur unzureichend widerspiegelt (Bertelsmann Stiftung 2014). Zweitens ist das Einzugsgebiet eines Krankenhauses weit größer als das eines niedergelassenen Arztes. Drittens kann das Angebot im stationären Bereich nicht über eine vergleichbare einfache Verhältniszahl („Arzt pro Einwohner") gemessen werden. Die Angebotskapazitäten der Krankenhäuser werden durch die in den Budgetverhandlungen der Selbstverwaltungspartner vereinbarten Fallzahlen individuell für jedes einzelne Krankenhaus bestimmt. Die Bettenzahl ist dagegen kein relevantes Kriterium mehr für die reformierte Versorgungsplanung, bei der sich die Bedarfsgerechtigkeit über die Qualität und Erreichbarkeit der Versorgung definiert.

Monitoring von Überversorgung muss sich an den tatsächlich erbrachten Fallzahlen orientieren und diese mit regionalen Richtwerten vergleichen

Daher muss sich das Monitoring zur Überversorgung an den tatsächlich erbrachten Fallzahlen orientieren und versuchen zu überprüfen, ob diese dem tatsächlich vorhandenen Bedarf der Bevölkerung entsprechen. Dies kann über regionale Abweichungen gegenüber einem bundesweiten Richtwert erfolgen. Untersuchungen von Augurzky et al. (2012) zeigen deutliche regionale Unterschiede bei den stationären Fallzahlen. Sie sind ein Indiz für regionale Fehlversorgung. Ähnliche Ergebnisse liegen für einzelne Leistungsbereiche vor. So unterscheidet sich die Zahl der Mandel-Operationen pro Einwohner (Kind) zwischen den Kreisen um den Faktor acht. Ähnlich große regionale Unterschiede gibt es bei der Entfernung

45 Als angemessen gilt demnach ein Hausarzt für 1.671 Einwohner, während je nach Planungsregion ein Augenarzt pro 13.399 bis 20.664 Einwohner ausreicht.

des Blinddarms, der Prostata oder beim Einsetzen eines Defibrillators am Herzen (Bertelsmann Stiftung 2014). Diese hohen regionalen Abweichungen sind weder allein medizinisch noch demographisch zu erklären. Sie sind seit 2007 bei den einzelnen medizinischen Eingriffen nahezu konstant geblieben (Bertelsmann Stiftung 2014).

Indexwert: bundesweiter Durchschnitt der Behandlungen pro Einwohner als Vergleichsmaßstab

Bei einem systematischen Monitoring von Überversorgung sollten die Fallzahlen von einzelnen Behandlungsleistungen überregional verglichen werden. Dazu kann der bundesweite Durchschnitt der Behandlungen pro Einwohner gebildet und als Indexwert verwendet werden. Regionen, die diesen Referenzwert um ein vorgegebenes Maß stark überschreiten, können als möglicherweise überversorgte Gebiete identifiziert werden. In einem ersten Umsetzungsschritt sollten die Regionen mit den häufigsten Fallzahlen pro Einwohner (z.B. die Regionen, die zu den oberen 15% in einem bundesweiten Vergleich gehören) als auffällige Gebiete gelten.

Umsetzung: Regionale Einflussfaktoren berücksichtigen

Die lokale Krankenhausinanspruchnahme kann und muss um die lokale Alters- und Geschlechtsverteilung bereinigt werden

Eine unterschiedliche Häufigkeit von Krankenhausfällen kann jedoch auch regionale Gründe haben. Dazu gehört primär die lokale Bevölkerungsstruktur. In einer Region mit einem hohen Anteil älterer Menschen fällt in der Regel auch die Krankenhausnachfrage höher aus. Die Alters- und Geschlechtsverteilung kann und muss auf jeden Fall zur Bereinigung der beobachteten Inanspruchnahme verwendet werden. Dies ist sofort möglich. Karte 6 zeigt beispielhaft eine entsprechende Auswertung der Zahl der stationären Fälle aus dem Jahr 2010 nach Kreisen – bereinigt nach Alter und Geschlecht. Die Kreise mit den meisten stationären Behandlungen pro Einwohner liegen vor allem in Mittel- und Ostdeutschland. Interessant ist, dass in den 15% der Landkreise, in denen Krankenhäuser weit überdurchschnittlich in Anspruch genommen werden, nur weniger als 10% der Bevölkerung leben – es handelt sich hierbei also um eher ländliche und weniger dicht besiedelte Regionen. Grundsätzlich sollte das Monitoring jedoch nicht auf Grundlage aller stationären Fallzahlen erfolgen, sondern es sollten stets einzelne Leistungsbereiche getrennt auf Überversorgung überprüft werden.

Zusätzlich sollten Informationen über regionale Besonderheiten in der Patienten- und Versorgungsstruktur in das Monitoring einbezogen werden

Auf der Nachfrageseite sind folgende weitere Gründe für eine regional unterschiedliche Inanspruchnahme denkbar:

- soziale Schicht und Beruf,
- Familienstand und Haushaltsgröße,
- Vermögen und Einkommen,

- Bevölkerungsdichte,
- Arbeitslosenquote und Anteil der Empfänger von staatlichen Transferzahlungen,
- Anteil der Migranten.

Auch die Art der Angebotsstruktur kann die Krankenhausinanspruchahme beeinflussen. Als Einflussgrößen kommen hier folgende Faktoren in Frage:

- Haus- und Facharztdichte,
- Krankenhausbetten je Einwohner,[46]
- Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten, Krankenhäusern, sozialen Diensten sowie Institutionen der Pflege und Langzeitversorgung.

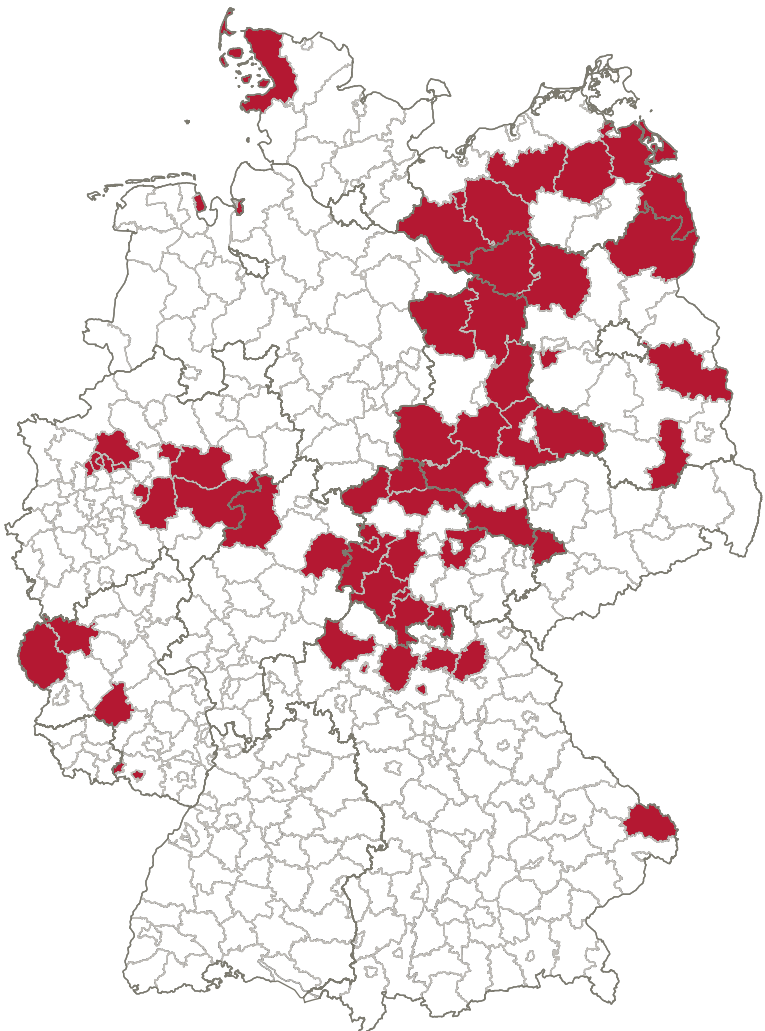
Ob das Monitoring auf Kreisebene zu engmaschig ist und regionale Patientenbewegungen dabei zu Verzerrungen führen können, muss genauer untersucht werden. Möglicherweise ist eine Analyse auf Basis der 96 größeren Raumordnungsregionen in Deutschland besser für das Monitoring geeignet. Mittel- bis langfristig sollten auch die weiteren nachfrage- und angebotsseitigen Faktoren bezüglich ihres tatsächlichen Einflusses auf die regionalen Unterschiede geprüft werden. Aus den Einflussfaktoren kann dann ein geeigneter Bedarfsindex erstellt werden. Die regionalen Abweichungen der Fallzahlen können mithilfe dieses Bedarfsindexes überprüft werden. Regionen, deren Behandlungshäufigkeiten nicht durch einen erhöhten Bedarf erklärbar sind, würden entsprechend als „überversorgte Regionen“ identifiziert.

Langfristig geeigneten Bedarfsindex für jede einzelne Region erstellen

46 Die Bettenzahlen werden in der reformierten Krankenhausplanung zwar nicht mehr vorgegeben. Als Variable für die regionale Angebotsstruktur müssen sie trotzdem erhoben werden. Dies geschieht über die Angabe der Krankenhausträger zur Anzahl ihrer aufgestellten Betten.

Karte 6

Zahl der stationären Fälle nach Wohnort (2010), regionale Ausreißer



Legende

< 85% > 85%

Quellen: RWI, FDZ (2013), Stat. Landesämter (2011).
Lesehilfe: Die rot markierten Landkreise gehören zu den 15% der Regionen, die die meisten Fallzahlen pro Einwohner aufweisen. Die 85% der restlichen weiß ausgefüllten Regionen haben niedrigere Fallzahlen.

3. Handlungsempfehlungen und Umsetzungsvorschläge

Umsetzung: Konsequenzen aus dem Überversorgungsmonitoring

Wenn überversorgte Regionen identifiziert sind, stellt sich die Frage nach geeigneten Maßnahmen, um diese Abweichungen von der Bedarfsgerechtigkeit und einer effizienten Gesundheitsversorgung zu verringern oder zumindest nicht weiter zunehmen zu lassen. Da die regionale Einschränkung von Leistungsangeboten zu massivem Widerstand und juristischen Auseinandersetzungen führen würde, sollte zunächst ein Übergangsverfahren eingeführt werden, so dass nur bei geplanten Leistungsausweitungen (ausgehend vom Status quo) Konsequenzen eingeleitet werden.

Grundsätzlich ist der Umgang mit einer überversorgten Region äußerst schwierig. Einerseits soll in einer solchen Region das Angebot nicht weiter ausgeweitet oder sogar eingeschränkt werden. Dies soll eine vermutete angebotsinduzierte Nachfrage und damit volkswirtschaftliche Schäden reduzieren. Andererseits werden damit auch innovative Markteintritte ausgebremst. Innovative Markteintritte sind das Lebenselixier einer dynamischen Marktwirtschaft, das zu neuen besseren Produkten und Produktivitätsfortschritt führt. Man denke zum Beispiel an die IT- oder Mobilfunkbranche. Allerdings richtet eine angebotsinduzierte Nachfrage in solchen Branchen keinen Schaden an, weil die Nachfrager – anders als im Gesundheitswesen – als Selbstzahler auftreten. Der Kunde trägt damit unmittelbar den finanziellen Schaden, falls er sich für ein unnötiges Produkt entschieden hat. Im Gesundheitswesen trägt dagegen ein Dritter, nämlich der Beitragszahler, den finanziellen Schaden und der Patient trägt ggf. ein Behandlungsrisiko. Es gilt also die Nachteile eines Überangebots und die Vorteile von innovativen Markteintritten abzuwägen.

Schwierige Balance zwischen Reduktion angebotsinduzierter Nachfrage durch Reduktion des Angebots einerseits und Ausbremsen von innovativen Markteintritten andererseits

Schaubild 20 zeigt die schematische Darstellung des Überversorgungsmonitorings: Wird eine Leistungsausweitung in einer Region geplant, die nicht als überversorgt gilt, so sollte sie bei einem neuen Anbieter nur dann stattfinden, wenn in der Region bisher eine Erreichbarkeits- oder Qualitätslücke vorliegt. Sollte der neue Anbieter eine innovative Leistung anbieten, die einen höheren Patientennutzen verspricht, ist von einem Verbot jedoch abzusehen.

In überversorgten Regionen darf eine Leistungsausweitung nur stattfinden, wenn in diesem Bereich bislang eine Erreichbarkeitslücke vorliegt

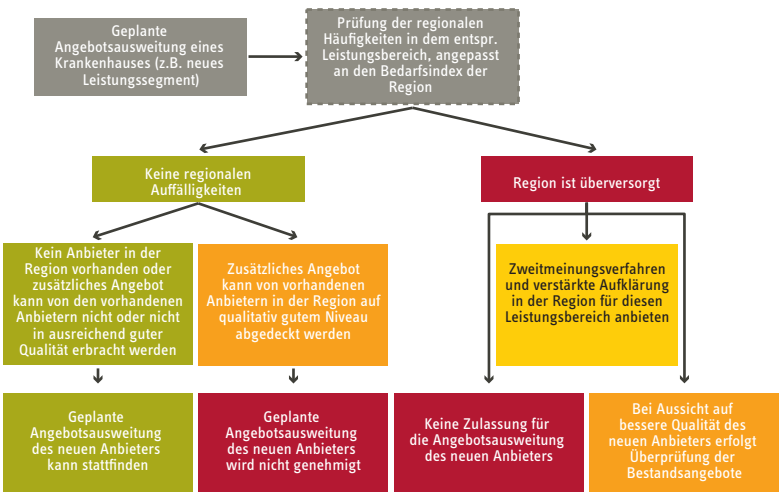
Wird die betroffene Region beim Monitoring als überversorgt identifiziert, sollte grundsätzlich die Indikationsqualität für das betroffene Leistungssegment in der Region verbessert werden. Z u diesem Zweck sollten die Patienten bei allen Krankenversicherungen aktiv auf das Anrecht auf Zweitmeinungsverfahren bei den entsprechenden Behandlungen hingewiesen werden. Versicherungen könnten Patienten etwa durch Anschreiben auf eigens dafür bereitgestellte unabhängige

Patienten in überversorgten Regionen sollten bei allen Krankenversicherungen aktiv auf das Anrecht auf eine Zweitmeinung hingewiesen werden

Zweitmeinungsärzte aufmerksam machen. Auch die Bereitstellung finanzieller Anreize für Versicherte, die das Angebot der Zweitmeinung nutzen, sowie Aufklärungsarbeit vor Ort können helfen, die Indikationsqualität zu erhöhen.

Schaubild 19

Schematischer Entscheidungsbaum zum Überversorgungsmonitoring



Quelle: Eigene Darstellung.

Eine Angebotsausweitung in einem überversorgten Bereich sollte von der Planungsbehörde unterbunden oder über Selektivverträge Qualitätswettbewerb zugelassen werden

Eine Angebotsausweitung in einem „überversorgten" Leistungsbereich sollte unterbleiben, wenn das bestehende Angebot eine ausreichend gute Qualität bereitstellt. Dies könnte analog zum ökonomischen Umgang mit externen Effekten entweder über eine staatliche Verbotsregelung oder über Selektivverträge erfolgen. Konkret bedeutet ein Verbot, dass die Planungsbehörde einem Krankenhaus den Ausbau seines Leistungsangebots in einem überversorgten Bereich nicht gestattet. Alternativ könnte der Eintritt eines voraussichtlich qualitativ besseren Anbieters gestattet werden, damit sich der Wettbewerb unter den bestehenden Anbietern erhöht. Dazu würde in der gesamten überversorgten Region für diesen planbaren Leistungsbereich der Kontrahierungszwang[47] aufgehoben und die Krankenversicherungen könnten mit ausgewählten Krankenhäusern kollektive Selektivverträge abschließen. Angebotsstrukturen in überversorgte Regionen würden damit nicht pauschal abgeschottet, sondern ein Qualitätswettbewerb durch neue Anbieter ermöglicht werden.

47 *Die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen dem Kontrahierungszwang, d.h. sie sind dazu verpflichtet, allen Krankenhäusern mit Versorgungsauftrag die Behandlung ihrer Patienten zu vergüten.*

3. Handlungsempfehlungen und Umsetzungsvorschläge

Auch unabhängig von geplanten Angebotsausweitungen ist eine kontinuierliche Überwachung regionaler Überversorgung für einzelne Leistungsbereiche anzustreben. Dazu erhalten die Krankenkassen bei festgestellter Überversorgung die Konkretisierungskompetenz, das Leistungsspektrum mit den Krankenhäusern vor Ort verbindlich festzulegen. In überversorgten Regionen können dann einzelne Leistungen in den Budgetverhandlungen aus dem Versorgungsauftrag der Krankenhäuser herausgenommen werden.

Neben anlassbezogenem Monitoring auch kontinuierliches Monitoring von Überversorgung sinnvoll

Was ist zu tun?

Kurzfristig	Langfristig
• Versorgungsmonitoring in die Krankenhausplanung auf Länderebene integrieren; drei verschiedene Monitoringansätze zur Vermeidung von Fehlversorgung	
Qualitative Fehlversorgung	
• Regelmäßiges Monitoring von Prozess- und Ergebnisqualität • Strukturanforderungen für Leistungsbereiche als Voraussetzung für Zulassung • Belohnung von besonders guter Leistung über Ad-on-Verträge	• Ausschluss von Leistungsbereichen aus dem Versorgungsvertrag bei dauerhaft schlechten Ergebnissen
Unterversorgung	
• Erreichbarkeitsmonitoring über modernes Geo-Informationssystem	• Prüfung wirtschaftlicher (sektorenübergreifender) Alternativmodelle bei nicht mehr rentablen erreichbarkeitsrelevanten Leistungsangeboten, ggf. Zahlung eines Sicherstellungszuschlags durch die Krankenkassen
Überversorgung	
• Vergleich der regionalen Fallzahlen eines Leistungssegments mit bundesweitem Durchschnitt der Behandlungen pro Einwohner unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten in Patienten- und Angebotsstruktur	• Entwicklung eines regionenspezifischen Bedarfsindex • Verbindliche Richtlinien für ärztliche Operationsentscheidungen, Zweitmeinungsverfahren in überversorgten Regionen • Kontrolle von angestrebten Angebotsausweitungen in überversorgten Leistungsbereichen

4. Fazit

Die Neuausrichtung der Krankenhausplanung muss ein wesentliches Element der anstehenden Krankenhausreform sein. Anstelle einer bloßen Fortschreibung der Standort- und Angebotsplanung mit einer Kapazitätsregulierung der Planbetten, die zu einer Fehlallokation der knappen Ressourcen führt, sollte sich die anzustrebende Rahmenplanung am zukünftigen Bedarf der Bevölkerung orientieren. Notwendig ist eine gestaltende und überwachende Krankenhausplanung, bei der zwei Faktoren eine zentrale Rolle spielen: die Erreichbarkeit und die Qualität der Versorgung. Die Erreichbarkeit ist dabei in erster Linie im ländlichen Raum und für die Notfallversorgung wichtig. Für planbare Leistungen sollte dagegen nicht die Erreichbarkeit Vorrang haben, sondern das Qualitätskriterium, das zur Steigerung des Patientennutzens in die reformierte Krankenhausplanung aufgenommen werden muss.

Vor dem Hintergrund mangelnder Investitionsfinanzierung und schrumpfender personeller Ressourcen muss sich eine moderne Krankenhausplanung mit der Frage beschäftigen, ob durch eine räumliche Konzentration der Versorgungsstandorte die Qualität der erbrachten Leistungen erhöht werden kann, ohne die flächendeckende Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung zu gefährden. Perspektivisch sollte eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung angestrebt werden, bei der die strikte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung aufgehoben und durch Mischlösungen ergänzt wird.

Dazu bedarf es bundesweit einheitlicher Vorgaben, die als Mindeststandards in der Krankenhausplanung der Länder verbindlich zu berücksichtigen sind. Auf Basis dieser Rahmenvorgaben sollte eine Konkretisierung der lokalen Leistungserbringung durch die Selbstverwaltungspartner vor Ort ermöglicht werden. Um die Einhaltung der verbindlichen Vorgaben zu überprüfen, muss ein systematisches Versorgungsmonitoring aufgebaut werden, das als eine Art Frühwarnzentrale das regionale Auftreten von Fehlversorgung anzeigt. Fehlversorgung umfasst dabei sowohl die qualitative Fehlversorgung als auch die quantitative Unter- und Überversorgung.

Das vorliegende Gutachten stellt konkrete Handlungsempfehlungen und Umsetzungsvorschläge für eine derartige Neuausrichtung der Krankenhausplanung dar. Es soll dazu beitragen, dass ordnungspolitische Überlegungen zu einer aus Patientensicht verbesserten Versorgungsstruktur unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots in den politischen Entscheidungsprozess einfließen.

5. Anhang

Tabelle A1

Übersicht ausgewählter Triage-Systeme

	Dringlichkeit	Arztkontakt nach:	Kontrolle
Australian Triage System (ATS): Australien Neuseeland	1 – sofort 2 – sehr dringend 3 – dringend 4 – weniger dringend 5 – nicht dringend	Sofort max. 10 min max. 30 min max. 60 min max. 120 min	Sofort max. 10 min max. 30 min max. 60 min max. 120 min
Manchester Triage (MTS): England Schottland	1 – sofort 2 – sehr dringend 3 – dringend 4 – weniger dringend 5 – nicht dringend	Sofort max. 10 min max. 60 min max. 120 min max. 240 min	Sofort max. 10 min max. 60 min max. 120 min max. 240 min
Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS): Kanada	1 – sofort 2 – sehr dringend 3 – dringend 4 – weniger dringend 5 – nicht dringend	Sofort max. 15 min max. 60 min max. 120 min max. 240 min	Sofort max. 10 min max. 60 min max. 120 min max. 240 min
Italian Triage System: Italien	Rot – Lebensgefahr Gelb - Potenzielle Lebensgefahr Grün – stabil Weiß – „Hausarzt-patienten“	Sofort max. 10 min max. 30 - 60 min zuletzt	Sofort 15 min 60 min 60 min
Vierfarbsystem: Klinikum Lüdenscheid	Rot – Lebensgefahr Gelb - Potenzielle Lebensgefahr Grün – stabil Weiß – „Hausarztpa-tienten“	Sofort max. 10 min max. 30 - 60 min zuletzt	Sofort
Emergency Severity Index (ESI) Boston: USA	5 Level-System, das die Dringlichkeit nicht nur nach Patienten-zustand sondern auch nach Personal- und Raumressourcen einstuft	Level 1 und 2 sofort Level 3-5 in Abhän-gigkeit von den Ressourcen	

Tabelle A2

Leistungsbereiche mit vorgeschriebenen Qualitätsindikatoren (2014)

	Insgesamt	Davon veröffentlichungspflichtig
Leistungsbereich	**Anzahl**	**Anzahl**
Cholezystektomie	12	8
Karotis-Revaskularisation	18	9
Ambulant erworbene Pneumonie	17	17
Herzschrittmacher-Implantation	12	11
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	12	4
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	14	6
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	13	12
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	10	6
Implantierbare Defibrillatoren - Revision/ Systemwechsel/ Explantation	12	9
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	23	16
Koronarchirurgie, isoliert	9	6
Aortenklappenchirurgie, isoliert	19	11
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	8	5
Herztransplantation	9	9
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	7	7
Lebertransplantation	10	10
Leberlebendspende	15	15
Nierentransplantation	19	19
Nierenlebendspende	16	13
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	12	12

	Insgesamt	Davon veröffentlichungspflichtig
Leistungsbereich	**Anzahl**	**Anzahl**
Mammachirurgie	8	1
Geburtshilfe	18	11
Neonatologie	27	19
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	9	5
Hüftgelenknahe Femurfraktur	25	15
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	22	13
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	19	10
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	20	10
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	16	6
Pflege: Dekubitusprophylaxe	3	0
Gesamtanzahl Qualitätsindikatoren	434	295

Quelle: AQUA (2014), eigene Darstellung.

6. Literatur

AQUA-Institut (2014), Indikatoren in den Strukturierten Qualitätsberichten – Stand: 19. Juni 2014. Internet: https://www.sqg.de/sqg/upload/CONTENT/Themen/Strukturierter_Qualitaetsbericht/Qualitaetsindikatoren_in_den_Strukturierten_Qualit%C3%A4tsberichten.pdf, abgerufen am 20.08.2014.

Audebert, H., J. Schenkel, P. Heuschmann, U. Bogdahn und R. Haberl (2006), Effects of the implementation of a telemedical stroke network: the Telemedic Pilot Project for Integrative Stroke Care (TEMPiS) in Bavaria, Germany. Lancet Neurol 2006 (5): 742–748.

Augurzky, B., C. Hentschker, S. Krolop, A. Pilny und Ch.M. Schmidt (2014), Krankenhaus Rating Report 2014 – Mangelware Kapital: Wege aus der Investitionsfalle. Heidelberg: medhochzwei.

Augurzky, B., A. Beivers und C. Dodt (2013), Schnelle Hilfe zentralisieren. führen und wirtschaften 2013 (4): 431-435.

Augurzky, B., T. Kopetsch und H. Schmitz (2013a), What Accounts for the Regional Differences in the Utilisation of Hospitals in Germany? European Journal of Health Economics 14 (4): 615-627.

BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2011), Bildung, Gesundheit, Pflege – Auswirkungen des demographischen Wandels auf die soziale Infrastruktur. BBSR-Berichte KOMPAKT 11: 12.

Beivers, A. (2010), Ländliche Krankenhausversorgung in Deutschland: Eine gesundheitsökonomische Analyse. Europäische Hochschulschriften. Frankfurt a. Main: Peter Lang Internationaler Verlag der Wissenschaften.

Beivers, A. und M. Spangenberg (2008), Ländliche Krankenhausversorgung im Fokus der Raumordnung. Informationen zur Raumentwicklung IzR 1: 91-99.

Bertelsmann Stiftung (2014), Faktencheck Gesundheit - Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung. Internet: https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/daten_fcg/Downloads/Pressebereich/140912_PM-OECD-Gesundheitsreport_final.pdf, abgerufen am 16.09.2014.

Brachmann, M., R. Geppert, C. Niehues, P. Petersen und R. Sobotta, R. (2010), Positionspapier der AG Ökonomie der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfallaufnahme e.V. - Ökonomische Aspekte der klinischen Notfallversorgung: 2.

BBR - Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.) (2006), Raumordnungsprognose 2020/2050: Bevölkerung, private Haushalte, Erwerbspersonen, Wohnungsmarkt. Berichte, Band 23, Bonn.

BBR - Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.) (2006a), Perspektiven der Raumentwicklung in Deutschland. November 2006, Bonn/Berlin.

BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (2010), Standardvorgaben der infrastrukturellen Daseinsvorsorge, BMVBS-Online-Publikation, Nr. 13/2010. Internet: http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/BMVBS/Online/2010/DL_ON132010.pdf?__blob=publicationFile&v=2

BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (Hrsg.) (2006), Leitbilder und Handlungsstrategien für die Raumentwicklung in Deutschland, verabschiedet von der Ministerkonferenz für Raumordnung am 30.06.2006, Berlin.

DGINA (2014), Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA), Austrian Association of Emergency Medicine (AAEM) Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR), Working Paper zu symptomorientierten Qualitätsparametern in der Notfall und Akutmedizin, forthcoming.

Dietrichs, B. (2000), Raumplanung: Ein systematischer Überblick. Studien zur Raumplanung Nr. 4,.Technische Universität München.

Friedrich, J. und A. Beivers (2009), Patientenwege ins Krankenhaus: Räumliche Mobilität bei Elektiv- und Notfallleistungen am Beispiel der Hüftendoprothesen. In J. Klauber, B.-P. Robra und H. Schellschmidt (Hrsg.), Krankenhausreport 2008/9, Schwerpunkt: Versorgungszentren. Bonn: Schattauer Verlag, 155-180.

Geraedts, M. (2013), Die ärztliche Zweitmeinung bei der Therapiewahl. In J. Klauber, Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2013 – Schwerpunktthema Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?. Stuttgart, Schattauer Verlag, S. 215-221.

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (Hrsg.) (2012), Spitalplanungs-Leistungsgruppen SPLG Version 2.0 – Definitionshandbuch. Internet: http://www.so.ch/fileadmin/internet/ddi/ighaa/pdf/Spitalplanung_ab_2012/Codierhandbuch.pdf, abgerufen am 29.07.2014.

Günzel, F und A. Storm (2012), Das Wertschöpfungspotenzial der Telemedizin in der Schlaganfallakutversorgung. In Fuchs, C., B. Kurth und P. Scriba (Hrsg.), Report Versorgungsforschung – Band 4: Telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 53-61.

6. Literatur

IGES (2013), Konsequenzen aus der Qualitätsmessung im Krankenhaus – Studie für den Verband des Ersatzkassen (vdek., Berlin, 11. Novmeber 2013.

Lauterbach, K.W. und M. Lüngen (2003), Abschätzung der zukünftigen Auslastung, Bettenkapazität und Standortvorhaltung im akutstationären Bereich G+S Gesundheits- und Sozialpolitik 2ßß3 (1-2): 52-63.

Lindl, C. und A. Beivers (2013), Notfallversorgung: Kompetenzen bündeln. führen und wirtschaften 2013 (4): 431-435.

Mansky, T. (2012), Was erwartet der potenzielle Patient vom Krankenhaus? Gesundheitsmonitor 2012. Berlin: Bertelsmann Stiftung.

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (2002), Krankenhausplan 2001 des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.

Neubauer, G., A. Beivers, und C. Minartz (2006), Marktwandel und Sicherstellung der regionalen Krankenhausversorgung. In Klauber, J., B.-P. Robra und H. Schellschmidt (Hrsg.), Krankenhausreport 2006 – Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch. Bonn: Schattauer Verlag, 65-85.

OECD (2007), Deutschland, OECD-Prüfbericht zur Politik für ländliche Räume. OECD Publications, Paris.

Peschke D., U. Nimptsch und T Mansky (2014), Achieving minimum caseload requirements: an analysis of hospital discharge data from 2005–2011. Deutsches Ärzteblatt 2014 (111): 556–63.

Preusker U., M. Müschenich und S. Preusker (2014), Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern Deutschland 2003 – 2013. Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. Internet: www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/gutachten_marktaustritt_krankenhaeuser/Gutachten_Marktaustritte_KH_07-2014_gesamt.pdf, abgerufen am 26.08.2014.

Pütz, T. und M. Spangenberg (2006), Zukünftige Sicherung der Daseinsvorsorge. Wie viele Zentrale Orte sind erforderlich? Informationen zur Raumentwicklung 6/7: 337-344.

Region Norjütland (2013), Patientenzufriedenheitsbefragung Nordjütland 2013: Brugernes oplevelse af det præhospitale område i Region Nordjylland. Aalborg.

Schenkel J. und M. Endres (2012), Teleneurologie. In Fuchs, C., B. Kurth und P. Scriba (Hrsg.), Report Versorgungsforschung – Band 4: Telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 53-61.

Schenkel J., P. Reitmeir, S. von Reden, R. Holle, S. Boy, R. Haberl und H. Audebert (2012), Kostenanalyse telemedizinischer Schlaganfallbehandlung - Veränderung der stationären Behandlungskosten und Pflegekosten am Beispiel des Telemedizinischen Projekts zur integrierten Schlaganfallversorgung in Bayern (TEMPiS). Online-Publikation: Gesundheitswesen 2012 (http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1321779).

Schreyögg, J., M. Bäuml, J. Krämer, T. Dette, R. Dette und A. Geissler (2014), Endbericht zum Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung gem. § 17b Abs. 9 KHG, Hamburg. Internet: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/mengensteuerung/Gutachten_zur_Mengenentwicklung.pdf.

Spangenberg, M. und A. Beivers (2009), Flächendeckende Krankenhausversorgung im DRG-Zeitalter. In Roeder, N., P. Hensen und F. Rau, Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland, Standortbestimmung und Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer Verlag 431-443.

Statistisches Bundesamt (2014), Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2013): Grunddaten der Krankenhäuser Fachserie 12 Reihe 6.1.1 – 2012. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2012), 39 % der Einweisungen ins Krankenhaus sind Notfälle. Pressemitteilung vom 21.02.2012, Wiesbaden, siehe auch: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2012/PD12_008_p002.html

SVR-Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014), Bedarfsgerechte Versorgung Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Baden-Baden.

SVR-Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2001), Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Baden-Baden.

Thurn, T. und B. Winkler-Kühlken (2004), Einfluss des demographischen Wandels auf die Siedlungsentwicklung im ländlichen Raum. Der Landkreis – Zeitschrift für kommunale Selbstverwaltung 74: 592-594.