

Augurzky, Boris; Beivers, Andreas; Straub, Niels; Veltkamp, Caroline

Research Report

Erarbeitung von Umsetzungsvorschlägen der Positionen der Ersatzkassen zur Krankenhausplanung: Vorläufiger Endbericht zum Forschungsvorhaben des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

RWI Projektberichte

Provided in Cooperation with:

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen

Suggested Citation: Augurzky, Boris; Beivers, Andreas; Straub, Niels; Veltkamp, Caroline (2014) : Erarbeitung von Umsetzungsvorschlägen der Positionen der Ersatzkassen zur Krankenhausplanung: Vorläufiger Endbericht zum Forschungsvorhaben des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), RWI Projektberichte, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Essen

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/111481>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



Projektbericht

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Institute for Health Care Business GmbH

Institut für Marktforschung, Statistik und Prognose

Hochschule Fresenius

**Erarbeitung von Umsetzungsvorschlägen
der Positionen der Ersatzkassen zur
Krankenhausplanung**

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

Impressum

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-Stanislawski;

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 Büttler; 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 Projektbericht

Herausgeber:

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Hohenzollernstraße 1/3, 45128 Essen, Germany

Phone +49 201-81 49-0, Fax +49 201-81 49-200, e-mail: rwi@rwi-essen.de

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2014

Schriftleitung: Prof. Dr. Christoph M. Schmidt

Erarbeitung von Umsetzungsvorschlägen der Positionen der Ersatzkassen zur Krankenhausplanung

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

Oktober 2014

Projektbericht

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung
Institute for Health Care Business GmbH
Institut für Marktforschung, Statistik und Prognose
Hochschule Fresenius

Erarbeitung von Umsetzungsvorschlägen der Positionen der Ersatzkassen zur Krankenhausplanung

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

Oktober 2014

Projektbericht

Projektteam

Dr. Boris Augurzky (RWI, Projektleiter), Prof. Dr. Andreas Beivers (Hochschule Fresenius), Niels Straub (IMSP – Institut für Marktforschung, Statistik und Prognose), Caroline Veltkamp (hcb – Institute for Health Care Business GmbH)

Das Projektteam dankt Prof. Dr. med. Christoph Dodt, Katja Fels, Claudia Lohkamp, Jenny Neumann, Thomas Pütz, Daniela Schwindt und Dr. Markus Stoffel für die Unterstützung bei der Erstellung des Berichts.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Fact Sheet: Wege zu einer Krankenhausplanung 2.0..... | 3 |
| 1. Einleitung: Warum eine Reform der Krankenhausplanung notwendig ist | 7 |
| 2. Ziele einer erfolgreichen Krankenhausplanung 2.0 | 12 |
| 2.1 Objektiver Bedarf | 13 |
| 2.2 Subjektiver Bedarf | 13 |
| 3. Handlungsempfehlungen und Umsetzungsvorschläge | 15 |
| Empfehlung 1: Einheitliche Vorgaben für eine bedarfsgerechte Versorgung einführen | 15 |
| Empfehlung 2: Grund- und Regelversorgung klar definieren | 17 |
| Empfehlung 3: Notfallversorgung neu ausrichten | 21 |
| Empfehlung 4: Bundesweit einheitliche Standards zur Erreichbarkeit vorgeben | 26 |
| Empfehlung 5: Verbindliche Qualitätsvorgaben erstellen | 35 |
| Empfehlung 6: Einheitliche Datengrundlage schaffen..... | 42 |
| Empfehlung 7: Vorgaben durch systematisches Versorgungsmonitoring überprüfen..... | 44 |
| 7.1 Monitoring von qualitativer Fehlversorgung..... | 46 |
| 7.2 Monitoring von Unterversorgung | 48 |
| 7.3 Monitoring von Überversorgung..... | 54 |
| 4. Fazit..... | 60 |
| 5. Anhang | 61 |
| 6. Literatur | 63 |

Verzeichnis der Abbildungen, Karten und Tabellen

| | | |
|--------------|--|----|
| Tabelle 1 | Krankenhausdichte im ländlichen Raum 2012 | 10 |
| Tabelle 2 | Anforderungen an das Basispaket (BP) in der Schweiz | 21 |
| Tabelle 3 | Zeitvorgaben am Beispiel des Manchester-Triage-Systems (MTS) | 32 |
| Tabelle 4 | Strukturelle Anforderungen an die Zentralen Notaufnahmen in Dänemark | 33 |
| Tabelle 5 | Qualitätsindikatoren (AQUA) für Leistungsbereich „Gynäkologische Operationen“ | 40 |
| Tabelle A1 | Übersicht ausgewählter Triage-Systeme | 61 |
| Tabelle A2 | Leistungsbereiche mit vorgeschriebenen Qualitätsindikatoren (2014) | 62 |
| Abbildung 1 | Wirtschaftliche Lage der deutschen Krankenhäuser..... | 8 |
| Abbildung 2 | Erwartete Verteilung der Krankenhäuser nach der Ampelklassifikation(1)..... | 9 |
| Abbildung 3 | Krankenhausdichte und Bevölkerungsdichte in OECD-Mitgliedstaaten | 10 |
| Abbildung 4 | Aufgaben und Ebenen in der Krankenhausplanung 2.0 | 12 |
| Abbildung 5 | Ziele einer hochwertigen Patientenversorgung | 14 |
| Abbildung 6 | Vorgaben der Krankenhausplanung..... | 16 |
| Abbildung 7 | Abgrenzung der Grund- und Regelversorgung..... | 19 |
| Abbildung 8 | Schema zur Leistungszuordnung des SPLG-Groupers in der Schweiz | 20 |
| Abbildung 9 | Struktur-Anforderungen an die Notfallversorgung..... | 23 |
| Abbildung 10 | Beispiel für symptom-basierte Anforderungen nach DGINA | 25 |
| Abbildung 11 | Zentrale Orte und vorzuhaltende soziale Infrastruktureinrichtungen | 27 |
| Abbildung 12 | Übersicht der Qualitätsdimensionen | 37 |
| Abbildung 13 | Ausgewählte Qualitätsvorgaben am Beispiel der Neonatologie..... | 39 |

| | | |
|--------------|--|----|
| Abbildung 14 | Einbindung des Versorgungsmonitorings in die Krankenhausplanung..... | 45 |
| Abbildung 15 | Versorgungsmonitoring zur Vermeidung bzw. Abbau von Fehlversorgung..... | 46 |
| Abbildung 16 | Konsequenzen bei drohender Fehlversorgung | 46 |
| Abbildung 17 | Versorgungsmonitoring zur Sicherstellung der Qualitätsvorgaben | 47 |
| Abbildung 18 | Monitoring von Unterversorgung (schematisch) | 49 |
| Abbildung 19 | Konzept des Integriertes Versorgungszentrums | 52 |
| Abbildung 20 | Schematischer Entscheidungsbaum zum Überversorgungsmonitoring..... | 59 |
| Karte 1 | Erreichbarkeitsanalyse Grund- und Regelversorger..... | 29 |
| Karte 2 | Erreichbarkeitsanalyse Maximalversorger | 30 |
| Karte 3 | Versorgungssituation in einer Beispielregion mit Leistungen der Allgemeinchirurgie..... | 50 |
| Karte 4 | Keine Versorgungslücke bei Wegfall von Standort A ¹ | 50 |
| Karte 5 | Unterversorgung bei Wegfall von Standort A und Standort B | 51 |
| Karte 6 | Zahl der stationären Fälle nach Wohnort (2010), nach regionalen Ausreißern | 57 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---------|--|
| 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 | Integrierte 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 Versorgungsstruktur (zu viele kleine Einheiten, zu hohe Krankenhaushichte, 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 Krankenhausstandorte¹. 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 symptom-basierten 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.

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

Diese Standards sind derzeit für 99% (Grundversorgung) bzw. 96% (Maximalversorgung) 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 ländlichen 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 *Ergebnisqualität* („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 dauerhaft 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.
- **Übersorgung:** Bei geplanter Leistungsausweitung eines Krankenhauses überprüft das Monitoring, ob in der betreffenden Region bereits eine „Übersorgung“ 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 übersorgten Gebieten sind Maßnahmen zur Steigerung der Indikationsqualität in dem betroffenen Leistungsbereich zu ergreifen. Außerdem sollte die Angebotsausweitung untersagt oder eine selektivvertragliche Lösung gewählt 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.

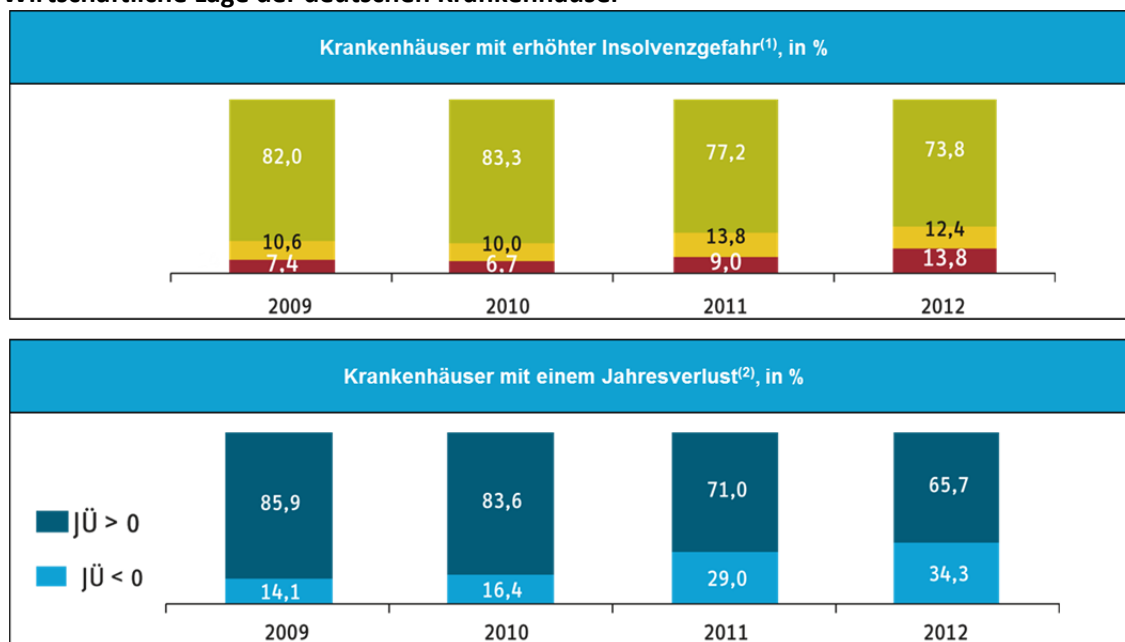
Vor dem Hintergrund solcher Fehlentwicklungen sowie im Angesicht demografischer Veränderungen und sich verknappender Ressourcen sowohl im personellen als auch finanziellen Bereich ist eine Reformierung und Modernisierung der Krankenhausplanung dringend notwendig. Das vorliegende Gutachten gibt einen 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 Konzernebene² einen Jahresverlust. Bezogen auf die einzelnen Standorte waren vermutlich sogar 40% betroffen (Abbildung 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%) 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.

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.

Abbildung 1

Wirtschaftliche Lage der deutschen Krankenhäuser

Quelle: Augurzky et al. (2014). – ¹Ampel: 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%). – ²JÜ = 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.

Marktbereinigung: Vorübergehender Entspannung folgt mittelfristig wieder Verschlechterung

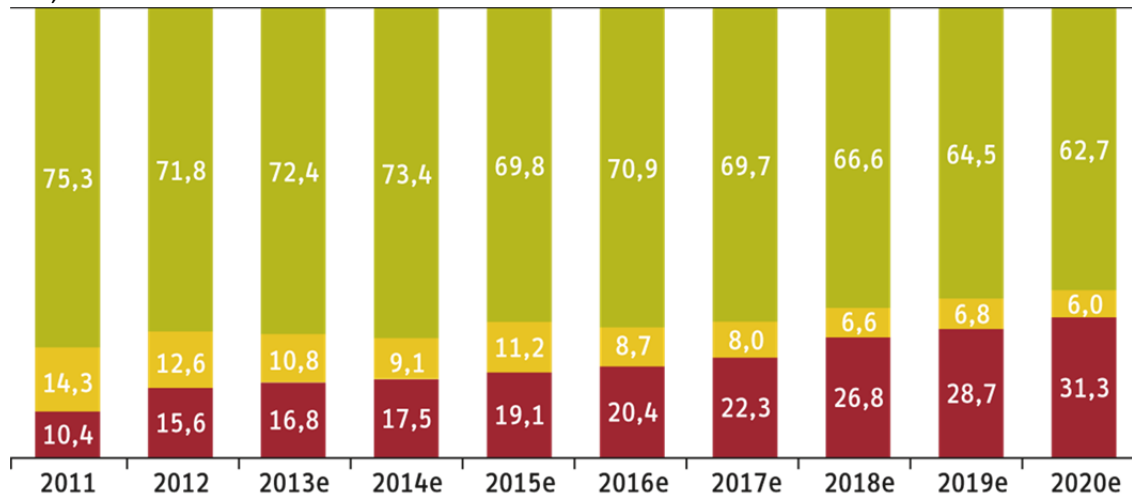
Zwar tragen die vor der Bundestagswahl 2013 beschlossenen Finanzhilfen für Krankenhäuser im Rahmen des Beitragsschuldengesetzes³ sowie ein relativ hoher Anstieg der Preise für Krankenhausleistungen 2014 aktuell zu einer Entspannung der Lage bei. Ab 2015 dürften die Kostenzuwächse aber wieder über den Zuwächsen bei den Erlösen liegen: Eine nachhaltige Stabilität des Systems ist bei den gegebenen Strukturen kaum zu erreichen. Ohne Produktivitätsfortschritt würde der Anteil der Krankenhäuser mit erhöhter Insolvenzgefahr weiter ansteigen: von 16% im Jahr 2012 auf über 30% bis zum Jahr 2020 (Abbildung 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.

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

Abbildung 2

Erwartete Verteilung der Krankenhäuser nach der Ampelklassifikation(1)

in %; 2011 bis 2020



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

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.

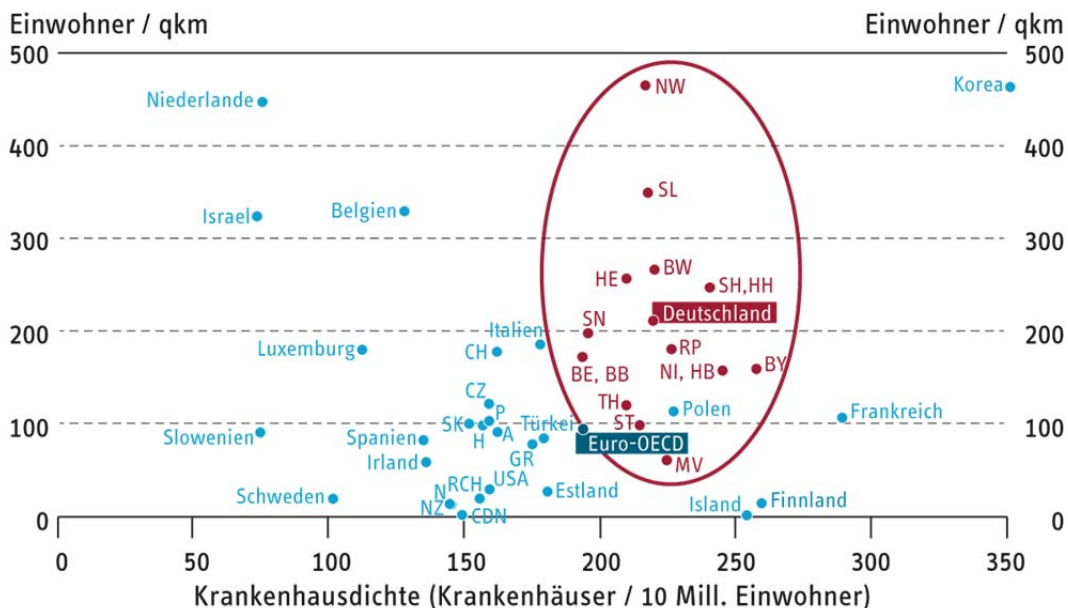
Hohe Versorgungsdichte: Großzügige Versorgung erlaubt Bündelung von Ressourcen

Vor dem Hintergrund langfristig schrumpfender Ressourcen muss eine moderne Krankenhausplanung sich mit der Frage beschäftigen, ob durch das Ausscheiden eines Krankenhauses oder eines Leistungssegments⁴ die Versorgungssicherheit in der betroffenen Region in Gefahr gerät. In Deutschland ist die Krankenhausdichte, gemessen als Standorte⁵ je Einwohner, im Durchschnitt relativ hoch. Abbildung 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% niedrigere 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.

⁴ Näheres zur Abgrenzung der Leistungssegmente: s. Empfehlung 1

⁵ Konkret handelt es sich um Institutskenzziffern und nicht um Standorte. In der amtlichen Statistik werden nur erstere erfasst. Institutskenzziffern sind Kennzahlen, mit deren Hilfe einrichtungsübergreifend Abrechnungen im Bereich der Sozialversicherung vorgenommen werden können.

Abbildung 3
Krankenhausedichte und Bevölkerungsdichte in OECD-Mitgliedstaaten



Quelle: Augurzky et al. (2014).

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 Krankenhausedichte zwischen den Bundesländern sogar noch höher (Tabelle 1). In Nordrhein-Westfalen etwa liegt die Krankenhausedichte in ländlichen Kreisen 60% über dem bundesweiten Mittelwert; im Vergleich mit Sachsen-Anhalt ist sie sogar doppelt so hoch.

Tabelle 1
Krankenhausedichte 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 Krankenhausedichte (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. Abbildung 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.

Abbildung 4

Aufgaben und Ebenen in der Krankenhausplanung 2.0



Quelle: Eigene Darstellung.

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“.

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-Patienten⁶, teilweise auch in der Notfallversorgung, nicht das entscheidende Kriterium

⁶ 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.

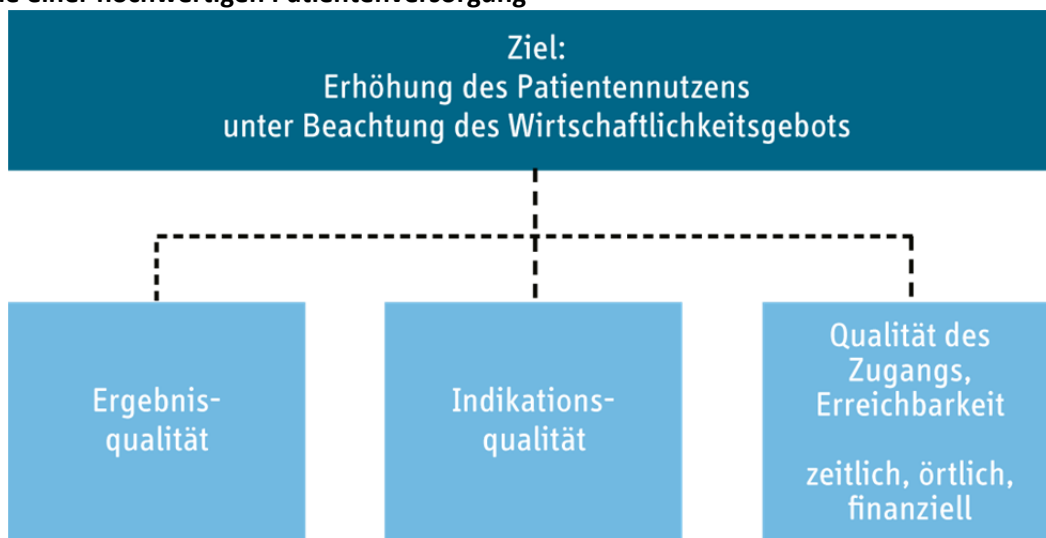
darstellt. Eine rein erreichbarkeitsorientierte Versorgung kann damit nicht das Hauptziel der Krankenhausplanung sein. So zeigen Untersuchungen, dass ein Großteil der Patienten für die Behandlung freiwillig weitere Wege zurücklegt, als für das wohnortnächste Krankenhaus nötig wäre (Friedrich, Beivers 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 (

Abbildung 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 Komfortmerkmale, 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.

Abbildung 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

Auf Grundlage der erfolgten Analyse des Reformbedarfs der Krankenhausplanung sowie einer Festlegung von Zielen entwickelt dieses Gutachten sieben Handlungsempfehlungen. Diese 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

Eine bedarfsgerechte Versorgung zeichnet sich durch eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung aus, mit der quantitative und qualitative Fehlversorgung vermeiden werden kann. Um für alle Versicherten die gleiche Qualität einer bedarfsgerechten Versorgung zu gewährleisten, ist es aus ordnungspolitischer Sicht geboten, entsprechende Mindeststandards bundesweit einheitlich und verbindlich festzulegen.

Begründung

Verantwortung für die flächendeckende Krankenhausversorgung tragen in Deutschland die Bundesländer.⁷ Dieser Verantwortlichkeit kommen sie durch die Aufstellung von Krankenhausplänen nach. Auch in der Krankenhausplanung 2.0 soll die Verantwortung bei den Bundesländern, d.h. den jeweiligen Landesbehörden verbleiben. Die bedarfsgerechte, d.h. flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung muss dabei durch einheitliche Mindeststandards bundesweit sichergestellt werden. Da die Leistungen der GKV nach einem bundesweit einheitlichen Leistungskatalog nach SGB V festgelegt werden, ist es aus ordnungspolitischer Sicht geboten, dass wesentliche (Mindest-)Planungskriterien bundesweit einheitlich definiert und verbindlich vorgegeben werden. Hierzu gehört die einheitliche Definition der Grund- und Regelversorgung, der Notfallversorgung sowie der Schwerpunkt- und Maximalversorgung. Für die Grund- und Regelversorgung sowie die Notfallversorgung ist eine flächendeckende Versorgung mit einheitlichen Mindest-Erreichbarkeitsvorgaben von entscheidender Bedeutung. Für die Schwerpunkt- und Maximalversorgung hat dagegen eine spezialisierte, anspruchsvolle Versorgung Vorrang vor dem Kriterium der Wohnortnähe.

Da Krankenhäuser untereinander im Wettbewerb stehen, sollten – anders als bei der Erreichbarkeit – umfassende Mindestanforderungen an die Qualität eigentlich überflüssig sein. Krankenhäuser mit qualitativen Problemen würden über den Markt abgestraft. Die geringe Qualitätstransparenz auf dem deutschen Krankenhausmarkt sowie mögliche regionale Sicherstellungsmonopole bremsen aktuell jedoch die Wirksamkeit dieses selbstregulierenden Mechanismus. Daher sind auch in diesem Bereich kurzfristig Mindestvorgaben notwendig. Mittel- bis langfristig muss dagegen eine umfassende Qualitätstransparenz angestrebt werden.

Umsetzung

Abbildung 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 können bereits heute Vorgaben zur maximalen Pkw-Entfernung des nächstgelegenen Angebots der Grund- und Regelversorgung gemacht werden (ausführlicher dazu: Empfehlung 4). Langfristig ist eine diffe-

⁷ Siehe § 6 Abs. 1 und Abs. 4 i.V.m. § 1 Abs. 1 KHG.

renziertere Festlegung nach Leistungssegmenten wünschenswert. Diese setzt jedoch eine bundesweit einheitliche feinere Definition der einzelnen Leistungssegmente voraus (ausführlicher dazu: Empfehlung 2). Die diagnose- oder prozedurenbezogene Zuordnung der Krankenhaufälle zu den Leistungssegmenten im Krankenhaus ist jedoch oftmals schwierig oder mit derzeitigen Mitteln gar nicht möglich. Eine entsprechende Zuordnungssystematik muss daher erst entwickelt werden. Bei einzelnen Leistungssegmenten ist dies indessen heute schon praktikabel. So können beispielsweise für den Leistungsbereich der Neurochirurgie die entsprechenden Fälle sehr gut anhand von bestimmten OPS-Codes identifiziert werden.⁸

Langfristiges Ziel bei der Steigerung der Indikations- und Ergebnisqualität⁹ sollte die Schaffung einer umfassenden Qualitätstransparenz sein. Dies ermöglicht den Patienten und einweisenden Ärzten den Qualitätsaspekt bei der Krankenhauswahl angemessen zu berücksichtigen, sodass Patienten „mit den Füßen abstimmen können“. Auf dem Weg dorthin sind jedoch zunächst Mindestvorgaben an die Qualität erforderlich. Da Indikations- und Ergebnisqualität nicht durchgängig messbar sind, müssen konkrete Anforderungen an Krankenhausstrukturen und -prozesse festgelegt werden. Bei der Entwicklung solcher Vorgaben sollte darauf geachtet werden, dass mögliche Produktivitätsfortschritte im Krankenhaus unter diesen Vorgaben weiterhin möglich sind. Im Zweifel sollten Vorgaben an die Indikations- und Ergebnisqualität Vorrang vor Vorgaben an Prozess- und Strukturqualität haben.

Abbildung 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., symptom-basierte 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 Vergütungssystem |
| Ergebnisqualität | (Bundesweit einheitliche) Mindestvorgaben an Strukturen und Prozesse , regelmäßige Anpassung, Weiterentwicklung geeigneter Indikatoren | Umfassende Qualitätstransparenz |

Quelle: Eigene Darstellung.

⁸ 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.

⁹ 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.

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

Regional strengere Vorgaben als die bundesweiten Mindestanforderungen (z.B. kürzere Erreichbarkeitsvorgaben) können grundsätzlich jederzeit eingeführt werden. Entstehen durch regional höhere Anforderungen jedoch Zusatzkosten, müssen diese von der entsprechenden Region finanziert werden. Zur Kontrolle der Mindestvorgaben ist ein Versorgungsmonitoring aufzubauen (ausführlicher dazu: Empfehlung 7), um der Gefahr regional auftretender Fehlversorgung entgegenzuwirken.

Empfehlung 2: Grund- und Regelversorgung klar definieren

Die einheitliche Abgrenzung von Leistungen aus der Versorgungsgruppe der Grund- und Regelversorgung gegenüber der Gruppe der Schwerpunkt- und Maximalversorgung ist für die Krankenhausplanung 2.0 zwingend erforderlich. Sie dient der Sicherstellung der Bedarfsgerechtigkeit durch dazugehörige Erreichbarkeitsvorgaben. Zur kurzfristigen Umsetzung genügt es zunächst Kliniken mit den Fachabteilungen „Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ als Häuser der Grund- und Regelversorgung einzustufen. Dies sind in Deutschland aktuell 1 311 Standorte (2012). Langfristig müssen für diese Abgrenzung die einzelnen medizinischen Leistungen in Basisversorgungsleistungen und spezialisierte Leistungen unterteilt werden. Zu diesem Zweck ist ein Grouper mit einem geeigneten 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 sollte durch klar definierte Erreichbarkeitsvorgaben sichergestellt werden. Bei (elektiven) Leistungen der Schwerpunkt- und Maximalversorgung hingegen muss eine qualitativ hochwertige Versorgung unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Bedingungen der spezialisierten Infrastruktur im Vordergrund stehen¹⁰. Notwendig ist es daher zunächst, die stationären Leistungen durch die beiden Kategorien Grund- und Regelversorgung sowie Schwerpunkt- und Maximalversorgung voneinander abzugrenzen. Hierfür muss eine einheitliche Systematik erarbeitet werden. Bisher existieren in den Bundesländern unterschiedliche oder gar keine Definitionen der einzelnen Versorgungsstufen; eine leistungsbezogene Einteilung ist in Deutschland aktuell überhaupt nicht vorhanden.

¹⁰ 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.

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“.¹¹ Für diese Einteilung können die notwendigen Erreichbarkeitsvorgaben bereits heute festgelegt und überprüft werden (ausführlicher dazu: Empfehlungen 4 und 7).

Das aktuelle Krankenhausverzeichnis (Stand 2012) weist für Deutschland insgesamt 2 017 Kliniken, darunter 1 044 Grundversorger mit den Fachabteilungen „Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ aus. Unter diesen befinden sich 163 Maximalversorger. 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 IK-Nummern basiert, bei der teilweise mehrere Krankenhausstandorte eines Trägers unter einer Kennnummer 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)¹² existieren 1 311 Standorte, die nach obiger Definition Leistungen der Grund- und Regelversorgung anbieten. Berücksichtigt man bei der Einstufung als Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung zusätzlich die Vorhaltung einer Fachabteilung „Gynäkologie und Geburtshilfe“¹³, reduziert sich die Anzahl der Krankenhäuser, die dieser Kategorie zugeordnet werden können, auf 1 045.

Aufbauend auf dieser Einteilung in Grund- und Regelversorgungskrankenhäuser können im Folgenden die entsprechenden Erreichbarkeitsvorgaben erstellt und die gegenwärtige Versorgungssituation überprüft werden (ausführlicher dazu: Empfehlung 4).

Langfristig ist eine leistungsspezifische Abgrenzung der Grund- und Regelversorgung anzustreben (Abbildung 7), da zum Teil auch einzelne Leistungen aus anderen Fachabteilungen den Basisleistungen zugeordnet werden können. Ziel dieser Abgrenzung auf der Leistungsebene ist es, die Erreichbarkeitsvorgaben dann nach dieser neuen Einstufung zu erstellen. Basisleistungen müssen flächendeckend 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.

Perspektivisch muss für Deutschland eine vergleichbare Einteilung und Zuordnung der stationären Leistungen wie in der Schweiz erst entwickelt und evaluiert werden. Dazu sollte das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) den Auftrag erhalten, einen Algorithmus zu entwickeln, der die Leistungen der jeweiligen Versorgungsstufe zuordnet. Diese Zuordnung

¹¹ Aus methodischen Gründen wird bei der Abgrenzung für Grundversorgungskrankenhäuser eine Mindestanzahl von jeweils fünf Betten in den beiden Fachabteilungen vorausgesetzt.

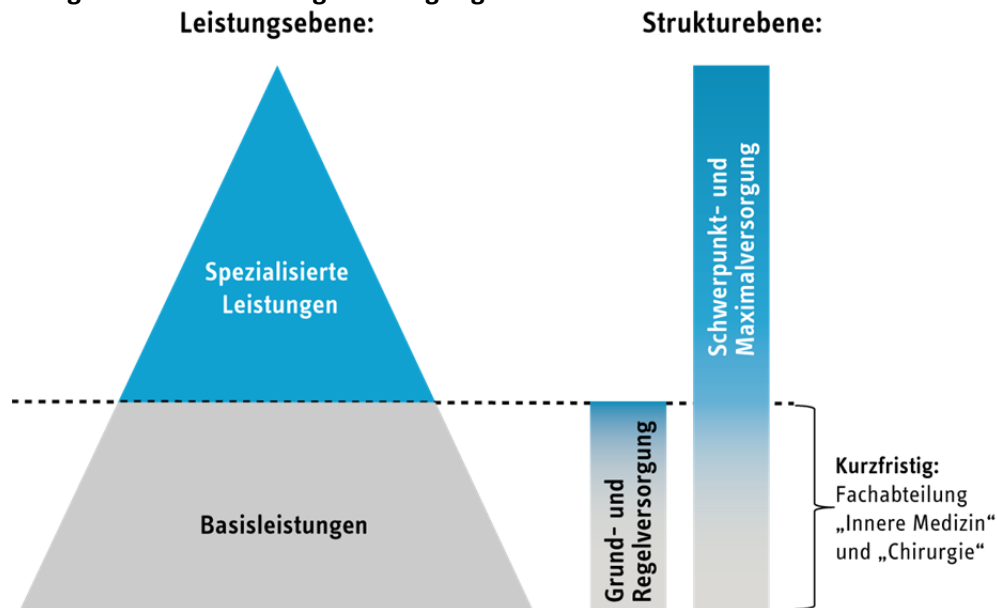
¹² Die Daten aus dem Raumordnungsbericht 2005 wurden vom BBSR für das Jahr 2008 aktualisiert und mit den standortgenauen Angaben aus dem „WIdO-Datensatz“ (Wissenschaftliches Institut der AOK) abgeglichen und zusammengeführt. Darauf basierend wurden die Krankenhäuser mit den Fachabteilungen „Innere Medizin“, „Allgemeine Chirurgie“ und „Gynäkologie / Geburtshilfe“ gefiltert und um die zwischen 2008 und 2013 geschlossenen Standorte gemäß dem Gutachten von Preusker (2014) bereinigt. Unklare Standorte wurden zusätzlich per Internetrecherche überprüft.

¹³ Ebenfalls mit mindestens fünf Betten.

sollte wie in der Schweiz auf ICD- und OPS-Basis erfolgen. Damit würde auch innerhalb einer DRG ggf. zwischen Basisleistungen und spezialisierten Leistungen unterschieden. Basisleistungen müssen dann 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 gehören die Basisleistungen auch zum Leistungsspektrum, vor allem aber die anspruchsvollen Spezialleistungen.

Abbildung 7

Abgrenzung der Grund- und Regelversorgung



Quelle: Eigene Darstellung.

Kasten 1

Einteilung der Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) in der Schweiz¹⁴

In der Schweiz werden alle Fälle mit einem Algorithmus eindeutig einer Spitalplanungs-Leistungsgruppe (SPLG) zugeordnet. Die SPLG wurden erstmalig im Jahr 2012 von verschiedenen Fachexperten unter Federführung der Gesundheitsdirektion Zürich entwickelt. Bei der Einführung wollte man die Leistungsplanung transparenter gestalten. Mittlerweile hat die Mehrzahl der schweizerischen Kantone das System der SPLG aus Zürich übernommen. Alle akutmedizinischen Krankenhausfälle werden gemäß den vorgegebenen Codesystemen kodiert. 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 DRG¹⁵ ist in einer einzigen Leistungsgruppe zusammengefasst. Für jede dieser Gruppen sind jeweils spezi-

¹⁴ 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.

¹⁵ Diagnosis Related Groups (DRG) sind zum Zwecke der Abrechnung klassifizierte Fallgruppen, denen Krankenhausfälle aufgrund ihrer kostentechnischen Ähnlichkeit zugrunde liegen.

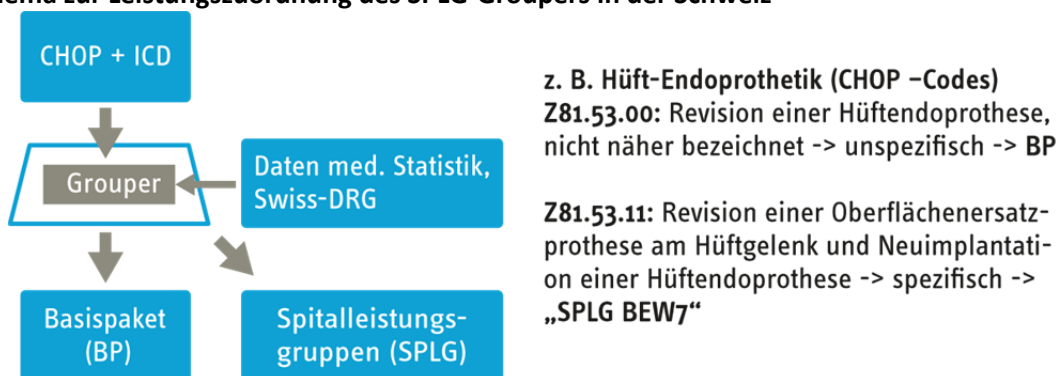
fische Anforderungen formuliert. 30 SPLG haben zusätzlich eine definierte Mindestfallzahl, um überhaupt vergütet werden zu können.

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

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 inkl. des Groupers vorgesehen, in der jedoch die hier dargelegten Prinzipien beibehalten werden.

Abbildung 8

Schema zur Leistungszuordnung des SPLG-Groupers in der Schweiz



Quelle: Eigene Darstellung.

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).

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. Für die Rahmenplanung muss die Erfüllung einheitlicher Strukturanforderungen der an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser Voraussetzung sein. Zur Finanzierung der notwendigen Vorhaltekosten ist gegebenenfalls ein Sicherstellungszuschlag zu zahlen. Zudem sollte eine einheitliche ärztliche Qualifikation für Notfallmediziner eingeführt werden, die dann in die Strukturvorgaben aufgenommen werden kann. Die individuelle Notfallversorgung des Patienten muss durch einheitliche, symptombasierte Vorgaben geregelt werden, da 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 der gesamten Krankenhäuser nicht an der Notfallversorgung

teil.¹⁷ Mangels einer bundesweit einheitlichen Definition sowie verbindlicher Vorgaben und Standards in diesem Bereich bleibt mit der aktuellen Krankenhausplanung offen, ob der Großteil der an der Notfallversorgung beteiligten Krankenhäuser diese Versorgungsleistungen überhaupt adäquat erbringen kann. Es ist zudem zweifelhaft, ob eine derart kleinteilige Struktur effizient ist, denn Notfallaufnahmen sind häufig ein 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 verbessern (ausführlicher dazu: Empfehlung 4)

In einer reformierten Krankenhausplanung muss für die zur Notfallversorgung vorgesehenen Einrichtungen eine strikte Orientierung am Versorgungsbedarf gelten. Sie müssen dem (individuellen) Behandlungsbedarf in der Notfallsituation adäquat entsprechen können. Aus Patientensicht sind betriebswirtschaftliche Überlegungen etwa zu Wettbewerbsposition, Marketing oder Außendarstellung einzelner Krankenhäuser und ihrer Fachabteilungen irrelevant. Der Notfallpatient hat 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 erhalten und eine bestmögliche Einleitung notwendiger Therapien gewährleistet bekommen. Daher sind einheitliche Vorgaben an die (Struktur-) Qualität der an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser in der reformierten Rahmenplanung zu berücksichtigen (ausführlicher dazu: Empfehlung 5)

Auch scheinen 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, und 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 – und nicht auf eine medizinische Indikation.

Was fehlt ist eine eingrenzende medizinische Definition. Dies führt dazu, dass die einzelnen Bundesländer sowie die an der Notfallversorgung beteiligten Bereiche (ambulanter Sektor, Rettungsdienst und Krankenhäuser) alle etwas Unterschiedliches unter ihrem Aufgabengebiet verstehen. Es wäre 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 sollte dabei helfen zu vermeiden, dass nicht (elektive) ambulante Patienten die Kapazitäten der Notaufnahmen der Krankenhäuser unnötigerweise binden. Als Option könnte in den jeweiligen Krankenhäusern eine kassenärztliche Bereitschaftspraxis oder ein medizinisches Versorgungszentrum eingerichtet werden (ausführlicher dazu: Empfehlung 7, Monitoring von Unterversorgung), um (Notfall-)Patientenströme effizienter steuern zu können (Lindl, Beivers 2013).

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.

Umsetzung: Einheitliche Strukturvorgaben für die Notfallversorgung

Um eine qualitativ hochwertige Notfallversorgung im Sinne des Patientennutzens sicherzustellen müssen anhand genereller, personeller und apparativer Vorgaben verbindliche Struktur- anforderungen an ein Krankenhaus der Notfallversorgung in der Krankenhausplanung klar definiert werden (

Abbildung 9). Einrichtungen, die diese Struktur- anforderungen 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. anhand spezifischer Struktur- anforderungen entschieden wird, auf welchem Level die Notfallversorgung in den einzelnen Krankenhäusern erbracht wird.

Abbildung 9

Struktur-Anforderungen an die Notfallversorgung

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

Quelle: Augurzky (2013).

Die Vorhaltung der notwendigen Anlagen und Strukturen in der Notfallversorgung ist mit hohen Kosten verbunden, die vor allem bei schwacher Auslastung oftmals 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).

Umsetzung: Einheitliche notfallmedizinische Qualifikation

Zur Spezifizierung der personellen Struktur- anforderungen 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 den Anforderungen an eine profunde und umfassende Notfallversorgung alleine 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. Für die einzelnen Fachgebiete ist entsprechend eine einheitliche Zusatzqualifikation „Notfallmedizin“ erforderlich. Eine derartige Qualifikation sollte in den personellen Strukturanforderungen für ein Krankenhaus der Notfallversorgung verbindlich vorgegeben werden.

Umsetzung: Einheitliche Definition des Notfalls

Notfall-Patienten sind mit einem vergleichsweise hohen strukturellen und personellen Aufwand in der Notfallaufnahme eines Krankenhauses zu versorgen. Um eine derartige Versorgung sicherstellen zu können, bedarf es einer einheitlichen Definition des Notfalls für alle zuständigen Bereiche des ambulanten Sektors, Rettungsdiensts 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

Umsetzung: Symptombasierte Behandlungsvorgaben

Da eine Abgrenzung der Notfälle anhand von medizinischen Diagnosen nur ex post möglich ist, muss die Notfallbehandlung ex-ante anhand von patientenbezogenen Symptomen erfolgen. Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Notfallversorgung sollten daher – neben den strukturellen Anforderungen an die Krankenhäuser – auf der Leistungsseite einheitliche Vorgaben anhand von symptombasierten Struktur- und Prozessanforderungen erfolgen. Hierzu hat die DGINA¹⁹ als zuständige Fachgesellschaft bereits entsprechende Vorgaben für ausgewählte Symptome (basierend auf Häufigkeit und Gefährdungspotenzial) erstellt. Diese bieten geeignete Anforderungen an eine hochwertige Notfallversorgung. In Abbildung 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“.

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

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

Abbildung 10

Beispiel für symptom-basierte 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

Neben der allgemeinen Definition des Notfalls sollte auch eine diagnostische Abgrenzung gegenüber den planbaren Fällen angestrebt werden. Schreyögg et al. (2014) haben dazu auf Basis von drei Notfallkriterien einen Algorithmus zur Einteilung anhand von ICD²⁰-Hauptdiagnosen entwickelt, mit welchem tatsächliche Notfälle von elektiven Diagnosen getrennt werden können:

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 kodier-relevant werden, beispielsweise über eine neu zu implementierende Zusatzkennzeichnung „Notfall“ pro Fachabteilung oder über ein ressourcen-orientiertes Einstufungssystem für Notfälle. Hier könnten evaluierte und verbreitete Ersteinschätzungsinstrumente, wie z.B. der Emergency Severity Index²¹ o.ä., zielführend sein. Dadurch sollen die Voraussetzungen geschaffen werden, damit 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.

²⁰ Die Abkürzung ICD steht für "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems", eine Klassifikation, welche die Weltgesundheitsorganisation erstellt hat.

²¹ 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 symptom-basierten Vorgaben und mit Hilfe eines einheitlichen Triage-Systems erstellt werden. In 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 Mindestreichbarkeitsvorgaben sind in Deutschland bislang nicht bundesweit definiert. Nur ein Teil der Bundesländer macht überhaupt Vorgaben für den Raumbezug der stationären Versorgung, und lediglich drei davon geben bis dato normative Standards vor:

- 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).

Diese Unterschiede in den Vorgaben der einzelnen Bundesländer sind mit dem einheitlichen Ziel einer flächendeckenden Versorgung nicht zu vereinbaren. Die jeweiligen Vorgaben können jedoch ein erster Baustein sein für eine allgemeingültige Definition von „Flächendeckung“. Kilometerdistanzen bedeuten allerdings noch immer keine vergleichbare Erreichbarkeit für alle Bürger. Aufgrund unterschiedlicher Infrastrukturausstattungen können die tatsächlichen Wegezeiten differieren. Für eine einheitliche Flächendeckung sollten daher Vorgaben für maximale Erreichbarkeitszeiten definiert werden, abgestuft nach der Art der Versorgung: gegliedert wird nach elektiver Grund- und Regelversorgung sowie elektiver Schwerpunkt- und Maximalversorgung. Für die Notfallversorgung sind zusätzliche oder andere Erreichbarkeitsvorgaben anzusetzen.

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

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. Mit 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 eine 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). Abbildung 11 stellt die Klassifikation der „Zentralen Orte“ 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 allerdings nicht immer erreicht, speziell bei den niedergelassenen Haus- und Fachärzten im ländlichen Regionen.

Abbildung 11

Zentrale Orte und vorzuhaltende soziale Infrastruktureinrichtungen

| Zentraler Ort | Infrastruktureinrichtungen | Gesundheitswesen | Verkehr & Nachrichtenübermittlung | Einzelhandel, Handwerk & Kreditwesen | Sport |
|-----------------------|----------------------------|---|---|---|--|
| Groß- und Oberzentrum | | Schwerpunkt- und Maximalversorgungs-krankenhäuser | 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 | Einzelhandels-geschäfte, Zweigstelle der Sparkasse | Fußballplatz, Turnhalle |

Quelle: Eigene Darstellung, angelehnt an Dietrichs (2000)

Für diese zentralörtliche 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.

Diese Standards sind bereits heute für einen Großteil der Bürger umsetzbar. 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 Längen (2003). Dabei wird jedoch nicht nach Art der stationären Versorgung unterschieden.

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. Als Grund- und Regelversorger gelten dabei alle Krankenhäuser, die die Fachabteilungen „Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ sowie den Status Plankrankenhaus und/oder Versorgungsvertrag aufweisen.²² Demzufolge gab es im Jahr 2012 in Deutschland 1 311 Klinikstandorte der Grund- und Regelversorgung.²³ Nach der genannten Definition schließt dies auch die Schwerpunkt- und Maximalversorger mit ein.

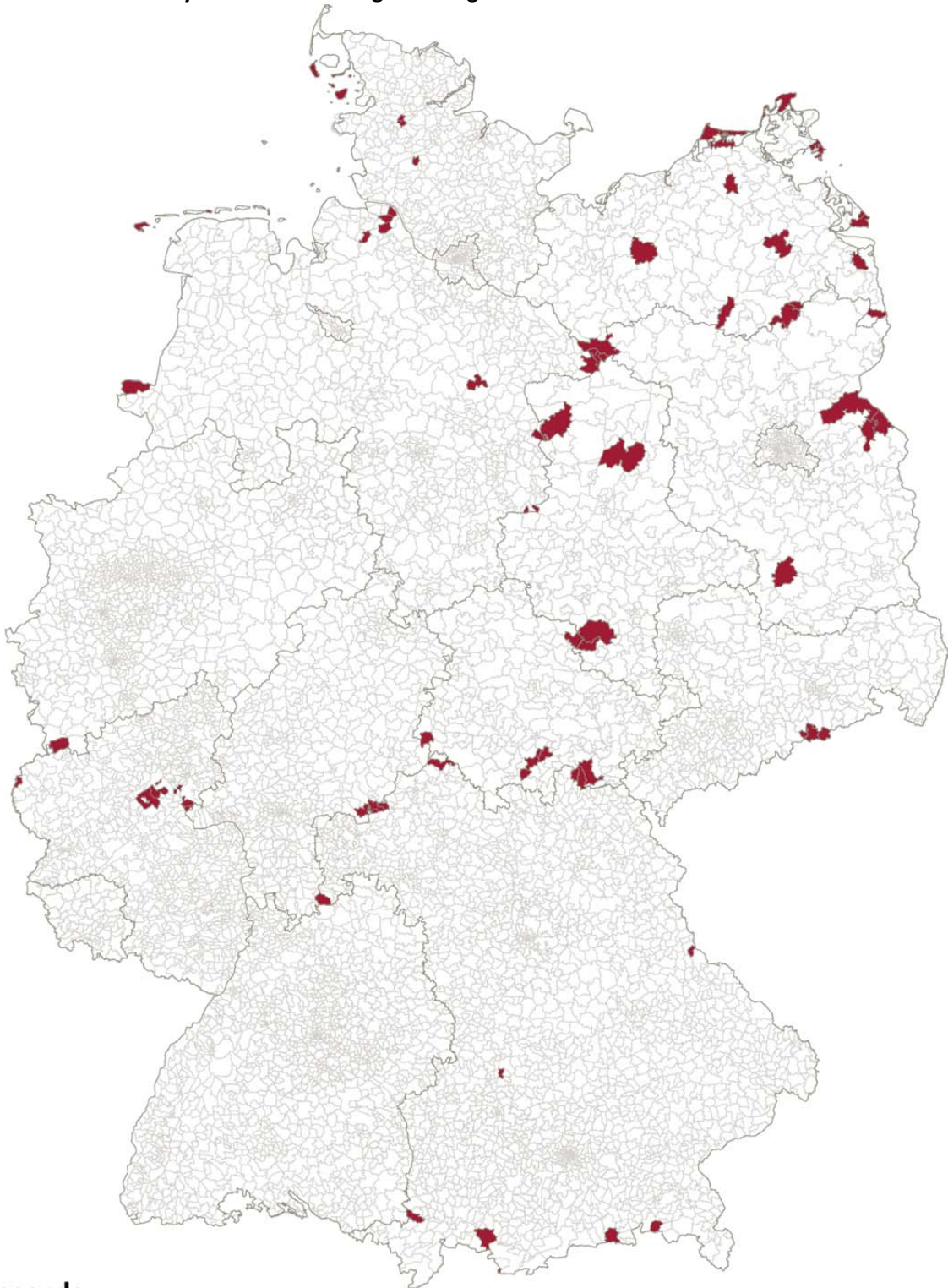
Die Berechnung der MIV-Fahrzeiten erfolgte auf Basis von PLZ-Bezirken, was aufgrund einer heterogenen Einwohnerverteilung innerhalb der PLZ-Bezirke zu geringen Erreichbarkeitsverzerrungen führen kann. Allerdings ist davon auszugehen, dass bei tatsächlich dringlichen Fällen der Notfallwagen im Straßenverkehr 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.

²² Bundeswehrkrankenhäuser wurden nicht berücksichtigt.

²³ 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

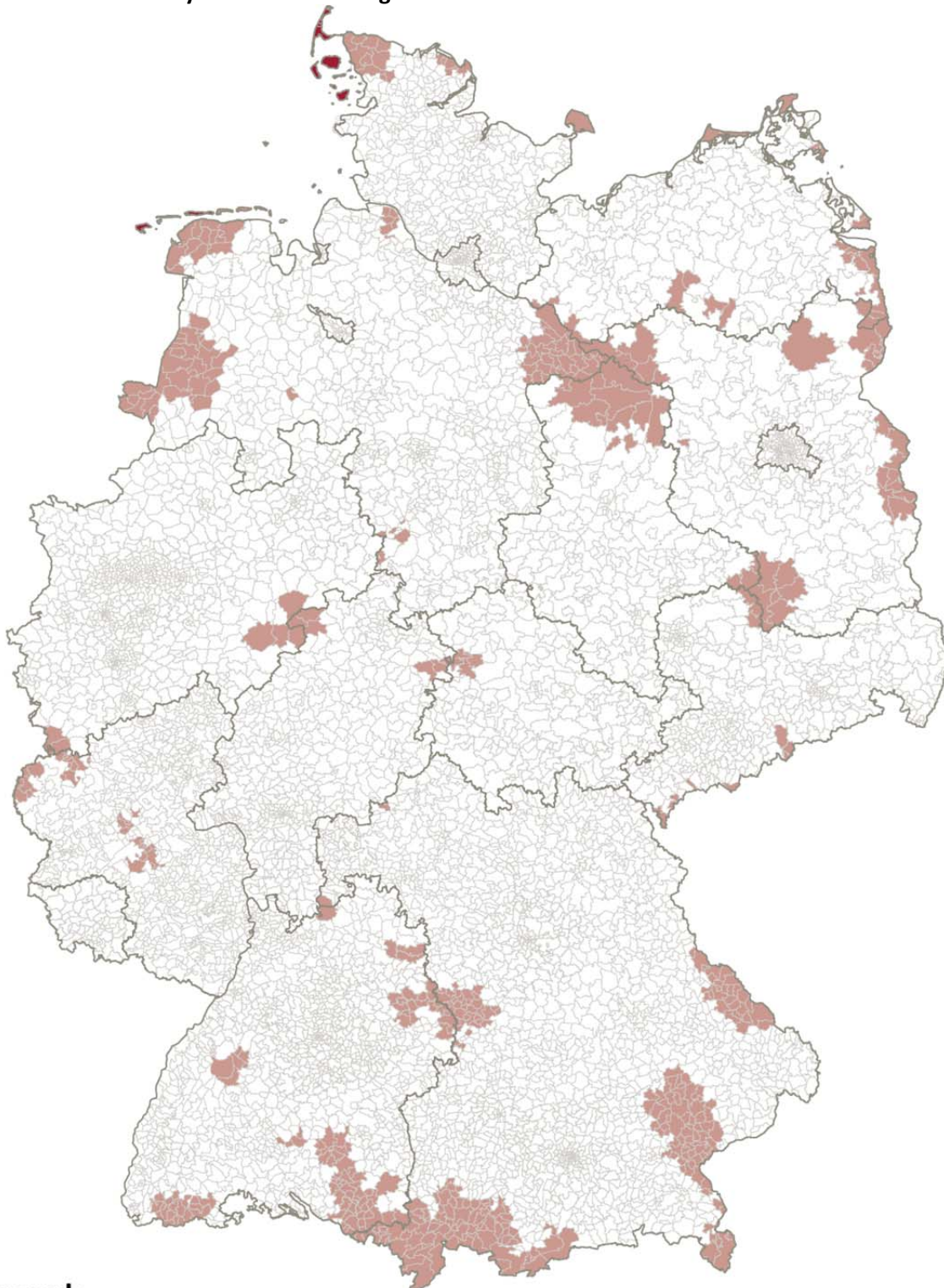
Erreichbarkeit eines Krankenhauses

□ 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 weitere Erreichbarkeitsanalyse dieses Gutachtens konnten aus dem Krankenhausverzeichnis²⁴ 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.²⁵ Bei der anschließenden Simulation wurde die Erreichbarkeitszeit bei 60 Minuten angesetzt, entsprechend der Vorgaben für Oberzentren aus der Raumplanung. Für elektive Leistungen der Maximalversorgung kann die Erreichbarkeit allerdings nicht als Hauptkriterium angesehen werden. Vielmehr steht hier die Qualität der erbrachten Leistung im Vordergrund.²⁶ Diese wird oftmals nur an einzelnen hochspezialisierten Einrichtungen gewährleistet und steht in Konkurrenz mit einer allzu dichten Flächendeckung.

Karte 2 zeigt, dass dennoch 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 der 60 Minuten-Vorgabe.

Umsetzung: Erreichbarkeitsvorgaben für die Notfallversorgung

Erreichbarkeitsstandards müssen auch für die Notfallversorgung einheitlich 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 für die Hilfsfristen reichen dabei von fünf bis maximal 17 Minuten, wobei die meisten Länder etwa zehn bis zwölf Minuten vorgeben (BMVBS 2010). Für die Sicherstellung einer flächendeckenden Notfallversorgung ist die Anbindung an zentrale Notfallzentren bei den Grundversorgern und im Bedarfsfall auch bei Maximalversorger erforderlich. Dabei sind für die Zeitspanne zwischen der Erstversorgung des Patienten und dem Eintreffen im Krankenhaus ebenfalls Erreichbarkeitsmindeststandards je nach Indikation festzulegen, wie in Empfehlung 3 am symptombezogenen Beispiel des akuten Bauchschmerzes bereits dargestellt wurde.

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. Wie Tabelle 3 beispielhaft darstellt²⁷, sind jeder Kategorie eine strikte Zeitvorgabe sowie eine farbliche Markierung zugeordnet, welche über eine entsprechende Kommunikationsinfrastruktur bereits im Vorfeld an die betroffene Notaufnahme übermittelt werden können. Die maximale Wartezeit gibt dabei an, wie schnell der Patient ab dem Zeitpunkt des Eintreffens in der Notaufnahme eines Krankenhauses behandelt werden muss.

²⁴ 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.

²⁵ Dies beinhaltet auch die Universitätsklinika; Bundeswehrkrankenhäuser wurden wiederum nicht berücksichtigt.

²⁶ Dieser Punkt wird im Kapitel 2.2 Subjektiver Bedarf näher erläutert.

²⁷ Neben dem hier gezeigten Manchester-Triage-System existiert noch eine Vielzahl alternativer Triage-Systeme, die alle vergleichbar aufgebaut sind (vgl. Tabelle A1 im Anhang)

Tabelle 3

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.

Um die Einhaltung der Erreichbarkeitsvorgaben in der Notfallversorgung flächendeckend sicherzustellen, sollte neben den bodengebundenen Rettungsfahrzeugen auch die Luftrettung verstärkt mit einbezogen werden. In dünn besiedelten ländlichen Gebieten kann der Ausbau einer entsprechenden Rettungs-Infrastruktur oftmals günstiger sein als die Aufrechterhaltung nicht mehr bedarfsgerechter Krankenhausstandorte zur Sicherung der stationären Notfallversorgung. In dem Forschungsprojekt PrimAIR²⁸ 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.

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.

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.

²⁸ Nähere Informationen zu dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung in Auftrag gegebenen interdisziplinären Forschungsprojekt finden sich unter www.projekt-primAIR.de.

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)

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. zur 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.

Kurzfristig wird die stationäre Notfallversorgung im ländlichen Bereich weiterhin an die bestehenden Grundversorger angeschlossen sein, welche dann jedoch die einheitlich vorgegebenen Strukturvorgaben einzuhalten haben. Wie oben gezeigt, ist die Erreichbarkeit der Grundversorger in nahezu allen Gebieten Deutschlands momentan sehr gut. In den städtischen Bereichen

kann eine Konzentration der Notfallstandorte unter Berücksichtigung der vorhandenen Maximalversorger 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 flächendeckend sicherzustellen, ist keine realistische Alternative. Ziel führend ist dagegen die verstärkte telemedizinische Anbindung der niedergelassenen Ärzte und des Rettungsdienstes an spezialisierte Einrichtungen.

Langfristig sollten die Standorte für eine flächendeckende Notfallversorgung in Deutschland nach den Vorgaben der Raum- und Strukturplanung analysiert und sektorenübergreifend festgelegt werden. Die verstärkte Einbindung der niedergelassenen allgemein- und fachärztlichen Versorgung sowie des dazugehörigen ambulanten Bereitschaftsdienstes (z.B. durch die Einrichtung eines Integrierten Versorgungszentrums) 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.

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 CTG²⁹ von Zuhause aus durchzuführen und an den angeschlossenen Klinik-Server zu übertragen.

Kasten 3

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

Der Einsatz von Telemedizin ist ein wichtiges Instrument für eine hochwertige Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum und eine sinnvolle Ergänzung klassischer Versorgungsmethoden. So kann der Einsatz telemedizinischer Anwendungen die Qualität der Behandlung verbessern und eine wohnortnahe Versorgung sichern. 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 Schlaganfall-Versorgung kommt vor allem der Thrombolyse-Therapie eine entscheidende Bedeutung zu, bei der 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 Stunden³⁰ 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

²⁹ 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.

³⁰ Aktuell innerhalb von drei bzw. viereinhalb Stunden ab Symptombeginn.

die wichtigste Behandlungsstrategie des akuten Schlaganfalls dar; eine entsprechende Versorgung wird in den Leitlinien empfohlen. In Deutschland werden allerdings nach Schätzungen nur 45-50% der Schlaganfälle in derart spezialisierten Krankenhäusern behandelt, da derzeit vor allem im ländlichen Bereich keine flächendeckende Versorgung mit Stroke-Units vorhanden ist.³¹ 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).

In Deutschland wurden in den vergangenen Jahren bereits einige telemedizinische Schlaganfall-Netzwerke aufgebaut. Dazu zählt auch das 2003 gestartete TeleStroke-Unit-Projekt TEMPiS³². Dort sind mittlerweile 17 internistisch geführte Kooperationskliniken telemedizinisch 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 Schlaganfall-Versorgung konnte im TEMPiS-Projekt gegenüber einer nicht-spezialisierten Schlaganfall-Therapie eine deutliche Verbesserung des Patienten-Outcomes (Sterblichkeit, schwere Behinderung, Pflegebedürftigkeit) belegt werden (Audebert et al. 2006). Weitere Untersuchungen zeigen zusätzlich einen ökonomischen Nutzen der telemedizinischen Schlaganfallbehandlung: Die höheren Kosten in der Akutbehandlung und Rehabilitationsphase werden durch Einsparungen in der anschließenden Pflegephase innerhalb von zwei bis drei Jahren ausgeglichen werden (Günzel, Storm 2012, Schenkel et al. 2012).

Die Einführung telemedizinischer Schlaganfallnetzwerke bedeutet für die ländliche Bevölkerung somit eine deutliche Verbesserung ihrer medizinischen Versorgung, da die medizinische Expertise ohne Berücksichtigung räumlicher Distanzen zum Patienten gebracht werden kann.

Empfehlung 5: Verbindliche Qualitätsvorgaben erstellen

Aus Patientensicht ist die Qualität von Krankenhausleistungen das entscheidende Kriterium für die Krankenhauswahl. Der Qualitätsaspekt sollte daher in einer reformierten Krankenhausplanung verbindlich aufgenommen werden. Kurz- und mittelfristig sollen Vorgaben verbindlicher und einheitlicher Mindeststandards durch die Krankenhausplanung die Qualität der stationären Versorgung gewährleisten. Leistungsbereiche einzelner Krankenhäuser, die diese Qualitätsstandards nicht erfüllen, sollten vom Versorgungsauftrag ausgeschlossen werden. Langfristig muss eine ausreichende Transparenz über die erbrachte Qualität von Krankenhausleistungen geschaffen werden, um einen funktionierenden Qualitätswettbewerb zu ermöglichen. Daten zur Qualität der einzelnen Krankenhäuser sollten daher vom Qualitätsinstitut kontinuierlich gesammelt

³¹ 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 Behandlungsergebnis in Stroke-Units erforderlich ist.

³² Telemedizinisches Projekt zur integrierten Schlaganfallversorgung in der Region Süd-Ost-Bayern.

und veröffentlicht werden. Wenn langfristig eine hohe Qualitätstransparenz die Patientenströme lenkt und die Patienten anhand der Qualitätskennzahlen selbst entscheiden, würden die planerischen Vorgaben an die Qualität an Bedeutung verlieren.

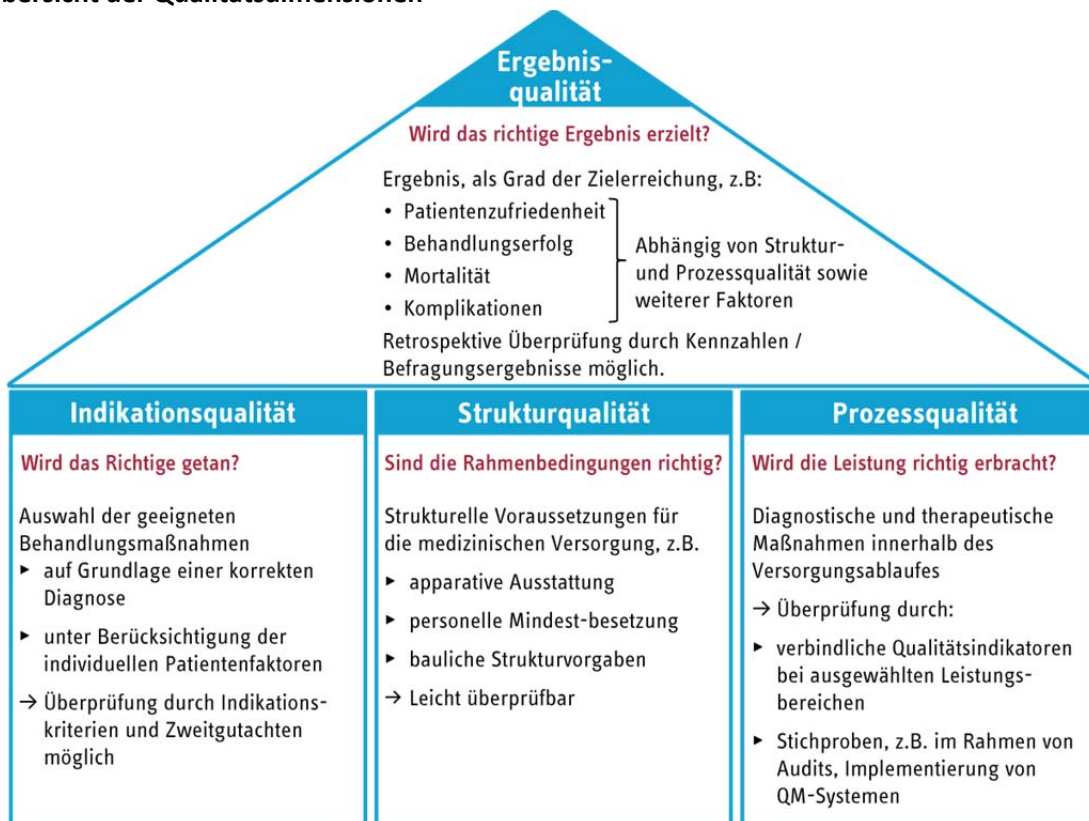
Indikations- und Ergebnisqualität sind bisher jedoch nur schwer anhand geeigneter Indikatoren zu erfassen. Die Entwicklung entsprechender Aufgaben wird deshalb eine wichtige Aufgabe des neuen Qualitätsinstituts sein. In einzelnen Leistungsbereichen stellen daher konkrete Struktur- und Prozessanforderungen ein geeignetes Instrument zur Qualitätssicherung dar. Darüber hinaus sollten gesondert bundesweit einheitliche Vorgaben für Zentren und Schwerpunkte sowie für Innovationszentren festgelegt werden. Die planerische Ausweisung bei Erfüllung dieser Vorgaben muss dann die Voraussetzung für den Anspruch gegenüber den Kostenträgern auf entsprechende Zuschläge sein.

Begründung

Aus Patientensicht ist die Qualität und vor allem das Ergebnis 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 mit aufgenommen werden. Krankenhäuser, die schlechte Qualität erbringen, müssen als Konsequenz damit rechnen, dass ihre betroffenen Leistungsbereiche aus dem Versorgungsauftrag genommen werden. Langfristig sollte sichergestellt werden, dass Patienten ausreichend Informationen über die Versorgungsqualität besitzen, um Krankenhäuser auf dieser Basis 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. Kurz- und mittelfristig 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. Allerdings wurde in den Krankenhausplänen der Länder 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, die sich auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beziehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legt in seinen Richtlinien bereits heute für ausgewählte Leistungsbereiche Mindestanforderungen an die Struktur- Pro-

Abbildung 12
Übersicht der Qualitätsdimensionen



Quelle: Eigene Darstellung.

zess- 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 Anwendung³³, vor allem aufgrund mangelnder Konsequenzen bei Nicht-Erfüllung.³⁴

Zusätzlich sind verbindliche Vorgaben des G-BA für die planerische Ausweisung von Zentren und Schwerpunkten notwendig, sowie für den Einsatz von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in ausgewiesenen Innovationszentren. In diesem Bereich fehlt bisher oftmals 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.

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 vollumfäng-

³³ Peschke et al (2014) wiesen nach, dass die bisher erlassenen Mindestmengenregelungen keinen erkennbaren Einfluss auf die Versorgungsstrukturen hatten.

³⁴ So musste erst das Bundessozialgericht in einem Urteil entscheiden, dass ein Krankenhaus bei Nichterfüllung der in der Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchortenaneurysma festgesetzten Voraussetzungen von der entsprechenden Behandlung und Vergütung auszuschließen ist (Az.: B 1 KR 15/13 R).

lich möglich. Bereits kurzfristig sollten für Teilbereiche Vorgaben gemacht werden; im Laufe der Zeit könnten dann immer mehr hinzugenommen werden. Abbildung 12 fasst die wesentlichen Dimensionen von Qualität zusammen, wobei die Struktur- und Prozessqualität vor allem als Voraussetzung und Mittel zum Zweck der Sicherstellung einer adäquaten Ergebnis- und Indikationsqualität zu sehen ist.

Umsetzung: Indikationsqualität

Eine gute Indikationsstellung ist die Voraussetzung dafür, die für den Patienten geeignete Behandlung auszuwählen. Selbst wenn eine Behandlung gut durchgeführt wird, bei richtiger Indikationsstellung aber gar nicht nötig gewesen wäre, bringt diese dem Patienten im besten Fall keinen Zusatznutzen und verursacht 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. Es gibt jedoch durchaus 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 diese Gefahr 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).

Umsetzung: Strukturqualität

Vorgaben zur Strukturqualität sind am leichtesten festzulegen und zu überprüfen, daher beziehen sich viele Qualitätsanforderungen in der stationären Versorgung auf diesen Bereich. Etwa 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 zur Teilnahme an der entsprechenden stationären Versorgung verbindlich festgelegt werden. 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 Behand-

Abbildung 13

Ausgewählte Qualitätsvorgaben am Beispiel der Neonatologie

| | |
|--|---|
| <p>Perinatalzentrum Level 1</p> <p>Aufnahme- und Zuweisungskriterium: Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm oder Gestationsalter < 29 + 0 SSW</p> <p>Infrastruktur: Mind. 6 neonatologische Intensivtherapieplätze je mit Inkubator, EKG, Pulsoximeter. Beatmungsgerät an mind. 4 Intensivtherapieplätzen</p> <p>Ärztliche Versorgung: neonatologischer Intensivbereich mit permanenter Arztpräsenz (24-Stunden-Präsenz, kein Bereitschaftsdienst)</p> | <p>Perinatalzentrum Level 2</p> <p>Aufnahme- und Zuweisungskriterium: Geburtsgewicht 1.250 - 1.499 Gramm oder Gestationsalter 29 + 0 bis 31 + 6 SSW</p> <p>Infrastruktur: Mind. 4 neonatologische Intensivtherapieplätze je mit Inkubator, EKG, Pulsoximeter. Beatmungsgerät an mind. 2 Intensivtherapieplätzen</p> <p>Ärztliche Versorgung: neonatologischer Intensivbereich mit permanenter Arztpräsenz (Schicht- oder Bereitschaftsdienst)</p> |
| <p>Perinataler Schwerpunkt</p> <p>Aufnahme- und Zuweisungskriterium: Geburtsgewicht mind. 1.500 Gramm oder Gestationsalter 32 + 0 bis 35 + 6 SSW</p> <p>Infrastruktur: Möglichkeit zur notfallmäßigen Beatmung muss vorhanden sein</p> <p>Ärztliche Versorgung: bei unerwarteten neonatologischen Notfällen muss ein Arzt der Kinderklinik innerhalb von 10 Minuten im Kreißsaal und der Neugeborenenstation sein</p> | <p>Geburtsklinik</p> <p>Aufnahme- und Zuweisungskriterium: Schwangere ab 36 + 0 SSW ohne zu erwartende Komplikationen</p> <p>Beachtung der Kriterien für eine Zuweisung in höhere Versorgungsstufen als Prozessqualitätsmerkmal</p> |

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

lungsqualität 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 Transplantationsmedizin), Mindestfallzahlen für die Leistungserbringer vorgeschrieben. Bei einer konsequenten Umsetzung in einer reformierten Krankenhausplanung, sollte sich dabei gleichzeitig ein gewünschter Abbau nicht nötiger Vorhaltekosten ergeben. Abbildung 13 zeigt am Beispiel der Neonatologie ausgewählte vom G-BA festgelegte Prozessbeschreibungen und Strukturanforderungen für die Krankenhäuser der verschiedenen Behandlungsebenen.

Umsetzung: Prozess- und Ergebnisqualität

Zur Messung der Prozess- und Ergebnisqualität hat der G-BA aktuell für 30 Leistungsbereiche bereits 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. Die 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,

- objektive, eindeutige Ergebnisparameter (z.B. Mortalität und schwerste Morbidität/Komplikationen),
- sehr gute Risikoadjustierung³⁵.

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. Vor allem für prozessbezogene Qualitätsindikatoren sind Referenzbereiche oftmals definiert; für ergebnisbezogene Kriterien (z.B. Wiedererkrankung, Sterblichkeit) ist dies hingegen bei vielen Leistungsbereichen meist nicht möglich.

Tabelle 5
Qualitätsindikatoren (AQUA) für Leistungsbereich „Gynäkologische Operationen“

| Indikator-ID | Indikatorbezeichnung (allg. verständlich) | Referenzbereich | Bundesweite Werte | |
|--------------|---|------------------------|-------------------|---------------------------------|
| | | | Mittelwert | Vertrauensbereich 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.

Werden bei der Auswertung für die einzelnen Häuser statistische Auffälligkeiten identifiziert und bei der Überprüfung durch Expertengruppen Qualitätsmängel im Rahmen des strukturier- ten 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 für weitere Leistungsbereiche ausgeweitet werden.

Umsetzung: Vorgaben für Zentren und Schwerpunkte

Krankenhäuser, die als Zentren und Schwerpunkte nach §5 Abs. 3 KHEntg besondere Aufgaben außerhalb des DRG-Katalogs erbringen (z.B. Telekonsile, Vorbereitung von Fachkonferenzen, etc.) können dafür einen krankenhausspezifischen Zuschlag erhalten. Die entgeltrechtliche

³⁵ Unter Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren versteht man, dass bei der Berechnung der Qualitätsindikatoren berücksichtigt wird, dass die individuellen Risiken der Patienten (Risikofaktoren) Einfluss auf das Ergebnis nehmen, und dass diese Risiken zwischen den Leistungserbringern unterschiedlich verteilt sind (Patientenmix).

Bezeichnung als Zentrum ist allerdings nicht identisch mit den fachgesellschaftlichen Zentren oder den durch die Deutsche Krebsgesellschaft zertifizierte Zentren. Die Unterschiede zwischen der planerischen Ausweisung und den entgeltrechtlichen Voraussetzungen eines Zentrums führten bisher oft zu juristischer Auseinandersetzungen. Durch die aktuelle Rechtsprechung³⁶ 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 sollten durch den G-BA klare Anforderungen einerseits an die Strukturqualität (z.B. Geräte, Personal, Mindestmengen) und andererseits vor allem an die Prozessqualität bei der Erbringung der besonderen Aufgaben festgelegt werden. Solche bundeseinheitlichen Vorgaben sollten dann verbindlich für die krankenhauplanerische 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.

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.

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 ist.³⁷ 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.

Solange keine wissenschaftlich fundierten Erkenntnisse zur Ergebnisqualität einer neuen Behandlung vorliegen, sollte diese aus Gründen der Patientensicherheit und zur Vermeidung unnötiger Kosten nicht flächendeckend eingesetzt werden. Stattdessen dürfen 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.

³⁶ Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 22.5.2014 (3 C 8/13, UA Rn. 13)

³⁷ Dies gilt nicht für medikamentöse Innovationen, da es für Arzneimittel andere gesetzliche Regelungen gibt.

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.).

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.

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 regional kleinräumig Informationen zur demographischen und sozioökonomischen Entwicklung, sowie zur Krankheitslast. Regionale Fallzahlen gibt es bereits in der DRG-Statistik und den Diagnosedaten der Krankenhausstatistik - sie müssten 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

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 liegen etwa Daten zur Strukturausstattung der Krankenhäuser nicht überprüfbar vor. 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 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, ist in den meisten Fällen aufgrund der aggregierten Daten allerdings gar nicht notwendig.

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 entsprechende Datengrundlage kann einerseits die Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes bzw. der Landesämter herangezogen werden. Auf der anderen Seite liegen sowohl die DRG-Daten des InEK, die Diagnosedaten der Krankenhausstatistik und die vom Bundesversicherungsamt für den M-RSA³⁸ 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-Daten³⁹ fallbezogen und abrechnungsorientiert erhoben werden und sich nicht nach der Fachrichtungsstruktur richten.

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, sollten allerdings zunächst auf ihre Verwendbarkeit überprüft werden. Epidemiologische Daten (z.B. Impfraten, sportliches Verhalten, CO₂-Belastung), die ebenfalls aus bundesweiten Befragungen vorliegen, sollten auch kleinräumig erfasst werden, um regionale Krankenhaushäufigkeiten besser zu evaluieren. Für die sektorenübergreifende Ausrichtung der stationären Versorgung ist zudem ein Zugriff auf die ambulanten Daten der kassenärztlichen Vereinigungen notwendig⁴⁰. Eine entsprechende Vorgabe sollte verbindlich festgelegt werden.

Neben der zukünftigen Bedarfsplanung muss auch das Monitoring der vorhandenen, aktuellen Versorgungsdaten und der verwendeten Datengrundlage 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 in der Notfallversorgung sowie in den beiden Versorgungsstufen „Grund- und Regelversorgung“ und „Schwerpunkt- und Maximalversorgung“ erhoben werden.

Um den Qualitätsaspekt bezüglich der Prozess- und Ergebnisqualität in der Krankenhausplanung stärker berücksichtigen zu können, ist die Nutzung der bereits vorhandenen Daten aus der Qualitätssicherung erforderlich⁴¹. Der GBA 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 rele-

³⁸ *Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, mit dem die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen gesteuert werden.*

³⁹ *Nach § 21 KHEntgG und § 301 SGB V*

⁴⁰ *Nach § 295 SGB V*

⁴¹ *Nach § 137 SGB V*

vante Referenzwerte oder Qualitätsmindestscores entwickelt werden, mit deren Hilfe die Konsequenzen aus dem Versorgungsmonitoring rechtssicher umgesetzt werden können.

Empfehlung 7: Vorgaben durch systematisches Versorgungsmonitoring überprüfen

Ein systematisches Qualitätsmonitoring muss anhand geeigneter Indikatoren die Einhaltung der qualitativen Mindestvorgaben überprüfen, um das Risiko von qualitativer Fehlversorgung zu senken. Bei dauerhaft schlechter Qualität eines Krankenhauses sollte den Krankenkassen das Recht eingeräumt werden, den Versorgungsauftrag für den betroffenen Leistungsbereich zu kündigen. Im Gegenzug soll die Erbringung besonders guter Qualität belohnt werden können.

Die Einhaltung der Erreichbarkeitsvorgaben muss vorausschauend überwacht werden, damit es zu keiner Unterversorgung kommt. In ausreichend versorgten Gebieten kann das Angebot reduziert werden. Ist durch eine angedachte Leistungsreduktion eine Überschreitung der vorgesehenen Erreichbarkeitszeiten absehbar, sollten bei Krankenhäusern mit guter Qualität vor allem sektorenübergreifende Anpassungsmaßnahmen zur Stabilisierung der Wirtschaftlichkeit geprüft werden. Sollte dies nicht gelingen, ist ein Sicherstellungszuschlag zu gewährleisten. Diesen haben die Krankenversicherungen zu zahlen, wenn es zur Einhaltung der bundesweiten Mindeststandards erforderlich ist. Entscheidet sich eine Region für über den Mindeststandard hinausgehende Vorgaben, müssen die dadurch entstehenden Zusatzkosten regional getragen werden.

Ein systematisches Verfahren zum Monitoring von Überversorgung soll das Risiko nicht gerechtfertigter Behandlungen für die Patienten und die Gefahr unnötiger Belastung für die Kostenträger verringern. Dabei sind nicht bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen über (nicht anderweitig erklärbare) regionale Abweichungen in der Häufigkeit der erbrachten Leistungen zu identifizieren. 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, um die Patientensicherheit zu erhöhen.

Begründung

Zur Überprüfung der in Empfehlung 1 erläuterten Bundesvorgaben muss die Krankenhausplanung um ein verbindliches Monitoringverfahren erweitert werden. Mithilfe dieses Versorgungsmonitorings wird die notwendige Datengrundlage geschaffen, um Fehlversorgung frühzeitig zu erkennen und den Selbstverwaltungspartnern eine rechtsichere Basis für geeignete Gegenmaßnahmen an die Hand zu geben. 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 Krankenhäuser ist im Monitoringverfahren fortlaufend anhand der vorgegebenen Indikatoren zu überprüfen. Als Reaktion auf dauerhaft schlechte Qualität können die entsprechenden Leistungsbereiche eines Leistungserbringers 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, d.h. eine unnötige Mengendynamik, verhindert werden kann.

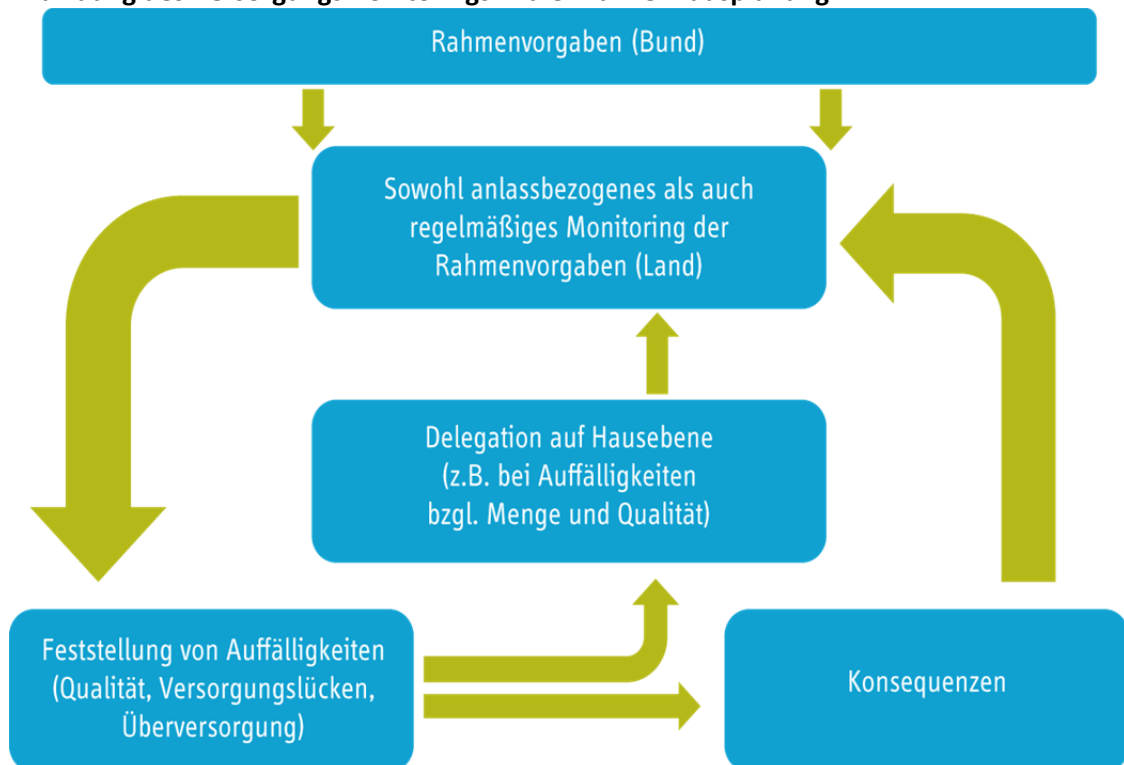
Umsetzung: Einbindung des Monitorings in die Krankenhausplanung

Die praktische Durchführung des Versorgungsmonitorings sollte ebenso wie die Rahmenplanung 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 und überprüften Bundesvorgaben ermöglichen es, lokale Auffälligkeiten systematisch zu erkennen und auf Fehlversorgungstendenzen frühzeitig zu reagieren. Abbildung 14 stellt diesen Prozess schematisch dar. Auf Landesebene können die Ergebnisse der Monitorings 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. Das Leistungsspektrum eines Krankenhauses wird somit verbindlich durch die Selbstverwaltungspartner festgelegt. Parallel können Selektivverträge für einzelne Leistungsbereiche abgeschlossen werden. Dies ändert nichts an der freien Krankenhauswahl der Versicherten.

Abbildung 14

Einbindung des Versorgungsmonitorings in die Krankenhausplanung



Quelle: Eigene Darstellung.

Umsetzung: Versorgungsmonitoring nach drei Kriterien

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 (Abbildung 15). Das Monitoring zur Einhaltung der Qualitätsvorgaben geht dabei Hand in Hand mit der Überwachung der Erreichbarkeitsvorgaben: Sowohl Minderqualität als auch mangelnde Erreichbarkeit sollten vermieden werden. Sie können aber miteinander zusammenhängen, wenn ein Krankenhaus geringe Qualität erbringt, aber gleichzeitig aus Erreichbarkeitsgründen notwendig für die flächendeckende Versorgung ist. Abbildung 16 stellt dar, welche Konsequenzen aus den beiden Kriterien abgeleitet werden sollten.

Abbildung 15

Versorgungsmonitoring zur Vermeidung bzw. Abbau von Fehlversorgung

| Qualitative Fehlversorgung | Unterversorgung | Überversorgung |
|--|---|--|
| <p>Zulassung nur bei Erfüllung struktureller Qualitätsanforderungen</p> <p>Bei dauerhafter Nichterreichung der Mindestvorgaben: Ausschluss der betroffenen Leistungssegmente</p> | <p>Bei absehbarer Leistungsreduktion: Überprüfung der Erreichbarkeitsvorgaben mit Geo-Informationssystemen</p> <p>Bei Gefahr der Schließung erreichbarkeitsrelevanter Krankenhäuser:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prüfung alternativer wirtschaftlich tragbarer (z.B. sektorenübergreifender) Versorgungsformen 2. Bei Nichtvorhandensein von Alternativen: Sicherstellungszuschlag oder Rekrutierung anderer Anbieter | <p>Bei geplanter Angebotsausweitung eines Krankenhauses: Überprüfung der regionalen Fallzahlen im Leistungssegment</p> <p>Abgleich der Fallzahlen mit (regionalisiertem) Richtwert, bestimmt durch lokale Bedarfsvariablen</p> <p>Bei festgestellter Überversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Angebotsausweitung wird untersagt ▶ Maßnahmen zur Steigerung der Indikationsqualität in überversorgten Regionen |

Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 16

Konsequenzen bei drohender Fehlversorgung

| Ursachen der Fehlversorgung | Qualität gut | Qualität schlecht |
|--------------------------------|--|--|
| Erreichbarkeit nicht gefährdet | Kein Handlungsbedarf <i>(Belohnung von besonders guter Qualität)</i> | Qualitätsauflagen, sonst Entzug des Versorgungsauftrags <i>(kein Preisabschlag für schlechte Qualität)</i> |
| 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 Leistungsbe- reiche überwacht werden und die Ergebnisse in die Rahmenplanung einfließen. Abbildung 17 zeigt, wie ein systematisches Qualitätsmonitoring funktionieren könnte. Strukturelle Qualitäts- anforderungen 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. Die Strukturanforderungen müssen vor Ort beispielsweise durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen überprüft und die Ergebnisse auf Landes- ebene zusammengetragen werden.

Abbildung 17

Versorgungsmonitoring zur Sicherstellung der Qualitätsvorgaben



Quelle: Eigene Darstellung.

Um die Qualität der Versorgung in den Krankenhäusern dauerhaft sicherzustellen, muss die Einhaltung der prozess- und ergebnisbezogenen Qualitätsvorgaben 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.⁴² In diesem Fall ist allerdings die Sicherstellung der Erreichbar-

⁴² An dieser Stelle sei angemerkt, dass langfristig bei ausreichender Qualitätstransparenz kaum noch 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 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.

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.

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.⁴³

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. 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.

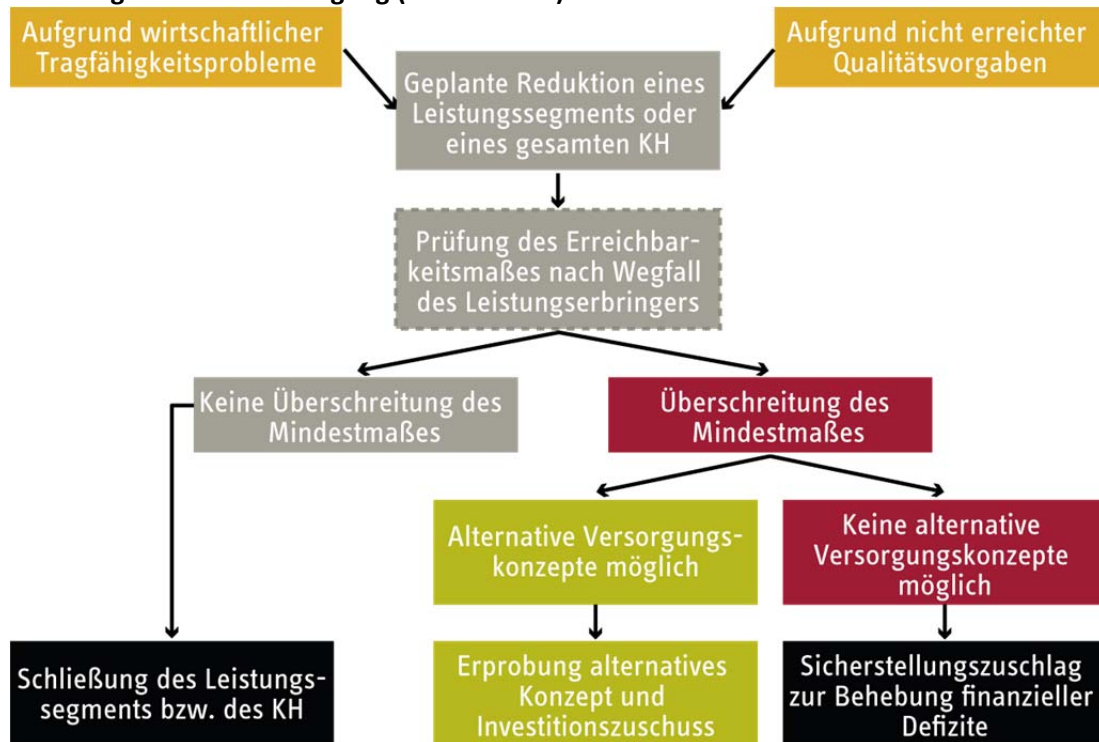
7.2 Monitoring von Unterversorgung

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

Abbildung 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 darauf hin prüft, ob nach einer anstehenden Veränderung Monopole zu befürchten sind, prüft das Erreichbarkeitsmonitoring, ob nach einer anstehenden Veränderung Versorgungslücken entstehen.

⁴³ *Praktische Ausgestaltungsmöglichkeiten zu den Konsequenzen des Qualitätsmonitorings wurden in einem aktuellen IGES-Gutachten (2013) analysiert.*

Abbildung 18
Monitoring von Unterversorgung (schematisch)



Quelle: Eigene Darstellung.

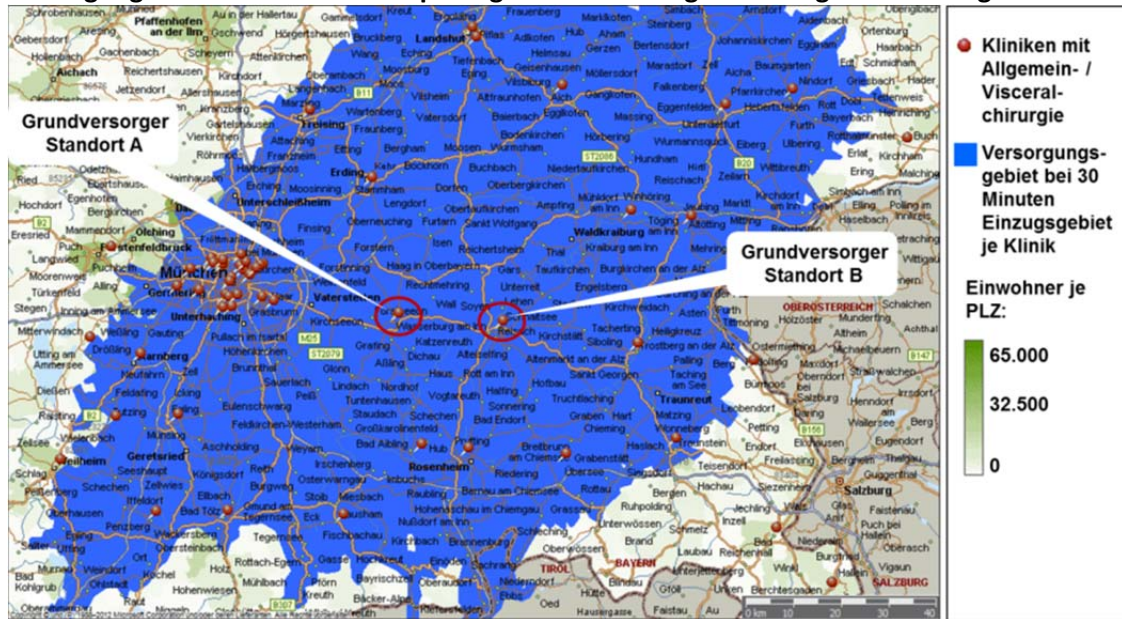
Umsetzung: Erreichbarkeitsprüfung

Wie ein derartiges Monitoring in der Praxis funktionieren kann, zeigen die nachfolgenden Karten 3 – 5 beispielhaft für eine ausgewählte Region⁴⁴. 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 5 zeigt den Fall, dass nach Schließung von Standort A nun auch der Standort B wegzufallen droht. Damit ergäbe sich eine Versorgungslücke. Für 13.693 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.

⁴⁴ 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 3

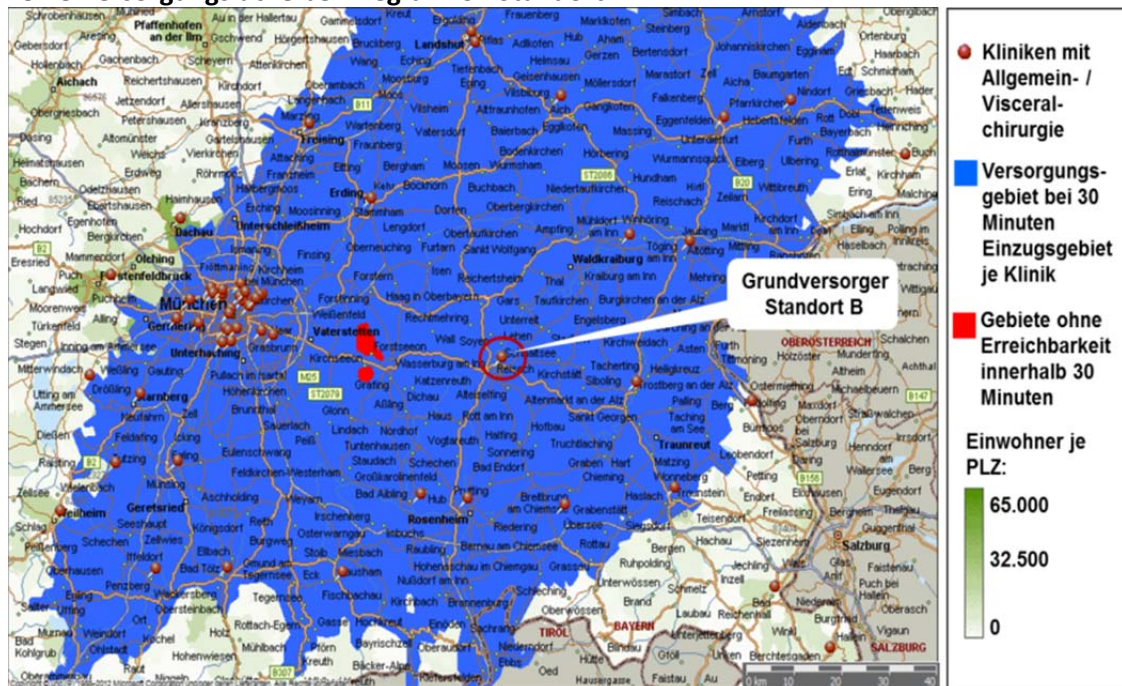
Versorgungssituation in einer Beispielregion mit Leistungen der Allgemeinchirurgie



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

Karte 4

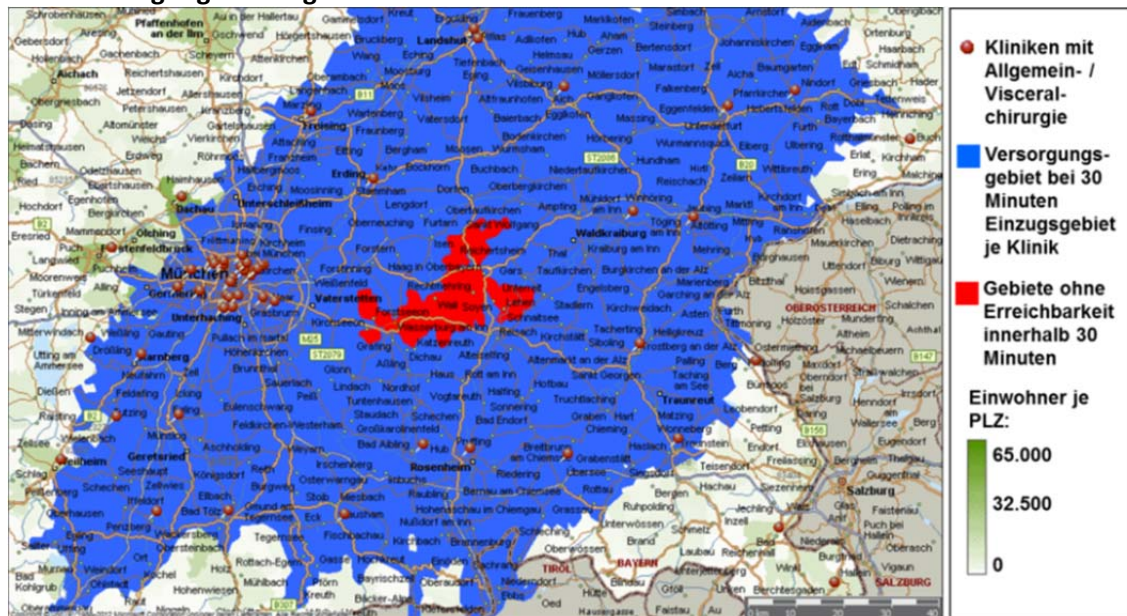
Keine Versorgungslücke bei Wegfall von Standort A¹



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

Unterversorgung bei Wegfall von Standort A und Standort B



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

Umsetzung: Anpassung der Angebotsstruktur

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

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 Pa-tienten übernehmen kann. Die vollstationäre Behandlung bleibt vorhanden und wird mit teilstationären Leistungen ergänzt. Durch die telemedizinische Anbindung an Schwerpunkt-krankenhäuser 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.⁴⁵ 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

⁴⁵ 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.

um Fachärzte zwischen dem stationären und dem niedergelassenen Bereich verhindert werden.

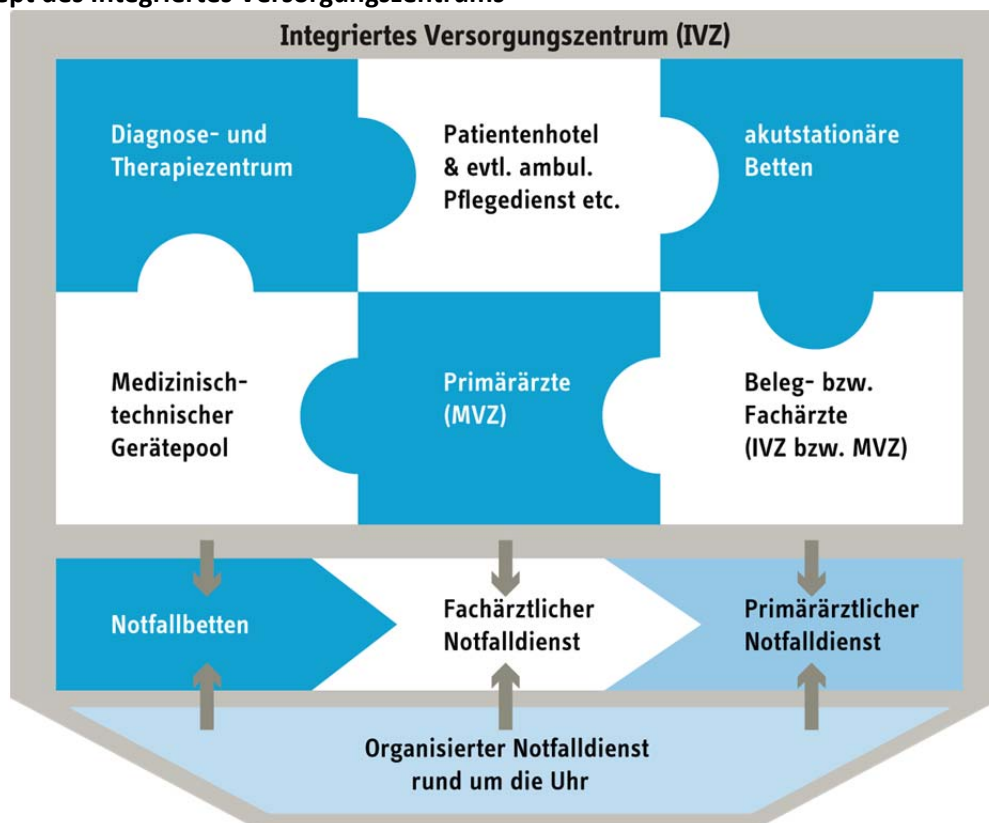
Abbildung 19 zeigt den schematischen Aufbau eines IVZ. Im so genannten fachärztlichen Diagnose- und Therapiezentrum des IVZ profitieren die Patienten von der hohen interdisziplinären fachlichen Kompetenz und von einem hochwertigen medizinisch-technischen Gerätepool. Durch teilstationäre Leistungserbringung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

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.

Abbildung 19

Konzept des Integriertes Versorgungszentrums



Quelle: Beivers (2010).

Umsetzung: Sicherstellungszuschlag

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 krankenhausbbezogener Pauschalzuschlag gewährt werden, der über alle Fälle hinweg abgerechnet wird. Außerdem sollte er zunächst auf die Dauer von wenigen Jahren befristet sein.

Aufgrund dieser Finanzierungs Konsequenzen müssen die Krankenversicherungen in die Prüfung alternativer Versorgungsangeboten 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. 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.

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 zusätzlich 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. Insofern muss den finanzierenden Institutionen ein starkes Mitspracherecht eingeräumt werden.

Defizite in der Notfallversorgung sind andererseits 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 erhöhten 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 eine positive Wirkung auf die Bilanz 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.

7.3 Monitoring von Überversorgung

Auch die Gefahr einer Überversorgung sollte durch das Monitoring im Auge behalten werden. Speziell bei der geplanten Leistungsausweitung eines Krankenhauses muss durch das Versorgungsmonitoring überprüft werden, ob dieses Angebot das Kriterium der Bedarfsgerechtigkeit erfüllt. Zwar gerät durch die Ausweitung eines Angebots natürlich niemals die Versorgungssicherheit in Gefahr. Sie wird sich im Gegenteil sogar verbessern und kann durch einen erhöhten 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 Informationsasymmetrie⁴⁶ 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 für diese Steigerung in den Fallzahlen medizinische Ursachen gibt. Eine solche – nicht bedarfsgerechte – Ausweitung der Behandlungsfälle gilt als Überversorgung. Sie ist ein Zeichen für Qualitäts- und Effizienzprobleme in der Gesundheitsversorgung.

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 (vor allem ökonomische) Überlegungen des Anbieters die Indikationsstellung beeinflussen. 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 die Mengendynamik reduzieren können (Geraedts 2013): Es werden also weniger unnötige Behandlungen durchgeführt als ohne Zweitmeinungsverfahren.

Aus ökonomischer Sicht sind unnötige Mehrbehandlungen so genannte negative externe Effekte: Die Profiteure einer Entscheidung sind nicht direkt an den daraus entstehenden Kosten beteiligt und müssen diese daher bei ihrer Entscheidung nicht berücksichtigen. Im konkreten Fall kann für die Krankenhäuser eine Ausweitung der abzurechnenden Mengen zwar ein wirtschaftlich sinnvolles Handeln darstellen, jedoch berücksichtigen sie nicht, dass dies zu negativen Effekten sowohl für die Patienten als auch für diejenigen, die die Kosten zu tragen haben (also die Krankenversicherungen bzw. die Versicherten) führt. Gefahren für die Patienten entstehen dabei durch Behandlung ohne oder nur mit geringem Nutzen und den möglicherweise daraus resultierenden Gesundheitsrisiken. Den Kostenträgern (und damit der Versichertengemeinschaft) werden unnötige Kosten in Rechnung gestellt. Dadurch werden dem Gesundheitssystem die knappen finanziellen und auch personellen Ressourcen entzogen; sie fehlen möglicherweise an anderer Stelle bei notwendigen Behandlungen. Aufgrund seiner großen Bedeu-

⁴⁶ 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.

tung für die Patientensicherheit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung ist ein Monitoring von Überversorgung daher unbedingt in die reformierte Krankenhausplanung aufzunehmen. Die wesentliche Herausforderung ergibt sich dabei 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.⁴⁷ 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.

Für die Bedarfsplanung und das künftige Überversorgungsmonitoring im *stationären* Bereich kann diese Praxis nur sehr begrenzt als Vorlage dienen. Zum einen zeigen aktuelle Untersuchungen, dass die ambulante Bedarfsplanung in vielen Bereichen den tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung nur unzureichend widerspiegelt (Bertelsmann Stiftung 2014). Zum anderen kann das Angebot im stationären Bereich nicht über eine vergleichbare 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 auch in den meisten Krankenhausplänen der Länder inzwischen kein relevantes Kriterium mehr für die Versorgungsplanung. Sie kann daher auch beim Versorgungsmonitoring einer reformierten Krankenhausplanung keine geeignete Größe darstellen.

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. Die Kontrolle, ob die Fallzahlen möglicherweise von Seiten des Anbieters unnötig hochgetrieben wurden, sollte demzufolge über regionale Abweichungen gegenüber einem bundesweiten Richtwert erfolgen. Untersuchungen von Augurzky et al. (2012) zeigen deutliche Unterschiede bei den regionalen stationären Fallzahlen: Sie sind ein Anzeichen von regionaler Fehlversorgung. Ähnliche Ergebnisse liegen für einzelne Leistungsbereiche vor: So werden in manchen Landkreisen achtmal so viele Mandel-Operationen pro Einwohner (Kind) vorgenommen als in anderen Regionen. Ähnlich große regionale Unterschiede gibt es bei der Entfernung des Blinddarms, der Prostata oder beim Einsetzen eines Defibrillators am Herzen (Bertelsmann Stiftung 2014). Diese hohen regionalen Abweichungen sind weder medizinisch noch demographisch zu erklären und sind seit 2007 bei den einzelnen medizinischen Eingriffen nahezu konstant geblieben (Bertelsmann Stiftung 2014).

Bei einem systematischen Monitoring von Überversorgung müssen daher 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 überschreiten, können als möglicherweise überversorgte Gebiete identifiziert werden. In einem ersten Umsetzungsschritt

⁴⁷ Als angemessen gilt demnach ein Hausarzt für 1.671 Einwohner, während je nach Planungsregion ein Augenarzt pro 13.399 bis 20.664 Einwohner ausreicht.

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

Neben der Häufigkeit von Behandlungen sollten noch weitere Faktoren berücksichtigt werden, um Überversorgung zu vermeiden. So benötigt ein Monitoring zusätzliche Informationen darüber, welche Faktoren die regionalen Unterschiede bestimmen sowie wie groß dieser Einfluss tatsächlich ist, um Aussagen über eine Überversorgung (also Abweichungen vom objektiven Bedarf) treffen zu können. Dabei muss zwischen einer nachfrage- und angebotsseitigen Mengenausweitung unterschieden werden.

Als Gründe, welche auf der Nachfrageseite zu regional unterschiedlicher Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung führen, bieten sich unter anderem folgende mögliche Einflussfaktoren an:

- Alter und Geschlecht,
- Morbiditätsstruktur⁴⁸,
- Vermögen und Einkommen,
- soziale Schicht und Beruf,
- Bevölkerungsdichte,
- Arbeitslosenquote und Anteil der Transferempfänger,
- Familienstand und Haushaltsgröße, insbesondere Alleinstehende,
- Anteil der Migranten.

Als Einflussgrößen auf der Angebotsseite kommen folgende Faktoren in Frage:

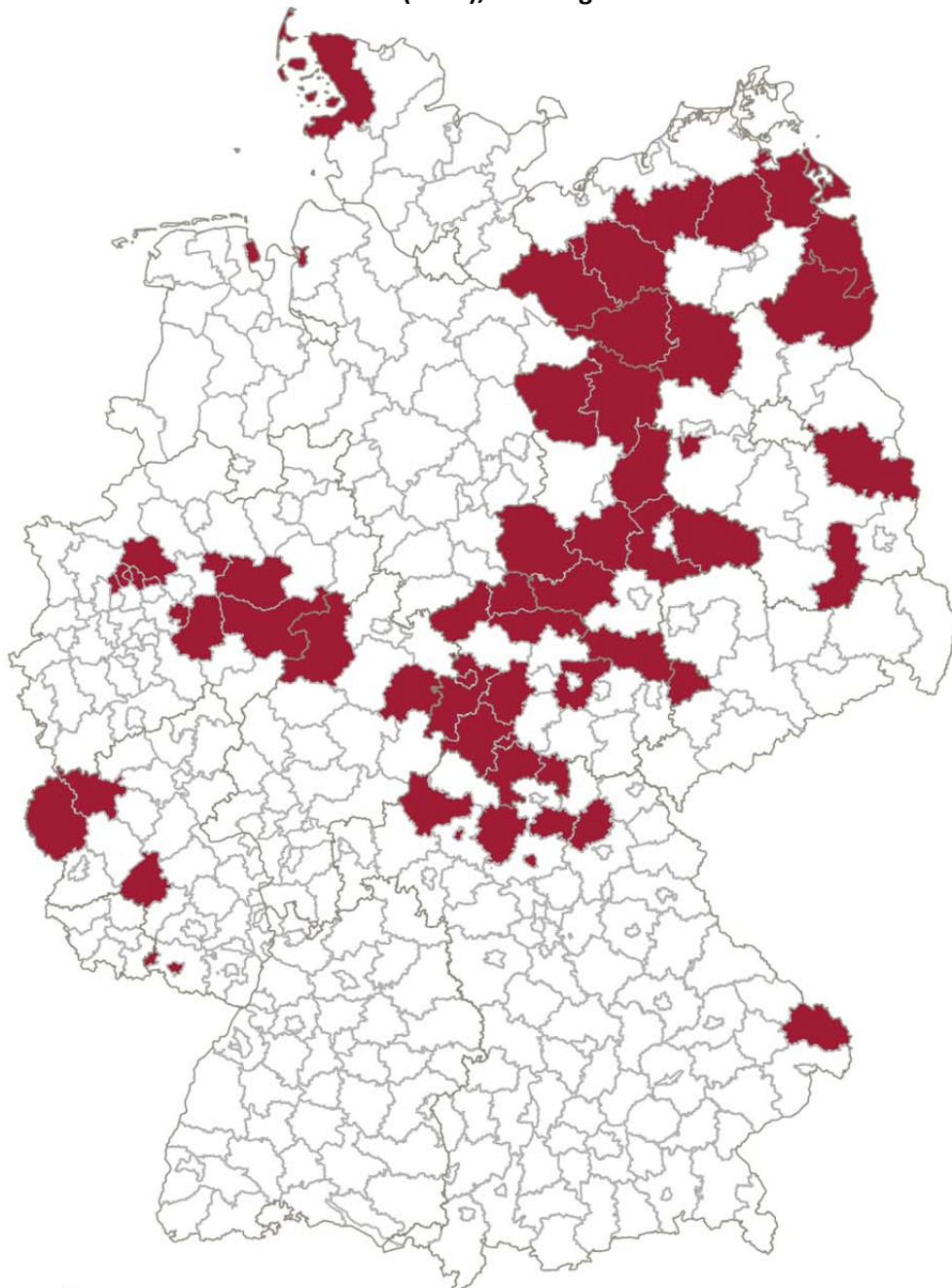
- Haus- und Facharztdichte,
- Krankenhausbetten je Einwohner
- Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten, Krankenhäusern, sozialen Diensten sowie Institutionen der Pflege und Langzeitversorgung.

Kurzfristig kann eine Anpassung der Fallzahlen zumindest durch die Überprüfung nach Alter und Geschlecht der behandelten Patienten erfolgen. Karte 6 zeigt beispielhaft eine entsprechende Auswertung der stationären Fälle aus dem Jahr 2010 nach Landkreisen. Die Landkreise mit den meisten stationären Behandlungen pro Einwohner liegen vor allem in Mittel- und Ostdeutschland. Interessant ist, dass in den 15% der Landkreise mit weit überdurchschnittlicher Krankenhausinanspruchnahme nur weniger als 10% der Bevölkerung leben – es handelt sich hierbei also um eher ländliche und weniger dicht besiedelte Regionen. Ob das Monitoring auf Landkreisebene zu engmaschig ist und regionale Patientenbewegungen dabei zu Verzerrungen führen können, muss künftig genauer untersucht werden. Möglicherweise ist eine Analyse auf Basis der 96 Raumordnungsregionen in Deutschland besser für das Monitoring geeignet. Grundsätzlich sollte das Monitoring nicht auf Grundlage aller stationären Fallzahlen erfolgen, sondern einzelne Leistungsbereiche sollten getrennt auf Überversorgung überprüft werden.


⁴⁸ Die Morbiditätsstruktur zeigt die Krankheitshäufigkeit in einer Region bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe an.

Karte 6

Zahl der stationären Fälle nach Wohnort (2010), nach regionalen Ausreißern



Legende

 < 85%  > 85%

Anmerkung: Bereinigung nach Alter und Geschlecht der Patienten; Fälle nach Wohnort

Quellen: RWI, FDZ (2013), Stat. Landesämter (2011).

Lesehilfe: Die rot markierten Landkreise gehören zu den 15% der Regionen, die in der Rangfolge der Fallzahlen gelistet die meisten Fallzahlen pro Einwohner aufweisen. Die 85% der restlichen Regionen haben niedrigere Fallzahlen und gelten als unauffällig.

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 könnten mithilfe dieses Bedarfsindex überprüft werden. Regionen, deren Behandlungshäufigkeiten nicht durch einen erhöhten Bedarf erklärbar sind, würden entsprechend als „überversorgte Regionen“ identifiziert.

Umsetzung: Konsequenzen aus dem Überversorgungsmonitoring

Nachdem 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 zunächst nur bei geplanten Leistungsausweitungen (ausgehend vom Status quo) Konsequenzen eingeleitet werden.

Abbildung 20 zeigt die schematische Darstellung des Überversorgungsmonitorings: Wird eine Leistungsausweitung in einer Region geplant, die nicht als überversorgt gilt, so kann sie bei einem neuen Anbieter nur dann stattfinden, wenn dort bisher eine Erreichbarkeitslücke vorliegt (d.h. nicht ausreichend Anbieter vorhanden sind) oder die vorhandenen Anbieter in der Region die zusätzlichen Kapazitäten nicht bereitstellen können. Andernfalls ist es aus ökonomischen Gründen zu präferieren, das zusätzliche Angebot bei jenen Krankenhäusern vor Ort zu erweitern, die diesen Leistungsbereich bereits anbieten. Dadurch würden geringere Investitionskosten anfallen als bei einem kompletten Neueinstieg eines Krankenhauses in diesen Leistungsbereich.

Wird die betroffene Region beim Monitoring hingegen als überversorgt identifiziert, sollte in jedem Fall die Indikationsqualität für das betroffene Leistungssegment verbessert werden. Zu diesem Zweck sollten die Patienten bei allen Krankenversicherungen ein Anrecht auf Zweitmeinungsverfahren bei den entsprechenden Behandlungen erhalten und es ihnen aktiv – ggf. unterstützt durch positive Anreize – angeboten werden. Versicherungen könnten z.B. Patienten durch Anschreiben proaktiv auf entsprechende, bereitgestellte „Vertrauens-/Amtsärzte“, welche die Zweitmeinung durchführen, hinweisen. Auch finanzielle Anreize für Versicherte, die das Angebot der Zweitmeinung nutzen, sowie Aufklärungsarbeit vor Ort können helfen, die Indikationsqualität zu erhöhen.

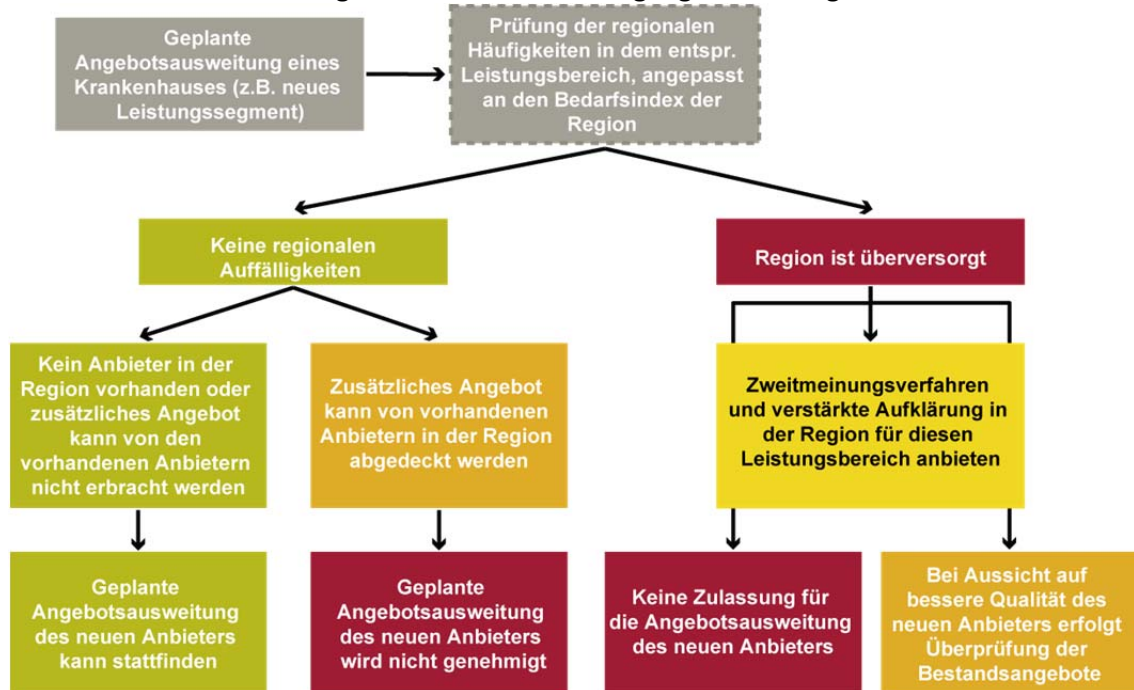
Des Weiteren sollte in überversorgten Regionen eine Angebotsausweitung in dem betroffenen Leistungsbereich verhindert werden. Basierend auf dem ökonomischen Umgang mit externen Effekten könnte dies entweder über eine staatliche Verbotsregelung oder über private Verträge erfolgen. Konkret bedeutet dies, dass einem Krankenhaus, das in einem überversorgten Bereich sein Leistungsangebot ausbauen möchte, dies von der Planungsbehörde nicht gestattet wird. Im Falle der vertraglichen Regelung wäre dagegen die Konsequenz, dass der Eintritt eines voraussichtlich qualitativ besseren Anbieters gestattet wird und sich der Wettbewerb unter den bestehenden Anbietern erhöht. Dazu würde in der gesamten überversorgten Region für diesen planbaren Leistungsbereich der Kontrahierungszwang⁴⁹ aufgehoben und die Krankenversicherungen könnten mit ausgewählten Krankenhäusern kollektive Selektivverträge ab-

⁴⁹ Die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen dem Kontrahierungszwang, d.h. sie sind dazu verpflichtet, allen Krankenhäusern mit Versorgungsauftrag die Behandlung ihrer Patienten zu vergüten.

schließen. Dadurch würden die Angebotsstrukturen in überversorgte Regionen nicht pauschal abgeschottet, sondern ein Qualitätswettbewerb durch neue Anbieter ermöglicht werden.

Abbildung 20

Schematischer Entscheidungsbaum zum Überversorgungsmonitoring



Quelle: Eigene Darstellung.

Darüber hinaus ist eine kontinuierliche Überwachung der regionalen Überversorgung für einzelne Leistungsbereiche anzustreben, unabhängig von geplanten Angebotsausweitungen. 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.

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* Krankenhausplanung, bei der die Versorgungsstrukturen so umgestaltet werden, dass 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

| System | 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 – „Hausarztpatienten“ | 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 – „Hausarztpatienten“ | 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 Patientenzustand sondern auch nach Personal- und Raumressourcen einstuft | Level 1 und 2 sofort Level 3-5 in Abhängigkeit von den Ressourcen | |

Tabelle A2

Leistungsbereiche mit vorgeschriebenen Qualitätsindikatoren (2014)

| Leistungsbereich | Insgesamt Anzahl | Davon veröffentlichungspflichtig 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 |
| 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, 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.

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

Lauterbach, K.W. und M. Lungen (2003), Abschätzung der zukünftigen Auslastung, Bettenkapazität und Standortvorhaltung im akutstationären Bereich *G+S Gesundheits- und Sozialpolitik* 28/3 (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 Mengenenwicklung gem. § 17b Abs. 9 KHG, Hamburg. Internet: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/mengensteuerung/Gutachten_zur_Mengenenwicklung.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.