ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of
ZBW
Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Vogel, Justus; Kuklinski, David; Geissler, Alexander

Research Report

Auswirkungen der Krankenhausreform in Deutschland: Diskussion der Möglichkeiten einer Folgenabschätzung der Reform und des Potenzials der NRW-Qualitätsvorgaben

Schriftenreihe in Health Economics, Management and Policy, No. 2023-03

Provided in Cooperation with:
University of St.Gallen, School of Medicine, Chair of Health Economics, Policy and Management

Suggested Citation: Vogel, Justus; Kuklinski, David; Geissler, Alexander (2023) : Auswirkungen der Krankenhausreform in Deutschland: Diskussion der Möglichkeiten einer Folgenabschätzung der Reform und des Potenzials der NRW-Qualitätsvorgaben, Schriftenreihe in Health Economics, Management and Policy, No. 2023-03, Universität St.Gallen, School of Medicine, Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen, St.Gallen

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/279519

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.

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Working Paper Series in Health Economics, Management and Policy

2023 – Nr. 03

Auswirkungen der Krankenhausreform in Deutschland: Diskussion der Möglichkeiten einer Folgenabschätzung der Reform und des Potenzials der NRW-Qualitätsvorgaben

Justus Vogel, David Kuklinski, Alexander Geissler

"From insight to impact"

Universität St.Gallen
School of Medicine

Working Paper Series in Health Economics, Management and Policy

Editor

Prof. Dr. Alexander Geissler
Professor
Chair of Healthcare Management
School of Medicine
University of St.Gallen

Editorial office

Justus Vogel
PostDoc/ Scientific Project Leader
Chair of Healthcare Management
School of Medicine
University of St.Gallen

The entire series of publications is available on our website at: https://med.unisg.ch/en/research/health-care-management/publications/

© 2023. This publication is licensed by the CC license CC-BY-NC-ND 4.0

Auswirkungen der Krankenhausreform in Deutschland: Diskussion der Möglichkeiten einer Folgenabschätzung der Reform und des Potenzials der NRW-Qualitätsvorgaben

Keywords: Spitalplanung; Krankenhausplanung; Leistungsgruppen; Qualitätsvorgaben; Folgenabschätzung

JEL Classification: I11, I18

Authors:
Justus Vogel
PostDoc/ Scientific Project Leader
Chair of Healthcare Management, School of Medicine, University of St.Gallen
justus.vogel@unisg.ch

David Kuklinski
PostDoc/ Scientific Project Leader
Chair of Healthcare Management, School of Medicine, University of St.Gallen
david.kuklinski@unisg.ch

Alexander Geissler
Professor
Chair of Healthcare Management, School of Medicine, University of St.Gallen
alexander.geissler@unisg.ch

Recommended citation:
Vogel, Justus; Kuklinski, David; Geissler, Alexander (2023): Auswirkungen der Krankenhausreform in Deutschland: Diskussion der Möglichkeiten einer Folgenabschätzung der Reform und des Potenzials der NRW-Qualitätsvorgaben, Schriftenreihe in Health Economics, Management and Policy, No. 2023-03, Universität St.Gallen, School of Medicine, Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen, St.Gallen

Universität St.Gallen

Auswirkungen der Krankenhausreform in Deutschland

Diskussion der Möglichkeiten einer Folgenabschätzung der Reform und des Potenzials der NRW-Qualitätsvorgaben

Schriftenreihe in Health Economics, Management and Policy
Nr. 2023–03

Dr. Justus Vogel, Dr. David Kuklinski, Prof. Dr. Alexander Geissler
School of Medicine, Lehrstuhl Management im Gesundheitswesen
St. Gallen, 29. September 2023

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis II
Tabellenverzeichnis II
Erklärungen und Danksagungen III
1 Einleitung und Struktur 1
2 Prüfung der Möglichkeiten zur Folgenabschätzung 2
3 Potenzial der NRW-Qualitätsvorgaben 7
Anhang 9
Anhang 1: Beispiele für Angaben aus den strukturierten Qualitätsberichten der esQS 9
Anhang 2: Definition der zeitlichen Verfügbarkeiten der Fachärzte gemäss Zürcher SPLG 10

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Auszug aus dem Kapitel A-13 Besondere apparative Ausstattung der Universitätsklinik Köln 9

Abbildung 2: Auszug aus dem Kapitel B-4.11.1 Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und Hepatologie – Personelle Ausstattung – Ärztinnen und Ärzte 10

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl der Krankenhausstandorte mit urologischer, herzchirurgischer bzw. orthopädischer Fachabteilung in Deutschland (2019) 3

Tabelle 2: Anzahl der urologischer, herzchirurgischer bzw. orthopädischer Fachabteilungen in Deutschland nach Facharzttiteln (2019) 4

Erklärungen und Danksagungen

Dieses Kurzgutachten wurde im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes erstellt und durch diesen finanziert. Der Auftraggeber hatte keinen Einfluss auf die inhaltliche Gestaltung und Ausarbeitung.

Wir bedanken uns bei David Klug für die Unterstützung bei der Datenverarbeitung.

1 Einleitung und Struktur

Die Diskussionen zur Krankenhausreform in Deutschland, die mit den Veröffentlichungen der Regierungskommission Ende 2022 starteten, sind nunmehr durch den eingeläuteten Gesetzgebungsprozess (Krankenhaustransparenzgesetz bzw. Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz) in formale Bahnen gelenkt worden.

Neben einer Weiterentwicklung des Vergütungssystems, welches um leistungsunabhängige Vorhaltepauschalen ergänzt werden soll, werden insbesondere strukturelle Reformen angestrebt, die die Krankenhausplanung der Länder tangieren und die oftmals veralteten Planungsmuster, d.h. einfache Fortschreibung des Status Quo, aufbrechen sollen. Statt einer Planung auf Ebene der Fachabteilungen sollen spezifisch definierte Leistungsgruppen (LG) eingesetzt werden. Grundlage dafür sollen die in NRW entwickelten LG sein.

Im Zentrum der aktuellen Diskussion stehen unter anderem die Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft, die durch die Anwendung von Qualitätsvorgaben entstehen könnten. Krankenhäuser sollen nur dann ihren Anteil der Vorhaltefinanzierung für eine LG erhalten, wenn sie die dafür geforderten Qualitätsvorgaben erfüllen.

Eine Wirkung im Sinne einer medizinisch und ökonomisch sinnvollen Zentralisierung von Leistungen kann jedoch nur entstehen, wenn die Art und Höhe der Qualitätsvorgaben hierfür hinreichend sind. Grundlage für die im Zuge der Krankenhausreform zur Anwendung kommenden Qualitätsvorgaben sollen die Vorgaben aus NRW sein.

Im Folgenden werden wir exemplarisch untersuchen, ob eine Folgenabschätzung mit den öffentlich zugänglichen Daten der externen stationären Qualitätssicherung (esQS) möglich ist (Kapitel 2). Im Anschluss diskutieren wir, inwiefern die Qualitätsvorgaben aus NRW eine medizinisch und ökonomisch sinnvolle Zentralisierung herbeiführen könnten (Kapitel 3). Wo nötig, geben wir für eine Qualitätskategorie (z.B. Facharztqualifikation und -vorhaltung) Empfehlungen zur Weiterentwicklung der bestehenden Vorgaben.

2 Prüfung der Möglichkeiten zur Folgenabschätzung

Die NRW-Qualitätsvorgaben umfassen laut der Rahmenvorgaben des Krankenhausplans NRW vier Kategorien:

- Vorzuhaltende Geräte/ Medizintechnik
- Fachärztliche Vorgaben (Qualifikation und Verfügbarkeit)
- Sonstige Struktur-/Prozessvorgaben (G-BA/ Bund und Land)
- Erbringung verwandter LG (am Standort und in Kooperation)

Zur Analyse, ob ein Krankenhaus eine Vorgabe einhält, müssen für jede Kategorie unterschiedliche Angaben geprüft werden. Für diese Prüfung benötigt man wiederum unterschiedliche Variablen und Daten.

Die Vorgaben für **vorzuhaltende Geräte und Medizintechnik** sind so gestaltet, dass ein bestimmtes Medizingerät, z.B. ein CT, vom Krankenhaus selbst oder in einzelnen Fällen in Kooperation vorgehalten werden muss. Für Geräte werden neben der reinen Vorhaltung auch Vorgaben zur Einsatzfähigkeit (z.B. 24 Stunden an jedem Tag der Woche, 24/7) gemacht. Es besteht kein Bezug zu einer Fachabteilung. Ein grosser Teil dieser Vorgaben kann über die Angaben zur besonderen apparativen Ausstattung in den Qualitätsberichten der esQS geprüft werden (Kapitel A-13, vgl. Abbildung 1 im Anhang).

Für jede LG wird die Vorhaltung von mind. einer bestimmten **Facharztqualifikation** gefordert. Für komplexere LG werden teilweise auch mehrere Facharztqualifikationen sowie Zusatzweiterbildungen (ZW) gefordert. Die Vorgaben zur **Verfügbarkeit** werden durch Vollzeitäquivalente (VZÄ) angegeben. Für die überwiegende Mehrheit der LG werden 3,0 VZÄ gefordert, d.h. die Personalkapazität, die (theoretisch) mindestens für eine 24/7 Rufbereitschaft notwendig ist. Anforderungen für ZW sind immer auf 1,0 VZÄ und zusätzliche Facharztqualifikationen auf 2,0 VZÄ beschränkt. Für einzelne LG (z.B. LG 17.1 Augenheilkunde) können alternativ zu den 3,0 VZÄ auch eine vertragliche Vereinbarung mit mind. drei Belegärzten nachgewiesen werden.

In den Qualitätsberichten der esQS sind die vorhandenen Facharztqualifikationen (AQ-Codes), ZW (ZF-Codes) und VZÄ-Angaben auf Fachabteilungsebene angegeben (vgl. als Beispiel Abbildung 2 im Anhang). Pro Fachabteilung werden u.a. die VZÄ des ärztlichen Dienstes gesamthaft und zusätzlich der VZÄ für Fachärztinnen und -ärzte gesamthaft berichtet. Ausserdem werden, falls relevant, die Anzahl der Belegärzte berichtet.

Generell wären zwei Optionen für eine Abschätzung der vorgeschriebenen VZÄ und ggf. ZW für die Prüfung der fachärztlichen Qualitätsvorgaben für eine LG denkbar. So könnten (1) die VZÄ je AQ-Code (bzw. ZF-Code) auf Krankenhausebene summiert werden. Diese Option ist jedoch nicht durchführbar, da die Angabe einer Facharztqualifikation bzw. ZW lediglich bedeutet, dass mindestens eine Person den Facharzttitel trägt bzw. die ZW erlangt hat. Eine Verknüpfung der VZÄ-Angaben und Facharztqualifikationen bzw. ZW ist nicht gegeben. Es ist also nicht zweifelsfrei feststellbar, wie viele VZÄ je Facharztqualifikation oder je ZW in einem Krankenhaus vorhanden sind.

Alternativ könnten (2) die VZÄ für Fachärztinnen und -ärzte gesamthaft je Fachabteilung gezählt und mit den Vorgaben passender LG abgeglichen werden. Dies mag insbesondere für allgemeine LG, also über WBO bzw. Fachabteilungscodes definierte LG, sinnvoll erscheinen. Tatsächlich unterliegen die Daten der esQS für eine Folgenabschätzung der Reform jedoch einer Reihe an Ungenauigkeiten.

Die erste Ungenauigkeit entsteht durch die Verwendung der Fachabteilungscodes bzw. der fehlenden Standardisierung der Benennung von Fachabteilungen. Beispielhaft gehen wir auf die LG 20.1 Urologie und die LG 13.1 Herzchirurgie sowie den LB Orthopädie ein. So weisen 357 Krankenhäuser eine «reine» Urologie, d.h. ausschliesslich den Fachabteilungscode 2200, aus, jedoch weitere 19 Krankenhäuser denselben Code in Ergänzung zu mindestens einem weiteren Fachabteilungscode (z.B. 1500 Allgemeine Chirurgie) (s. Tabelle 1). Es müsste entschieden werden, ob man nur die Fachabteilungen mit dem Fachabteilungscode 2200 oder alle Fachabteilungen, die den Fachabteilungscode 2200 als Teil aller angegebenen Fachabteilungscodes melden, in einer solchen Analyse berücksichtigt.

Tabelle 1: Anzahl der Krankenhausstandorte mit urologischer, herzchirurgischer bzw. orthopädischer Fachabteilung in Deutschland (2019)

Fachabteilung	Anzahl Krankenhausstandorte	Anteil
Gesamt Urologie	376	100%
Nur 2200 Urologie	357	95%
2200 Urologie und mind. einen weiteren Code	19	5%
Gesamt Herzchirurgie	58	100%
Nur 2100 Herzchirurgie	44	58%
2100 Herzchir. und mind. ein weiterer Code	14	32%
Gesamt Orthopädie	344	100%
Nur 2300 Orthopädie	260	76%
2300 Orthopädie und mind. ein weiterer Code	84	24%

Quelle: Strukturierte Qualitätsberichte der esQS

Für andere Fachabteilungen ist diese Ungenauigkeit noch wesentlich grösser. So werden beispielsweise für 32% bzw. 24% der herzchirurgischen bzw. orthopädischen Fachabteilungen (Fachabteilungscodes 2100 und 2300) mehr als ein Fachabteilungscode ausgewiesen. Aus organisatorischer Sicht der Krankenhäuser mögen diese Mehrfachbezeichnungen sinnvoll sein und intern Transparenz schaffen, jedoch erschweren sie eine strukturierte, algorithmische Analyse.

Grundlegend für die Option (2) ist die Annahme, dass alle oder zumindest der ganz überwiegende Grossteil der beschäftigten Fachärztinnen und -ärzte den mit der Fachabteilung verbundenen Facharzttitel tragen. Für die Fachabteilung 2200 Urologie also den Facharzt für Urologie, für die Fachabteilung 2100 Herzchirurgie den Facharzt für Herzchirurgie und für die 2300 Orthopädie den Facharzt für Orthopädie bzw. Orthopädie/ Unfallchirurgie. Hier entsteht aber eine weitere und sehr wesentliche Ungenauigkeit: Unsere Auswertung in Tabelle 2 zeigt die Verteilung der Facharzttitel je Fachabteilung.

Tabelle 2: Anzahl der urologischer, herzchirurgischer bzw. orthopädischer Fachabteilungen in Deutschland nach Facharzttiteln (2019)

Fachabteilung	Anzahl Fachabteilungen	Anteil
Gesamt urologische Fachabteilungen	376	100%
Nur AQ60 Urologie	249	66%
AQ60 Urologie und mind. ein weiterer Code	40	11%
Keine AQ60 Urologie	87	23%
Gesamt herzchirurgische Fachabteilungen	58	100%
Nur AQ08 Herzchirurgie	5	9%
AQ08 Herzchir. und mind. ein weiterer Code	44	76%
Keine AQ08	9	16%
Gesamt orthopädische Fachabteilungen	344	100%
Nur AQ10 Orthopädie/ Unfallchirurgie	94	27%
AQ10 Orthopädie/Unfallchirurgie und mind. ein weiterer Code	182	53%
Keine AQ10 Orthopädie/ Unfallchirurgie	68	20%

Quelle: Strukturierte Qualitätsberichte der esQS

So berichten lediglich 66% der 376 urologischen Fachabteilungen, dass ausschliesslich Fachärzte mit dem Titel Urologie der Fachabteilung zugeordnet sind. Für diese Fachabteilungen könnte man für die LG 20.1 Urologie abprüfen, ob Krankenhäuser mindestens 3,0 VZÄ Fachärzte bzw. 3 Belegärzte vorhalten. Die Vorgabe würde demnach von 73%, also 182, dieser 249 Krankenhäuser eingehalten (152 Krankenhäuser mit mehr als 3,0 VZÄ und 30 Krankenhäuser mit 3 oder mehr Belegärzten). Hier hinzuzufügen ist jedoch, dass vereinzelt urologische Facharzttitelträger auch in anderen Fachabteilungen verortet sein könnten. Tatsächlich melden 80 Krankenhäuser mind. einen urologischen Facharzttitelträger ausserhalb der 376 berücksichtigten urologischen Fachabteilungen. Jedoch ist datenseitig nicht feststellbar, in welchem VZÄ-Umfang diese Titelträger zu berücksichtigen wären.

Für die 40 Fachabteilungen, die mindestens einen weiteren Facharzttitel angeben (z.B. AQ06 Allgemeine Chirurgie oder AQ58 Strahlentherapie) ist ein Abgleich schon wesentlich schwieriger. Sicherlich wird es Personen geben, die mehr als einen Facharzttitel tragen, als Teil der urologischen Fachabteilung aber hauptsächlich bzw. ausschliesslich urologisch tätig sind. Dies kann jedoch nicht algorithmisch geprüft werden, da die genaue Konstellation datenseitig intransparent ist.

Zu den 87 Fachabteilungen, die keine urologische fachärztliche Expertise angegeben haben, lässt sich keinerlei Aussage treffen. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass es sich um Datenfehler oder ein «Versehen» oder «Vergessen» der Angabe handelt. Eine andere, dass es sich um Fachabteilungen «auf dem Papier» handelt, die für einen oder zwei Belegärzte geschaffen wurde. Denkbar ist auch, dass es sich um eine interne Transparenzmassnahme / Organisationsstruktur handelt, um einzelne Fachärzte mit einem (geringen) Stellenanteil dem Fachbereich der Patienten

zuzuordnen, die mit der Kapazität dieses Stellenanteils versorgt werden. Bei erster Durchsicht einiger Beispiele dieser 87 Fachabteilungen scheinen alle drei Erklärungsversuche plausibel. Auffällig ist, dass in 68 dieser 87 Fachabteilungen mindestens 3,0 VZÄ Fachärzte beschäftigt sind (im Schnitt 13,33 VZÄ ärztlicher Dienst). Es handelt sich also zumindest bei diesen 68 Fachabteilungen durchaus um veritable Organisationseinheiten, weshalb der erste Erklärungsansatz («Vergessen»/ «Versehen» / Datenqualität) am plausibelsten erscheint.

Die Beispiele der Herzchirurgie und Orthopädie zeigen, dass hier die Ungenauigkeit noch grösser wird. Nur 9% der herzchirurgischen Fachabteilungen haben ausschliesslich herzchirurgische Facharzttitelträger. Von diesen fünf Abteilungen würden alle fünf die Vorgabe von 5,0 VZÄ Facharzt Herzchirurgie (die LG 13.1 Herzchirurgie ist eine der einzigen LG mit einer höheren VZÄ-Vorgabe) einhalten (5,0 bis 14,0 VZÄ werden ausgewiesen). 27% der orthopädischen Fachabteilungen haben ausschliesslich orthopädisch/ unfallchirurgische Facharzttitelträger. Von diesen 94 Abteilungen würden 55 die Vorgabe von 3,0 VZÄ für z.B. die LG 14.1 Endoprothetik Hüfte einhalten.

Abschliessend sei bemerkt, dass auch die Auswertungen zu den Fachabteilungen, die nur einen, d.h. den «richtigen» AQ-code, angeben, mit der Limitation einer nicht nachprüfbaren Datenqualität behaftet sind.

Hinsichtlich der **sonstigen Struktur- und Prozessvorgaben,** die nicht durch die strukturierten Qualitätsberichte nach esQS prüfbar sind, handelt es sich einerseits um Vorgaben, zu denen keinerlei Daten in den Berichten enthalten sind (z.B. Tumorkonferenz). Andererseits ist die Datenqualität in den Berichten für Angaben zu Angeboten bzw. Spezialisierungen wie konservativer Schmerztherapie oder psychiatrischer, psychosomatischer und/oder psychotherapeutischer Kompetenz nicht ausreichend.

Die Prüfung der **Erbringung verwandter LG** am selben Standort ist äusserst komplex. So müssen entlang dem medizinisch-hierarchischem Aufbau der LG-Systematik die basaleren LG zuerst geprüft werden. Im Anschluss können die komplexeren LG, die auf diesen LG aufbauen, geprüft werden. Werden Qualitätsvorgaben für eine basalere LG nicht eingehalten und steht somit der Versorgungsauftrag für diese LG in Frage, so wirkt sich dies direkt auf die komplexere LG aus, deren Versorgungsauftrag dann ebenfalls fraglich wäre. Diese verzahnte Prüfung ist nur dann sinnvoll vorzunehmen, wenn die Prüfung der einzelnen Kategorien mit hoher Konfidenz durchgeführt werden kann.

Im Zuge der Entwicklung der Rahmenvorgaben des Krankenhausplans NRW von Januar 2020 bis April 2022 analog §§12 und 13 KHGG NRW wurden zu Händen des Landesausschusses Krankenhausplanung verschiedenste Auswirkungsanalysen durchgeführt, an denen wir wesentlich beteiligt waren (Zusammenarbeit mit der Lohfert & Lohfert AG). Für diese Analysen wurden die Abrechnungsdaten der Krankenhäuser nach §21 KHEntgG zur Identifikation der Fallzahlen je LG und Krankenhaus, die strukturierten Qualitätsberichte der esQS zur Prüfung der Gerätevorgaben und Primärdaten der Ärztekammern herangezogen. Die Ärztekammer Nordrhein und die Ärztekammer Westfalen sammelten zu diesem Zweck die Anzahl der Titelträger (Köpfe, d.h. keine VZÄ) je Krankenhausstandort in NRW. Dem vorgelagert war eine «Übersetzung» der «alten» Facharztbezeichnung in die vorgeschriebenen Facharztbezeichnungen. Diese Übersetzung ist für jede Folgenabschätzung zwingend durchzuführen und kann aus unserer Sicht nur zentral erfolgen. Zur «Umrechnung» der Anzahl Köpfe in VZÄ wurde die Annahme getroffen, dass vier

Köpfe mindestens drei VZÄ entsprechen. Sensitivitätsanalysen zeigten, dass diese Annahme vertretbar war.

Mit dem Ärzteverzeichnis läge eine zentrale Datenquelle vor, um eine saubere Folgenabschätzung für die fachärztlichen Vorgaben durchzuführen. Jedoch steht diese Datenquelle für diesen Zweck derzeit nicht zur Verfügung. Zu beachten ist, dass auch für die Daten des Ärzteverzeichnisses eine Übersetzung in und ein Matching mit den NRW-Vorgaben notwendig wäre.

Schliesslich weisen wir darauf hin, dass die bestehenden, auf VZÄ-basierenden Facharztvorgaben hinsichtlich medizinisch-prozessualer Argumente zu überdenken sind. Siehe hierzu den Abschnitt «Facharztvorgaben» im nächsten Kapitel.

3 Potenzial der NRW-Qualitätsvorgaben

Die mit dem Krankenhausplanungsansatz in NRW entwickelten Qualitätsvorgaben sollten vor einer Überführung auf Bundesebene kritisch begutachtet werden, da sie einerseits methodische Schwächen aufweisen und andererseits die mit der Reform verfolgten Ziele, insbesondere der Qualitätssteigerung, nicht umfänglich erreichen können.

Vorgaben für Intensiv- und Notfallmedizin

Beide medizinischen Fachgebiete sind medizinische Schlüsseldienstleistungen für zahlreiche andere medizinische Disziplinen. Deshalb müssen beide Spezialisierungen adäquat in einer Planungssystematik berücksichtigt werden. Für beide Bereiche gilt jedoch, dass der Überwachungs- / Intensivbedarf bzw. die Notfallversorgung nicht die Hauptbehandlung oder -diagnose eines Krankenhausaufenthalts ist. Deshalb ist die Definition einer eigenen LG für Intensivmedizin und Notfallmedizin nicht angezeigt, zumal eine datenseitige Identifikation und eine eindeutige Zuordnung der Fälle nicht möglich ist. Daher sollten Überwachungs-/Intensiv- und Notfallstrukturen und -prozesse als Qualitätsanforderungen für LGs, abgestuft nach Versorgungsintensität, definiert und verwendet werden.

In NRW wird die Intensivmedizin in einem eigenen LB mit eigenen LG geplant. Diesen LG sind keine Fälle zugeordnet und die LG wird vordergründig im Rahmen der LG-Verknüpfungen als Qualitätsvorgabe genutzt. Trotzdem stellt die Definition eigener LG einen Bruch in der LG-Logik und Systematik dar. Für die Notfallmedizin sind keinerlei Vorgaben oder LG definiert, jedoch wird derzeit auf Bundesebene eine Definition einer LG Notfallmedizin vorbereitet. Aus den oben beschriebenen Argumenten ist davon abzuraten. Stattdessen sollte geprüft werden, ob eine Aufnahme als gestufte Qualitätsvorgabe analog zur Schweizer Spitalplanungsgruppensystematik (SPLG) sinnvoll sein kann. Das Beispiel der SPLG zeigt, dass insbesondere für die Intensiv- und Notfallmedizin keine eigenen LB notwendig sind, sondern diese als medizinische Dienstleistungen Voraussetzung für die Erbringung anderer LB und LG sind und folglich als Qualitätsvorgaben herangezogen werden sollten.

Mindestmengen

Ein Instrument, mit dem auf Bundesebene viel Erfahrung vorliegt und welches sich für ausgewählte Behandlungen etabliert hat, sind Mindestmengenvorgaben. Derzeit kommen sie jedoch in der Krankenhausplanung nicht zum Einsatz und werden bisher im Rahmen der Krankenhausreform nicht diskutiert. Der entscheidende Vorteil des Einsatzes zur Zuteilung von Versorgungsaufträgen ist die strikte Durchsetzbarkeit und die weniger komplizierte Regelung: Wenn beispielsweise die Mindestmenge in den Vorjahren unterschritten wurde, wird höchstens ein befristeter Versorgungsauftrag vergeben, der bei weiterer Nichteinhaltung entzogen wird. Damit würden definierten Mindestfallzahlen anders als heute (Vergütungssanktion) eine grössere

Bedeutung bekommen und nicht erst nach mehreren Jahren und nur unter bestimmten Umständen (Stichwort: Ausnahme- und Übergangskriterien) wirksam werden.

Facharztvorgaben

Die NRW-Facharztvorgaben auf Grundlage von VZÄ sind in zweierlei Hinsicht kritisch zu bewerten. Zunächst einmal stellen sie die absolute Mindestausstattung für eine Leistungsgruppe dar und wachsen nicht mit entsprechender Fallzahl. Das bedeutet, dass Krankenhäuser mit hohen Fallzahlen in einer LG die gleichen Vorgaben einhalten müssen wie Krankenhäuser mit geringen Fallzahlen und der grundsätzliche Ansatz – die ärztliche Betreuung sicherzustellen - ins Leere läuft. Kurzum, starre Vorgaben auf Grundlage von VZÄ sind nicht für Fallzahlen skalierbar und sollten abgelehnt werden. Darüber hinaus sind Facharzttitel datenseitig nur mit hohem Aufwand einer Leistungsgruppe zuzuordnen (siehe oben) und damit nicht hinreichend für eine Überprüfung geeignet.

Vielmehr sollte daher auf die zeitliche Verfügbarkeit von Fachärzten als Qualitätsvorgabe abgestellt werden. Dies ermöglicht einerseits eine Skalierbarkeit nach Fallzahlen und ist im Rahmen von Überprüfungen seitens des medizinischen Dienstes besser nachvollziehbar.

Das Beispiel der Schweizer SPLG zeigt wie diese zeitlichen Vorgaben bzw. Verfügbarkeiten gestuft nach Komplexität der LG ausgestaltet werden können und welche Anforderungen an die Facharzttitel gestellt werden können (siehe Anhang 2).

Anhang

Anhang 1: Beispiele für Angaben aus den strukturierten Qualitätsberichten der esQS

UNIKLINIK KÖLN

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h[1]
AA72	3D-Laparoskopie-System	Kamerasystem für eine dreidimensionale Darstellung der Organe während der Operation	–
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	ja
	Biplaner Herzkathetermessplatz mit Angiographiegerät		
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	ja
AA70	Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall	Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen	ja
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	ja
	Dual-Layer-Detektor-Computertomographie DVT (Digitales Volumen Tomographiegerät) für den Kopf-Bereich in der Mund-, Kiefer- und Plastischen Gesichtschirurgie Integriertes PET/CT (Biograph 1b true Point) in der Nuklearmedizin		
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	ja
	Amplituden-integriertes EEG		
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	–
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	ja
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/–unterstützung	ECMO	ja
AA18	Hochfrequenzthermotherapiegerät	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	–
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	ja
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur	

Abbildung 1: Auszug aus dem Kapitel A-13 Besondere apparative Ausstattung der Universitätsklinik Köln

Quelle: Strukturierter Qualitätsbericht 2020 der Universität Köln

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			20,85	66,24
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	20,85		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	15,64		
	- ambulant	5,21		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			12,49	110,57
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	12,49		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	9,37		
	- ambulant	3,12		

Ohne Personalanteil für Forschung und Lehre (entsprechend der Vorgabe des G-BA)
Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle" zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie
AQ27	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
AQ13	Viszeralchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie
ZF28	Notfallmedizin
ZF34	Proktologie
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie

Abbildung 2: Auszug aus dem Kapitel B-4.11.1 Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und Hepatologie – Personelle Ausstattung – Ärztinnen und Ärzte

Quelle: Strukturierter Qualitätsbericht 2020 der Universität Köln

Anhang 2: Definition der zeitlichen Verfügbarkeiten der Fachärzte gemäss Zürcher SPLG

Wir zitieren wörtlich aus den Zürcher leistungsspezifischen Anforderungen (siehe Erläuterungen zu Fachärztin/Facharzt – Zeitliche Verfügbarkeit):

> *Pro Leistungsgruppe ist eine bestimmte zeitliche Verfügbarkeit einer Fachärztin oder eines Facharztes oder einer Ärztin oder eines Arztes mit entsprechender Facharztqualifikation (FAe) gefordert. Die Verfügbarkeit muss rund um die Uhr an 365 Tagen gewährleistet sein. Diese Voraussetzung gilt auch beim Beizug von Beleg- und Konsiliarärztinnen und -ärzten.*
>
> *Für die Anforderungen an die zeitliche Verfügbarkeit bestehen vier Levels:*
>
> *- Level 1: FAe ist innerhalb 1 Stunde erreichbar oder Patientin/Patient ist innerhalb 1 Stunde verlegt.*
>
> *- Level 2: FAe ist jederzeit erreichbar. Eine diagnostische oder therapeutische Intervention ist innerhalb 1 Stunde möglich; sie kann ausnahmsweise anderweitig sichergestellt sein.*
>
> *- Level 3: FAe ist jederzeit erreichbar. Eine diagnostische oder therapeutische Intervention ist innerhalb von 30 Minuten möglich.*

- Level 4: FAe Geburtshilfe bzw. FA Neonatologie oder FA Pädiatrie mit Erfahrung in Neonatologie ist innerhalb von 15 Minuten im Spital.