

Krankenhaus-Report 2012

„Regionalität“

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

Schattauer (Stuttgart) 2012

Auszug Seite 111-122



8	Auswirkungen einer Zentralisierung von Leistungen auf die Flächendeckung der Versorgung	
	Ergebnisse aus einem Modell zur Zentrenbildung.....	111
	<i>Markus Lungen und Guido Büscher</i>	
8.1	Standortplanung als ungelöste Aufgabe	111
8.2	Rahmenplanung als neues Paradigma	112
8.3	Zusammenführung von Qualitätsmessung und Standortplanung.....	113
8.4	Methodische Umsetzung.....	114
8.5	Abschätzung: Zentralisierung in der Onkologie	115
8.6	Abschätzung: Zentralisierung in der Wirbelsäulen Chirurgie	118
8.7	Diskussion und Ausblick.....	119
	Literatur.....	122

8 Auswirkungen einer Zentralisierung von Leistungen auf die Flächendeckung der Versorgung

Ergebnisse aus einem Modell zur Zentrenbildung

Markus Lungen und Guido Büscher

Abstract

Basierend auf einem Beitrag im Krankenhaus-Report 2011 (Lungen und Büscher 2011) entwickeln die Autoren das bestehende Modell hinsichtlich der Berücksichtigung von KH-Kapazitäten und Qualität weiter. Im Ergebnis wird für ausgewählte Indikationen dargestellt, wie viele (und welche) Standorte im Zuge einer Optimierung von Wegezeiten gegenüber der aktuellen Situation verbleiben sollten bzw. wie viele und welche entfallen könnten. Der Beitrag verdeutlicht auch die Chancen und Risiken dieser empirischen/methodischen Unterstützung bei der Standortplanung.

Based on an article in Krankenhaus-Report 2011, the authors further develop the existing model for hospital site planning, taking into account hospital capacity and quality. As a result, the authors show for selected indications how many (and which) hospital sites should remain in the course of an optimization of travel time compared to the current situation and how many and which hospital might be dispensable. The article also illustrates the chances and risks of this empirical/methodological site planning method.

8

8.1 Standortplanung als ungelöste Aufgabe

Mit der Einführung der umfassenden fallpauschalierten Vergütung für akutstationäre Leistungen im Jahr 2003/2004 hatte der Gesetzgeber in Deutschland den 20-jährigen Rückstand auf andere Gesundheitssysteme aufgeholt und teilweise sogar überholt. Anders als im Ausland wurden die Diagnosis-Related Groups (DRGs) sowohl flächendeckend als auch mit einem fein ausdifferenzierten System zur Messung der (ökonomischen) Fallschwere eingeführt. Durch eine weitgehend geglückte institutionelle Betreuung des weiteren Prozesses hielten sich die Verwerfungen in Grenzen.

Weitgehend ungeklärt – ob nun gewollt oder auch nicht – blieb jedoch die Frage, welche Auswirkungen das neue Vergütungssystem auf die Qualität der Versorgung hat. Bis heute existiert keine verlässliche Studie, die Aussagen zu den Folgen der DRG-Nutzung in Deutschland auf patientenrelevante Qualitätsdimensionen zulässt. Angesichts der Tragweite und häufigen Betonung der Relevanz akutstationärer Ver-

sorgung für das Wohl der Bevölkerung ist dieser Umstand erstaunlich. Die nun fertiggestellten Gutachten der Begleitforschung der DRG-Einführung in Deutschland können der Forschungsfrage keine wesentlichen Aspekte hinzufügen (IGES 2011). Die Forschung musste notgedrungen auf eine Vergleichsgruppe verzichten, teilweise sogar auf Datenreihen, die vor Einführung der DRGs beginnen. So herrscht wohl bei allen Beteiligten weiterhin die Hoffnung vor, dass DRGs ohne Schäden für die Patienten eingeführt wurden und zumindest die Transparenz über Ressourcen- und Patientenströme verbessert wurde.

Aus Sicht der Forschung ist ebenso erstaunlich, dass die weiteren Möglichkeiten der DRGs zur verbesserten Planung von Standorten und deren Kapazitäten beziehungsweise Schwerpunkten noch nicht ernsthaft angegangen wurden. Da die Einführung von DRGs jedoch auf Bundesebene erfolgte, die Umsetzung von Standortplanung hingegen insbesondere auf Landesebene geschieht, scheint eine einheitliche Vorgehensweise auch zukünftig wenig wahrscheinlich. Die oftmals als Vorteil des Föderalismus gepriesene Vielfalt und Möglichkeit zur wettbewerblichen Entdeckung bester Vorgehensweisen hat sich bisher in Bezug auf eine rationale Krankenhausplanung kaum eingestellt. Bis auf einige tastende Versuche in der Umsetzung der Monistik und den Rückzug der Länder auf eine Rahmenplanung hat es auch acht Jahre nach Einführung der DRGs, zehn Jahre nach den ersten konkreten Diskussionen und 30 Jahre nach Vorstellung der ersten DRG-Systeme keine fundamentalen Vorschläge oder gar Umsetzungen gegeben. Das im internationalen Vergleich vergleichsweise beherrzte Umsetzen der DRG-Einführung fand keine Entsprechung in einer ebenso beherrzten Umsetzung der Standortplanung oder Zentralisierung. Angesichts der in der Literatur vielfach dokumentierten Bedeutung von Zentren für die Qualität der Versorgung ist dies ein ernsthafter Mangel, gerade weil DRGs eine methodische Erneuerung der Zentrumsdefinition erlauben. Die gleichzeitige Diskussion von Versorgungsproblemen in ländlichen Regionen, insbesondere der hierbei in den Vordergrund gestellte Arztmangel, verschärft die Auswirkungen der Versäumnisse noch.

8.2 Rahmenplanung als neues Paradigma

Ein gewisser Konsens in der deutschen Diskussion zur Standortplanung scheint lediglich darin zu bestehen, dass die Länder sich auf eine wie auch immer zu definierende Rahmenplanung zurückziehen sollen. Der Sachverständigenrat widmete dieser Herangehensweise in seinem Gutachten 2007 ein Kapitel. Demnach soll Krankenhaus-Rahmenplanung aus drei Elementen bestehen: die Zulassung von Krankenhäusern, das Monitoring der Versorgungsstrukturen und die Vermeidung von Unterversorgung (BT-Drucksache 16/6339, Ziff 483). Der Vorschlag stellt heraus, dass der Schutz vor Überversorgung explizit nicht als Aufgabe der Krankenhausplanung angesehen wird, sondern ein „unternehmerisches Risiko“ der Krankenhäuser (nicht der Krankenkassen oder deren Mitglieder) darstellt. Die Vermeidung von angebotsinduzierter Nachfrage sehen die Sachverständigen dagegen als Aufgabe der Kassen und der Ärztekammer an.

Inwieweit diese Sichtweise historisch mit Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit unterfüttert werden kann, soll hier nicht geklärt werden. Sicher scheint zu sein, dass

eine solche Rahmenplanung genügend Behandlungskapazitäten schafft, die den Wünschen der Länder nach wirtschaftlicher Kraft und Arbeitsplätzen entgegenkommen. Auch werden wohl genügend Versicherte in Krankenhäusern behandelt, um die geschaffenen Kapazitäten zu nutzen. Skepsis ist allerdings angebracht, ob tatsächlich innerhalb der Strukturen behandelt wird, die den Versicherten bestmögliche Qualität versprechen können. Inwieweit eine Rahmenplanung, wie sie vom Sachverständigenrat skizziert wurde, eine für den Patienten optimierte und für die Gesellschaft effiziente Versorgungsstruktur schafft, kann zumindest als diskussionswürdig eingeschätzt werden.

Rahmenplanung muss nach unserem Verständnis vielmehr dafür sorgen, dass nicht nur Unterversorgung, sondern auch Überversorgung vermieden wird. Neben der Mengenplanung muss zudem Krankenhausplanung dafür sorgen, dass Strukturen nicht zufällig, sondern regelhaft die Voraussetzungen für beste Qualität erfüllen. Wird Zentrenbildung und regionale flächendeckende Versorgung dem Wettbewerb oder einem reinen Monitoring überlassen, wird nahezu jedes Krankenhaus in absehbarer Zeit den Titel „Zentrum“ tragen und die elementare Frage, was ein Zentrum überhaupt evidenzbasiert an Strukturen und Prozessen auszeichnen muss, auf ein Minimum an Strukturparametern reduziert.

8.3 Zusammenführung von Qualitätsmessung und Standortplanung

Erwähnt wurde bereits der Verzicht auf eine aussagekräftige Begleitforschung zur DRG-Einführung. Doch auch die fortlaufende externe Qualitätssicherung steckt weiterhin in den Kinderschuhen. Erst mit der Umstellung auf eine verpflichtende Publikation von ersten Prozess- und Ergebnisparametern in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser wurde eine Kultur des aufgeklärten Patienten ermöglicht. Gestritten werden kann über Umfang, Aussagekraft und Datenvalidität der bestehenden externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V. Dass überhaupt ein Umdenken eingesetzt hat, ist ein hoffnungsvolles Zeichen.

Was nun folgen muss, ist die Kombination der Qualitätsaussagen mit der planerischen Umsetzung. Ein Standort mit besserer Qualität muss in der Standortplanung gegenüber einem Standort mit schlechterer Qualität bevorzugt behandelt werden. Sofern es zudem stimmt, dass Versicherte und Patienten nur bedingt in der Lage sind, Qualitätsinformationen zu lesen, zu gewichten und in ihren Wahlhandlungen umzusetzen, muss der Staat oder die den Patienten vertretende Krankenversicherung diese Aufgabe übernehmen. Am konsequentesten und frühestmöglich erfolgt dies bereits im Rahmen der Planung.

Leider findet diese Zusammenführung von Qualitätsdaten und Planungsdaten bisher kaum statt. Ursache hierfür sind die erst zögerliche Umsetzung von flächendeckenden Qualitätsmessungen (auch aufgrund fehlender verarbeitbarer Daten in früheren Jahren); die fehlende wissenschaftliche Durchdringung des Zusammenhangs von Struktur, Prozess und Ergebnis; die fehlenden Kenntnisse über die Präferenzen der Versicherten bei der Abwägung zwischen Entfernung und möglichem Qualitätsgewinn; und schließlich die fehlenden Instrumente zur Umsetzung einer

als optimal erkannten Planung. Wegweisende Projekte gab es allerdings. Zu nennen ist das Projekt „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR) des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) mit Kooperationspartnern zur Nutzung von Abrechnungsdaten in der Qualitätsmessung (AOK-Bundesverband et al. 2007), die Auswertungen zum Zusammenhang von Menge und Qualität (etwa stellvertretend für den deutschen Raum Heller et al. 2002), die Abschätzungen zur flächendeckenden Versorgung von Spangenberg und Schürt 2006. Rückschlüsse ergaben sich sicher durch die (nun rechtlich ausgetragene) Diskussion um die Festsetzung von Mindestmengen durch den G-BA (Pressemitteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses 2011) oder auch die leider ohne fundierte wissenschaftliche Untermauerung betriebene ambulante Öffnung der Krankenhäuser für Hochspezialleistungen, die im Extremfall erhebliche Auswirkungen auf Kapazitäten und Qualität haben könnten.

8

8.4 Methodische Umsetzung

Aus medizinischer Sicht begründbar scheint die Aussage zu sein, dass nicht die Entfernung zum nächsten beliebigen Krankenhaus entscheidend für die Versicherten ist, sondern die zum nächsten Krankenhaus, das sie adäquat versorgen kann. Für elektive Eingriffe kann diese Entfernung größer ausfallen als für Notfallversorgungen. Für Behandlungen, die mit einem einmaligen Besuch in einer Episode medizinisch abgeschlossen werden, kann die Entfernung ebenfalls größer sein als für Behandlungen mit Intervallen und erforderlichen Mehrfachbesuchen.

Daraus ergibt sich, dass nicht eine einzige Krankenhausstandortkarte als Ergebnis einer optimierten Planung zu erwarten ist, sondern eine Vielzahl von Standortkarten, jeweils optimiert für ein medizinisch zusammenhängendes Fachgebiet, innerhalb dessen Ärzte und Teams Synergieeffekte erzielen können. In welchen Fachgebieten mit welcher Abgrenzung Synergien zu erwarten sind, wurde bisher wenig erforscht. Die Kreativität, mit der Zentren benannt und abgegrenzt werden, gibt Potenzial für zukünftige Evaluationen der Ergebnisqualität.

Um sich der Frage einer rationalen Planung im Umfang eines Artikels überhaupt empirisch zu nähern, soll nachfolgend anhand von zwei rein abrechnungstechnisch gut abgrenzbaren Leistungen der Onkologie und der Orthopädie eine optimierte Standortplanung abgeschätzt werden. Datengrundlage hierfür sind die tatsächlich von den Standorten erbrachten Leistungen innerhalb eines Jahres. Abgegrenzt werden die Daten über die DRG. Für die Abschätzung werden zunächst alle Häuser betrachtet, welche die entsprechenden DRGs im Jahr 2009 abgerechnet haben. Für alle Postleitzahl-Bereiche (PLZ) in einem Luftlinienradius von 150 km wurde dann die zeitlich kürzeste Fahrtzeit mit einem Fahrzeug (vom Mittelpunkt des PLZ-Bereiches) zu einem der Krankenhäuser innerhalb des Luftlinienradius bestimmt. Diese tatsächlich vorhandenen Strukturen mit Krankenhäusern, Wohnbereichen nach Postleitzahlen und Wegenetz nennen wir Basisszenario.

Ausgehend von diesem Szenario wurden Zentren gebildet, indem die Mindestfallzahl auf 10 Fälle (DRGs) für das Jahr 2009 erhöht wurde. Die Mindestfallzahl wurde zunächst willkürlich – ohne systematische Ableitung aus der Literatur – ge-

griffen. Dies dient als Einstieg, um die dynamische Anhebung einer (später medizinisch und qualitativ begründeten) Mindestfallzahl verdeutlichen zu können. Für unsere Argumentation ist es demnach unbedeutend, ob die begründbare Mindestfallzahl bei 10, 20 oder 50 Fällen pro Jahr liegen wird, da es um die Dynamik der Standortplanung im Zuge der Verschärfung der Mindestfallzahl geht.

Mit Variierung der Mindestfallzahl wurden jeweils die durchschnittliche Fahrtzeit und der Median der PLZ-Bereiche berechnet. Zudem musste die Situation vermieden werden, dass Bewohner einzelner PLZ-Bereiche kein Krankenhaus in einer akzeptablen Fahrtzeit erreichen können. Aus diesem Grund wurde auch die maximale Zeit der kürzesten Wege betrachtet.

8.5 Abschätzung: Zentralisierung in der Onkologie

Für die Onkologie wurde die DRG A15 (Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, autogen) betrachtet. Es handelt sich um einen sehr schweren Eingriff, bei dem unterstellt werden kann, dass Patienten eine hohe Präferenz für ein qualitativ hochstehendes Zentrum mit einer entsprechenden Fallzahl haben.

Für das Jahr 2009 wurden im Datensatz 3 269 Fälle identifiziert, die in 95 Häusern behandelt wurden. In Abbildung 8–1 (links) sind Kennzahlen der Verteilung der Fallzahlen der Krankenhäuser dargestellt, die mindestens einen Fall behandeln. Demnach werden im Median 24 Fälle pro Jahr behandelt. In Abbildung 8–1 (rechts) ist ein Säulendiagramm dieser Verteilung dargestellt. Wie zu vermuten, ist deutlich die rechtsschiefe Verteilung zu erkennen. Dies bedeutet, dass es viele Häuser mit wenigen Fällen und gleichzeitig wenige Häuser mit vielen Fällen gibt.

Abbildung 8–1

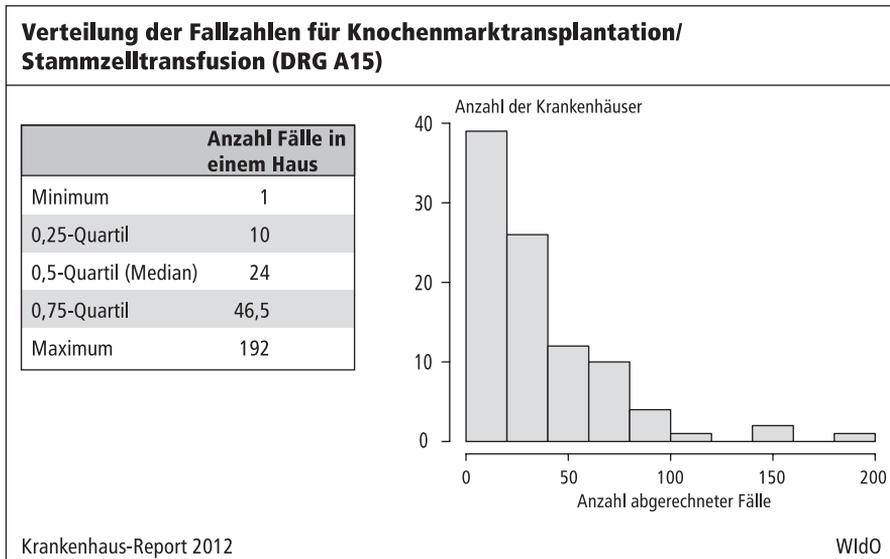


Tabelle 8–1

Mindestfälle, Fahrtzeiten und Anzahl an Zentren für DRG A15 (Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion)

Mindestanzahl Fälle pro Jahr	Anzahl Zentren in Deutschland	Mittelwert der Fahrtzeit (h:mm)	Median der Fahrtzeit (h:mm)	Maximale Fahrtzeit, um das nächste Zentrum zu erreichen (h:mm)
1	95	0:34	0:33	2:44
10	72	0:37	0:34	2:44
15	64	0:38	0:36	3:26
20	57	0:40	0:37	3:26
25	46	0:42	0:40	3:26
50	22	0:53	0:50	3:26

Krankenhaus-Report 2012

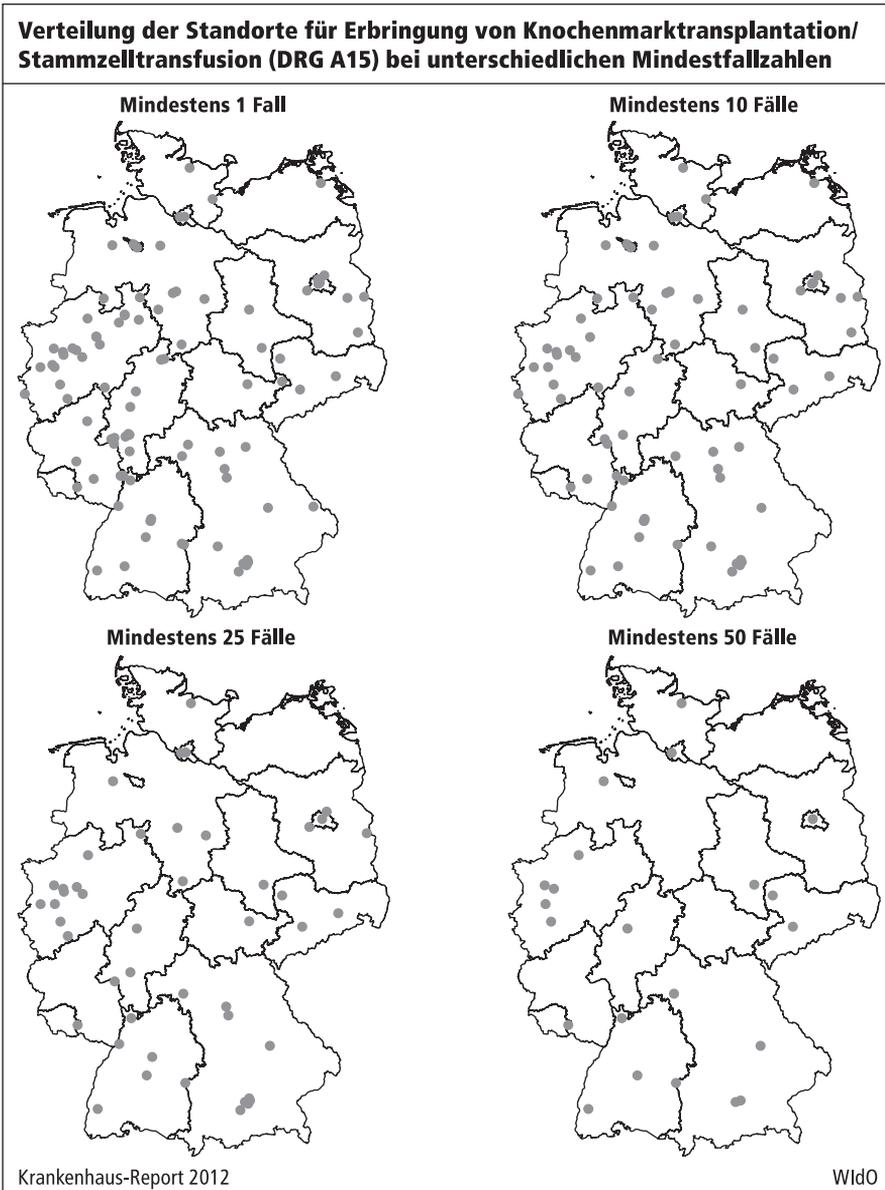
Wido

Von jedem Postleitzahlbezirk ist im Basisszenario der heutigen Versorgungssituation eine der 95 Kliniken innerhalb von maximal 2 Stunden und 44 Minuten (im Folgenden dargestellt als 2:44 Stunden) mit dem Pkw zu erreichen, der Mittelwert beträgt 0:35 Stunden (Tabelle 8–1). Wird die heute gültige Mindestfallzahl von einem Fall pro Jahr erhöht (im ersten Schritt auf 10 Fälle pro Jahr), so reduziert sich erwartungsgemäß die Anzahl der möglichen Zentren in Deutschland. Auf der anderen Seite erhöht sich jedoch die Fahrtzeit. Für unterschiedliche Mindestfälle sind die Fahrtzeiten und die Anzahl an Zentren in Tabelle 8–1 dargestellt. Würde die Behandlung nur noch auf Häuser mit mindestens 25 oder mehr Fällen beschränkt, würde die Zahl der Krankenhäuser von 95 auf 46 deutlich (um etwa die Hälfte) reduziert. Die maximale Fahrtzeit würde sich um 26% von 2:44 Stunden auf 3:26 Stunden verlängern. Bei der durchschnittlichen Fahrtzeit würde dies jedoch lediglich zu einem geringen Anstieg von 0:34 auf 0:42 Stunden (also einer Erhöhung von acht Minuten) führen. Wird die Mindestzahl der Behandlungen weiter erhöht, so ließe sich z. B. bei einer Mindestfallzahl von 50 die Anzahl der Zentren auf 22 reduzieren. Dies ist eine Reduzierung auf rund ein Viertel der Zentren im heutigen Basisszenario. Die maximale Fahrtzeit läge weiterhin bei 3:36 Stunden und die durchschnittliche Fahrtzeit würde 0:53 Stunden betragen. Eine weiter vorangetriebene Zentrenbildung würde zu einer deutlichen Erhöhung sowohl der maximalen Fahrtzeit als auch der durchschnittlichen Fahrtzeit führen.

In einer starken Zentralisierung würde für 20 Zentren eine Fahrtzeit von durchschnittlich 0:56 Stunden beziehungsweise 0:57 Stunden im Median aufgewendet werden. Die flächendeckende Versorgung wäre nicht mehr gewährleistet, wenn man davon ausgeht, dass eine Fahrtzeit von 5:36 Stunden bereits eine erhebliche Reise bedeutet.

Die regionale Verteilung wird in Abbildung 8–2 dargestellt. Demnach ergibt sich bei der vergleichsweise geringen Fallzahl der DRG A15 auch heute (Mindestfallzahl 1) keine homogene Verteilung über Regionen. Diese Inhomogenität verstärkt sich, wenn die Mindestfallzahl angehoben wird. Einige Bundesländer werden keinen Standort mehr haben, der die Leistung anbietet. Andere Bundesländer (etwa NRW) werden dagegen weiterhin mehrere Standorte aufweisen, da die Mindestfallzahl weiterhin mehrere Standorte erlaubt und eine (wenn auch geringe) Verkürzung

Abbildung 8–2



der Fahrzeit eintritt. Diskutiert werden sollte daher, inwiefern bei diesen extremen Ausprägungen der Regionalisierung auch politische Eingriffe in eine Standortplanung notwendig sind. Umgekehrt kann diskutiert werden, ob bei einer Mindestfallzahl von beispielsweise 25 weiterhin vier nah beieinander liegende Zentren mit 30 Fällen aufrecht erhalten werden oder aber ein Zentrum mit weit über 100 Fällen errichtet wird. Die Antwort muss letztendlich nicht (nur) gesundheitsökonomisch, sondern medizinisch begründet werden.

8.6 Abschätzung: Zentralisierung in der Wirbelsäulenchirurgie

In der Wirbelsäulenchirurgie wurden die Fälle der DRG I06 (Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule), I09 (Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule) und I10 (Andere Eingriffe an der Wirbelsäule) zusammenfassend betrachtet. Dabei wurde unterstellt, dass es zwischen diesen Fallgruppen zu medizinischen Synergieeffekten kommen kann. Bei der Wirbelsäulenchirurgie handelt es sich, anders als in der Endoprothetik, um eine vergleichsweise spezialisierte Behandlung, bei der die Erfahrung und Qualität des Eingriffs entscheidend für das Ergebnis sein kann.

In dem vorliegenden Datensatz konnten 78 414 Fälle für das Jahr 2009 identifiziert werden, die in 899 Häusern behandelt wurden. Da nur für 895 Häuser die Fahrtzeiten vorlagen, wurden vier Häuser mit ca. 160 Fällen aus der weiteren Auswertung eliminiert. Pro identifiziertem Haus werden somit durchschnittlich rund 87 Fälle pro Jahr behandelt. Auch bei der Fallzahl der Wirbelsäulenchirurgie ist – wie zu erwarten – eine deutlich rechtsschiefe Verteilung zu erkennen (Abbildung 8–3).

Wie auch bei der Abschätzung für die Onkologie wird unterstellt, dass eine erhöhte Fallzahl eine positive Auswirkung auf die erreichbare Qualität hat. Sofern mindestens 25 Fälle pro Jahr behandelt werden müssen, verringert sich die Zahl der Standorte von 895 auf 555. Dies sind noch rund 62 % der ursprünglichen Anzahl an Krankenhäusern. Auf der anderen Seite erhöht sich die durchschnittliche Fahrtzeit mit drei Minuten von 0:16 Stunden auf 0:19 Stunden nur geringfügig. Auch bei der maximalen Fahrtzeit ist nur von einer Verlängerung von sieben Minuten auszugehen (2:10 Stunden gegenüber 2:17 Stunden). Würde die notwendige Mindestfallzahl mutig auf 100 Fälle erhöht, würde dies zu einer Verlängerung der durchschnittlichen Fahrtzeit um weitere vier Minuten auf 25 Minuten führen. Die maximale

Abbildung 8–3

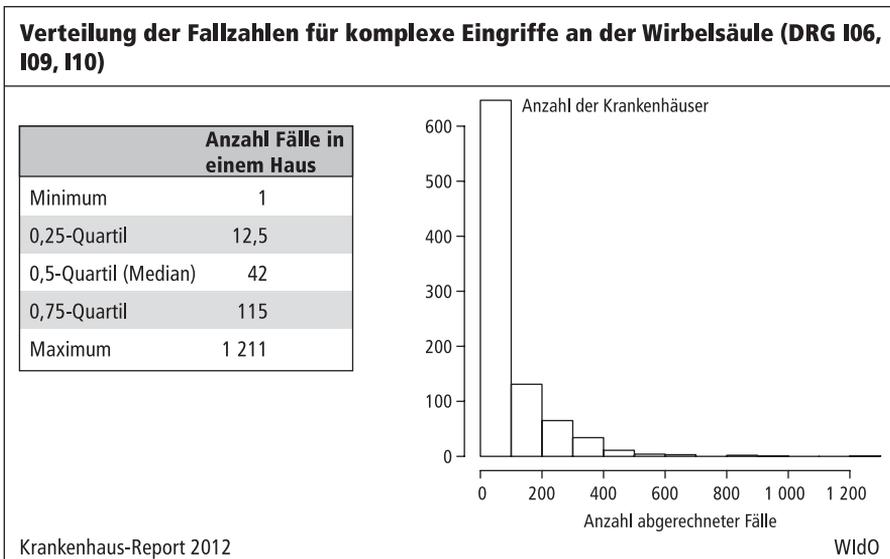


Tabelle 8–2

Mindestfälle, Fahrtzeiten und Anzahl an Zentren für DRG I06 (Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule), I09 (Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule) und I10 (Andere Eingriffe an der Wirbelsäule)

Mindestanzahl Fälle pro Jahr	Anzahl Zentren in Deutschland	Mittelwert der Fahrtzeit (h:mm)	Median der Fahrtzeit (h:mm)	Maximale Fahrtzeit, um das nächste Zentrum zu erreichen (h:mm)
1	895	0:16	0:15	2:10
10	703	0:17	0:16	2:15
25	555	0:19	0:17	2:17
50	414	0:21	0:20	2:17
75	308	0:23	0:22	2:17
100	254	0:25	0:23	2:17
150	176	0:29	0:26	2:35
200	122	0:32	0:29	2:35
250	82	0:38	0:35	3:05
300	56	0:44	0:41	4:01

Krankenhaus-Report 2012

WidO

Fahrtzeit würde weiterhin bei 2:17 Stunden liegen. Insgesamt scheinen Mindestfallzahlen für die Wirbelsäulenchirurgie in der hier betrachteten Abgrenzung weitaus weniger sensible Auswirkungen auf Anfahrtszeiten hervorzurufen als in der bereits spezialisierten und insgesamt weniger häufigen schweren onkologischen Behandlung (Tabelle 8–2).

Die regionale Verteilung der Standorte bei Erhöhung der Mindestfallzahlen (siehe Abbildung 8–4) zeigt für die Wirbelsäulenchirurgie, dass die Dichte mit steigenden Anforderungen an die Eingriffe pro Einrichtung abnimmt. Deutlicher als bei eher selten erbrachten DRGs bleibt die regionale Homogenität der Verteilung jedoch erhalten. Zudem wird deutlich, dass es Sprünge bei der Zentralisierung gibt. Die Unterschiede zwischen geringen Mindestmengen von etwa 50 pro Einrichtung und 150 bzw. 250 pro Einrichtung führen zu einer sichtbaren Konsolidierung. Darüber hinausgehende Steigerungen der Mindestfallzahlen führen hingegen nicht zu einer wesentlichen Reduzierung der regionalen Abdeckung.

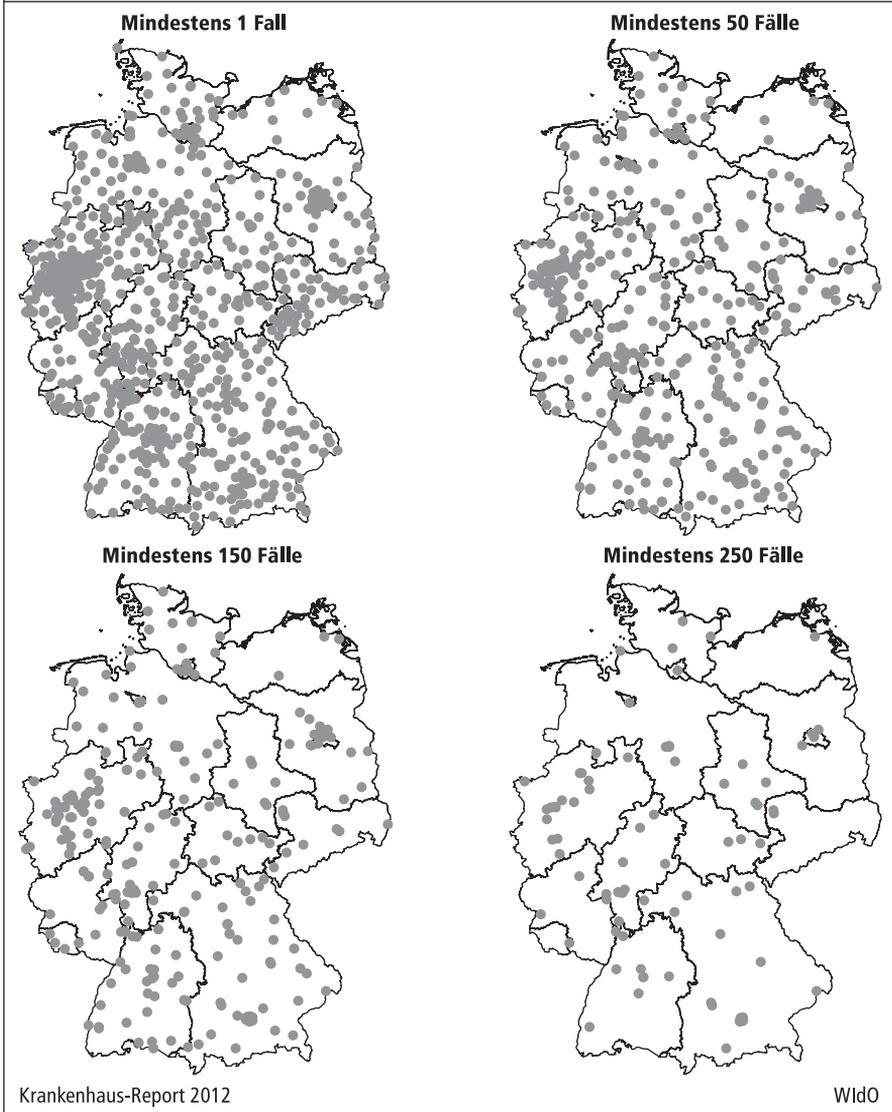
8.7 Diskussion und Ausblick

Die Zusammenführung des Steuerungspotenzials von DRGs mit Qualitätsaussagen und Methoden der Standortplanung ist bisher unbefriedigend gelöst. Neben Fragen der Umsetzbarkeit sind insbesondere auch methodische Fragen, etwa der sinnvollen Zusammenfassung von DRGs, noch nicht befriedigend gelöst und diskutiert worden. Es besteht ein klarer Auftrag insbesondere auch an die Wissenschaft und medizinische Fachgesellschaften.

Die empirischen Auswirkungen der Zentrenbildung können durch die verbesserte Verfügbarkeit von Abrechnungsdaten und deren Kombinierbarkeit mit Geo-

Abbildung 8-4

Verteilung der Standorte für komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule (DRG I06, I09, I10) bei unterschiedlichen Mindestfallzahlen



daten erheblich besser abgeschätzt werden. Die Diskussion wird versachlicht und pauschalen Argumenten eines Abbaus der Versorgung in der Fläche kann differenzierter entgegen werden.

Planbare Leistungen eignen sich dabei besser für Abschätzungen als Notfallbehandlungen, auch wenn letztere sicher auch eine interessante Herausforderung darstellen, da der generelle Zusammenhang zwischen Menge und Qualität ebenfalls Gültigkeit besitzen kann.

Unsere Ergebnisse für die Bereiche der Onkologie und der Orthopädie zeigen, dass wenig überraschend eine Zentrenbildung zu einer Abnahme der Standorte und einer Verlängerung der Fahrzeit führt. Bedeutsam und neu ist hingegen die Dynamik des Prozesses. In der hochspezialisierten Onkologie werden durch Mindestfallzahlen rasch Entfernungen notwendig, die eine flächendeckende Versorgung gefährden können. Insbesondere die maximalen Entfernungen für Patienten aus exponierten regionalen Lagen steigen enorm an. Nicht übersehen werden darf allerdings, dass bereits heute den Einwohnern einiger Regionen lange Anfahrtswege abverlangt werden. Auch die heutige Standortlandkarte besteht nicht aus einem homogenen Netz, sondern entstand aus Vorlieben der Krankenhausbetreiber und wohl auch aus Zufall. Diesen Prozess zu begleiten und dabei die Versorgung insgesamt zu verbessern, dürfte die zentrale Herausforderung der Krankenhausplanung sein.

Ein zweites zentrales Ergebnis der Untersuchung besteht darin, dass die heutige Diskussion um Mindestmengen bei bereits sehr spezialisiert angebotenen Leistungen verfehlt ist. Statt sich mit unfruchtbaren Diskussion um sehr niedrige Mindestmengen bei seltenen Eingriffen zu verausgaben, sollte die Diskussion auf Masseneingriffe gelenkt werden. Seltene Eingriffe haben sowieso die Tendenz, sich auf wenige Standorte zu beschränken. Häufige Eingriffe trauen sich jedoch viele Standorte zu. Das Beispiel der Orthopädie (Wirbelsäulenchirurgie) zeigt plastisch, welches Potenzial für Zentralisierung vorliegt. Studien mit eindeutigen Aussagen zum Zusammenhang zwischen Zentrumsgröße und Qualität sind dringend notwendig. Können oder sollen diese Studien nicht erstellt werden, muss alternativ die Qualitätsmessung aus der gesetzlichen Dokumentation herangezogen werden.

Unsere Methode und Argumentation hat natürlich auch Einschränkungen, die nicht verschwiegen werden sollen. Der Vorteil der Methode besteht sicher darin, dass nicht nur nach dem Gießkannenprinzip Zentren über das Land verteilt werden, sondern konkrete Regionen mit ihren Anfahrtsstrecken eingebunden werden können. Die politische Entscheidung, ob eine exponierte Region ebenfalls mit einem Zentrum innerhalb eines Radius von einer Stunde Fahrzeit versorgt werden muss, kann aus gesundheitsökonomischer Sicht zwar vorbereitet, nicht jedoch beantwortet werden.

Eine dringend notwendige Erweiterung der Methode ist die Einbeziehung von weiteren Qualitätsparametern in die Auswahl und Reihung der Standorte. Statt einer reinen Mindestfallzahl sollte in einem Algorithmus zunächst eine Reihung der (bestehenden) Standorte nach Qualität vorgenommen werden und darauf aufbauend die optimierte Zuweisung der Fallzahlen bis zu einer Kapazitätsobergrenze. Erst dann wird der Qualität eine höhere Priorität eingeräumt als einer unbedingt kurzen Anfahrtszeit. Inwieweit dies den tatsächlichen Prioritäten der Patienten entspricht, bleibt natürlich offen. Auch besteht erheblicher Bedarf an Expertise.

Von uns umgesetzt wird derzeit ein Algorithmus, der beginnend mit dem qualitativ schlechtesten Haus Fälle auf andere Krankenhäuser mit höherer Qualität und

zumutbarer Entfernung verteilt. Auch hierbei wird die medizinisch sinnvolle Entität nicht verlassen. Eine zumutbare Entfernung ist dabei entweder definiert als geringere Entfernung oder aber als eine Entfernung bis zu einer maximalen Fahrtstrecke oder Fahrtzeit, die letztendlich politisch abwägend vorgegeben werden muss.

Können alle bisher versorgten Patienten verteilt werden, so kann das Krankenhaus für diese medizinische Entität geschlossen werden. Können nicht alle Patienten verteilt werden, muss das Krankenhaus für die Versorgung bestehen bleiben, der Wunsch der Anwohner der Region dabei vorausgesetzt, dass sie bereit sind, Qualität gegen Zeit zu tauschen. Der Kompromiss aus Entfernung und Qualität sieht somit für jede Entität unterschiedlich aus. Während bei Entität A möglicherweise recht viele Häuser geschlossen werden können, da die Fälle von fast allen Häusern angeboten werden, kann dies bei einer Entität B aus Gründen der Erreichbarkeit abgelehnt werden.

Wir befürworten eine offensive Diskussion der Standortplanung für stationäre Behandlungskapazitäten. Wir glauben nicht, dass ein reines Monitoring und eine Vermeidung von Unterversorgung quasi automatisch dazu führen, dass Patienten in Deutschland in ihrer Region eine optimierte Versorgung vorfinden werden. Vielmehr befürworten wir eine aktive Steuerung der Kapazitäten durch geeignete Institutionen und Mechanismen, innerhalb derer dann die Versorgung wettbewerblich und effizient bereitgestellt werden kann.

Literatur

- AOK-Bundesverband, FEISA, HELIOS Kliniken, WiDO (Hrsg). Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR). Abschlussbericht. Bonn 2007.
- IGES. G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17 Abs. 8 KHG. Endbericht des Zweiten Forschungszyklus (2006–2008). Berlin, Juni 2011.
- Heller G, Richardson DK, Schnell R, Misselwitz B, Künzele W, Schmidt S. Are we regionalized enough? Early-neonatal deaths in low-risk births by the size of delivery units in Hesse, Germany 1990–1999. *International Journal of Epidemiology* 2002; 31: 1061–68.
- Lungen M, Büscher G. Wo in Deutschland sollen Krankenhäuser stehen? Ein empirischer Vorschlag. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2011*. Stuttgart: Schattauer 2011; 197-208.
- Pressemitteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 26. Januar 2011: LSG-Beschluss stellt Mindestmengen für planbare Krankenhausleistungen insgesamt in Frage.
- Sachverständigenrat. Gutachten 2007 – Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung.
- Spangenberg M, Schürt A. Die Krankenhausversorgung in Deutschland unter Raumordnungsaspekten. In: Klauber J, Robra B, Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2005*. Stuttgart: Schattauer 2006; 205–19.