

4 Neustart: Überlegungen im „Jahr eins“ nach Änderung der Mindestmengenregelung

Peter Follert, Horst Schuster und Jürgen Malzahn

4.1 Hintergrund

Anspruchsvolle Behandlungen, bei denen das Risiko, eine schwere Komplikation zu erleiden, hoch ist, sollten nur in Krankenhäusern erbracht werden, wo sie häufig durchgeführt werden. Diesen Gedanken greift die Mindestmengenregelung (MM-R) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) auf. Dabei steht der Gedanke der Risikominimierung im Vordergrund. Die MM-R dient nicht der Qualitätsmessung, sondern der Absicherung eines Mindestmaßes an Patientensicherheit. Die vom G-BA festgesetzten Mindestmengen werden daher auch nicht als Äquivalent für die datenbasierte Qualitätssicherung eingesetzt, die mit statistisch belastbaren Aussagen über Qualität als Grundlage für Qualitätsverbesserungen arbeitet. Mindestmengen sollen dazu dienen, wenigstens eine Gelegenheitsversorgung bei risikoreichen Eingriffen auszuschießen.

Die bestehenden Mindestmengen wurden bisher oft nicht eingehalten, wodurch viele Patientinnen und Patienten hohen vermeidbaren Risiken ausgesetzt wurden (Nimptsch et al. 2016). Darüber hinaus konnte dieses wichtige Qualitätssicherungsinstrument wegen Klageverfahren von Krankenhäusern gegen Mindestmengenfestlegungen des G-BA vor den Sozialgerichten in den letzten Jahren kaum Wirkung zeigen und in der Folge wurden auch keine neuen Mindestmengen mehr festgelegt. Der Gesetzgeber hat im Jahr 2016 mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) seine Vorgaben im SGB V zur rechtssicheren

Festlegung von Mindestmengen durch den G-BA und zu deren Anwendung durch die Krankenhäuser und Krankenkassen weiterentwickelt. Die Urteilsbegründungen des BSG in den erwähnten Klageverfahren waren dafür eine wichtige Grundlage, die bestehenden Regelungen zu schärfen.

Im Ergebnis der Gesetzesänderung hat der G-BA jetzt den Auftrag, Beschlüsse über einen *Katalog planbarer Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses* zu treffen (§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V). Der zuvor geforderte Nachweis eines „besonderen“ Zusammenhangs zwischen Leistungsmenge und Qualität des Behandlungsergebnisses ist entfallen, ein voll beweisender Kausalzusammenhang nicht erforderlich. Um die Rechtssicherheit seiner Beschlüsse zu erhöhen, hat der G-BA das Nähere zur Festlegung der Leistungen und der Höhe der Mindestmenge zudem in seiner Verfahrensordnung zu regeln (§ 136b Abs. 3 Satz 2 SGB V). Auch Konsequenzen und Wirkweise der Mindestmengenvorgaben sind konkretisiert worden: Krankenhäuser, welche eine Mindestmenge voraussichtlich nicht erfüllen werden, dürfen die Leistungen nicht mehr erbringen. Für die Zulässigkeit der Leistungserbringung müssen die Krankenhäuser nun jährlich mit einer Prognose gegenüber den Krankenkassen darlegen, dass sie im nächsten Jahr die Mindestmenge voraussichtlich erreichen werden. Damit wurde ein maßgebliches Problem gelöst, nämlich dass die Krankenkassen bisher immer erst nachträglich darüber informiert wurden, wenn eine Mindestmenge nicht erreicht wurde – also zu spät. Die Leistungen waren bereits erbracht und sind vergütet worden, das Krankenhaus hatte inzwischen weitergearbeitet. Die neue Regelung führt jetzt zu prospektiv wirksamen Entscheidungen, die rechtzeitig zur Umsetzung möglicher Konsequenzen vorliegen und damit auch endlich Wirkung entfalten können.

Seit dem 1.1.2018 gilt die vom G-BA beschlossene Neufassung der MM-R für planbare stationäre Leistungen. Mindestmengen können immer dann festgelegt werden, wenn es in der Literatur Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen der Qualität des Behandlungsergebnisses und der Menge der erbrachten Leistungen gibt. Als Qualitätsziele stehen hier in erster Linie die Vermeidung von mit dem Eingriff verbundenen schwerwiegenden Komplikationen oder die Senkung der Krankenhausmortalität, d.h. je öfter eine Operation durchgeführt wird, umso niedriger ist das Risiko für den Patienten, Komplikationen zu erleiden oder gar zu versterben. Mindestens aber soll die sogenannte „Gelegenheitsversorgung“ von planbaren Leistungen unterbunden werden. Ein Beispiel für eine potenzielle neue Mindestmenge ist vor diesem Hintergrund die chirurgische Versorgung von Brustkrebs: Sollen Patientinnen in Krankenhäusern, die Brustkrebsoperationen weniger als 20-mal im Jahr durchführen, behandelt werden? In der Literatur finden sich Hinweise, dass bei mangelnder Erfahrung und Durchführungspraxis das Rezidiv-Risiko steigt.

Vor dem Hintergrund der beschlossenen Änderungen, die das Instrument Mindestmengen für die Qualitätssicherung wieder reaktiviert haben, sind jetzt die alten, bereits bestehenden Mindestmengen (d.h.: die leistungsspezifischen Anlagen, welche die zur Zählung der jeweiligen MM heranzuziehenden OPS-Codes auflisten) zu überarbeiten und anzupassen sowie für weitere, für die Patientensicherheit besonders relevante Eingriffe, neue Mindestmengen einzuführen.

4.2 Mindestmengen und Patientensicherheit

Das Risiko, an einer Komplikation eines mit einer MM belegten Eingriffes im Krankenhaus zu versterben, ist nachweislich in jenen Krankenhäusern signifikant höher, welche die Mindestmenge nicht erfüllen (Nimptsch et al. 2016); durch die Nichtbeachtung von Mindestmengen treten in der Folge vermeidbare Todesfälle auf.

Das trifft zum Beispiel für Operationen an der Speiseröhre (Ösophagus) zu: Nimptsch et al. (2016) stellen dar, dass von den insgesamt 28.931 komplexen Eingriffen am Ösophagus, die von 2006 bis 2013 in den Daten identifiziert wurden, 8.228 in Krankenhäusern mit Fallzahl unterhalb der Mindestmenge von 10 pro Jahr durchgeführt wurden. Der Anteil der Fälle in diesen Krankenhäusern lag im Jahr 2006 bei 31%, im Jahr 2013 immer noch bei 26%. Die absolute jährliche Fallzahl nahm im Betrachtungszeitraum zu. Die adjustierte Sterblichkeit in Kliniken mit Fallzahlen unterhalb der Mindestmenge betrug 12,1% gegenüber 9,2% in Kliniken mit einer Fallzahl oberhalb der Mindestmenge, ein statistisch signifikanter Unterschied (Nimptsch u. Mansky 2016). In den Niederlanden wurde 2011 für dieselben Operationen an der Speiseröhre eine Mindestmenge von 20 pro Jahr durchgesetzt – also doppelt so hoch wie in Deutschland. Dort wird die Mindestmenge strikt eingehalten: Die Krankenhaussterblichkeit liegt in den Niederlanden bei 4% (Betrachtungszeitraum 2011–2014) und damit nur halb so hoch wie in Deutschland in den Jahren 2010 und 2014 (Mansky et al. 2017).

4.3 Die neuen Regeln

4.3.1 Prognose über die Erfüllung der Mindestmenge

Auf der Grundlage der Vorgaben des KHSC und der resultierenden Änderungen in § 136b SGB V hat der G-BA ein Verfahren zur Feststellung der Zulässigkeit der Leistungserbringung entwickelt und in der Mindestmengenregelung umgesetzt: Als Voraussetzung für die Berechtigung zur Leistungserbringung muss der Krankenträger nun jährlich bis zum 15. Juli gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen eine Prognose abgeben und mit ihr darlegen, dass das Krankenhaus die erforderliche Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr voraussichtlich erreichen wird (s. Abb. 1).

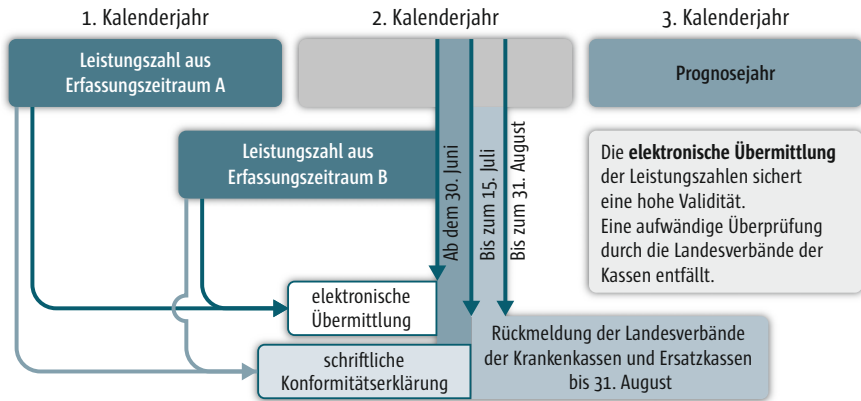


Abb. 1 Prozess der Prognoseübermittlung

Zeigt die Prognose, dass die erforderliche Mindestmenge voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen entsprechende Leistungen im Folgejahr nicht mehr bewirkt werden. Einem Krankenhaus, das die Leistungen dennoch bewirkt, steht kein Vergütungsanspruch zu. Die Zahlung der erbrachten Leistungen erfolgt dabei jetzt standortbezogen je Krankenhaus. So wird zukünftig verhindert, dass Krankenhausträger Fallzahlen von unterschiedlichen Orten der Leistungserbringung addieren und damit das intendierte Ziel umgehen können.

Die Prognose ist grundsätzlich prospektiv und besteht aus zwei Teilen: aus der tatsächlich erbrachten Leistung (Leistungszahlen) und – falls diese nicht erreicht wurde – aus weiteren Prognosekriterien (u.a. personelle und strukturelle Veränderungen), die eine gute Prognose trotz nicht erreichter Leistung begründen können. Ab 2020 wird die Leistungszahl elektronisch direkt aus einer im Krankenhaus eingesetzten Software heraus an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen übermittelt. Hierzu verwenden Krankenhäuser, welche eine mit einer Mindestmenge belegte Leistung erbringen möchten, künftig ein Softwaremodul, mit dessen Hilfe die tatsächliche Leistungszahl aufwandsarm aber nach einheitlichen Regeln ermittelt und automatisiert an die Landesverbände der Kassen übermittelt wird (dunkle Pfeile in Abb. 1). Wie bei allen anderen elektronischen Datenübermittlungen folgt auch hier eine schriftliche Erklärung, dass die Daten spezifikationskonform erhoben wurden (helle Pfeile in Abb. 1).

4.3.2 Transparenz

Im Interesse einer größeren Transparenz werden zukünftig im Qualitätsbericht der Krankenhäuser und damit auch in den internetbasierten Kliniksuchmaschinen der Krankenkassen alle zur Leistungserbringung infrage kommenden Kliniken, deren jeweils erbrachte Fallzahlen und ggf. in An-

spruch genommene Prognosekriterien und Ausnahmetatbestände sowie Ausnahmeregelungen der für die Krankenhausplanung verantwortlichen Landesbehörden veröffentlicht. Bisher wussten weder die Patienten noch die Krankenkassen oder die Landesplanungsbehörden genau, welche Krankenhäuser mit welcher Fallzahl mindestmengenbelegte Leistungen erbringen. Bald können aber die Patienten selbstbestimmt prüfen und überlegen, ob sie den anstehenden Eingriff in einem Krankenhaus mit wenig Erfahrung durchführen lassen wollen.

4.4 Bestehende Mindestmengen: Überarbeitungsbedarf

Abgesehen davon, dass diese Mindestmengen in der Vergangenheit kaum eingehalten wurden, enthalten die Codelisten zudem OPS-Ziffern, die aus fachlicher Sicht nicht im Sinne der beabsichtigten Mindestmenge gezählt werden dürften. Solche Codes sind zum Beispiel jene für die postmortalen Organentnahmen bei den Mindestmengen „Lebertransplantation“ und „Komplexe Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse“.

Die komplexe interdisziplinäre Vorbereitung des Patienten auf die Transplantation und die Nachsorge und Immunsuppression nach erfolgter Transplantation sind die wesentlichen Aspekte dieser Mindestmengen, welche als „Teamleistung“ mit gesicherter Expertise erbracht werden sollen. Durch die postmortale Entnahme hingegen entsteht kein Zugewinn an Expertise, der dem Standort der Leistungserbringung zuzuschreiben wäre, weil die Entnahme in der Regel durch fremde, von der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) zu diesem Zweck entsandte Entnahme-Teams vorgenommen wird. Um etwa das „operative Geschick“ in den Fokus zu nehmen und hierfür die Leistung dann auch korrekt zuzuschreiben, wäre eine auf den einzelnen Arzt bezogene Mindestmenge eher geeignet. Hinzu kommen rechtliche Bedenken bezüglich des Geltungsbereiches der MM-R für die Organentnahmen von Verstorbenen.

Auch bei der Mindestmenge „Komplexe Eingriffe an der Speiseröhre“ gibt es mehrere Codes, welche die intendierte Zielrichtung dieser Mindestmenge unterlaufen und aus zweierlei Aspekten zu Problemen in der Umsetzung geführt haben. Mit dem Attribut „Komplex“ sind die technisch herausfordernden und komplikationsreichen Zweihöhleneingriffe gemeint. Zusätzlich sind jedoch auch Anlagen oder Revisionen von Implantaten zur Refluxbehandlung inkludiert. Diese Eingriffe sind in fachlichem Anspruch und drohendem Komplikationsrisiko in keiner Weise mit den anderen Leistungen dieser Mindestmenge vergleichbar. Dem Aspekt, dass diese Eingriffe das Erreichen der Mindestmenge für einige Standorte erleichtern, steht der große Nachteil gegenüber, dass gerade diese vergleichsweise einfachen Prozeduren Eingriffe der Grundversorgung sind und durch Aufnahme in die MM-R an keinem anderen Standort erbracht werden dürfen. Sie werden damit auch dem Versorgungsspektrum vieler anderer Krankenhäuser vorenthalten, welche die mit der Min-

destmenge eigentlich adressierten, hochkomplexen Zweihöhleneingriffe gar nicht anbieten wollen. Auch diese nicht intendierte Auswirkung, die die konsequente Umsetzung der MM-R bisher zum Teil mit verhindert hat, muss schnell abgestellt werden.

Bei der Mindestmenge „Komplexe Eingriffe an der Speiseröhre“ hat sich durch Prüfung der aktuelleren Literatur zudem auch Anpassungsbedarf bezüglich der Höhe der Mindestmenge ergeben. Wie bereits oben dargestellt, liegt die derzeit in Deutschland geltende Mindestmenge mit 10 Eingriffen pro Jahr sehr weit unter der zu besseren Ergebnissen führenden MM in europäischen Nachbarländern und noch weiter unter dem aus der Literatur tatsächlich ableitbaren Schwellenwert für eine Verbesserung der Patientensicherheit. Wie bereits oben dargestellt, wurde 2011 in den Niederlanden für dieselben Operationen an der Speiseröhre eine Mindestmenge von 20 pro Jahr durchgesetzt – doppelt so hoch wie in Deutschland. Dort wird die Mindestmenge auch strikt eingehalten; die Krankenhaussterblichkeit ist nur halb so hoch wie in Deutschland (Mansky et al. 2017). Daher wird sich der G-BA bei diesem Thema neben der Überarbeitung der OPS-Code-Liste zur korrekten Erfassung der zur Ermittlung der Leistungszahlen relevanten Leistungen gleichzeitig mit einer möglichen Anhebung der MM befassen müssen.

Ein ähnlicher kombinierter Änderungsbedarf ergibt sich auch bei der Mindestmengenleistung „Stammzelltransplantationen (SZT)“. Über die reine Präzisierung der ursprünglich intendierten Zielintervention dieser Mindestmenge hinaus, soll künftig zwischen allogenen (von fremden Spendern) und autologen (eigene, vor der Immunodepletion entnommene Stammzellen) SZT differenziert werden können. Dem deutlich höheren fachlichen Anspruch und den für den Patienten drohenden Behandlungsrisiken bei allogenen SZT soll künftig mit einer eigenen MM Rechnung getragen werden.

Vor diesem Hintergrund wurden vom GKV-Spitzenverband im G-BA im Frühjahr 2018 entsprechende Anträge zur Aufnahme von Beratungen gestellt.



Bisher wurden vom G-BA für folgende sieben Leistungen Mindestmengen festgesetzt:

- *Lebertransplantationen: 20*
- *Nierentransplantationen: 25*
- *komplexe Eingriffe an der Speiseröhre: 10*
- *komplexe Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse: 10*
- *Transplantationen von Knochenmarks- oder Blutstammzellen (bei verschiedenen Blutkreberkrankungen): 25*
- *Versorgung von Frühgeborenen: 14*
- *Einbau von künstlichen Kniegelenken: 50*

4.5 Neue Mindestmengen

Mit der Umsetzung des KHSG durch die Neufassung der MM-R und die Ergänzungen der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) ist es nun auch wieder möglich, weitere neue Mindestmengen in einem rechtssicheren und transparenten Verfahren zu beraten und festzulegen. Mehrere Themen werden seitens der GKV geprüft und für eine Antragstellung vorbereitet. Dringlich erscheinen zum Beispiel die Vermeidung von Gelegenheitsversorgung und die Verbesserung der Patientensicherheit bei

- Versorgung des Mammakarzinoms,
- Thoraxchirurgie,
- Hüft- und Schulter-Endoprothesen,
- operativer Behandlung des Prostatakarzinoms und des
- Kolonkarzinoms.

Beispielhaft werden hier die aktuelle Situation und die mögliche zukünftige Versorgung des Mammakarzinoms dargestellt:

Mit ca. 70.000 Neuerkrankungen pro Jahr ist Brustkrebs die häufigste Krebserkrankung bei Frauen in Deutschland. Etwa eine von acht Frauen erkrankt im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. Nahezu drei von zehn betroffenen Frauen erkranken vor dem 55. Lebensjahr. Das mittlere Erkrankungsalter der Frauen liegt bei 64 Jahren. Ca. ein Viertel der Erkrankten verstirbt in den ersten fünf Jahren nach der Diagnosestellung. Pro Jahr sind ca. 17.000 Todesfälle auf ein Mammakarzinom (Brustkrebs) zurückzuführen.

Die Versorgung der Patientinnen mit Brustkrebs ist komplex. Vor einer am Einzelfall ausgerichteten Therapie, die neben chirurgischen Maßnahmen auch eine begleitende medikamentöse Behandlung sowie die Chemo- und/oder Strahlentherapie umfassen kann, steht die genaue Diagnose und Abgrenzung der Tumorart. Zusätzlich muss der Grad der Ausbreitung genau bestimmt werden, um die richtige Therapie für jeden Einzelfall zu wählen. Eine optimale und an den Bedürfnissen der einzelnen Patientinnen ausgerichtete Behandlung ist daher nur als Teamaufgabe zu bewältigen, die Erfahrung und eine enge Kooperation unterschiedlicher Fachbereiche – möglichst unter einem Dach – erfordert. Für die tatsächliche Operation der Brustdrüse hingegen wäre dann auch der Arztbezug für eine mögliche Mindestmenge in Betracht zu ziehen. Die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) fordert dabei pro Krankenhaus mindestens 100 behandelte Brustkrebspatientinnen pro Jahr pro Operationsstandort und mindestens 50 operierte Fälle pro gemeldeter Chirurgin bzw. gemeldetem Chirurg pro Jahr (OnkoZert 2016). Eine derartige Festsetzung durch den G-BA könnte – bei konsequenter Umsetzung – die Behandlungsqualität von Frauen mit Brustkrebs in Deutschland deutlich verbessern. Demgegenüber ist die aktuelle Realität der Versorgung, dass von den rund 750 Krankenhäusern die Brustkrebsoperationen durchführen, fast 280 Krankenhäuser weniger als 20 Eingriffe pro Jahr erbringen (IQTIG 2017).

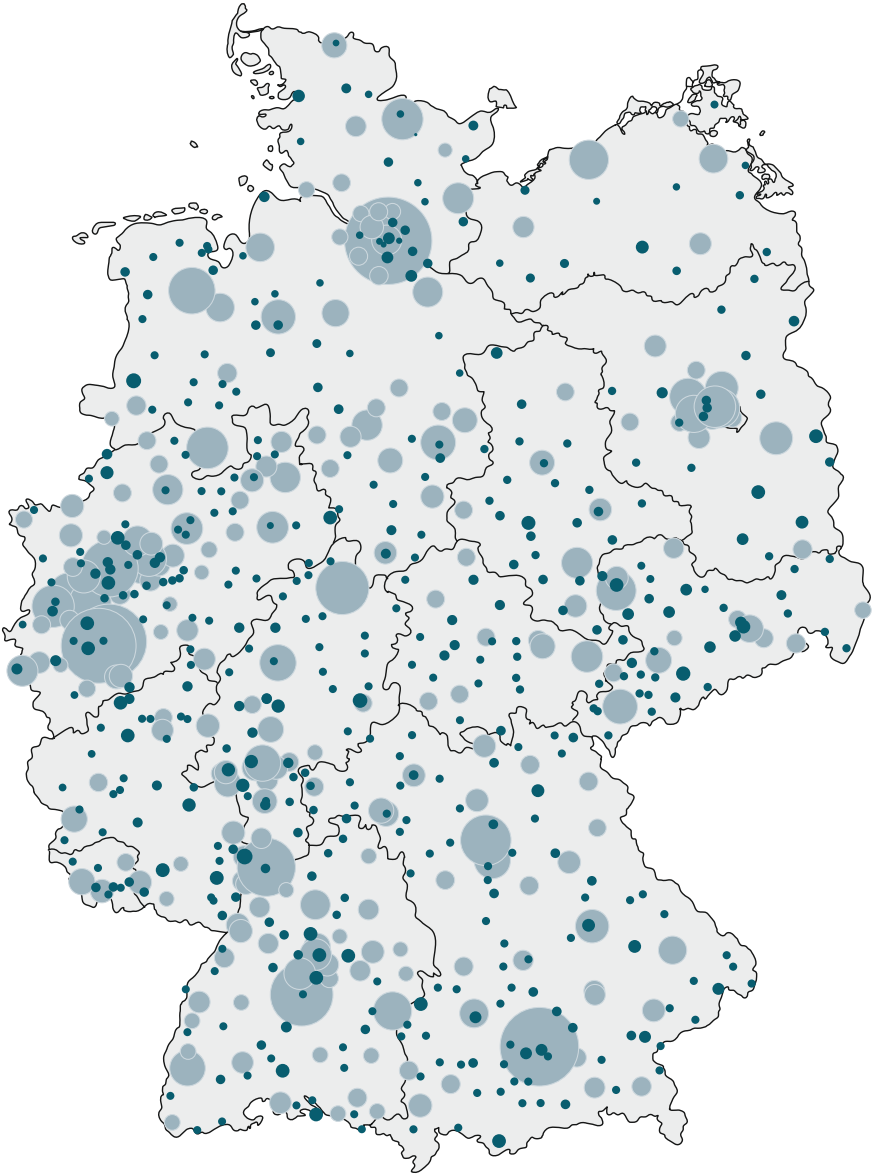


Abb. 2 Angenommene Mindestmenge „operative Versorgung Mamma-CA“ (100) (Kliniksimulator GKV-Spitzenverband 2018; dunkle Punkte: < 100 Eingriffe/Jahr; helle Punkte: ≥ 100 /Jahr, die Punktgröße gibt die Leistungszahl wieder)

Abbildung 2 veranschaulicht, wie sich die Verteilung der Standorte bei Einführung einer Mindestmenge für die Brustkrebsbehandlung in Deutschland verändern würde. Es sind alle Krankenhausstandorte dargestellt, welche im Jahr 2016 Leistungen mit Bezug zu Brustkrebsoperationen erbracht haben. Die

Standorte, welche weniger als 100 Operationen in diesem Jahr ausführten, sind dunkel markiert. Die hellen Punkte zeigen, auch anhand der Punktgröße (Leistungsvolumen oberhalb der hypothetischen Mindestmenge von 100 Fällen pro Jahr pro Standort), die wahrscheinliche Verteilung der Standorte bei Einführung einer entsprechenden Mindestmenge.

Die oft geäußerte Befürchtung, eine flächendeckende Versorgung würde durch Mindestmengen gefährdet, ist hier sichtbar unbegründet. Abgesehen davon werden vom G-BA nur Mindestmengen für planbare Leistungen festgelegt, sodass generell die Frage der Versorgungsplanung unter Einbezug von Erreichbarkeitszeiten anders zu bewerten ist als bei der Notfallversorgung.

4.6 Erwartungen an eine konsequente Umsetzung

4.6.1 Erwartungen an den G-BA und die Krankenkassen

In jedem Fall bleibt nach den letzten Jahren des faktischen Stillstands bei den Mindestmengen jetzt viel zu tun: Vonseiten der GKV wird das für die Patienten wichtige Qualitätssicherungsinstrument „Mindestmengen“ jetzt wieder prioritär genutzt und in den G-BA werden Anträge für neue Mindestmengen eingebracht werden. Der G-BA hat die Aufgabe, die Beratungen zu neuen Mindestmengen zeitgerecht umzusetzen. Aktuell müssen alle 7 bestehenden Mindestmengen bearbeitet werden, darunter auch die Aktualisierung der Mindestmenge für die Frühgeborenen unter 1.250 Gramm. Zwei der oben genannten neuen Themen, die Behandlung des Mammakarzinoms und die Thoraxchirurgie, wurden bereits zur Beratung neuer Mindestmengen vom G-BA beschlossen. Ausgehend von einer Beratungsdauer von schätzungsweise zwei Jahren bis zu einer Beschlussfassung, würde der G-BA zu einem im Oktober 2018 eingebrachten neuen Mindestmengenvorschlag seine Beratungen frühestens Ende 2020 abschließen können. Verbindlich wäre sie damit frühestens für das Jahr 2021, jedoch wegen der Übergangsregelung für neue Mindestmengen erst ab dem Jahr 2022 oder 2023 in voller Höhe. Und da das Ergebnis der Prognoseprüfung durch die Krankenkassen erst für das Jahr nach der Prognosedarlegung zu Konsequenzen für die Krankenhäuser führt, sind die Leistungen dann frühestens ab dem Jahr 2024 nur noch in den Einrichtungen möglich, welche die Mindestmenge „voraussichtlich“ erreichen. Der G-BA wird prüfen müssen, wie der Zeitraum von wenigstens 6 Jahren vom Antrag bis zur vollen Wirkung einer Mindestmenge verkürzt werden kann und auch der Gesetzgeber wird bewerten müssen, ob diese Zeitspannen mit dem KHSG so intendiert waren.

Die Krankenkassen haben jetzt die Aufgabe, überall dort die Mindestmengen-einhaltung konsequent durchzusetzen, wo die Krankenhäuser keine nachvollziehbare Prognose im Hinblick auf eine Erfüllung der Mindestmengen darlegen können.

4.6.2 Erwartungen an die Länder

Neben der Verbesserung der Bearbeitungsgeschwindigkeit im G-BA zur Abarbeitung einer jetzt wachsenden Zahl von neu zu beratenden Mindestmenthemen ist es unerlässlich, dass die Länder ihre durch das KHSG gewonnenen Spielräume in der Planung nutzen und aktiv Akzente setzen. Parallel zu den Anpassungen der MM-R für die Bundesebene ist es für eine qualitätsbasierte Krankenhauslandschaft erforderlich, Qualität als Planungsdimension auf der Landesebene wirklich anzuwenden. Profitieren würden davon die Patienten, die dann nur noch in Häusern versorgt würden, die über die notwendige Expertise verfügen und adäquat medizintechnisch ausgerüstet sind. Dafür müssen die Länder nicht zwingend auf Mindestmengenfestlegungen oder Qualitätsindikatoren des G-BA warten, sondern können die Versorgung einzelner Bereiche wie der Krebstherapie, von Schlaganfällen oder die Behandlung von Herzinfarkten auf die dafür geeigneten Krankenhäuser exklusiv konzentrieren. Damit würde eine neue Art von Qualitätswettbewerb entstehen – nämlich ein Wettbewerb darum, die jeweils beste Versorgungsqualität regional umzusetzen, wobei der G-BA mit etwaigen Mindestmengen eben nur die untere Baseline vorgibt. Schließlich muss eine Bundesvorgabe auch in einem Flächenland umgesetzt werden können, Stadtstaaten können aus strukturellen Gründen über die Höhe solcher Mindestvorgaben hinausgehen. Zu begrüßen wäre es in diesem Prozess allerdings, wenn erkannt würde, dass „flächendeckende Versorgung“ bzw. Erreichbarkeitsdebatten keine Begründungen für Strukturkonservierung oder mangelnden Reformwillen sind. Gerade die strengen Regeln für die Aufnahme von Leistungen in die MM-R verhindern, dass Leistungen der Grund- oder Notfallversorgung durch diese Regelung auf wenige Zentren konzentriert würden. Bei jenen planbaren risikoreichen Leistungen, die überhaupt für Mindestmengen infrage kommen, sollte die Erreichbarkeit (Anfahrtsweg) gar kein Kriterium sein. Wenn der Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Ergebnis der Behandlungsqualität nachgewiesen ist, dann sollten im Extremfall auch wenige Zentren für das Bundesgebiet ausreichen, ergänzt um neue Konzepte für Transporte und Unterbringung von Angehörigen.

An dieser Stelle sei auf den oben erwähnten Änderungsbedarf zur MM „komplexe Eingriffe an der Speiseröhre“ zurückverwiesen: Die Association of Upper Gastrointestinal Surgeons of Great Britain and Ireland (AUGIS) geht mit ihrer Empfehlung für das englische Gesundheitswesen weit über die bereits genannte niederländische Mindestmenge hinaus: Eine „ideale Abteilung für Viszeralchirurgie“ hält entsprechend dieser Empfehlung 4 bis 6 Chirurgen vor, von denen jeder Einzelne ein Minimum von 15 bis 20 Speiseröhrenresektionen pro Jahr ausführt – gleichbedeutend mit einer Mindestmenge für den entsprechenden Krankenhausstandort von ca. 60 bis 80 Operationen pro Jahr. Ein solches Klinikum solle nach Einschätzung der AUGIS 1 bis 2 Millionen Einwohner versorgen (AUGIS 2016). Weniger als 60 Einrich-

tungen, an denen diese Eingriffe dann mit entsprechend hoher Sicherheit und Expertise durchgeführt werden könnten, wären demnach für Deutschland ausreichend.

In der Realität werden Speiseröhrenresektionen in Deutschland an 416 Kliniken und Magenresektionen an 878 Kliniken durchgeführt (Daten des Statistischen Bundesamtes, Mansky et al. 2017).

Abgesehen davon, dass im britischen NHS-System die empfohlene Mindestmenge von 80 Speiseröhreneingriffen pro Jahr von den Kliniken weit übererfüllt wird (z.B. Nottingham University Hospital: 343 erbrachte Operationen im Jahr 2016), bietet das NHS-System auch ein beispielhaftes Niveau an Transparenz: Jenseits aller Bedenken in Deutschland hinsichtlich „schützenswerter Persönlichkeitsrechte“ kann sich jedermann auf der Homepage von AUGIS nicht nur die entsprechenden Leistungszahlen der Kliniken – sondern auch pro Operateur die individuellen Leistungszahlen, die adjustierte 30-Tages- und 90-Tagessterblichkeitsrate der von ihm operierten Patienten und deren durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus ansehen – mit Namen des Operateurs und dessen Arztnummer.

Zusätzlich zu der offensichtlich gut umsetzbaren Mindestmenge von 60 Speiseröhrenoperationen pro Jahr und Standort wäre auch über eine arztbezogene Mindestmenge nachzudenken. In einer 2016 publizierten Kohortenstudie erreichten die Chirurgen erst nach 60 Operationen (kumulativ) ein Niveau mit einer stabilen 5-Jahres-Überlebensrate der Patienten (Markar et al. 2016).

Es ist eine gemeinsame Aufgabe aller Beteiligten, der Öffentlichkeit zu erklären, dass qualitativ hochwertige, moderne Medizin nicht beliebig in die Fläche gebracht werden kann. Die Organisation des Gesundheitswesens muss immer aus der Perspektive der Versorgungsqualität und Patientensicherheit abgeleitet werden – dies führt zwangsläufig zu Konflikten mit Leistungserbringern, Krankenkassen und der regionalen Wirtschaftsförderung, aber auch mit individuellen Wünschen der Patienten nach einer möglichst wohnortnahen Versorgung mit der für sie bestmöglichen Medizin.

4.7 Bewertung und Ausblick: Qualitätssicherung versus qualitätsorientierte Versorgungsplanung

Die Anpassungen im SGB V für die Mindestmengenregelung können auch im Kontext der grundsätzlichen Zielstellung des vom Gesetzgeber gestalteten KHSG im Hinblick auf die Qualitätssicherung in Verantwortung des G-BA gesehen werden.

Das KHSG enthält neben zahlreichen Maßnahmen zur Verbesserung der Finanzlage der Krankenhäuser auch viele neue Vorgaben, welche insbesondere auch die Ergebnisse aus der datenbasierten Qualitätssicherung der Krankenhausleistungen für mehr als die bisherigen Maßnahmen der Qualitätsförderung nutzen will. Über 10 Jahre der Qualitätssicherung im stationären Bereich

(Externe Stationäre Qualitätssicherung/ESQS) haben insbesondere mit den online verfügbaren Qualitätsberichten zur Transparenz beigetragen und die Qualität in den Krankenhäusern durch die strukturierten Dialoge mit den Krankenhäusern im Rahmen der stationären Qualitätssicherung weiter befördert. Trotzdem blieb diese Form der Qualitätssicherung bei schwerwiegenden Qualitätsproblemen, dauerhaften Qualitätsmängeln oder gar Teilnahmeverweigerung für die Krankenhäuser so gut wie folgenlos. Auch die von der ESQS gänzlich unabhängige Mindestmengenregelung wurde in vielen Fällen nicht beachtet und blieb für viele Krankenhäuser ohne Konsequenz, wenn diese die Mindestmenge nicht erreichten.

Die Grenzen der ESQS werden zum Beispiel daran deutlich, dass es in über 10 Jahren der Qualitätsmessung, -darstellung und -bewertung immer noch nicht erreicht werden konnte, dass alle Krankenhäuser ihre Patienten mit einer Schenkelhalsfraktur, wie in den Qualitätssicherungsvorgaben vorgesehen, innerhalb von 24 Stunden operieren (Gleisberg et al. 2017). Das KHSC hat hier an einigen Stellen nachgeschärft, denn schlechte und insbesondere dauerhaft schlechte Qualitätsergebnisse mit Gefahrenpotenzial für die Patientenversorgung müssen auch Konsequenzen haben: Entweder das Krankenhaus ist in der Lage, die Qualitätsvorgaben zeitnah wieder zu erfüllen oder es sollte keine Patienten mehr behandeln dürfen. Eine prospektiv ausgestaltete Regelung im SGB V wie bei der Mindestmengenregelung wäre auch hier hilfreich.

Neben der Klarstellung der Konsequenzen bei Unterschreiten der vom G-BA festgelegten Mindestmengen umfasst das KHSC insbesondere auch neuen Regelungen zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und eröffnet neue Möglichkeiten, Qualitätsverträge für bestimmte vom G-BA festzulegende Leistungsbereiche schließen zu können oder zukünftig qualitätsbasierte Zu- und Abschläge auf vom G-BA festgelegte, einzelne DRG-Leistungen anzuwenden. Dazu wurden auch die Qualitätskontrollen gestärkt, indem der MDK auf Basis von Regelungen einer G-BA-Richtlinie Qualitätsprüfungen in Krankenhäusern durchführen kann bzw. muss.

Über zwei Jahre nach dem Inkrafttreten des KHSC fällt die Zwischenbilanz über das Erreichbare unterschiedlich aus. Die Mindestmengenregelung wurde grundlegend geändert. Zusätzlich ist – gemäß dem gesetzlichen Auftrag – ein die Auswahl und Festlegung neuer Mindestmengen betreffender neuer Abschnitt in die Verfahrensordnung des G-BA aufgenommen worden. Beide Regelungen wurden Ende 2017 beschlossen; die neue MM-R ist zum 01.01.2018 in Kraft getreten. Wie sich nun der neue Prozess der Prognosedarlegung auswirken wird und ob dieses vom Gesetzgeber im SGB V vorgegebene Modell wirklich zu einer stringenten Einhaltung der vom G-BA festgelegten Mindestmenge führt, muss in den nächsten Jahren gut beobachtet werden.

Erste planungsrelevante Indikatoren sind vom G-BA beschlossen worden, ebenso die Entwicklung weiterer neuer Indikatoren, die für die Krankenhausplanung geeignet sind. Einige für die Planung verantwortlichen Landespla-

nungsbehörden haben aber schon signalisiert, dass in den jeweiligen Landesgesetzen diese Indikatoren nicht übernommen werden (Dittmann 2018; Stollmann 2017). Bei den Zu- und Abschlägen sind die Entwicklungen erst noch im Gange, sodass der Beginn qualitätsbasierter Vergütung nicht vor 2021 erwartet wird.

Auch wenn die Qualitätssicherung des G-BA durch das KHSG gestärkt wurde und inakzeptable Qualitätsergebnisse nun auch Konsequenzen für die Krankenhäuser nach sich ziehen können, reichen die gesetzlichen Vorgaben noch nicht aus, Versorgungsstrukturen effizient weiterzuentwickeln.

Wie soll die Versorgung der Patientinnen und Patienten im Jahr 2028 aussehen? Wie lässt sich eine Versorgung mit hoher Qualität erreichen, die zudem wirtschaftlich ist? Eine solche konzeptionelle und in die Zukunft orientierte Planung blickt auch nicht nur auf die Krankenhäuser, sondern umfasst auch die ambulante Versorgung. Sie wird aber auch Veränderungen in der Krankenhauslandschaft erfordern, die schon jetzt erkennbar sind (SVR Gesundheit 2018), aber bisher nicht erfolgen. Nach der geltenden Kompetenzverteilung wäre es grundsätzlich Aufgabe der Länder, „überzählige Krankenhäuser zu schließen und die verbleibenden bedarfsgerecht zu stärken“, heißt es in einem aktuellen Gutachten (Bundesministerium der Finanzen 2018). „Dazu kommt es aber nicht in dem wünschenswerten Maße. Das dürfte daran liegen, dass die politischen Kosten der Schließung eines Krankenhauses den politischen Nutzen in aller Regel übersteigen.“ Es wäre wünschenswert, wenn sich Bund und Länder gemeinsam der Zukunftsaufgabe stellen würden. Das wäre auch für die Qualitätssicherung positiv, da sie nicht die Aufgabe haben und es auch nicht leisten kann, grundsätzliche und politisch zu verantwortende Strukturveränderungen zu ersetzen.



Take home messages

- *Mindestmengen für planbare Leistungen sind ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung und sorgen für eine Verbesserung der Patientensicherheit.*
- *Die neuen Regelungen des KHSG und G-BA lassen auf eine stringente Anwendung hoffen.*
- *Neben den planungsrelevanten Indikatoren sollten die Landesplanungsbehörden auch die Einhaltung der Mindestmengen als Qualitätsziel der Versorgung stringent verfolgen bzw. ein Unterschreiten der Mindestmenge auch ohne weitere Vorgaben des G-BA als „in erheblichem Maße unzureichende Qualität“ bewerten.*
- *Es fehlt eine zukunftsorientierte Planung und Weiterentwicklung im Hinblick auf qualitativ hochwertige, wirtschaftliche Versorgungsstrukturen.*

Literatur

AUGIS (2016) Outcomes Data 2016.

Bundesministerium der Finanzen (2018) Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen. URL: https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Ministerium/Geschaeftsbereich/Wissenschaftlicher_Beirat/Gutachten_und_Stellungnahmen/Ausgewaehlte_Texte/2018-06-19-Ueber-und-Fehlversorgung-Krankenh.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (abgerufen am 22.08.2018)

Dittmann H (2018) Das Krankenhausstrukturgesetz: Hehre Ziele – Ernüchternde Umsetzung. *Gesundh ökon Qual manag* 23(01), 29–34. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0043-109524>

Gleisberg C, Malek D, Stich AK, Follert P (2017) Die bisherigen Maßnahmen der Qualitätssicherung reichen nicht aus. 90 Prozent – das E-Magazin des GKV-Spitzenverbands. URL: https://www.gkv-90prozent.de/ausgabe/07/autorenbeitrag/07_femurfraktur/07_femurfraktur.html (abgerufen am 22.08.2018)

IQTIG (2017) Qualitätsreport 2016. Berlin. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2016/IQTIG_Qualitaetsreport-2016.pdf (abgerufen am 22.08.2018)

Mansky T, Nimptsch U, Grützmann N, Lorenz D (2017) Zentrenbildung in der Pankreas- und Ösophaguschirurgie. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.) *Krankenhausreport 2017*. 95–106. Schattauer Stuttgart

Markar SR, Mackenzie H, Lagergren P, Hanna GB, Lagergren J (2016) Surgical Proficiency Gain and Survival After Esophagectomy for Cancer. *J Clin Oncol* 34(13), 1528–36. DOI: 10.1200/JCO.2015.65.2875

Nimptsch U, Peschke D, Mansky T (2016) Mindestmengen und Krankenhaussterblichkeit – Beobachtungsstudie mit deutschlandweiten Krankenhausabrechnungsdaten von 2006 bis 2013. *Gesundheitswesen* 79(10), 823–834. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-100731>

OnkoZert (2016) URL: <https://www.onkozert.de/organ/brust/> (abgerufen am 29.08.2018)¹

Stollmann F (2017) Planungsrelevante Qualitätsindikatoren – wie geht es weiter? Stand der Umsetzung in den Ländern, Vortrag im Rahmen der QS-Konferenz des G-BA Berlin. URL: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4336/Programm-QS-Konferenz%202017_Stand_2017-09-21.pdf (abgerufen am 22.08.2018)

SVR Gesundheit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2018) Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf (abgerufen am 22.08.2018)

1 Die hier zitierte Empfehlung von OnkoZert über 100 Fälle pro Jahr und Standort stammt aus dem Jahr 2016 und wurde von OnkoZert inzwischen modifiziert. Unter dem hier angegebenen Quellpfad öffnet sich ein Fenster, in dem der „Erhebungsbogen Brustzentren“ als Word-Dokument angeklickt werden kann: Unter 5.2.6 auf S. 26 findet sich die neue Empfehlung, die am 28.9.17 von OnkoZert in Kraft gesetzt wurden. Demnach wird nun eine arztbezogene Mindestmenge von 50 pro Jahr für den Chirurgen und (implizit auch) für seinen Vertreter empfohlen, was bei mehr als zwei Chirurgen pro Standort sogar noch über der vormaligen Empfehlung von 100 Fällen pro Standort liegt.



Dipl.-Psych. Peter Follert, MBA

Peter Follert studierte nach einer handwerklichen Ausbildung Psychologie an der Universität des Saarlandes mit Auslandsstudienzeiten in den Niederlanden und Italien. Nach dem Studium arbeitete er in einer Psychosomatischen Rehabilitationsklinik und später an der Uniklinik Freiburg, dabei primär zu Themen der Qualitätsmessung und -sicherung. Nach dieser praktisch und wissenschaftlich orientierten Zeit wechselte er erst zum Verband der Ersatzkassen (vdek) und dann 2009 zum GKV-Spitzenverband. Der Diplom-Psychologe leitet seit 2015 das Referat Qualitätssicherung in der Abteilung Medizin des GKV-Spitzenverbandes.



Dr. med. Horst Schuster

Facharzt für Plastische Chirurgie und Arzt für Sozialmedizin. Studium der Medizin in Berlin sowie in Spanien und den USA. Ärztliche Tätigkeit an der Charité Berlin, am Universitätsspital Zürich, am Behandlungszentrum Vogtareuth und am Emil-von-Behring-Krankenhaus Berlin. Nachfolgend Gutachter für den MDK Berlin/Brandenburg und Fachberater für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS). Seit 2013 beim GKV-Spitzenverband in der Abteilung Medizin, dort Fachreferent für das Thema Qualitätssicherung, insbesondere zuständig für die Mindestmengenregelung.



Dr. Jürgen Malzahn

Jürgen Malzahn studierte an der Freien Universität Berlin, der Humboldt-Universität zu Berlin und der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main Humanmedizin. Seit dem Studium arbeitete er in verschiedenen Funktionen im AOK-Bundesverband, dabei primär zu den Themen Krankenhausvergütung und Qualitätssicherung. Der promovierte Arzt leitet seit 2007 die Abteilung Stationäre Versorgung, Rehabilitation im AOK-Bundesverband, in der neben den gesundheitsökonomischen Fragestellungen des Krankenhaus- und Rehabilitationsbereichs auch Themen wie „Qualitätssicherung mit Routinedaten“, Behandlungsfehlermanagement und das Regressmanagement von Medizinprodukten angesiedelt sind.