

Krankenhaus-Strukturgesetz

Die Qualitätsagenda strauchelt

Das Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSG) sollte die Qualität der stationären Behandlung stärken. Drei Jahre nach Inkrafttreten der Reform verzögern sich jedoch viele Regelungen, die auf bessere Strukturen und verbindliche Standards zielen, oder drohen zu scheitern. So will zum Beispiel nur jedes dritte Bundesland die Qualitätsindikatoren automatisch an

wenden, die der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) zur Unterstützung der regionalen Krankenhausplanung entwickelt hat (Plan-QI).

Der Strukturfonds hat sein Ziel, die Versorgungsstrukturen zu verbessern sowie stationäre Versorgungsangebote zu konzentrieren, verfehlt. Für Zentren wurden keine klaren Qualitätskriterien vereinbart. Zu- und Abschläge für Qualität kommen frühestens 2021. Auch die Regelungen zu Mindestmengen für komplexe Behandlungen sollte das Gesetz verbindlicher gestalten. Kliniken, die spezialisierte Operationen zu selten durchführen, müssen diese aus ihrem Angebot streichen – doch die Praxis sieht anders aus.

Neue Mindestmengen kann der GBA festlegen, wenn wissenschaftliche Erkenntnisse einen Zusammenhang zwischen Fallzahl und Behandlungsergebnis nahelegt. Entsprechende Recherchen hat das Gremium im Frühjahr 2018 für Stammzelltransplantationen, Lungenkrebs- und Brustkrebsoperationen beauftragt. Während führende Fachgesellschaften für Brustkrebs-OPs mindestens 100 Eingriffe jährlich fordern, kommt ein gutes Drittel der Kliniken kaum auf 20 Fälle pro Jahr. Die neue Mindestmenge kann frühestens in drei Jahren wirksam werden, um der Verfahrensordnung des GBA gerecht zu werden. Ob sich die Kliniken ab 2021 an die Vorgaben halten werden, ist mehr als ungewiss.

Das Gleiche bei der Krankenhausplanung: Für die Länder ist Qualität bis heute nicht mehr als eine Option. Zwei Jahre nach dem Beschluss der Plan-QI liegen zwar erste Ergebnisse vor, doch der Auftrag zur Entwicklung weiterer Indikatoren steht noch aus. Diese wird voraussichtlich acht bis zehn Jahre dauern. Eine kaum zumutbare Wartezeit für die Patienten.

Länder sperren sich gegen Plan-QI



■ Automatische Anwendung der Plan-QI im Landeskrankenhausgesetz ausgeschlossen

Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz

▨ Gesetzesänderung geplant oder eingeleitet

Berlin, Brandenburg, Bremen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen

□ Derzeit keine Änderungen im Landesrecht geplant

Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Saarland, Sachsen

Fünf von 16 Bundesländern haben bereits Gesetze erlassen, um die automatische Anwendung der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (Plan-QI) außer Kraft zu setzen; sechs weitere haben es vor.

Quelle: Zuständige Landesbehörden, Grafik: AOK-Bundesverband

INHALT

Hintergrund und Presse Seite 2

- >> Interview mit Prof. Josef Hecken (GBA): „Die Länder sollten jetzt reagieren“

Markt und Meinung Seite 3

- >> Deutschland weltweit führend bei der Personaldichte im Gesundheitswesen
- >> 91 Milliarden Euro für stationäre Versorgung
- >> Krankenhausstrukturfonds wird verlängert

Versorgung und Service Seite 4

- >> Qualitätsmonitor 2019 plädiert für stärkere Zentralisierung von Leistungen
- >> Neue Aufgaben für Kliniken auf dem Land
- >> Positiver Trend bei Organspenden

Zahlen - Daten - Fakten Seite 5

- >> Vermeidbare Todesfälle bei Herzklappenersatz

„Die Landesregierung muss Krankenhäuser vor dem automatischen Aus schützen, falls sie einzelne Qualitätsvorgaben nicht erfüllen sollten.“

Susanna Karawanskij, Gesundheitsministerin in Brandenburg, zum Kabinettsbeschluss des neuen Krankenhaus-Entwicklungsgesetzes Ende November

Interview

„Die Länder sollten jetzt reagieren“

Prof. Josef Hecken, Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), begrüßt die jüngsten Diskussionen über die Qualität der Krankenhäuser und appelliert an die Bundesländer, Konsequenzen zu ziehen.

Schon vor einem Jahr zeichnete sich ab, dass die Finanzierungsthemen der Klinikreform deutlich besser vorankommen, als die Struktur- und Qualitätsthemen. Ist die Qualitätsagenda des Gesetzes noch zu retten?

Ich sehe nicht, dass die Finanzierungsinstrumente des KHSG, wie zum Beispiel der Fixkostendegressionsabschlag, schon irgendwelche Wirkungen entfaltet hätten. Der GBA hat die ihm übertragenen Aufgaben jedenfalls zügig und fristgerecht umgesetzt. Jetzt gilt es in den nächsten Jahren zu beobachten, welche Wirkungen sich auf die Versorgungsstrukturen ergeben. In den letzten Wochen war ja eindrucksvoll zu sehen, welche Diskussionen die Veröffentlichung des ersten Ergebnisberichts der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (Plan-QI) in der Krankenhauslandschaft und der Öffentlichkeit ausgelöst hat.

Warum lassen sich in Deutschland Qualitätsstandards nicht durchsetzen, die in jeder medizinischen Leitlinie stehen?

Gerade anhand der Ergebnisse zu den Plan-QI sehen wir doch, dass die Qualitäts-

Prof. Josef Hecken,
Unparteiischer Vorsitzender
des Gemeinsamen
Bundesausschuss (GBA)



standards bis auf wenige Einzelfälle eingehalten werden. Die Qualitätssicherung beim GBA folgt der Idee der kontinuierlichen Verbesserung, aber die einzelnen Richtlinien sehen auch verschiedene Maßnahmen bis hin zu Sanktionen vor, wenn Kliniken sich dem Bemühen um Qualitätssicherung entziehen, unterstützende Maßnahmen ablehnen oder definierte Qualitätsanforderungen nicht einhalten.

Was versprechen Sie sich von neuen Mindestmengen, wenn schon die beschlossenen Zahlen keinerlei Verbindlichkeit besitzen?

Wir haben Anfang des Jahres sowohl die Mindestmengen-Regelung als auch unsere Verfahrensordnung vollständig überarbeitet. Unter anderem haben wir geregelt, dass die voraussichtliche Erfüllung der Mindestmenge gemäß eines Prognosemodells prospektiv nachzuweisen ist. Damit haben wir die notwendige Transparenz für die Landesebene geschaffen, um die Einhaltung der Mindestmengen durchzusetzen.

Sollte die Verantwortlichkeit der Länder für die Krankenhausplanung eingeschränkt werden?

Der föderale Aufbau ist sinnvoll, sofern die Rahmenbedingungen für die Qualitätssicherung gleich sind. Auf Landesebene kann man gezielter reagieren und auch ein Vertrauensverhältnis aufbauen, das für eine funktionierende Qualitätssicherung unerlässlich ist. Nachdem die ersten Ergebnisse zu den Plan-QI vorliegen, sollten die Länder jedoch auch die damit verbundene Möglichkeit nutzen, auf Versorgungsmängel zu reagieren und mit Blick auf eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung abzuwägen, wie die Krankenhausplanung entsprechend ausgerichtet werden kann.

PRESSEECHO

NRW fördert Palliativstation

Das Bundesland Nordrhein-Westfalen (NRW) fördert eine geplante Palliativstation für Kinder am Klinikum Leverkusen im Umfang von 1,5 Millionen Euro. Die Klinik will damit die bestehende Palliativstation um eine Einheit für Kinder und Jugendliche erweitern. Es wird die dritte Einrichtung dieser Art in Deutschland. Für den Bau sind insgesamt 2,4 Millionen Euro eingeplant.

RP online, 23.11.2018

Neubau in Lüneburg eröffnet

Das Klinikum Lüneburg hat seinen Erweiterungsbau eröffnet. Damit verfügt das Akutkrankenhaus der Schwerpunktversorgung über eine interdisziplinäre Intensivstation, eine Intermediate Care Station zur Betreuung pflegeintensiver Patienten und eine neue zentrale Notaufnahme. Das Haus versorgt jährlich mehr als 29.000 Patienten stationär und etwa 50.000 ambulant. Das Land Niedersachsen hat die Modernisierung mit 35 Millionen Euro gefördert.

Uelzener Presse, 11.11.2018

Mehr Umsatz bei Rhön

Der Klinikbetreiber Rhön-Klinikum erhält für Forschung und Lehre zusätzlich 20 Millionen Euro vom Land Hessen. Das ist das Ergebnis einer Vereinbarung zur Forschungsfinanzierung, die dem Konzern bis 2021 zusätzliche Fördergelder zusichert. Bis Ende September verbuchte Rhön ein Umsatzplus von 2,9 Prozent. Für das Geschäftsjahr 2018 erwartet der Konzern Erlöse von mehr als 1,2 Milliarden Euro.

Ärztblatt, 9.11.2018

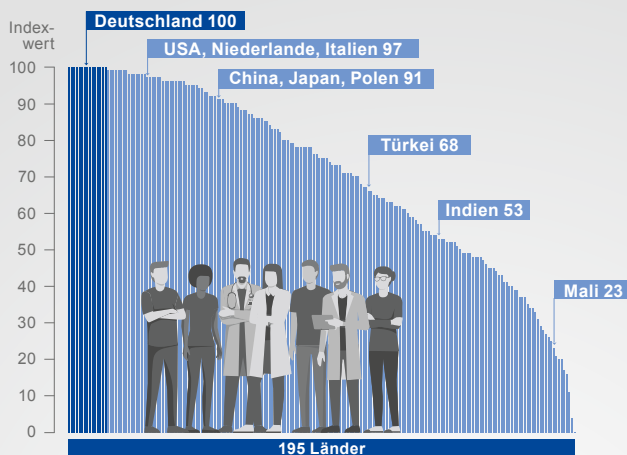
Personalausstattung

Deutschland in der Spitzengruppe

Deutschland gehört zu den 15 Ländern mit den meisten Ärzten, Pflegekräften und Hebammen im Verhältnis zur Einwohnerzahl weltweit. Das geht aus der Studie „Global Burden of Disease“ von Harvard University, WHO und Weltbank hervor, die in der britischen Fachzeitschrift „The Lancet“ veröffentlicht wurde. Die Personaldichte wurde anhand von Indikatoren abgebildet. Führend sind die skandinavischen Staaten und Finnland, die Schweiz, Belgien und Deutschland; zudem gehören die Slowakei, Österreich, Tschechien und Andorra zur Spitzengruppe, aber auch Neuseeland, Bermuda und Kuba. Die Hälfte aller Länder hatte 2017 weniger als zehn Ärzte und 30 Pflegekräfte je 10.000 Einwohner zur Verfügung.

>> www.thelancet.com/gbd

Medizinpersonal ist ungleich verteilt



Europa steht am oberen Ende des Spektrums, die schlechteste Personalausstattung in der Medizin findet sich in West- und Zentralafrika.

Quelle: The Lancet; Grafik: AOK-BV

Illustration: iStockphoto

Krankenhauskosten

Ausgaben für Versorgung steigen auf über 90 Milliarden Euro

Die Kosten der stationären Krankenhausversorgung sind im vergangenen Jahr von 87,8 Milliarden Euro auf rund 91,3 Milliarden Euro gestiegen. Das teilte das Statistische Bundesamt mit. Die Ausgaben wuchsen damit um 3,9 Prozent. Inklusive der Ausgaben für ambulante Leistungen kletterten die Gesamtkosten sogar auf 105,7 Milliarden Euro. Davon entfielen rund zwei Drittel auf Personal. Die durchschnittlichen Kosten pro Fall betragen 4.695 Euro. Sie sind damit um 4,4 Prozent gestiegen und übersprangen in einigen Bundesländern sogar die Marke von 5.000 Euro.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

Investitionsförderung

Vier weitere Jahre für den Krankenhausstrukturfonds

Der Krankenhausstrukturfonds wird ab 2019 für vier Jahre verlängert. Damit stehen den Kliniken bundesweit zusätzliche Investitionsmittel von bis zu einer Milliarde Euro jährlich zur Verfügung. Wie bisher werden die Vorhaben nur dann durch den Fonds finanziert, wenn sich die Länder ebenfalls beteiligen; allerdings müssen sie nur noch mindestens 25 Prozent der Fördersumme beisteuern, insgesamt also 250 bis zu 500 Millionen Euro pro Jahr. 500 Millionen Euro pro Jahr fließen weiterhin aus dem Gesundheitsfonds. Gleichzeitig wurde das Aufgabenspektrum des Fonds erweitert. Neben Strukturverbesserungen können künftig auch Vorhaben in bestimmten Versorgungsnischen, im Bereich IT, Telemedizin und Maßnahmen zur Förderung der Pflegeausbildung finanziert werden. Die Pauschale zur Stilllegung von Betten wurde erhöht.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

DREI FRAGEN AN ...

... Prof. Dr. Rainer Rossi,
Chefarzt der Klinik für Kinder- und
Jugendmedizin am Vivantes Klinikum
in Berlin-Neukölln



„Wir könnten noch besser sein“

Die deutsche Gesellschaft für perinatale Medizin befürwortet eine höhere Mindestmenge für die Versorgung von Frühchen. Warum?

Kliniken mit nur ein paar hundert Geburten im Jahr stehen bei der Versorgung von Frühchen vor großen Herausforderungen, und andere Länder erzielen mithilfe einer starken Zentralisierung hervorragende Ergebnisse. Die deutsche Geburtsmedizin ist gut, aber bei der Überlebensrate von Säuglingen schneiden Länder wie Schweden oder Finnland noch besser ab.

Wie sehen die Versorgungsstrukturen dort aus?

Eine schwedische Geburtsklinik betreut pro Jahr fast 3.000 Geburten, also dreimal so viele wie bei uns. Alle Kliniken verfügen auch über eine Fachabteilung für Neugeborene, und alle Mitglieder des Teams haben Erfahrung im Umgang mit Komplikationen, auch wenn es um seltene Ereignisse geht. Übung macht nun mal den Meister. Und im Notfall sind die Spezialisten von der Kinderklinik gleich nebenan.

Wie könnte man die Situation der Geburtshilfe sonst noch verbessern?

Wir brauchen insgesamt mehr Strukturqualität durch abgestufte Versorgungskonzepte: Je mehr Komplikationen in der Schwangerschaft, desto eher die Versorgung im höchstqualifizierten Zentrum.

Qualitätsmonitor 2019**Die Qualität kommt zu kurz**

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) hat den Qualitätsmonitor 2019 veröffentlicht. Die neue Ausgabe analysiert die Wirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes von 2016. Nach wie vor sind Patienten in Kliniken höheren Risiken ausgesetzt als notwendig. Der Grund: mangelnde Spezialisierung und Zentralisierung, zum Beispiel in der Versorgung von frühgeborenen Babys oder bei der Implantation von Herzklappen. Der aktuelle Qualitätsmonitor zeigt deshalb auf, wo Politik, Selbstverwaltung und Bundesländer ansetzen sollten, um die Patientensicherheit zu erhöhen. Die Publikation wird herausgegeben von Gesundheitsstadt Berlin, der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und dem WiDO. Sie ist seit Anfang Dezember kostenlos als Download auf der Homepage des WiDO erhältlich.

>> www.wido.de

Versorgung im ländlichen Raum**Neue Rolle für kleine Kliniken?**

Ländliche Krankenhäuser könnten für die Versorgung in ihrer Region künftig eine stärkere Rolle spielen als heute. Das ist das Ergebnis einer aktuellen Studie zur Versorgungssituation im ländlichen Raum unter der Leitung von Carolin Auschra (Freie Universität Berlin) im Auftrag der Stiftung Münch. Das Autorenteam hat untersucht, welche Lösungs-

ansätze zum Thema bereits erprobt werden. Demnach bewegen sich die meisten Modellprojekte überwiegend innerhalb bestehender Sektorengrenzen. Kleinere Häuser könnten sich jedoch fernab der Großstädte zu zentralen Plattformen für die sektorenübergreifende Versorgung entwickeln, vor allem, wenn es um fachärztliche Angebote geht. Künftig würden mehr ambulant tätige Ärzte als Angestellte arbeiten, so eine Prognose der Autoren; Management-Kompetenzen, telemedizinische Anwendungen und interprofessionelle Zusammenarbeit könnten an Bedeutung gewinnen.

Organtransplantation**Erstmals wieder mehr Spender**

Die Zahl der Organspender ist 2018 gestiegen. Bis Mitte November wurden 832 Spender in Deutschland registriert, das waren bereits mehr als im gesamten Jahr 2017. Das hat die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) auf ihrem Jahreskongress in Frankfurt am Main mitgeteilt. Bis zum Oktober konnten in diesem Jahr 2.566 Organe aus Deutschland über die europäische Vermittlungsstelle Eurotransplant vermittelt werden, darunter 1.317 Nieren, 245 Herzen und 286 Lungen. Im vergangenen Jahr wurden bundesweit nur 797 Spendern Organe entnommen – laut DSO der niedrigste Stand seit 20 Jahren. Als einen der Gründe für den positiven Trend vermutet die Organisation die öffentliche Diskussion um die geringen Spenderzahlen.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

TERMINE**22. und 23. Januar 2019 in Berlin**

9. BMC-Kongress:
Gesundheit in einer Gesellschaft
des längeren Lebens

8. Februar 2019 in Berlin

2. Heidelberger Forum
Gesundheitsversorgung

**11. und 12. Februar 2019
in München**

20. Münchener Klinik Seminar

>> www.blickpunkt-klinik.de

PERSONALIA**Stoff-Ahnis ist gewählt**

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat Stefanie Stoff-Ahnis einstimmig zur stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden gewählt. Die 42-jährige Juristin tritt am 1. Juli 2019 die Nachfolge von Johann-Magnus von Stackelberg an. Stoff-Ahnis, die bis dato bei der AOK Nordost den Geschäftsbereich Versorgung leitet, übernimmt das Amt für sechs Jahre bis Mitte 2025.

Weber an der Spitze des VLK

Der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK) hat PD Dr. Michael A. Weber zum neuen Präsidenten gewählt. Der Internist übernimmt das Amt ab Januar 2019 von Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, der sich nach 16-jähriger Amtszeit in den Ruhestand verabschiedet. Weber war bisher Vorsitzender des VLK-Landesverbandes Bayern und Vizepräsident des Verbandes.

Stabwechsel bei KCQ

Dr. Klaus Döbler hat zum 1. November 2018 die Leitung des sozialmedizinischen Kompetenz-Centrums Qualitätssicherung / Qualitätsmanagement (KCQ) in Stuttgart übernommen. Er folgt auf Prof. Dr. Johannes Giehl, der in den Ruhestand verabschiedet wurde. Der Anästhesist, Krankenhausmanager und Qualitätsexperte Döbler ist bereits seit 2010 beim KCQ als Berater für Qualitätsthemen aktiv.

>> Abrechnung

>> Finanzierung

>> Infografiken

>> Jahresabschlüsse

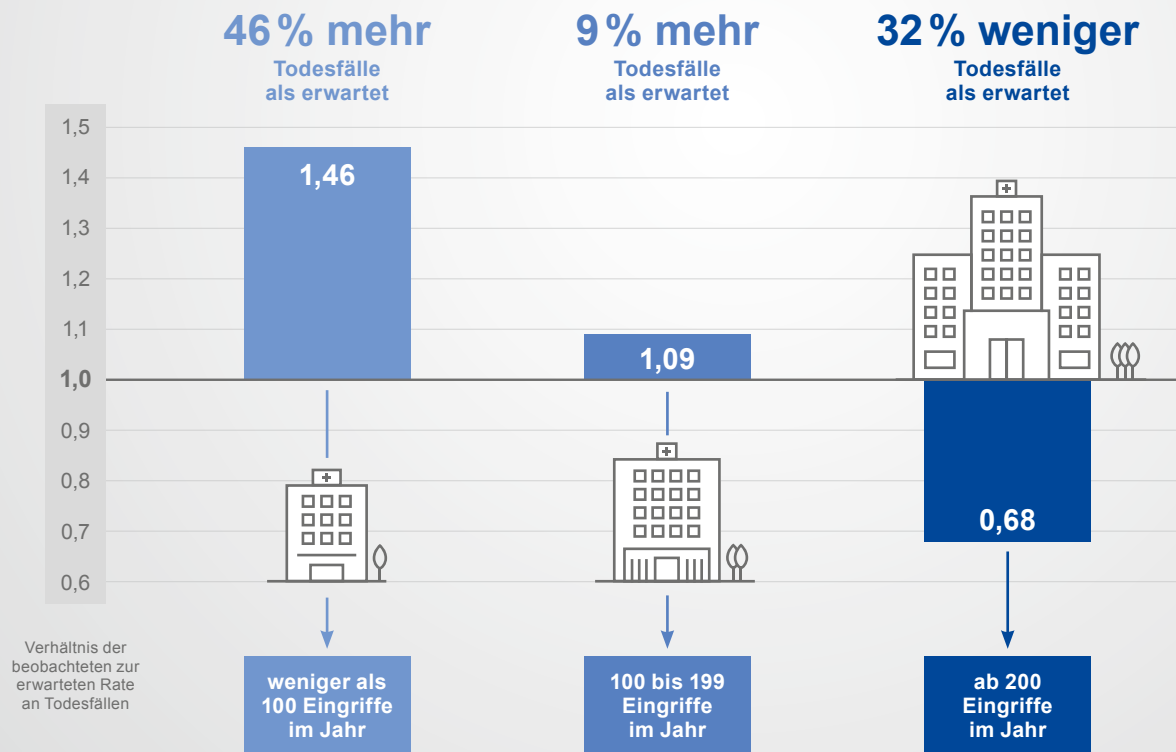
>> Klinikstrukturen

>> Markt

>> Personal

>> Qualität

Herzklappenersatz: Bei erfahrenen Chirurgen überleben mehr Patienten



Quelle: Qualitätsmonitor 2019, Daten der gesetzlichen Qualitätssicherung (Qualitätsberichte 2016) von 58 Kliniken mit Angaben zum Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen“; Grafik: AOK-Bundesverband

TAVI weiter zentralisieren

Die Ergebnisse von Transkatheter-Aortenklappeninterventionen (TAVI) fallen umso besser aus, je mehr solcher Eingriffe eine Klinik regelmäßig durchführt. Diese Bilanz ziehen Prof. Dr. Volkmar Falk vom Deutschen Herzzentrum Berlin und Prof. Dr. Stefan Blankenberg vom Universitären Herzzentrum Hamburg (UHZ) im Qualitätsmonitor 2019 auf der Grundlage aktueller Studien. Eine weitere, aktuelle Auswertung auf Basis der Qualitätsberichte aus dem Jahr 2016 bestätigt den Befund: In Häusern mit weniger als 100 TAVI pro Jahr lag das Verhältnis von erwarteter zu beobachteter Sterberate bei 1,46; hier starben also 46 Prozent mehr Patienten als erwartet. In Kliniken mit über 200 Eingriffen jährlich sank der Quotient dagegen auf 0,68; die Rate beobachteter Todesfälle lag hier 32 Prozent unter dem Erwartungswert. Neben der Fallzahl spielt für die Patientensicherheit auch der mögliche Zugang zur Herzchirurgie eine Rolle. Die europäischen Leitlinien zu Herzklappenerkrankungen empfehlen die Durchführung von TAVI deshalb nur an Zentren mit kardiologischer und herzchirurgischer Versorgung. Der minimalinvasive Ersatz der Aortenklappen erfolgt bei Verengungen im Bereich der Herzklappen. 2016 führten 97 Kliniken insgesamt 17.085 solcher Eingriffe durch.

Illustration: Stockphoto