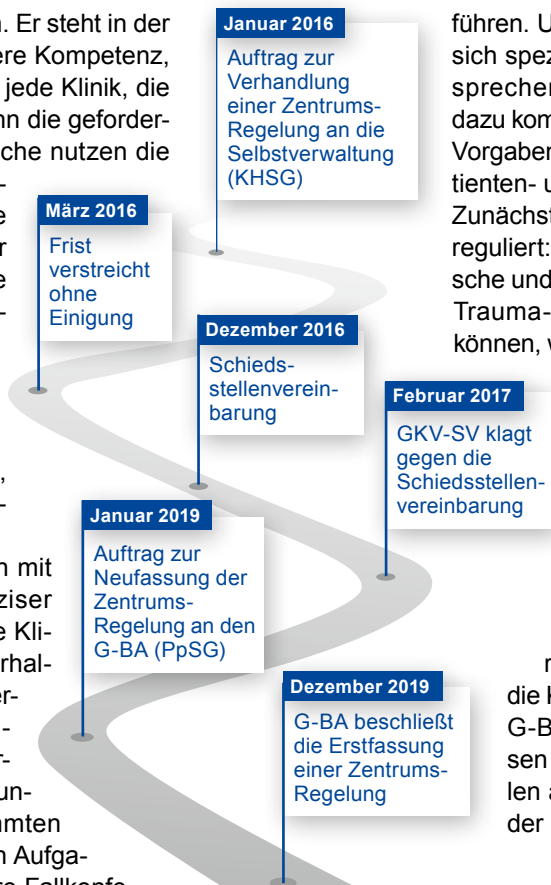


Qualitätssicherung in der Spitzenmedizin

Was Zentren können müssen

Der Begriff Zentrum ist ein Versprechen. Er steht in der medizinischen Versorgung für besondere Kompetenz, Ausstattung und Erfahrung. Doch nicht jede Klinik, die sich in Deutschland Zentrum nennt, kann die geforderte Spezialisierung auch vorweisen; etliche nutzen die Bezeichnung vielmehr zu Werbezwecken. Um die qualitativ herausragende Behandlung zu gewährleisten, die der Name suggeriert, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nun verbindlich geregelt, welche Aufgaben die Einrichtungen künftig übernehmen und welche Qualitätsanforderungen ihre Abteilungen erfüllen sollen. Nur dann, so der Wille des Gesetzgebers, soll das Krankenhaus die dafür vorgesehenen Zuschläge erhalten.

Die Anforderungen an Zentren wurden mit dem G-BA-Beschluss erheblich präziser formuliert als bisher. Hochspezialisierte Kliniken können den Zentrumszuschlag erhalten, wenn sie aufgrund von standortübergreifenden Aufgaben besondere Strukturen vorhalten müssen oder wenn die Versorgung wegen kostenintensiver Vorhaltungen – etwa Großgeräten – an bestimmten Orten konzentriert werden muss. Zu den Aufgaben von Zentren gehört, interdisziplinäre Fallkonferenzen abzuhalten, andere Kliniken mit Expertise oder telemedizinischen Diensten zu unterstützen oder Register zu



führen. Unter den Qualitätskriterien finden sich spezifische Fachabteilungen mit entsprechendem medizinischen Personal, dazu kommen Mindestmengen und weitere Vorgaben wie die Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen. Zunächst hat der G-BA fünf Fachbereiche reguliert: seltene Erkrankungen, onkologische und rheumatologische Zentren sowie Trauma- und Herzzentren. Die Kliniken können, wenn sie die Anforderungen erfüllen, bereits für das Jahr 2020 über die Höhe der Zuschläge verhandeln. Übergangsregelungen gelten für Schlaganfall- und Lungenzentren, für nephrologische und kinder-onkologische sowie für sonstige ausgewiesene Zentren, über die im Lauf des Jahres entschieden wird. Sie müssen die Kriterien erst ab 2021 erfüllen. Die G-BA-Vorgaben sind für Krankenkassen und Kliniken verbindlich und sollen auch in der Krankenhausplanung der Länder berücksichtigt werden.

Seit 2016 verhandeln die Selbstverwaltungspartner über die Finanzierung von Zentren.

Grafik: AOK-Bundesverband

INHALT

Hintergrund und Presse Seite 2

>> „Zentren brauchen die Nähe zur Forschung“ – Interview mit Prof. Axel Heyll (MDK)

Markt und Meinung Seite 3

- >> Stabile Versorgungsstrukturen in der Pädiatrie
- >> Länder sparen weiter an Investitionsmitteln
- >> LSG-Urteil zur Verfügbarkeit von Ärzten
- >> Drei Fragen an Prof. Martin Schrappe (GPOH)

Versorgung und Service Seite 4

- >> Unikliniken Greifswald und Stettin kooperieren
- >> IGES zur Lage in der stationären Geburtshilfe
- >> Krankenhaus-Report 2020: Auswirkungen des DRG-Systems

Zahlen - Daten - Fakten Seite 5

- >> Strenges Qualitätsregime zahlt sich aus: Zentren erzielen bessere Ergebnisse

„Aufgabe eines Zentrums muss es sein, den Fortschritt greifbar und nutzbar zu machen.“

Prof. Florian Lordick, Direktor des Krebszentrums am Leipziger Universitätsklinikum

Bessere Strukturen in der onkologischen Versorgung

Enge Anbindung an die Forschung

Viele Kliniken nehmen für sich in Anspruch, alle Patienten mit Tumorerkrankungen behandeln zu können. Doch die nötige interdisziplinäre Zusammenarbeit können nur Zentren gewährleisten, sagt Prof. Dr. med. Axel Heyll vom MDK-Kompetenzzentrum Onkologie in Düsseldorf.

Was ist das Besondere an Zentren? Wo übernehmen sie Aufgaben, die andere nicht übernehmen können?

Viele Kliniken meinen, auch Patientinnen und Patienten mit Tumorerkrankungen behandeln zu können. Das beeinträchtigt die Versorgungsqualität in der Onkologie. Bei vielen Krebsarten ist die chirurgische Erfahrung für die Prognose entscheidend. Bei der medikamentösen Therapie kommt es neben der Auswahl des optimalen Therapieprotokolls auch auf die rechtzeitige Diagnose und Behandlung von Komplikationen an. Fortschritte in der Strahlentherapie verbessern die Heilungschancen und verringern Nebenwirkungen. Die Aufzählung zeigt, dass die Behandlung von Tumorpatienten breit aufgestellte, interdisziplinäre Kooperationen erfordert. Durch die Anbindung der Versorgung an die klinische Forschung sollten wir außerdem neue Erkenntnisse gewinnen. Diese Anforderungen erfüllen nur Hochschulkliniken und ähnliche Einrichtungen der Maximalversorgung.

Spielt auch die Wirtschaftlichkeit eine Rolle?

Kostendeckend lässt sich eine hochwertige personelle und technische Infrastruktur nur bei einer großen Zahl an Patienten vorhalten. Kliniken mit relativ wenigen Krebsfällen sind immer in Versuchung, hoch bewertete Fallpauschalen für komplexe Behandlungen abzurechnen, ohne die entsprechende Infrastruktur zu finanzieren. Besonders oft wird an den Personalkosten gespart. Das beeinträchtigt die Behandlungsqualität und belastet Ärzte wie Pflegepersonal.

Was können Ärzte von Zentren erwarten?

Gute onkologische Zentren arbeiten eng mit den onkologischen Fachabteilungen oder Schwerpunktpraxen in der Region zusammen. Deshalb müssen auch nicht alle Patienten fortwährend an einem der großen Zentren behandelt werden. Die medikamentöse Therapie kann überwiegend ambulant und wohnortnah erfolgen, wenn die Praxis oder Tagesklinik ihr Behandlungskonzept mit dem onkologischen Zentrum abstimmt und auch im Notfall erreichbar ist.

Was können Patienten von einer Behandlung in qualifizierten Zentren erwarten?

In onkologischen Zentren und dem zugehörigen Versorgungsnetzwerk erfolgt die Behandlung nach dem aktuellen Stand medizinischer Erkenntnisse. Patienten werden umfassend über alle Optionen informiert, einschließlich der Möglichkeit, an klinischen Studien teilzunehmen.

Was leisten die neuen Regelungen für die Abgrenzung und Profilierung qualifizierter Zentren?

Die Richtlinie ist aus meiner Sicht nur ein Anfang. Die Hürden sind relativ niedrig und die Vorgaben teils vage formuliert. Die meisten Kliniken, die Tumorpatienten behandeln, werden versuchen, Zentrumszuschläge abzurechnen. Damit würde das Ziel einer Konzentration der Versorgung auf qualifizierte Einrichtungen verfehlt. Ich bin gespannt auf den Evaluationsbericht. Sollte der Gemeinsame Bundesausschuss nachbessern wollen, könnte er zum Beispiel auf das Zertifizierungsverfahren der Deutschen Krebsgesellschaft zurückgreifen.

Prof. Dr. med. Axel Heyll ist Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Internistische Onkologie und leitet seit 20 Jahren das Kompetenzzentrum Onkologie der MDK-Gemeinschaft.

PRESSEECHO

Wieder in der Gewinnzone

Das Klinikum Gütersloh schreibt wieder schwarze Zahlen. Dazu trug die Restrukturierung der zentralen Notaufnahme bei, doch in erster Linie geht die positive Bilanz auf gestiegene Patientenzahlen zurück. 2019 verbuchte das städtische Krankenhaus 20.901 stationäre Fälle und damit 865 mehr als im Jahr davor. Die Zahl der ambulanten Behandlungen stieg im gleichen Zeitraum um 3.367 auf 37.169.

Radio Gütersloh, 17. Januar 2020

Investitionen für Passau

Das Klinikum Passau will bis 2025 rund 175 Millionen Euro in Baumaßnahmen investieren. Das größte Vorhaben im Umfang von 75 Millionen Euro ist ein neues Bettenhaus für die Onkologie und Palliativversorgung. Tumorpatienten sollen nur noch in Ein- oder Zweibettzimmern untergebracht werden. Mit zwölf Betten wird die Palliativstation des Klinikums zu den größeren Einrichtungen dieser Art in Bayern zählen.

Passauer Neue Presse, 16. Januar 2020

Neues Eltern-Kind-Zentrum

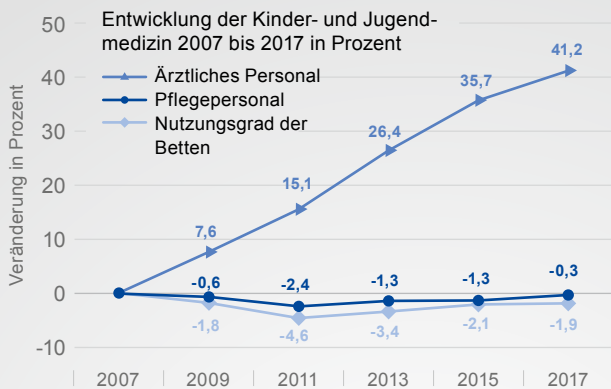
Das Universitätsklinikum Bonn (UKB) verfügt jetzt über eine der modernsten Kinderkliniken Europas. Das neue Eltern-Kind-Zentrum bietet 164 Patienten Platz und vereint alle Disziplinen der Kinderheilkunde und Geburtshilfe unter einem Dach. Das neue Gebäude, das 112 Millionen Euro gekostet hat, macht etwa 20.000 Patiententransporte jährlich zwischen der alten Kinderklinik am Rhein und dem UKB überflüssig.

General-Anzeiger, 10. Januar 2020

Kinder- und Jugendmedizin
Mehr Personal für Kinder

„Kinderkliniken weisen Patienten ab“ – Schlagzeilen wie diese erwecken zurzeit den Eindruck von Kapazitätsmängeln in der Versorgung. Tatsächlich sind die stationären Strukturen seit 2007 nahezu stabil, obwohl sich die Kinder- und Jugendmedizin stark in den ambulanten Bereich verlagert hat. Das geht aus der Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage der Linken von 2019 hervor (Drucksache 19/7270). Die Zahl der Betten in der Kinderheilkunde in Deutschland sank von 19.685 (2007) auf 18.591 (2017); das entspricht laut Antwort dem europaweiten, teils stärkeren Trend. In der Folge waren die Kapazitäten 2017 mit 66,4 Prozent noch geringer ausgelastet als 2007 (67,7 Prozent). Einen deutlichen Anstieg gab es beim ärztlichen Personal, nicht aber in der Pflege.

Kinderheilkunde: Auslastung der Krankenhausbetten bleibt gering



Während die Zahl der Ärzte in den letzten Jahren deutlich gestiegen ist, stagniert die Zahl der Pflegekräfte.

Quelle: Deutscher Bundestag; Grafik: AOK-BV

Investitionsfinanzierung
Es fehlen 30 Milliarden Euro

Die Bundesländer haben auch 2018 zu wenig für die Finanzierung von Krankenhäusern getan. Das teilte die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) zum Jahresende 2019 in ihrer jährlichen Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung mit. Demnach ist das Gesamtvolumen der Fördermittel nur geringfügig gestiegen: von 2,8 (2017) auf 3,04 Milliarden Euro. Den größten Beitrag leistete dabei das Bundesland Bayern, das seine Fördermittel um 140 Millionen Euro aufgestockt hat. Während einige Länder 2018 etwas mehr Geld zur Finanzierung von Investitionen zur Verfügung stellten, gingen die Beiträge in anderen noch weiter zurück. Der DKG zufolge brauchen die Kliniken pro Jahr weitere vier Milliarden Euro. In den vergangenen zehn Jahren habe sich somit ein Investitionsstau von 30 Milliarden Euro aufgebaut.

>> www.dkgev.de

Landessozialgericht
Arzt muss verfügbar sein

Krankenhäuser dürfen eine intensivmedizinische Komplexbehandlung nur dann abrechnen, wenn ein Arzt oder eine Ärztin durchgehend auf der Intensivstation anwesend ist. Das hat das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen entschieden (L 10 KR 538/15). Der Urteilsbegründung zufolge müssen alle Mitglieder des Teams den aktuellen Gesundheitszustand aller Patienten auf der Intensivstation kennen. Dazu müsse der diensthabende Arzt in das Team eingebunden sein. Das sei jedoch nicht gewährleistet, wenn der diensthabende Arzt oder Anästhesist im Nachtdienst oder am Wochenende parallel damit betraut ist, in Notfallsituationen bis zum Eintreffen des Hintergrunddienstes einzugreifen. Im vorliegenden Fall muss eine Klinik knapp 179.000 Euro an die klagende Krankenkasse zurückzahlen.

>> www.justiz.nrw.de

DREI FRAGEN AN ...

... **Prof. Dr. med. Martin Schrappe**,
Vorsitzender der Gesellschaft für
Pädiatrische Onkologie und Hämatologie



Spezialisierung ist geboten

Die deutsche Kinderonkologie gilt weltweit als Erfolgsgeschichte. Woran liegt das?

Die Erfolge der Kinderonkologie beruhen vor allem auf strengen Studien- und Therapieprotokollen und hohen Qualitätsstandards der Fachgesellschaft. Zudem haben die Strukturvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses aus dem Jahr 2006 zu einer starken Konzentration der Versorgung geführt. So werden heute praktisch alle krebserkrankten Kinder in Zentren behandelt.

Was muss geschehen, damit dies auch so bleibt?

Das ist eine Frage der Finanzierung. Krankenhäuser müssen die hohen Anforderungen auch erfüllen können – das allein sorgt für eine Konzentration der Leistungen. Bestimmte seltene Erkrankungen können vermutlich nur sehr wenige Kliniken oder Institute kompetent und kindgerecht behandeln.

Wie überzeugen Sie Ihre Kollegen von Mindestmengen und stärkerer Zentralisierung?

Wenn Studien den Vorteil hoher Fallzahlen belegen, sollten sie etabliert werden. Komplizierte Hirntumoren oder die Therapie mit CAR-T-Zellen gehören in die Hände von Spezialisten. Für die Leukämie steht der Beweis noch aus, dass kleine Kliniken schlechtere Ergebnisse erzielen. Vielleicht gibt es Bereiche, in denen andere Kennzahlen aussagekräftiger sind.

Kinderonkologie

Deutsch-polnische Kooperation

Die Unikliniken Greifswald und Stettin (Szczecin) können in der Kinderonkologie künftig enger zusammenarbeiten. Die Landesregierung fördert ein 2,5 Millionen Euro teures Infrastrukturprojekt mit 2,1 Millionen Euro aus dem EU-Fonds für regionale Entwicklung. Dabei wollen beide Häuser von den Kompetenzen des jeweils anderen profitieren. Während Greifswald über eine Radioisotopentherapie zur Behandlung schwerer Krebserkrankungen verfügt, ist die Uniklinik Stettin auf die Behandlung akuter Leukämie spezialisiert. Zunächst soll die Diagnostik telemedizinisch verknüpft werden. Außerdem ist eine gemeinsame E-Learning-Plattform für die Aus- und Weiterbildung geplant. Mit dem deutsch-polnischen Projekt werde die Behandlung krebserkrankter Kinder grenzüberschreitend verbessert, sagte Mecklenburg-Vorpommerns Gesundheitsminister Harry Glawe (CDU).

Stationäre Geburtshilfe

Städtische Hebammen im Stress

Kein flächendeckender Mangel an Hebammen, aber zeitweise Überlastung in den Großstädten – das ist das Ergebnis eines Gutachtens, das das Institut für Gesundheit und Sozialforschung (IGES) im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erstellt hat. Laut Gutachten versorgt eine Hebamme während der Schicht durchschnittlich drei Frauen gleich-

zeitig, in der Geburtsphase sei das Verhältnis günstiger. Vor allem in den Großstädten kommt es jedoch an Tagen mit außergewöhnlich vielen Geburten zu Engpässen; 85 Prozent der Hebammen versorgen dann mehr als drei Frauen parallel. Die Mütter hingegen zeigten sich mit der Versorgung zufrieden. Fast alle Frauen könnten an ihrem Wunschgeburtsort entbinden. Rund 90 Prozent fühlten sich während der Geburt freundlich und respektvoll betreut. Hamburgs Gesundheitsministerin Cornelia Prüfer-Storcks hat unterdessen angekündigt, zusätzliche Kapazitäten in der Geburtshilfe und für die Versorgung von Neugeborenen zu schaffen.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

Krankenhaus-Report 2020

Fokus auf die Fallpauschalen

Mehr denn je wird in der Öffentlichkeit über das pauschale Entgeltssystem zur Vergütung von Klinikleistungen diskutiert. Der neue Krankenhaus-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) nimmt den Ball auf: Die Ausgabe „Finanzierung und Vergütung am Scheideweg“ beschreibt Anspruch und Wirklichkeit des Systems, untersucht die Wirkungen und verfolgt, wie es im Laufe der Jahre verändert wurde – bis zur Herauslösung der Pflegepersonalkosten. Schließlich zeigt die Ausgabe Perspektiven für die weitere Entwicklung der Fallpauschalen auf. Der Krankenhaus-Report 2020 ist ab 19. März 2020 digital und als Druckausgabe erhältlich.

>> www.wido.de

TERMINE

26. bis 28. Februar

Symposium Intensivmedizin und Intensivpflege

2. bis 4. März in Hannover

Reha-Kolloquium 2020

12. bis 14. März in Berlin

Deutscher Pflorgetag

10. bis 11. März in Köln

Gesundheitskongress des Westens

19. bis 20. März in Berlin

Nationales DRG-Forum

>> www.blickpunkt-klinik.de

PERSONALIA

Optendrenk wechselt im BMG



Im Zuge eines personellen Umbaus hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn Dr. Sonja Optendrenk mit der Leitung seiner Abteilung 2 betraut; das ist die für den Krankenhausbereich wichtige Einheit „Krankenversicherung, Gesundheitsversorgung“. Dort löst die 49-Jährige Joachim Becker ab, der sich künftig um Heilberufe und Prävention kümmert. Optendrenk hatte im Bundesgesundheitsministerium (BMG) zuletzt die neu gegründete Abteilung „L“ geleitet.

Köpping übernimmt Soziales



Sachsens bisherige Ministerin für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt, Petra Köpping (SPD), hat als Nachfolgerin von Barbara Klepsch (CDU) das Sozialressort übernommen. Vor ihrem Einzug in den Landtag 2009 war die 61-jährige Staatsrechtswissenschaftlerin aus Nordhausen Bürgermeisterin in Großpösna und Landrätin für den Landkreis Leipziger Land.

Bussmann führt den VUD



An der Spitze des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) rückt Jens Bussmann zum Nachfolger von Ralf Heyder auf. Der 44-Jährige war seit 2015 stellvertretender VUD-Chef. Zuvor arbeitete er im Diakonieklinikum Hamburg, für die Deutsche Krankenhausgesellschaft und für das Medizintechnikunternehmen Biotronik.

>> Abrechnung

>> Finanzierung

>> Infografiken

>> Jahresabschlüsse

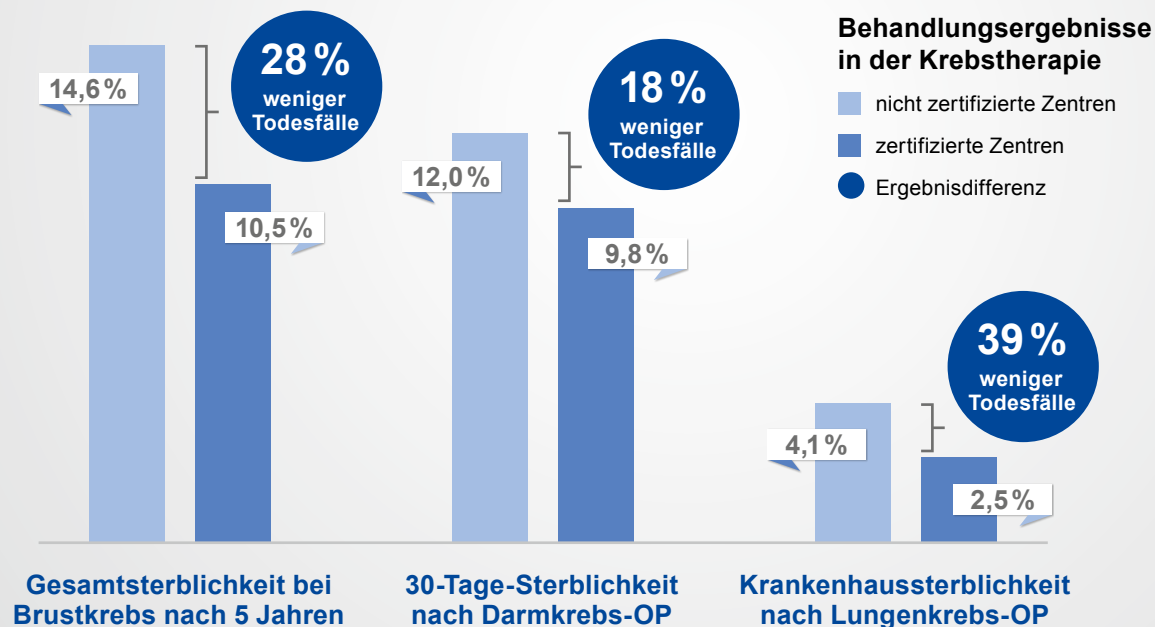
>> Klinikstrukturen

>> Markt

>> Personal

>> Qualität

Zertifizierung wirkt: höhere Überlebensraten durch bessere Strukturen



Gesamtsterblichkeit bei Brustkrebs nach 5 Jahren

Retrospektive Kohortenstudie an 17 Zentren vor und nach der Zertifizierung (2003 bis 2007), Kreienberg, Wöckel, Wischnewsky (2018)

30-Tage-Sterblichkeit nach Darmkrebs-OP

Populationsbasierte Kohortenstudie mit Daten der AOK Sachsen; mehr als zwei Millionen Datensätze (2005 bis 2015), Trautmann, Reißfelder, Pecqueux, Weitz, Schmitt (2018)

Krankenhaussterblichkeit nach Lungenkrebs-OP

Volume-Outcome-Analyse mit 11.600 Patienten in Kliniken mit mehr bzw. weniger als 75 Fällen pro Jahr; 42 der 47 hochvolumigen Kliniken waren zertifiziert; Hoffmann, Passlick, Ukena, Wesselmann (2018)

Quelle: Deutsche Krebsgesellschaft; Grafik: AOK-Bundesverband

Strenges Qualitätsregime

Um die Qualität der onkologischen Versorgung zu sichern, haben die medizinischen Fachgesellschaften zusammen mit der Deutschen Krebsgesellschaft vor 17 Jahren ein freiwilliges Zertifizierungssystem eingeführt. Heute können zertifizierte Krebszentren über viele Krankheitsbilder hinweg bessere Behandlungsergebnisse vorweisen als nicht zertifizierte Kliniken. Darauf weisen Studien zu Zentren oder zentrumstypischen Versorgungsstrukturen hin. Die Patienten profitieren von höheren Überlebensraten, aber auch von anderen Faktoren wie etwa dem Erhalt von Organfunktionen. Zertifizierte Zentren sind geprüfte Netzwerke aus stationären und ambulanten Einrichtungen, in denen alle Fachrichtungen, die an der Behandlung beteiligt sind, eng zusammenarbeiten. Für ihre Zertifizierung müssen die Kliniken nachweisen, dass sie die fachlichen Anforderungen an die Behandlung einer Tumorerkrankung erfüllen und ein etabliertes System für Qualitätsmanagement einsetzen. Die Anforderungen, die sich an den Leitlinien der Fachgesellschaften orientieren, werden in interdisziplinären Kommissionen erarbeitet und regelmäßig aktualisiert. So können sich Patienten darauf verlassen, dass sie in Zentren eine hoch spezialisierte Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge erhalten.