

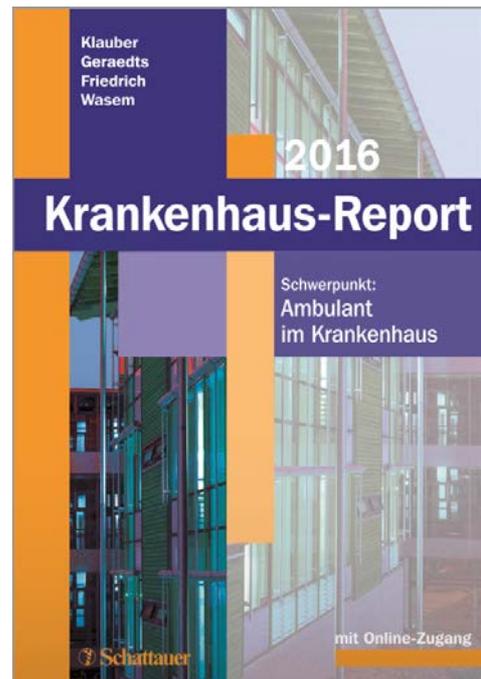
Krankenhaus-Report 2016

„Ambulant im Krankenhaus“

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

Schattauer (Stuttgart) 2016

Auszug Seite 247-262



15	Bedarfsgerechtigkeit zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung im Krankensektor.....	247
	<i>Boris Augurzky, Andreas Beivers und Niels Straub</i>	
15.1	Ausgangslage.....	248
15.2	Definition der bedarfsgerechten Versorgung am Beispiel der Krankenhausversorgung.....	248
15.2.1	Objektiver Bedarf	248
15.2.2	Subjektiver Bedarf	249
15.3	Ermittlung von Angebot und Bedarf	251
15.3.1	Unterversorgung	251
15.3.2	(Qualitative) Fehlversorgung.....	254
15.3.3	Übersversorgung	256
15.4	Berücksichtigung regionaler Einflussfaktoren bei der Bestimmung objektiver Bedarfsgerechtigkeit.....	257
15.5	Bedarfsgerechte Krankenhausplanung 2.0: Versorgungsmonitoring in drei Bereichen	259
15.6	Ausblick	260

15 Bedarfsgerechtigkeit zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung im Krankensektor

Boris Augurzky, Andreas Beivers und Niels Straub

Abstract

Die heutige Krankenhausstruktur muss sich an die zukünftigen Bedürfnisse anpassen und die Versorgungskapazitäten in städtischen wie auch in ländlichen Regionen bedarfsgerecht bestimmen. Bedarfsgerechtigkeit muss das übergeordnete Ziel für die Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen und damit auch bei der Krankenhausplanung sein. Hier ist jedoch die subjektive von der objektiven Bedarfsgerechtigkeit zu unterscheiden. Eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung sollte demnach auch den subjektiven Bedarf der Patienten entsprechend berücksichtigen. Ein Kriterium ist die Indikationsqualität, ein weiteres sind die Präferenzen der Patienten bei der Auswahl eines Krankenhauses. Auf der Ebene des objektiven Bedarfs ist es hingegen wichtig, das Risiko von qualitativer Fehlversorgung wie nicht fachgerechten Leistungen, Unter- und Überversorgung zu minimieren. Dafür bedarf es geeigneter Methoden des Monitorings, die im RWI-Gutachten „Krankenhausplanung 2.0“ detailliert erarbeitet wurden und auszugsweise dargestellt werden. Insbesondere der Bereich des systematischen Monitorings von Überversorgung ist komplex. Aufgrund regional heterogener Nachfragestrukturen kann beispielsweise mithilfe eines Bedarfsindex überprüft werden, in welchen Regionen die Behandlungshäufigkeiten nicht durch einen erhöhten Bedarf erklärbar sind.

Today's hospital structure must be adapted to future needs and the supply capacity in urban and in rural areas must be determined according to these needs. The primary objective for the provision of health services and thus also in hospital planning must be that health care supply is needs-oriented. However, the subjective needs-orientation must be distinguished from the objective one. A needs-based hospital planning should take into account the subjective needs of patients accordingly. One criterion is indication quality, another is the patients' preferences in the selection of a hospital. At the level of objective needs, it is important to minimise the risk of qualitative misuse such as unprofessional services, under- and over-supply. This requires appropriate monitoring methods like the ones developed in the RWI report "Krankenhausplanung (Hospital Planning) 2.0" which are illustrated in this article in extracts. The systematic monitoring of oversupply is particularly complex. Due to regionally heterogeneous demand structures, it can be checked, for example, by using a demand index in which regions treatment frequencies cannot be explained by an increased demand.

15.1 Ausgangslage

Ziel der Krankenhausreform der Großen Koalition, sprich des Krankenhausstrukturgesetzes, ist es, die heutige Krankenhausstruktur an die zukünftigen Bedürfnisse anzupassen und die Versorgungskapazitäten in städtischen wie auch gerade in ländlichen Regionen bedarfsgerecht umzugestalten. Hierin liegt des Pudels Kern: Die Bedarfsgerechtigkeit. Das umfangreiche Gutachten des Sachverständigenrates aus dem Jahr 2014 unterscheidet richtigerweise zwischen zwei Dimensionen: der subjektiven und der objektiven Bedarfsgerechtigkeit. Damit hat sich auch das Ende 2014 erschienene Gutachten des Rheinisch Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) zur Krankenhausplanung 2.0 intensiv befasst (Augurzky et al. 2014). Eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung sollte demnach einerseits den subjektiven Bedarf der Patienten entsprechend berücksichtigen. Ein Kriterium ist die Indikationsqualität, ein weiteres sind die Präferenzen der Patienten bei der Auswahl eines Krankenhauses. Hier wird Qualität zu einem immer wichtigeren Faktor, wie Befragungen zeigen (Mansky 2012; PricewaterhouseCoopers 2014). Andererseits ist es auf der Ebene des objektiven Bedarfs wichtig, das Risiko von qualitativer Fehlversorgung wie nicht fachgerechte Leistungen, Unter- und Überversorgung zu minimieren. Diese zwei Dimensionen sind zentral für die Mengendiskussion und die Frage von Über- und Unterversorgung (Beivers 2015) und werden im Folgenden detaillierter dargestellt.

15.2 Definition der bedarfsgerechten Versorgung am Beispiel der Krankenhausversorgung

Eine bedarfsgerechte Versorgung muss das übergeordnete Ziel für die Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen und damit auch bei der Krankenhausplanung sein. Als bedarfsgerecht wird dabei eine Versorgung bezeichnet, die in quantitativer und qualitativer Hinsicht dem Bedarf der Versicherten bzw. der Bürger entspricht (SVR 2014). Unterscheiden kann man dabei in den „objektiven Bedarf“ und den „subjektiven Bedarf“.

15.2.1 Objektiver Bedarf

Der objektive Bedarf ist nur schwer messbar. Er kann jedoch anhand einzelner Kriterien charakterisiert werden. Diese beziehen sich im Wesentlichen auf die Vermeidung der verschiedenen Arten von Fehlversorgung (SVR 2001):

- **Qualitative Fehlversorgung:** bedarfsgerechte Versorgung mit nicht fachgerechter Erbringung der Leistungen. Qualitative Fehlversorgung kann zu medizinischen Schäden bei den Betroffenen sowie zu finanziellen Schäden für die Solidargemeinschaft führen.
- **Unterversorgung:** unterlassene oder nicht rechtzeitige Durchführung bedarfsgerechter Behandlungsleistungen. Eine Unterversorgung kann zu medizinischen Schäden bei den Betroffenen führen. Wichtiges Kriterium zur Vermeidung von Unterversorgung ist die Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen.

- **Übersversorgung:** Versorgung mit nicht bedarfsgerechten, medizinisch nicht notwendigen Leistungen, zum Beispiel aufgrund einer nicht adäquaten Indikationsstellung. Eine Übersversorgung kann zu medizinischen, vor allem aber zu finanziellen Schäden für die Solidargemeinschaft führen.

Eine objektive Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung ist dann erreicht, wenn keine der drei aufgelisteten Arten von Fehlversorgung vorkommt.

15.2.2 Subjektiver Bedarf

Für die Planung von Gesundheitsdienstleistungen ist es wichtig, wenngleich schwierig, auch den subjektiven Bedarf der Patienten miteinzubeziehen. Im Gegensatz zum objektiven Bedarf kann der subjektive Bedarf, der dem individuellen Bedürfnis bzw. dem Wunsch eines Bürgers/Patienten entspringt, durch Befragungen ermittelt werden. Verschiedene Patientenbefragungen (Mansky 2012; Friedrich und Beivers 2009) zeigen ein einheitliches Bild der aus Patientensicht wichtigsten Kriterien bei der Krankenhausauswahl:

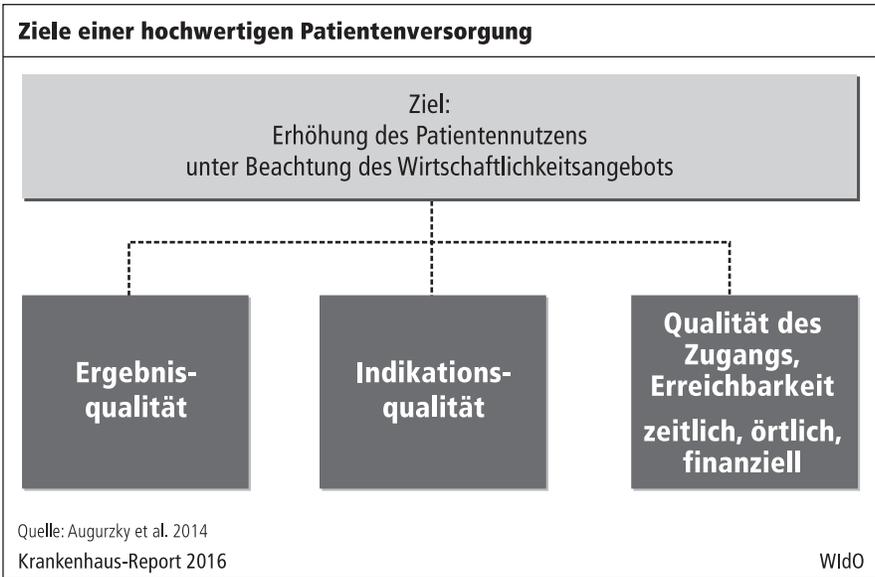
Die medizinische Qualität kristallisiert sich schon bei leichteren Erkrankungen als das herausragende Kriterium für die Auswahl des Krankenhauses heraus. Eine Voraussetzung dafür sind entsprechende Informationen. Solche messbaren Informationen über die medizinische Qualität eines Krankenhauses werden von einer großen Mehrheit der Befragten gewünscht, v. a. bei schweren Behandlungsanlässen. Bei diesen nimmt die Bedeutung der medizinischen Qualität für die Krankenhauswahl auch weiter zu.

An zweiter Stelle auf der Rangliste der Kriterien, die für die Krankenhauswahl von Bedeutung sind, folgt mit deutlichem Abstand das Renommee des Krankenhauses. Geringe Bedeutung haben dagegen Komfortmerkmale und die Erreichbarkeit der Klinik (v. a. bei schweren Behandlungsanlässen).

Aus diesen Befragungsergebnissen lässt sich ableiten, dass die wohnortnahe Behandlung bei Elektiv-Patienten¹, teilweise auch in der Notfallversorgung, nicht das entscheidende Kriterium darstellt. Eine rein erreichbarkeitsorientierte Versorgung kann damit nicht das Hauptziel der Krankenhausplanung sein. So zeigen Untersuchungen, dass Patienten wohnortnahe Krankenhäuser zwar bevorzugen, ein Großteil der Patienten jedoch de facto bei erhöhtem Behandlungsrisiko für die Behandlung freiwillig weitere Wege zurücklegt (Friedrich und Beivers 2009; Geraedts und de Cruppé 2015). Ausschlaggebend ist für die Patienten dabei die Behandlungsqualität des freiwillig ausgewählten Krankenhauses. Eine reformierte Krankenhausplanung sollte daher neben der Erreichbarkeit vor allem dem Qualitätsaspekt eine größere Bedeutung zukommen lassen.

¹ Als Elektiv-Patienten bezeichnet man Patienten, bei denen medizinische Eingriffe nicht zeitkritisch notwendig sind, z. B. Operationen, deren Zeitpunkt partiell frei gewählt werden kann. Elektive medizinische Leistungen sind z. B. Schönheitsoperationen, ein Wunsch-Kaiserschnitt oder die Operation beim Grauen Star. Je nach Definition kann jede Operation, die nicht lebensrettend ist, als elektiv gelten, was für die größere Anzahl von Operationen gilt.

Abbildung 15–1



Zentrale Aufgabe einer an den Bedarf anzupassenden Krankenhausplanung 2.0 ist die Erhöhung des Patientennutzens² unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Unweigerlich sind damit nicht unerhebliche Zielkonflikte verbunden. Während die Kosten der Gesundheitsversorgung durch die Beitrags- und Steuerzahler sowie zu einem kleinen Teil durch Eigenbeteiligungen der Patienten getragen werden, profitieren auf der Nutzenseite nur die Patienten. Dabei umfasst der Patientennutzen selbst wieder verschiedene Dimensionen, wie Abbildung 15–1 zeigt:

Neben der Ergebnis- und Indikationsqualität spielt die Erreichbarkeit der Krankenhausversorgung für den Nutzen der Patienten eine weitere Rolle. Daneben haben aus Patientensicht Serviceleistungen des Krankenhauses zusätzliche Bedeutung, wie z. B. kurze Wartezeiten, wenige Schnittstellen bei der Behandlung und allgemeine Komfortmerkmale.

Ein Mittel zur Erreichung der hier genannten Qualitätsdimensionen sind Struktur- und Prozessqualität. Aus Patientensicht spielen sie jedoch nur eine indirekte Rolle und gewinnen erst dann an Bedeutung, wenn die hier genannten Dimensionen nicht ausreichend gut messbar sind.

Bei gegebenen – und künftig möglicherweise schwindenden – Ressourcen können nicht alle Nutzendimensionen gleichzeitig maximiert werden. So kann etwa nachvollziehbarerweise nicht alle 10 Kilometer ein Zentrum für Spitzenmedizin errichtet werden. Vor diesem Hintergrund zeigt das RWI-Gutachten „Krankenhaus-

² Der Patientennutzen ist dabei auch das Ergebnis verschiedener Patientenpräferenzen, die sich auch in den verschiedenen subjektiven Bedarfen widerspiegeln.

planung 2.0“ jeweils kurzfristig und langfristig realisierbare Umsetzungsschritte auf, die auszugsweise dargestellt werden. Dabei werden im Folgenden besonders die Themenfelder Bedarfsgerechtigkeit, Fehlversorgung, Qualitätsindikatoren und Angebotsmonitoring berücksichtigt.

15.3 Ermittlung von Angebot und Bedarf

Im niedergelassenen Bereich existieren objektive Bedarfsmessungskriterien, nicht zuletzt aufgrund der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aus dem Jahr 2013, die Teil des sogenannten Landärztegesetzes war. Mit ihr ist es möglich, Über- und Unterversorgung aufzuzeigen, ja sogar drohende Unterversorgung (Beivers 2015).

Dabei wird festgelegt, wie viele Ärzte einer Fachgruppe für eine bestimmte Einwohnerzahl in einem Planungsbereich vorhanden sein müssen, damit die Versorgung bedarfsgerecht ist. Als überversorgt gilt eine Region, wenn die vorgegebene Anzahl an Ärzten einer Fachgruppe um 10% überschritten wird, also ein Versorgungsgrad von 110% vorliegt. Diese Region wird dann „gesperrt“, d. h. es werden keine weiteren Zulassungen mehr vergeben, um auf diese Weise das regionale Ärzte-Angebot zu begrenzen.

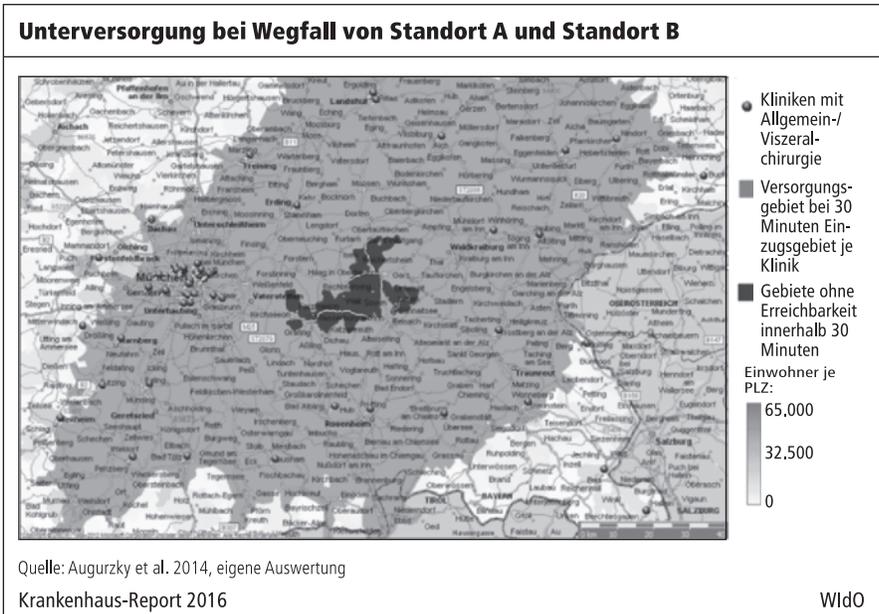
Doch hat auch hier das im Jahr 2014 erschienene Gutachten der Bertelsmann-Stiftung (Faktencheck Gesundheit 2014) gezeigt, dass die bis dato angewendeten Verfahren zur Berechnung des Bedarfs in Stadt und Land unzureichend sind. Ärzte auf dem Land müssen demnach auch in Zukunft deutlich mehr Menschen versorgen als Ärzte in den Städten. Das liegt auch daran, dass im Rahmen eines notwendigen Bedarfsindex sozioökonomische Kriterien, die den Versorgungsbedarf in einer Region beeinflussen, zu wenig berücksichtigt werden. Beispiele sind die Altersentwicklung, Einkommen oder Arbeitslosigkeit (Beivers 2015). Im stationären Sektor fehlen jedoch bis dato Messkriterien gänzlich, sie sind jedoch gerade für die Bereiche Über-, Unter- und Fehlversorgung unerlässlich.

15.3.1 Unterversorgung

Ein Problem von Unterversorgung kann entstehen, wenn durch die Reduktion des regionalen Versorgungsangebots die flächendeckende Versorgung nicht mehr ausreichend sichergestellt ist. Das Monitoring der Erreichbarkeitsvorgaben ermöglicht es einer reformierten Krankenhausplanung, bereits im Vorfeld mögliche Versorgungslücken zu erkennen und prospektiv zu vermeiden. Da im Status quo fast überall eine gute Flächendeckung gewährleistet ist, sollte eine anlassbezogene Prüfung der Erreichbarkeit erfolgen, sobald sich in einer Region andeutet, dass das Angebot reduziert wird.

Droht zum Beispiel bei einer wirtschaftlichen Schieflage oder aufgrund nicht erreichter Qualitätsvorgaben eines Krankenhauses oder einzelner Versorgungssegmente die Gefahr der Reduktion des bestehenden Leistungsangebots, müssen die möglichen Auswirkungen dieser potenziellen Reduktion geprüft werden. Das Monitoring zur Vermeidung von Unterversorgung sollte sich dabei moderner Geo-In-

Abbildung 15–2



formationssysteme (GIS) bedienen, die die Versorgungsangebote sowie die Bevölkerung lokalisieren.

Wie ein derartiges Monitoring in der Praxis funktionieren kann, zeigt Abbildung 15–2 beispielhaft für eine ausgewählte Region³. In der Ausgangssituation sind zwei Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Allgemeinchirurgie in dieser Region vorhanden. Dort können beispielsweise Patienten mit einem entzündeten Blinddarm operiert werden. Zunächst wird durch die beiden Standorte garantiert, dass kein Patient länger als 30 Minuten bis zum nächsten Krankenhaus fahren muss⁴. Droht nun – aus welchen Gründen auch immer – einem von beiden dargestellten Standorten das Aus, müsste die Erreichbarkeit für die Bevölkerung überprüft werden. Die Schließung des Grundversorgers am Standort A hätte keine Erreichbar-

3 Die dargestellten Standorte sind willkürlich ausgewählt. Sie entsprechen zwar tatsächlich vorhandenen Krankenhäusern, sollen aber nur als schematische Beispiele dienen. Die Namen der Standorte werden daher bewusst nicht genannt: Das Ziel der Abbildung ist die rein schematische Darstellung der Erreichbarkeitsanalyse. Das Beispiel beruht auf der rein fiktiven Hypothese, dass einer oder beide der Standorte wegfallen könnten.

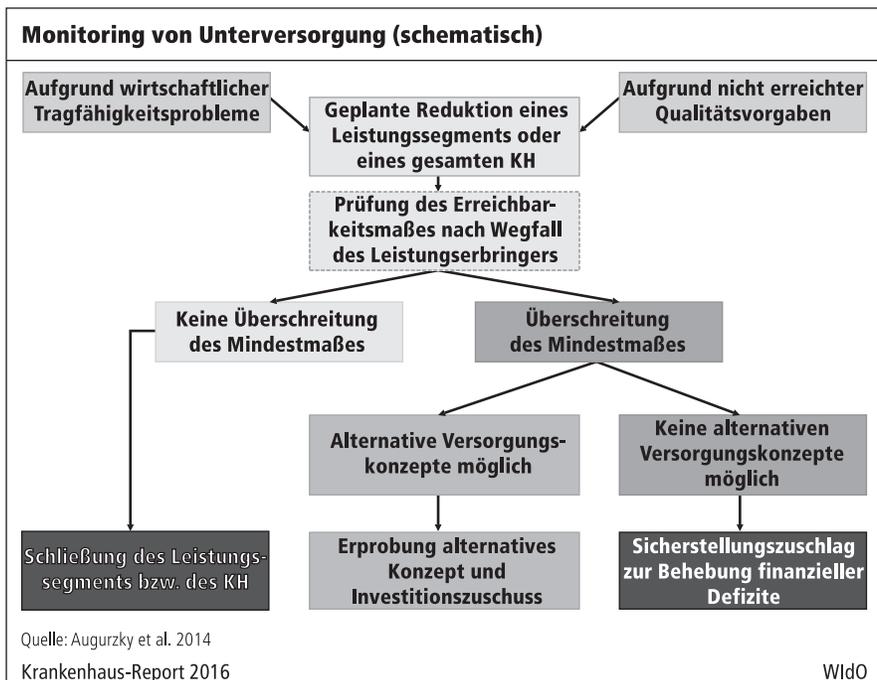
4 Zur Festlegung der Erreichbarkeitszeiten für Krankenhäuser der Grundversorgung wurde auf die Grundlagen der Raumordnung der BRD zurückgegriffen. So klassifizieren die Raumordnungsgesetze je nach vorzuhaltender Infrastruktur unterschiedliche Erreichbarkeitsstandards. Sie gelten bundesweit als obere Grenze für den zumutbaren Reisezeitaufwand von Wohnstandorten zum nächsten Zentrum. Mittelzentren, welche aus raumplanerischen Gesichtspunkten als Standorte für Kliniken der Grund- und Regelversorgung dienen, müssen im motorisierten Individualverkehr in 30 Minuten Fahrzeit erreicht werden können (BBR 2006, Augurzky et al. 2014).

keitsprobleme zur Folge – die Mindestvorgabe, die Versorgungsleistung innerhalb von 30 Minuten zu erreichen, wäre weiterhin gewährleistet. Standort A dürfte nach dieser Analyse also geschlossen werden. Droht nun nach Standort A auch der Standort B wegzufallen, ergäbe sich daraus eine Versorgungslücke. Für fast 14 000 Einwohner wäre im Falle einer Blinddarmentzündung das nächste Krankenhaus mit einer Allgemeinchirurgie weiter als 30 Minuten entfernt. Standort B müsste also aus Gründen der Flächendeckung erhalten bleiben.

Bei solchen erreichbarkeitsrelevanten Häusern, deren anstehende Leistungsreduktion nicht durch qualitative Mängel hervorgerufen wurde, sollte geprüft werden, ob durch geeignete Maßnahmen die Angebotsstruktur verändert werden kann. Sollten sich für ein solches Krankenhaus keine veränderte und wirtschaftlich tragbare Angebotsstruktur finden lassen, ist die Versorgung über einen Sicherstellungszuschlag zu gewährleisten. Dieser muss von den Krankenversicherungen finanziert werden, wenn andernfalls bundesweite Erreichbarkeitsvorgaben unterschritten würden. Da es sich bei wirtschaftlichen Schwierigkeiten meist um ein Fixkostenproblem handeln dürfte, sollte ein krankenhausbezogener Pauschalzuschlag gewährt werden, der über alle Fälle hinweg abgerechnet wird. Außerdem sollte er zunächst auf die Dauer von wenigen Jahren befristet sein.

Abbildung 15–3 stellt den gesamten Monitoringprozess der Unterversorgung als schematischen Entscheidungsbaum dar. Sollte durch den erwarteten Leistungsabbau die maximal zulässige Erreichbarkeitszeit für die Bevölkerung nicht überschrit-

Abbildung 15–3



ten werden, kann das Angebot reduziert werden. Andernfalls sind zunächst alternative, wirtschaftlich tragbare Versorgungsformen zu prüfen, darunter auch sektorenübergreifende. Das Angebotsmonitoring der Erreichbarkeitsvorgaben funktioniert damit in ähnlicher Weise wie das Vorgehen des Kartellamtes. Während das Kartellamt daraufhin prüft, ob nach einer anstehenden Veränderung Monopole zu befürchten sind, prüft das Erreichbarkeitsmonitoring, ob nach einer anstehenden Veränderung Versorgungslücken entstehen.

15.3.2 (Qualitative) Fehlversorgung

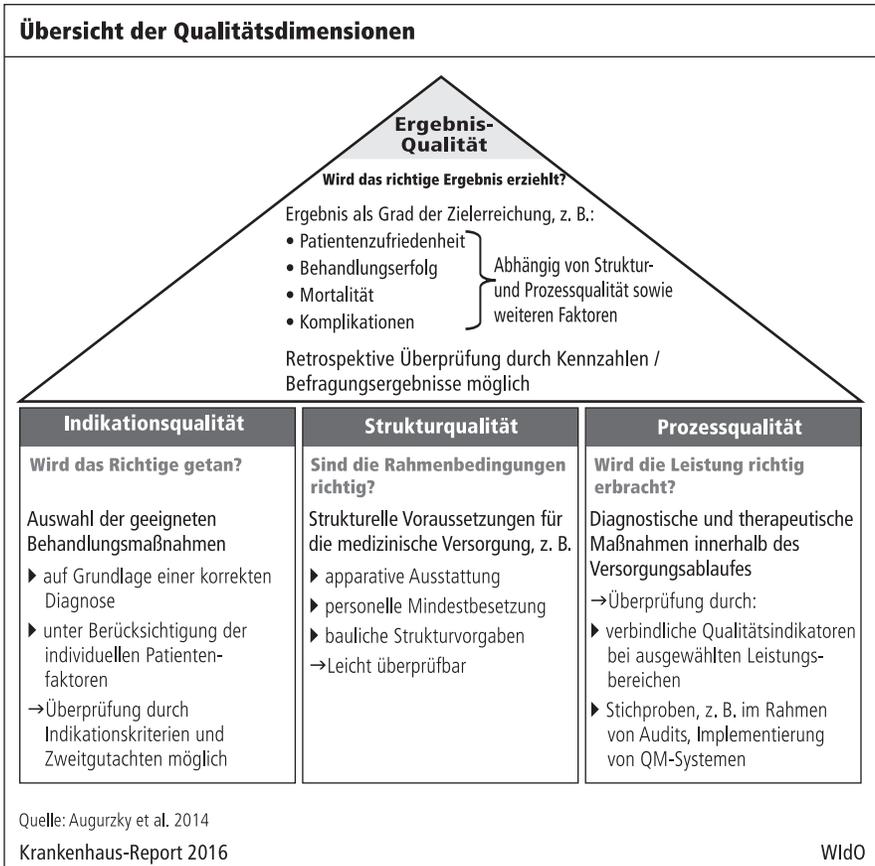
Aus Patientensicht ist die Qualität der erbrachten Leistung ein entscheidendes Kriterium für eine (subjektiv) bedarfsgerechte Versorgung. Der Qualitätsaspekt muss daher in eine reformierte Krankenhausplanung verbindlich aufgenommen werden. Krankenhäuser, die schlechte Qualität erbringen, müssen als Konsequenz damit rechnen, dass ihre davon betroffenen Leistungsbereiche aus dem Versorgungsauftrag genommen werden. Langfristig sollte sichergestellt werden, dass Patienten ausreichende Informationen über die Versorgungsqualität erhalten, um Krankenhäuser auf dieser Basis und nach Rücksprache ihres behandelnden Arztes selbständig auswählen zu können.

Im stationären Sektor wurde die systematische Qualitätssicherung in den vergangenen Jahren bereits vorangetrieben und durch den jüngst publizierten Referentenentwurf zum Krankenhausstrukturgesetz nochmals betont. Auch der 2014 beschlossene Aufbau eines Qualitätsinstituts ist ein wichtiger Schritt, um die Voraussetzungen für mehr Qualitätstransparenz zu schaffen. Volle Wirksamkeit dürfte die Arbeit des Qualitätsinstituts jedoch erst in einigen Jahren entfalten. Kurzfristig sind daher Qualitätsvorgaben im Rahmen der Versorgungsplanung nach bundeseinheitlichen und verbindlichen Regeln notwendig. Diese können bereits nach aktuellem Rechtsstand eingeführt werden: § 137 Abs. 3 S. 9 SGB V erlaubt ergänzende Qualitätsanforderungen im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder.

In den meisten Krankenhausplänen der Länder wurde der Qualitätsaspekt bisher allenfalls durch einzelne Strukturvorgaben als Zulassungsbedingung berücksichtigt. Die aktuell beschlossene Neufassung des Hamburgischen Krankenhausgesetzes sieht erstmals die Vorgabe einer qualitätsorientierten Versorgung als Ziel vor. Dabei können für qualitätssensible Leistungen oder Leistungsbereiche der stationären Versorgung konkrete Qualitätsanforderungen festgelegt werden. Diese beziehen sich auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legt in seinen Richtlinien bereits heute für ausgewählte Leistungsbereiche Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität fest, um die Qualität der Versorgung sicherzustellen. Diese Qualitätsanforderungen finden allerdings bisher – ebenso wie die Mindestmengenvorgaben des G-BA – in der Praxis nur unzureichend Anwendung, vor allem aufgrund mangelnder Konsequenzen bei Nicht-Erfüllung (de Cruppé et al. 2014, Peschke et al. 2014). Zusätzlich sind verbindliche Vorgaben des G-BA notwendig, die erfüllt werden müssen, um als Zentrum oder Schwerpunkt ausgewiesen zu werden. So hat auch das KHSG den G-BA beauftragt, Qualitätsindikatoren zu entwickeln und diese den Ländern für Planungszwecke zur Verfügung zu stellen. In den Vorgaben des G-BA zu geeigneten Qualitätsindikatoren für die Krankenhaus-

Abbildung 15–4



planung müssen klare Grenzen festgelegt werden, deren dauerhafte Unterschreitung zu einem Ausschluss aus dem Versorgungsauftrag führt. Durch konkrete Vorgaben und ein systematisches Monitoring müssen die Krankenkassen eine rechtssichere Grundlage für die Kündigung der Versorgungsverträge mit stationären Leistungserbringern erhalten.⁵

Im Gegensatz zum Erreichbarkeitskriterium, das rein eindimensional in konkreten Minutenvorgaben definiert werden kann, ist das Qualitätskriterium deutlich komplexer. Es ist mehrdimensional, über die Zeit hinweg variabel und oftmals schwer messbar. Daher sind Vorgaben in diesem Bereich hinsichtlich der Definition, Überprüfbarkeit und Justiziabilität nicht vollumfänglich möglich. Kurzfristig sollten jedoch für Teilbereiche bereits Vorgaben gemacht werden; im Laufe der Zeit können dann immer mehr hinzugenommen werden. Abbildung 15–4 fasst die we-

⁵ Praktische Ausgestaltungsmöglichkeiten zu den Konsequenzen des Qualitätsmonitorings wurden in einem IGES-Gutachten (2013) analysiert und beispielhaft dargestellt.

sentlichen Dimensionen von Qualität zusammen, wobei die Struktur- und Prozessqualität vor allem als Voraussetzung zur Sicherstellung einer adäquaten Ergebnis- und Indikationsqualität zu sehen sind.

15.3.3 Überversorgung

Für die Bedarfsplanung und ein durchzuführendes Überversorgungsmonitoring kann im stationären Bereich die Praxis des ambulanten Sektors nur sehr begrenzt als Vorlage dienen. Erstens wird wie schon dargestellt in vielen Bereichen der tatsächliche Bedarf der Bevölkerung nur unzureichend widerspiegelt (Bertelsmann Stiftung 2014). Zweitens ist das Einzugsgebiet eines Krankenhauses weit größer als das eines niedergelassenen Arztes. Drittens kann das Angebot im stationären Bereich nicht über eine vergleichbare einfache Verhältniszahl („Arzt pro Einwohner“) gemessen werden. Die Angebotskapazitäten der Krankenhäuser werden durch die in den Budgetverhandlungen der Selbstverwaltungspartner vereinbarten Fallzahlen individuell für jedes einzelne Krankenhaus bestimmt.

Die Anzahl der Betten kann kaum die Richtschnur für Über- und Unterversorgung sein, da sie anerkannterweise ein Planungskriterium ist. Daher muss sich das Monitoring zur Überversorgung an der Anzahl tatsächlich erbrachter Behandlungsfälle orientieren und versuchen zu überprüfen, ob diese dem tatsächlich gegebenen Bedarf der Bevölkerung entspricht. Dies kann über regionale Abweichungen gegenüber einem bundesweiten Richtwert erfolgen. Untersuchungen von Augurzky et al. (2013) zeigen deutliche regionale Unterschiede bei den stationären Fallzahlen. Sie sind ein Indiz für regionale Fehlversorgung. Ähnliche Ergebnisse liegen für einzelne Leistungsbereiche vor. So unterscheidet sich die Zahl der Mandel-Operationen pro Einwohner (Kind) zwischen den Kreisen um den Faktor acht. Ähnlich große regionale Unterschiede gibt es bei der Entfernung des Blinddarms, der Prostata oder beim Einsetzen eines Defibrillators am Herzen (Bertelsmann Stiftung 2014). Diese hohen regionalen Abweichungen sind weder allein medizinisch noch demografisch zu erklären. Sie sind seit 2007 bei den einzelnen medizinischen Eingriffen nahezu konstant geblieben (Bertelsmann Stiftung 2014). Bei einem systematischen Monitoring von Überversorgung sollten die Fallzahlen von einzelnen Behandlungsleistungen überregional verglichen werden. Dazu kann der bundesweite Durchschnitt der Behandlungen pro Einwohner gebildet und als Indexwert verwendet werden. Regionen, die diesen Referenzwert um ein vorgegebenes Maß stark überschreiten, können als möglicherweise überversorgte Gebiete identifiziert werden. In einem ersten Umsetzungsschritt sollten die Regionen mit den häufigsten Fallzahlen pro Einwohner (z. B. die Regionen, die zu den oberen 15 % in einem bundesweiten Vergleich gehören) als auffällige Gebiete gelten.

Wenn überversorgte Regionen identifiziert sind, stellt sich die Frage, welche Maßnahmen geeignet sind, um diese Abweichungen von der Bedarfsgerechtigkeit und einer effizienten Gesundheitsversorgung zu verringern oder zumindest nicht weiter zunehmen zu lassen. Als erstes sollte grundsätzlich die Indikationsqualität für das betroffene Leistungssegment in der Region verbessert werden. Zu diesem Zweck sollten die Patienten von allen Krankenversicherungen aktiv auf das Anrecht auf Zweitmeinungsverfahren bei den entsprechenden Behandlungen hingewiesen werden. Versicherungen könnten Patienten etwa durch Anschreiben auf eigens da-

für bereitgestellte unabhängige Zweitmeinungsärzte aufmerksam machen. Auch die Bereitstellung finanzieller Anreize für Versicherte, die das Angebot der Zweitmeinung nutzen, sowie Aufklärungsarbeit vor Ort können helfen, die Indikationsqualität zu erhöhen. Zusätzlich sollte in einem „überversorgten“ Leistungsbereich eine weitere Angebotsausweitung verhindert werden, wenn das bestehende Angebot eine ausreichend gute Qualität hat. Dies könnte analog zum ökonomischen Umgang mit externen Effekten entweder über eine staatliche Verbotsregelung oder über Selektivverträge geschehen.

15.4 Berücksichtigung regionaler Einflussfaktoren bei der Bestimmung objektiver Bedarfsgerechtigkeit

Eine unterschiedliche Häufigkeit von Krankenhausfällen kann regionale Gründe haben. Dazu gehört primär die lokale Bevölkerungsstruktur. In einer Region mit einem hohen Anteil älterer Menschen fällt in der Regel auch die Krankenhausnachfrage höher aus. Die Alters- und Geschlechtsverteilung kann und muss auf jeden Fall zur Bereinigung der beobachteten Inanspruchnahme verwendet werden. Dies ist sofort möglich.

Abbildung 15–5 zeigt beispielhaft eine entsprechende Auswertung der Zahl der stationären Fälle aus dem Jahr 2010 nach Kreisen, bereinigt um Alters- und Geschlechtseffekte. Die Kreise mit den meisten stationären Behandlungen pro Einwohner liegen vor allem in Mittel- und Ostdeutschland. Interessant ist, dass in den 15% der Landkreise, in denen Krankenhäuser weit überdurchschnittlich in Anspruch genommen werden, nur weniger als 10% der Bevölkerung leben – es handelt sich hierbei also um eher ländliche und weniger dicht besiedelte Regionen. Grundsätzlich sollte das Monitoring jedoch nicht auf Grundlage aller stationären Fallzahlen erfolgen, sondern es sollten stets einzelne Leistungsbereiche getrennt auf Überversorgung überprüft werden.

Auf der Nachfrageseite sind u. a. folgende weitere Gründe für eine regional unterschiedliche Inanspruchnahme denkbar:

- soziale Schicht und Beruf
- Familienstand und Haushaltsgröße
- Vermögen und Einkommen
- Bevölkerungsdichte
- Arbeitslosenquote und Anteil der Empfänger von staatlichen Transferzahlungen
- Anteil der Migranten

Auch die Art der Angebotsstruktur kann die Krankenhausinanspruchnahme beeinflussen. Als Einflussgrößen kommen hier u. a. folgende Faktoren in Frage:

- Haus- und Facharzttdichte
- Krankenhausbetten je Einwohner⁶

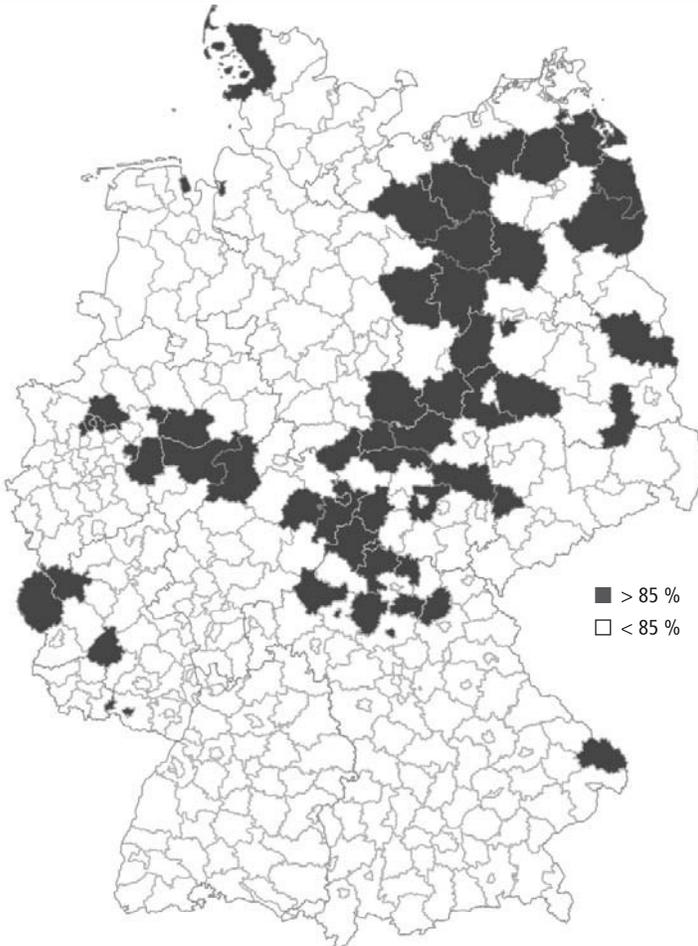
6 Die Bettenzahlen werden in der reformierten Krankenhausplanung zwar nicht mehr vorgegeben. Als Variable für die regionale Angebotsstruktur müssen sie trotzdem erhoben werden. Dies geschieht über die Angabe der Krankenhausträger zur Anzahl ihrer aufgestellten Betten.

- Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten, Krankenhäusern, sozialen Diensten sowie Institutionen der Pflege und Langzeitversorgung

Ob das Monitoring auf Kreisebene zu engmaschig ist und regionale Patientenbewegungen dabei zu Verzerrungen führen können, muss genauer untersucht werden.

Abbildung 15–5

Zahl der stationären Fälle nach Wohnort 2010, regionale Ausreißer



Lesehilfe: Die dunkel markierten Landkreise gehören zu den 15 % der Regionen, die die meisten Fallzahlen pro Einwohner aufweisen. Die 85 % der restlichen weiß ausgefüllten Regionen haben niedrigere Fallzahlen.

Anmerkung: Bereinigung nach Alter und Geschlecht der Patienten: Fälle nach Wohnort

Quelle: Augurzky et al. 2013

Krankenhaus-Report 2016

WlD0

Möglicherweise ist eine Analyse auf Basis der 96 größeren Raumordnungsregionen in Deutschland besser für das Monitoring geeignet. Mittel- bis langfristig sollten auch die weiteren nachfrage- und angebotsseitigen Faktoren bezüglich ihres tatsächlichen Einflusses auf die regionalen Unterschiede geprüft werden. Aus den Einflussfaktoren kann dann ein geeigneter Bedarfsindex erstellt werden. Die regionalen Abweichungen der Fallzahlen können mit Hilfe dieses Bedarfsindex überprüft werden. Regionen, deren Behandlungshäufigkeiten nicht durch einen erhöhten Bedarf erklärbar sind, würden entsprechend als „übersorgte Regionen“ identifiziert.

15.5 Bedarfsgerechte Krankenhausplanung 2.0: Versorgungsmonitoring in drei Bereichen

Ziel des Versorgungsmonitorings in einer reformierten, bedarfsgerechten Krankenhausplanung 2.0 ist die Vermeidung bzw. der Abbau der drei Arten von Fehlversorgung: qualitative Fehlversorgung, Unterversorgung und Überversorgung. Bei der Umsetzung sind daher drei getrennte Monitoringansätze zu verfolgen (Abbildung 15–6). Das Monitoring zur Einhaltung der Qualitätsvorgaben geht dabei Hand in

Abbildung 15–6

Versorgungsmonitoring zur Vermeidung bzw. Abbau von Fehlversorgung		
Qualitative Fehlversorgung	Unterversorgung	Überversorgung
<p>Zulassung nur bei Erfüllung struktureller Qualitätsanforderungen</p> <p>Bei dauerhafter Nichterreichung der Mindestvorgaben: Ausschluss der betroffenen Leistungssegmente</p>	<p>Bei absehbarer Leistungsreduktion: Überprüfung der Erreichbarkeitsvorgaben mit Geo-Informationssystem</p> <p>Bei Gefahr der Schließung erreichbarkeitsrelevanter Krankenhäuser:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prüfung alternativer wirtschaftlich tragbarer (z. B. sektorenübergreifender) Versorgungsformen 2. Bei Nichtvorhandensein von Alternativen: Sicherstellungszuschlag oder Rekrutierung anderer Anbieter 	<p>Bei geplanter Angebotsausweitung eines Krankenhauses: Überprüfung der regionalen Fallzahlen im Leistungssegment</p> <p>Abgleich der Fallzahlen mit (regionalisiertem) Richtwert, bestimmt durch lokale Bedarfsvariablen</p> <p>Bei festgestellter Überversorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Angebotsausweitung wird untersagt, außer bei nachgewiesener schlechter Qualität der bestehenden Angebote > Maßnahmen zur Steigerung der Indikationsqualität in übersorgten Regionen

Quelle: Augurzky et al. 2014
Krankenhaus-Report 2016

Abbildung 15–7

Konsequenzen bei qualitativer Fehlversorgung und drohender Unterversorgung 1998–2008		
Ursachen der Fehlversorgung	Qualität gut 	Qualität schlecht 
Erreichbarkeit nicht gefährdet 	Kein Handlungsbedarf <i>(Belohnung von besonders guter Qualität)</i>	Qualitätsauflagen, sonst Entzug des Versorgungsauftrags <i>(Kein Preisabschlag für schlechte Qualität)</i>
Erreichbarkeit gefährdet 	Prüfung alternativer Versorgungskonzepte, sonst Sicherstellungszuschlag	Auflagen zur Qualitätssteigerung Rekrutierung anderer Leistungserbringer prüfen

Quelle: Augurzky et al. 2014
Krankenhaus-Report 2016 WlD0

Hand mit der Überwachung der Erreichbarkeitsvorgaben: Sowohl Minderqualität als auch mangelnde Erreichbarkeit sind zu vermeiden. Sie können aber miteinander zusammenhängen, wenn ein Krankenhaus in einem Leistungsbereich eine geringe Qualität erbringt, das Haus aber gleichzeitig aus Erreichbarkeitsgründen notwendig für die flächendeckende Versorgung ist. Abbildung 15–7 stellt dar, welche Konsequenzen aus der Nicht-Erfüllung der Mindestqualität oder Mindesterreichbarkeit abgeleitet werden sollten.

Ein systematisches Monitoring des Versorgungsangebots ist zentraler Bestandteil einer bedarfsgerechten Krankenhausplanung 2.0. Dieses sollte auf der Ebene der Bundesländer unter Einbindung der Selbstverwaltungspartner erfolgen. Da die Krankenversicherungen die finanziellen Konsequenzen aus den Ergebnissen des Monitorings zu tragen haben, z. B. Sicherstellungszuschläge, ist ihnen ein Mitspracherecht einzuräumen. Das Monitoring fokussiert auf die drei Dimensionen von Fehlversorgung, deren Auftreten vermindert werden soll.

15.6 Ausblick

In vielen Städten und suburbanen Regionen wird von messbarer, objektiver Überversorgung gesprochen, obwohl die Bevölkerung parallel dazu subjektiv partielle Unterversorgung empfindet. Exemplarisch sei hier die Notfallversorgung zu nen-

nen. Es wäre daher wünschenswert, dass die Politik, wie im Bereich der (qualitativen) Fehlversorgung, auch die stationäre und ambulante Bedarfsmessung in den Fokus stellt. Dies ist von elementarer Bedeutung, um im Rahmen des anvisierten Strukturwandels die Versorgungslandschaft subjektiv und objektiv den regional heterogenen Bedarfen richtig anpassen zu können.

Für die Bedarfsplanung im stationären Bereich und speziell das künftige Überversorgungsmonitoring kann die ambulante Bedarfsplanung kein geeignetes Modell darstellen. Ein systematisches Monitoring zur Überversorgung muss darauf abzielen, die tatsächlich erbrachten Fallzahlen der Krankenhausbehandlungen in einer Region mit dem tatsächlich vorhandenen Bedarf der Bevölkerung abzugleichen. Bei einem systematischen Monitoring von Überversorgung auf Basis einzelner Behandlungsleistungen sollten daher die bereinigten Fallzahlen mit einem überregionalen Indexwert (bundesweiter Durchschnitt der Behandlungen pro Einwohner) verglichen werden. In einem geeigneten Bedarfsindex sollten auch weitere Einflussfaktoren berücksichtigt werden, wie beispielsweise soziale Schicht und Beruf, Familienstand und Haushaltsgröße, Vermögen und Einkommen. Die regionalen Abweichungen der Fallzahlen können mithilfe dieses Bedarfsindex überprüft werden. Regionen, deren Behandlungshäufigkeiten nicht durch einen erhöhten Bedarf erklärbar sind, würden entsprechend als „überversorgte Regionen“ identifiziert. An derartigen Bedarfsindizes zu arbeiten sollte eine gewichtige Aufgabe des G-BA sein, um in diesem wichtigen Punkt voranzukommen.

Literatur

- Augurzky B, Beivers A, Straub N, Veltkamp C. Krankenhausplanung 2.0. Endbericht zum Forschungsvorhaben des Verbands der Ersatzkassen e.V. (vdek). RWI Materialien, Heft 84. Essen 2014.
- Augurzky B, Kopetsch T, Schmitz H. What Accounts for the Regional Differences in the Utilisation of Hospitals in Germany? *European Journal of Health Economics* 2013; 14 (4): 615–627.
- Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) (Hrsg) Perspektiven der Raumentwicklung in Deutschland. Bonn/Berlin 2006.
- Beivers A. Je nach Bedarf. *GesundheitsWirtschaft*. Bibliomed-Medizinische Verlagsgesellschaft mbH, Melsungen. Heft 6/2015. Im Erscheinen.
- Bertelsmann Stiftung. Faktencheck Gesundheit – Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung. Gütersloh 2014. https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/daten_fcg/Downloads/Pressebereich/140912_PM-OECD-Gesundheitsreport_final.pdf, (16. September 2014).
- De Cruppé W, Malik M, Geraedts M. Umsetzung der Mindestmengenvorgaben – Analyse der Krankenhausqualitätsberichte: Eine retrospektive Studie der Jahre 2004–2010, *Deutsches Ärzteblatt* 2014; 111 (33–34): 549–55.
- Friedrich J, Beivers A. Patientenwege ins Krankenhaus: Räumliche Mobilität bei Elektiv- und Notfallleistungen am Beispiel der Hüftendoprothesen. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2008/2009, Schwerpunkt: Versorgungszentren*. Stuttgart: Schattauer 2009; 155–80.
- Geraedts M, de Cruppé W. Strukturwandel aus Patientenperspektive. In: *Krankenhaus-Report 2015, Schwerpunkt: Strukturwandel*, Stuttgart: Schattauer 2015; 115–24.
- Mansky T. Was erwartet der potenzielle Patient vom Krankenhaus? *Gesundheitsmonitor* 2012. Berlin: Bertelsmann Stiftung 2012.

- Peschke D, Nimptsch U, Mansky T. Umsetzung der Mindestmengenvorgaben: Analyse der DRG-Daten. Eine retrospektive Studie der Jahre 2005 bis 2011, Deutsches Ärzteblatt 2014; 111 (33–34): 556–63.
- PricewaterhouseCoopers. PwC-Umfrage „Krankenhäuser“. Frankfurt/M 2014. http://www.pwc.de/de_DE/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/pwc-befragung-krankenhaeuser-2014.pdf (16. September 2014).
- SVR-Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014), Bedarfsgerechte Versorgung Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Baden-Baden.
- SVR-Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Baden-Baden 2001.