

Krankenhaus-Report 2010

„Krankenhausversorgung in der Krise?“

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

Schattauer (Stuttgart) 2010

Auszug Seite 97-106



6	Einflussfaktoren auf eine notwendige und sinnvolle Krankenhausanzahl.....	97
	<i>Max Geraedts</i>	
6.1	Einleitung	98
6.2	Rechtliche Rahmenbedingungen der Krankenhausanzahl.....	98
6.3	Erreichbarkeit von Krankenhäusern	99
6.4	Einflussfaktoren auf die Krankenhausanzahl	100
6.5	Effekte staatlicher Interventionen auf die Krankenhausstruktur – Brustkrebszentren in Nordrhein-Westfalen	103
6.5.1	Hintergrund	103
6.5.2	Methodik.....	104
6.5.3	Ergebnisse	104
6.6	Fazit	105
6.7	Literatur.....	105

6 Einflussfaktoren auf eine notwendige und sinnvolle Krankenhausanzahl

Max Geraedts

Abstract

Knappe Kassen der öffentlichen Hand, technischer Fortschritt und zunehmender wirtschaftlicher Druck auf die Krankenhäuser bedingen, dass für Deutschland Krankenhausschließungen auf breiter Front vorausgesagt werden. Dem Staat und vor allem den Ländern obliegt trotzdem die Aufgabe, eine möglichst flächendeckende Krankenhausversorgung aufrecht zu erhalten, die gleichwertige Lebensverhältnisse und eine Trägervielfalt garantiert. Bisher verfügt Deutschland über eine im Durchschnitt gute geografische Erreichbarkeit der Krankenhäuser, die sich aber regional sehr unterschiedlich darstellt, sodass bei einer Reduktion der Krankenhausanzahl die Erreichbarkeit in einzelnen Regionen stark eingeschränkt sein dürfte. Die Krankenhausanzahl wird von einer Reihe nachfrage- und angebotsseitiger Faktoren beeinflusst: der Demografie, dem Wandel des Krankheitsspektrums, veränderten Indikationsstellungen, dem technischen Fortschritt, Reorganisationen sowie gesetzlichen Maßnahmen. Der gemeinsame Effekt der vielfältigen Einflussgrößen auf die zukünftige Krankenhausstruktur und -anzahl lässt sich ebenso wenig vorhersagen wie eine optimale Krankenhausanzahl definiert werden kann. Um die Krankenhausversorgung der Bevölkerung dennoch sicherzustellen, müssen die Strukturen kontinuierlich beobachtet und die Effekte politischer Entscheidungen begleitend evaluiert werden.

Scant resources of the public authorities, technical progress and increasing economic pressure on hospitals lead to forecasts projecting closures of large contingents of hospitals in Germany. However, the state and especially the German federal states have to guarantee hospital care that is geographically equally accessible for all citizens as well as a diversity of hospital owners. Up to now, Germany's hospitals have been easily accessible on average, but accessibility varies greatly between regions. In some regions, a reduction of the number of hospitals would endanger geographical access enormously. Various supply and demand related factors affect the number of hospitals, e. g. demography and changing disease patterns, modified indications, technical progress, reorganizations of hospitals and legal requirements. The joint effect of these various factors on the structure and number of hospitals can merely be projected, nor can the optimal number of hospitals. To safeguard sufficient hospital care for the population, the development of the hospital structures has to be observed continuously and the effects of political decisions have to be evaluated.

6.1 Einleitung

Glaubt man den Prognosen der Ernst & Young-Studie „Konzentriert. Marktorientiert. Saniert“ aus dem Jahr 2005, dann ist bis zum Jahr 2010 mit einer 25%igen Reduktion der Zahl an Krankenhäusern auf dann rund 1 500 zu rechnen. Insbesondere für kommunale Krankenhäuser sehen die Unternehmensberater geringe Überlebenschancen: Hier sagen sie einen Rückgang um 70 % voraus, der zum Teil durch Privatisierungen ausgeglichen wird (Böhlke et al. 2005). Begründet wird diese Prognose vor allem mit wirtschaftlichem Druck und den knappen Kassen der öffentlichen Hand sowie dem technologischen und medizinischen Fortschritt, der unter anderem kürzere stationäre Aufenthalte ermöglicht. Geht man weiterhin davon aus, dass von diesen Schließungen vor allem kleinere Krankenhäuser in ländlichen Gebieten betroffen sein werden, dann stellt sich die Frage, wie denn die bislang gültigen Ziele der Krankenhausplanung noch erreicht werden können. Wird sich also eine möglichst flächendeckende, gleichwertige Lebensverhältnisse und eine Trägervielfalt garantierende Krankenhausversorgung aufrechterhalten lassen? Und wie viele Krankenhäuser sind dazu denn überhaupt notwendig und sinnvoll? Mit diesen Fragen beschäftigt sich der vorliegende Beitrag. Dabei soll es jedoch nicht darum gehen, eine neue Zahl in die Welt zu setzen. Stattdessen sollen die Einflussfaktoren auf den Bedarf an Krankenhäusern aufbereitet und beispielhaft der Einfluss staatlicher Maßnahmen auf die Krankenhausversorgungsstruktur aufgezeigt werden.

6.2 Rechtliche Rahmenbedingungen der Krankenhausanzahl

Dem Sozialstaatsprinzip folgend obliegt dem Staat die grundsätzliche Verantwortung für die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen. Dabei ist der Bund im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung nur für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze zuständig (Krankenhausfinanzierungsgesetz). Die Krankenhausplanung liegt dagegen in der Verantwortung der Bundesländer, deren Krankenhausgesetze die Sicherstellung der Krankenhausversorgung gewährleisten sollen.

Die Krankenhausplanung der Länder erstreckte sich über lange Jahre auf die Zulassung von Standorten und damit letztlich auf die Festlegung der Gesamtzahl pro Land, eine Planung der Fachrichtungen pro Standort und die Festlegung der den Fachrichtungen jeweils zuzuordnenden Bettenzahlen. Dabei zeigt sich eine große Variabilität in der Ausgestaltung der Krankenhausplanung zwischen den Bundesländern (DKG 2008). Genauso unterscheidet sich auch die Krankenhausversorgung selber zwischen den Bundesländern in hohem Maß. Betrachtet man beispielsweise den jeweiligen Anteil der drei Trägergruppen – öffentlich, freigemeinnützig, privat (Anteil öffentlich: 4 % Berlin, 54 % Bayern) – oder aber die Bettendichte pro 10 000 Einwohner (von 53 Betten in Niedersachsen bis 85 in Bremen), die Anzahl Krankenhäuser pro Million Einwohner (18,8 in Brandenburg zu 34,3 in Schleswig-Holstein) oder die Investitionsmittel pro Planbett (von 3 034 € in Niedersachsen bis 9 580 € in Thüringen) (DKG 2008), belegt dies bei aller Unterschiedlichkeit der

jeweiligen Bundesländer dennoch die Variabilität eindrucksvoll (Zahlen für 2006 des Statistischen Bundesamts).

Inzwischen haben sich die Länder geeinigt, die detaillierte Planung zu verlassen und nur noch eine Rahmenplanung vorzusehen, die die Standorte, medizinischen Fachgebiete und Gesamtbettenzahlen umfasst. Daneben sollen verstärkt die Anforderungen der Notfallversorgung und Qualitätskriterien für die Krankenhausversorgung berücksichtigt werden, wie bereits in einigen Bundesländern geschehen (AOLG 2007).

Trotz der eingeschränkten Zuständigkeit des Bundes bei der Krankenhausplanung nimmt der Bund auf der Basis gesetzlicher Regelungen dennoch Einfluss auf die Zahl der Krankenhäuser. So wird der Einführung der DRGs sowie der Mindestmengen nachgesagt, sie führten zu einer Verminderung der Krankenhauszahlen. Zudem muss in diesem Zusammenhang die grundgesetzliche Forderung nach der Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse berücksichtigt werden, die der Bund im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung zu beachten hat. Entsprechend sieht die Mindestmengenvereinbarung auch vor, dass die Länder bei einer Gefährdung der – nicht näher definierten – flächendeckenden Versorgung auf Antrag eines Krankenhauses Ausnahmeregelungen vorsehen können.

Gerade diese vom Bund ausgehenden Einflüsse auf die Krankenhausplanung führten in letzter Zeit dazu, dass eine Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen gefordert wurde. Letztlich wird von vielen eine Öffnung in Richtung eines stärker wettbewerblich orientierten Rahmens befürwortet, bei der dem Staat vor allem die Aufgabe zukommt, quantitative und qualitative Unterversorgung mit Krankenhausleistungen zu verhindern (SVR 2007; Metzner 2009).

6.3 Erreichbarkeit von Krankenhäusern

Innerhalb des Zeitraums 1991 bis 2006 sank in Deutschland die Zahl der Krankenhäuser um 12,7% und die Bettenzahl in Akutkrankenhäusern um 23,3% (Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2008). Trotz dieses Rückgangs verfügt Deutschland im europäischen Vergleich weiterhin über eine hohe Zahl an Krankenhausbetten. 2006 lag die Bettenzahl um 19% über dem Durchschnitt der EU-27-Länder, im Vergleich zu den EU-15-Ländern sogar um 53% höher (WHO Europe 2009). Die hohe Krankenhausedichte bedingt im Durchschnitt eine sehr gute Erreichbarkeit der Krankenhäuser für die Bürger. 2004 konnten rund drei Viertel der Bevölkerung das nächstgelegene Krankenhaus innerhalb von 10 Minuten mit einem PKW erreichen, fast 98% innerhalb von 20 Minuten (Spangenberg und Beivers 2009). Dennoch muss bei fortschreitender Reduktion der Krankenhausanzahl zukünftig davon ausgegangen werden, dass die geografische Erreichbarkeit großflächig bedroht sein wird. In Szenarioanalysen hat das Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung einerseits aufgezeigt, dass eine Reduktion der Krankenhausanzahl möglich wäre, ohne dass die flächendeckende Versorgung beeinträchtigt würde, wenn die Krankenhäuser an den als Mittel- und Oberzentren definierten Städten lokalisiert wären. Andererseits zeigten die Autoren, dass es auf der Basis der derzeitigen Krankenhausstruktur bei Wegfall des jeweils nächsten Krankenhauses in allen

Bundesländern kleinteilige Bereiche gäbe, in denen zwanzigminütige Fahrzeiten nicht mehr gegeben wären. In Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und dem nördlichen Sachsen-Anhalt bestehen sogar großflächige potenzielle Verschlechterungen der Erreichbarkeit (Spangenberg und Beivers 2009).

Die in den Analysen potenzieller Erreichbarkeit aufgezeigte Variabilität der Krankenhausversorgung zwischen den Bundesländern wurde kürzlich auch im Rahmen der Begleitforschung zur Mindestmengenvereinbarung untermauert. Hier konnte zunächst gezeigt werden, dass sich die Flächen immens unterschieden, die 2004 von Krankenhäusern zu versorgen waren, die Mindestmengeneingriffe vornahmen. Betrachtet man allein die Flächenländer, dann betragen beispielsweise die durchschnittlich zu versorgenden Flächen pro Krankenhaus bei komplexen Ösophaguseingriffen zwischen 367 km² in Nordrhein-Westfalen und 4211 km² in Brandenburg (Faktor 11,5) (de Cruppé et al. 2007). Für Thüringen wurde beispielsweise bei konsequenter Umsetzung der Mindestmengen für das Jahr 2006 im Vergleich zu 2004 eine knappe Verdopplung der Fahrzeit von rund 42 auf 76 Minuten zum nächstgelegenen Krankenhaus, das Ösophaguseingriffe durchführt, prognostiziert. Weitergehende Analysen der von Patienten tatsächlich zurückgelegten Distanzen bis zum Krankenhaus bestätigten zwar nicht die prognostizierten Auswirkungen der Mindestmengen auf die flächendeckende Versorgung. Dazu war die Umsetzung im beobachteten Zweijahreszeitraum bis 2006 zunächst zu schleppend erfolgt (Geraedts et al. 2009). Jedoch konnte auch für die tatsächlich zurückgelegten Distanzen die Variabilität der Krankenhausversorgung zwischen den Bundesländern eindrucksvoll belegt werden. So betrug beispielsweise die Spannweite der von Patienten tatsächlich zurückgelegten Distanzen im Jahr 2006 bei Knie-TEP minimal zwischen 19,4 km in Bremen und 40,7 km in Schleswig-Holstein (Faktor 2,1) und zwischen 7,2 km in Bremen und 88,8 km im Saarland bei Ösophaguseingriffen (Faktor 12,3) (Geraedts et al. 2009). Fasst man die Studienergebnisse zur prognostizierten und tatsächlichen Erreichbarkeit zusammen, dann kann konstatiert werden, dass die Krankenhäuser in Deutschland bislang im Durchschnitt noch gut erreichbar sind, dies sich aber regional sehr unterschiedlich darstellt. Bei einer Reduktion der Krankenhausanzahl ist für einzelne Regionen mit einer starken Einschränkung der Erreichbarkeit zu rechnen.

6.4 Einflussfaktoren auf die Krankenhausanzahl

Sowohl auf der Nachfrage- als auch auf der Angebotsseite sind vielfältige, oftmals gegenläufige, aber auch interdependente Einflussfaktoren auf die Krankenhausanzahl festzustellen, die eine generelle Prognose kaum möglich machen.

Die Nachfrage nach Krankenhausleistungen wird zunächst durch den Wandel des Krankheitsspektrums im Sinne einer Zunahme chronischer Erkrankungen und durch die demografische Entwicklung stark beeinflusst. Inwieweit die allgemein prognostizierte Zunahme chronischer Krankheiten zwangsläufig mehr Krankenhausaufenthalte bedeutet, bleibt dabei unklar. Vorstellbar sind höhere Krankenhaus-Inzidenzen (z. B. Amputationen bei Diabetes; Schlaganfälle bei Hypertonie; schwere Depressionen; onkologische Erkrankungen) genauso wie niedrigere Inzidenzen

(z. B. positive Effekte der Disease-Management-Programme, Leitlinien oder des spezialisierten medizinischen Fachpersonals; Vermeidung von arzneimittelbedingten Krankenhausaufenthalten; vermehrte ambulante Behandlung onkologisch Erkrankter). Genauso muss auch die Alterung der Gesellschaft, oftmals gekoppelt mit der Zunahme chronischer Erkrankungen, nicht unbedingt mit einer höheren Zahl von Krankenhausaufenthalten einhergehen. Programme zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten gerade dieser Bevölkerungsgruppe scheinen wirksam zu sein bei zumindest nicht schlechteren klinischen Ergebnisse für die Betroffenen (Sibbald et al. 2007; Shepperd et al. 2008).

Das größte Potenzial zur Beeinflussung der Nachfrageseite liegt wahrscheinlich in der Reduzierung unangemessener Indikationen für Krankenseinweisungen. Hier sind zum einen (Selbst-)Einweisungen an Wochenenden oder aus Pflegeheimen zu nennen, wobei durch eine verbesserte Kooperation mit den ärztlichen Notdiensten Krankenhausbehandlungen verhindert werden könnten. Die in den letzten Jahren zunehmend an Krankenhäusern installierten ärztlichen Notdienstpraxen zeigen eindrucksvoll, dass hierdurch Krankenseinweisungen vermieden werden können (van Uden et al. 2003). Zum anderen liegt in der Etablierung eines expliziten Zweitmeinungssystems für größere elektive Prozeduren, wie es bereits seit 1989 im SGB V gefordert wird, sicherlich ebenfalls ein großes Potenzial zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten. Als wegweisende Studien sind hierzu diejenigen von Domenighetti et al. zu den je nach Patientenberuf (Juristen, Ärzte, übrige Bevölkerung) bis zu zweifachen Indikationsfrequenzen der „übrigen Bevölkerung“ bei verschiedenen operativen Eingriffen sowie von Moseley et al. zu placebokontrollierten arthroskopischen Kniegelenkseingriffen aufzuführen (Moseley et al. 2002; Domenighetti et al. 1993).

Auf der Angebotsseite wird der bereits genannten demografischen Entwicklung ebenfalls Bedeutung zugemessen: Durch die Alterung der Gesellschaft in Verbindung mit Abwanderungen der Jüngeren aus strukturschwachen Regionen kommt es in vielen Regionen Deutschlands zu Bevölkerungs- und damit Krankenhaus-Nachfragerückgängen, die einen wirtschaftlichen Betrieb der Krankenhäuser in solchen Regionen erschweren. In Verbindung mit der Finanzsituation gerade dieser Regionen stellt sich die Frage, ob sich diese Krankenhäuser allein durch Sicherstellungszuschläge erhalten lassen. Hinzu kommt, dass gerade kleinere Krankenhäuser in ihrer Zahl durch den medizinisch-technischen Fortschritt gefährdet sind. So sind immer mehr vormals stationäre Leistungen nun auch im ambulanten Sektor möglich. Zudem erlauben telemedizinische Überwachungen von Patienten eine engere Führung und helfen dabei, Krankenseinweisungen zu vermeiden. Jedoch bedingt der medizinisch-technische Fortschritt auch gegenläufige Entwicklungen, indem Prozeduren nun auch in Altersgruppen oder bei klinischen Befunden möglich sind, bei denen vormals keine solche Indikation gestellt worden wäre (z. B. Knie-TEP).

Eine weitere Entwicklung auf der Angebotsseite, deren Auswirkung auf die Krankenhausanzahl kaum abschätzbar ist, stellt die Reorganisation der Krankenhäuser selber dar. Neue Arten von Gesundheitseinrichtungen, die an Krankenhäusern angebunden sein könnten, aus Krankenhäusern hervorgehen oder aber diese ersetzen könnten, werden bereits erprobt. Die zukünftige Ausgestaltung der Medizinischen Versorgungszentren, Portalkliniken nach Münch (Rhön Kliniken AG)

oder Integrierte Versorgungszentren nach Neubauer et al. (2009) sind in der Diskussion. Darüber hinaus stellt sich die Frage, wie sich die mit der Vergütung nach DRG einhergehenden Struktur- und Prozessänderungen in den Krankenhäusern langfristig auswirken. Hier steht einem verringerten Bedarf an Pflgebetagen durch die verkürzten Verweildauern der Versuch der Mengenausweitung nach erfolgter Spezialisierung auf wirtschaftlich erbrachte Prozeduren gegenüber. Reorganisationen gerade kleinerer Krankenhäuser in Richtung vermehrter (früh-)rehabilitativer, palliativer, tagesklinischer oder Hospizangebote müssen ebenso bei Prognosen zur Entwicklung der Krankenhausanzahl berücksichtigt werden.

Als letzter großer Block von Einflussfaktoren auf die Krankenhausanzahl sind gesundheitspolitische und juristische Entscheidungen zu nennen. So hat das Bundeskartellamt in den letzten Jahren mehrfach Übernahmen von Krankenhäusern durch einzelne Trägergruppen untersagt, um regionale Monopole zu verhindern. In Verbindung mit dem im Krankenhausfinanzierungsgesetz (§ 1) niedergelegten Gebot der Trägervielfalt kann davon ausgegangen werden, dass auch in Zukunft keine rein marktwirtschaftliche Gestaltung der Krankenhausanzahl erfolgt. Hinzu kommen die unabsehbaren Folgen der von der Gesundheitspolitik in der letzten Zeit vorgebrachten Vorschläge zur Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen. Der unter anderen von der Gesundheitsministerkonferenz 2007 vorgeschlagene Rückzug der Krankenhausplanung von der Detailplanung in Richtung einer Rahmenplanung bei gleichzeitig vermehrt bedarfsgerechter Angebotsplanung und Ausbau des DRG-Systems könnte zwar Krankenhausschließungen nach sich ziehen. Jedoch wird weiterhin klar der Gewährleistungsauftrag der Länder benannt, die insbesondere dafür sorgen müssten, dass Krankenhausstrukturen für die Grund- und Notfallversorgung aufrechterhalten werden. Für den Bereich der Schwerpunkt- und Maximalversorgung wäre denkbar, dass neue Daten der Versorgungsforschung, zum Beispiel auf der Basis des § 21 KHEntg ermöglichen, dass die Länder ihre Strukturen stärker kooperativ planen könnten, womit wiederum eine Reduktion von Kapazitäten einher gehen könnte. Inwieweit sogar Kooperationen oder Fusionen über Staatsgrenzen hinweg – wie in Aachen und Maastricht - im Rahmen einer Europäisierung der gesundheitlichen Versorgung eine größere Rolle spielen werden, kann ebenfalls nur spekuliert werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine Fülle von Einflussfaktoren auf die Krankenhausanzahl existiert, deren gemeinsamer Effekt auf die zukünftige Krankenhausstruktur Deutschlands kaum vorhergesagt werden kann. Um die Krankenhausversorgung der Bevölkerung trotzdem sicherzustellen, bleibt es wichtig, die Strukturen kontinuierlich zu beobachten und die Effekte politischer Entscheidungen begleitend zu evaluieren. Als Beispiel einer solchen Evaluation wird im Folgenden über die Auswirkungen der Festlegung von Brustkrebszentren in Nordrhein-Westfalen berichtet.

6.5 Effekte staatlicher Interventionen auf die Krankenhausstruktur – Brustkrebszentren in Nordrhein-Westfalen

6.5.1 Hintergrund

Zur Verbesserung der Versorgung bei Brustkrebs hat das Land NRW zusammen mit den Selbstverwaltungspartnern und Selbsthilfegruppen die „Konzertierte Aktion gegen Brustkrebs in NRW“ ins Leben gerufen. Zentraler Baustein der Aktion ist die Einrichtung von Brustzentren. Gesetzliche Grundlage in NRW ist das Krankenhausgestaltungsgesetz, nach dem das Land in Rahmenvorgaben die Planungsgrundsätze und Vorgaben für die notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität festlegt. Im Zuge dieser Planungen wurden ab dem Jahr 2004 insgesamt 51 Brustzentren mit 98 Operationsstandorten ausgewiesen, die sich einem Anerkennungsverfahren unterziehen mussten. Die Anerkennung als Brustzentrum setzt voraus, dass mindestens 150 Erstoperationen pro Jahr durchgeführt werden und jede Operateurin und jeder Operateur jährlich mindestens 50 Operationen nachweisen kann. Daneben müssen die Zentren alle diagnostischen und therapeutischen Verfahren – Bestrahlung, Chemotherapie und psychosoziale Betreuung – gewährleisten. Die Brustzentren müssen zudem mit niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie weiteren Spezialisten ein regionales Netzwerk bilden. Außerdem müssen die Brustzentren sicherstellen, dass alle Patientinnen umfassend informiert und betreut werden. Zuletzt werden im Rahmen von Zertifizierungen das Qualitätsmanagement und die Erfüllung der Qualitätsanforderungen regelmäßig überprüft.

Offizielles Ziel der Brustzentren ist, durch Kooperation, Konzentration und Standardisierung mehr Qualität bei Diagnostik und Behandlung der Brustkrebsversorgung zu erreichen. Dazu sollte die Brustkrebsversorgung in NRW von rund 250 Anbietern auf 50 Brustzentren konzentriert werden. Im politischen Aushandlungsprozess sind daraus die genannten 51 Brustzentren mit 98 Operationsstandorten geworden, wobei die Zentren je 150 Primäroperationen pro Jahr bzw. 100 pro Operationsstandort durchführen sollten.

Da solch hohe Fallzahlen nur von wenigen Krankenhäusern in NRW erbracht wurden, musste im Zuge der Implementierung des Brustzentrenkonzepts mit einer Zentralisierung der Leistungserbringung gerechnet werden. In einer Hochrechnung für den Kammerbereich Nordrhein auf der Basis von Abrechnungsdaten der AOK der Jahre 2000 und 2001 hatten Längen et al. prognostiziert, dass eine Mindestmenge bei Brustkrebsoperationen von 100 oder 150 Eingriffen pro Jahr zu einem Ausschluss von 31 % beziehungsweise 46 % der bisher Brustkrebs operierenden Krankenhäuser führen würde (Längen et al. 2004).

Deshalb hat das Land NRW im Rahmen der Begleitforschung zur Einführung der Brustkrebszentren eine Analyse der Strukturwirkungen der Maßnahme beauftragt. Dabei sollte untersucht werden, ob sich die Zahl leistungserbringender Kliniken wie prognostiziert reduziert hat, wie sich die Fallzahlen in den Kliniken entwickelt haben, inwieweit die Kliniken die Fallzahl-Vorgaben erfüllt haben und ob

sich die Fahrzeiten potenzieller Patientinnen zu den Kliniken und damit die Flächendeckung der Versorgung verändert haben.

6.5.2 Methodik

Für die Analysen standen Fallzahl-Daten der Geschäftsstelle Qualitätssicherung NRW der Jahre 2002–2007 zur Verfügung, die alle Brustkrebsfälle der im BQS-Verfahren gemeldeten Krankenhäuser in NRW enthielten. Da jedoch nur für die Jahre 2004–2006 vollständige Datensätze vorlagen, wurden die Analysen auf diese Jahre beschränkt. Für die hier berichteten Ergebnisse wurde die Fallzahlentwicklung betrachtet und grafische (grafisches Informationssystem, GIS, Regiograph®) sowie inferenzstatistische (Chi²-/t-Tests) Analysen der Distanzen und Fahrzeiten, die potenzielle Brustkrebs-OP-Patienten in NRW zurücklegen mussten, durchgeführt. Dabei wurden insbesondere die Fahrzeiten – ausgehend von allen Standorten in NRW – zum jeweils nächstgelegenen Anbieter von Brustkrebsoperationen, zum nächstgelegenen zugelassenen Operationsstandort (Stand der Zulassung Juli 2008) und zum nächstgelegenen zugelassenen Operationsstandort, der die Fallzahlbedingung erfüllt hat, untersucht.

6.5.3 Ergebnisse

Zunächst war festzustellen, dass sich die Zahl Brustkrebs-operierender Kliniken in NRW zwischen 2004 und 2006 nur um 10 % verringert hat. 2006 nahmen noch 97 Kliniken an der Brustkrebsversorgung teil, die nicht vom Land für diese Versorgung anerkannt waren, während gleichzeitig 98 anerkannte Kliniken existierten. Jedoch nahm die Zahl der Fälle, die in nicht anerkannten oder in anerkannten, aber die Fallzahlvorgaben nicht erfüllenden Kliniken operiert wurden, kontinuierlich von 69 % auf 43 % ab. Dadurch nahm gleichzeitig der Anteil Fälle wie intendiert zu, die in anerkannten Kliniken operiert wurden, die die Fallzahlvorgaben erfüllten (von 31 % auf 57 %).

Insgesamt stiegen die mittleren Fallzahlen über alle Kliniken signifikant an, einerseits bedingt durch den allgemein erkennbaren Inzidenzanstieg beim Brustkrebs, andererseits bedingt durch einen Konzentrationseffekt. Dieser Effekt konnte zum einen auf die Abnahme der absoluten Klinikanzahl, zum anderen auf die überproportionale Fallzahlsteigerung in den anerkannten Kliniken mit erfüllten Vorgaben zurückgeführt werden. Dementsprechend stieg auch der Anteil der Kliniken unter den anerkannten Brustzentren bzw. Operationsstandorten, der die Vorgaben erfüllte, signifikant zwischen 2004 und 2006 von 22 % auf 46 % an.

Letztlich führte die Implementierung des Brustkrebszentrenkonzepts zwischen 2004 und 2006 nur zu kaum relevanten Verlängerungen der Fahrzeiten für potenzielle Patienten und Angehörige zur nächstgelegenen, Brustkrebs-operierenden Klinik in NRW. Bedingt durch die geringe Reduktion der leistungserbringenden Kliniken betrug die Wegstrecke zum nächsten Krankenhaus, das Brustkrebspatienten in NRW operiert, für mehr als 99 % der Bevölkerung weiterhin höchstens 20 Minuten. Deutliche Veränderungen der Fahrzeiten waren jedoch für diejenigen Kliniken festzustellen, die die Fallzahlvorgaben erfüllten. Während 2004 die Fahrzeit zu einer derartigen Klinik noch für 31 % der NRW-Bevölkerung mehr als 20 Minuten be-

trug, reduzierte sich dieser Anteil im Jahr 2006 auf knapp 14%. Eine weitere Reduktion der Fahrzeiten wäre zu erreichen, wenn alle anerkannten Kliniken die Vorgaben des Brustzentrenkonzepts erfüllten. Dann lägen nur noch 4,3% der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens in einer Region, die mehr als 20 Minuten von der nächsten anerkannten Klinik entfernt wäre.

Insgesamt ließ sich feststellen, dass das Brustkrebszentrenkonzept in NRW langsam, aber stetig umgesetzt wurde und sich die Flächendeckung durch anerkannte, die Fallzahlvorgaben erfüllende Kliniken kontinuierlich verbessert hat. Dem Land NRW scheint damit die intendierte Konzentration der Brustkrebsversorgung gelungen zu sein, ohne die Flächendeckung der Versorgung wesentlich zu beeinflussen.

6.6 Fazit

Die zukünftige Krankenhausanzahl wird von einer Fülle von Faktoren beeinflusst, deren gemeinsamer Effekt kaum vorhergesagt werden kann. Um die Sicherstellung der Krankenhausversorgung der Bevölkerung trotzdem zu gewährleisten, muss der Staat die Entwicklung der Krankenhausstrukturen kontinuierlich beobachten, um frühzeitig zu erkennen, wenn einerseits marktbedingt und andererseits durch staatliche Interventionen bedingt eine flächendeckende Versorgung gefährdet ist und bei Bedarf gegensteuern zu können. Mit einer alleinigen Optimierung der Erreichbarkeit durch an Mittel- und Oberzentren konzentrierte Krankenhausstandorte kann voraussichtlich nicht dem Ziel der Trägervielfalt genüge getan werden. Zudem wären die durch (Qualitäts-)Wettbewerb möglichen Effizienzgewinne nicht ausschöpfbar. Wie viele Krankenhäuser also letztlich in Deutschland notwendig und sinnvoll sind, wird weiterhin nur näherungsweise festlegbar sein, wobei potenzielle positive und negative Effekte einer Festlegung konkreter Krankenhausanzahlen inklusive der jeweiligen Leistungsspektren sowie deren geografischer Verteilung abgewogen werden müssen.

6.7 Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG). Zukunft der Krankenhausversorgung - Konzept zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung unter Berücksichtigung der Finanzierungsfragen. www.gmkonline.de/_beschluesse/80-GMK_Umlaufbeschluss_Dez2007_ZukunftDerKrankenhausversorgung.pdf (Zugriff am 9. Juli 2009).
- Böhlke R, Söhnle N, Viering S. Konzentriert Marktorientiert Saniert – Gesundheitsversorgung 2020. Ernst & Young (Hrsg.). Eschborn/Frankfurt/M.: Ernst & Young AG, 2005.
- de Cruppé W, Ohmann C, Blum K, Geraedts M. Evaluating compulsory minimum volume standards in Germany: How many hospitals were compliant in 2004? *BMC Health Services Research* 2007, 7: 165
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. In: Anlage zum DKG-Rundschreiben Nr. 137/2008 vom 30.05.2008. www.dkgv.de/media/file/4507.Anlage_Bestandsaufnahme_KH-Planung_neu_060608.pdf (Zugriff am 9. Juli 2009).

- Domenighetti G, Casablanca A, Gutzwiller F, Martinoli S. Revisiting the most informed consumer of surgical services – The physician-patient. *Internat Journ of Technology Assessment in Health Care* 1993; 9: 505–13.
- Geraedts M, de Cruppé W, Blum K, Ohmann C. Distanzen zu Krankenhäusern mit Mindestmengenrelevanten Eingriffen 2004 bis 2006. *Das Gesundheitswesen* 2009; DOI 10.1055/5-0029-1225653.
- Geraedts M, de Cruppé W, Blum K, Ohmann C. Umsetzung und Auswirkungen der Mindestmengen – Ergebnisse der Begleitforschung. *Dtsch Arztebl* 2008; 105 (51–52): 890–6.
- Lüngen M, Rupperecht CJ, Plamper E, Lauterbach KW. Zentralisierung der Behandlung des Mamma-karzinoms bei der Vorgabe von Mindestmengen. Empirische Auswirkungen in der Region Nordrhein. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 2004; 98 (5): 385–9.
- Metzner J. Einfluss auf die Krankenhausplanung. In: Rau F, Roeder N, Hensen P (Hrsg). *Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland*. Stuttgart: Kohlhammer. 2009: 391–402.
- Moseley JB, O'Malley K, Petersen NJ, Menke TJ, Brody BA, Kuykendall DH, Hollingsworth JC, Ashton CM, Wray NP. A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med* 2002; 347: 81–8.
- Neubauer G, Beivers A, Minartz C. Marktwandel und Sicherstellung der regionalen Krankenhausversorgung. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2006*. Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch. Stuttgart, New York: Schattauer, 2009: 65–85.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Gutachten 2007: Ziffer 543ff. www.svr-gesundheit.de (Zugriff am 9. Juli 2009).
- Shepperd S, Doll H, Angus RM, Clarke MJ, Iliffe S, Kalra L, Ricauda NA, Wilson AD. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Oct 8; (4): CD007491.
- Sibbald B, McDonald R, Roland M. Shifting care from hospitals to the community: a-review of the evidence on quality and efficiency. *J Health Serv Res Policy*. 2007 Apr; 12 (2): 110–7.
- Spangenberg M, Beivers A. Flächendeckende Krankenhausversorgung im DRG-Zeitalter. In: Rau F, Roeder N, Hensen P (Hrsg). *Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland*. Stuttgart: Kohlhammer. 2009: 431–43.
- van Uden CJT, Winkens RAG, Wesseling GJ, Crebolder HFJM, van Schayck CP: Use of out of hours services: a comparison between two organisations. *Emerg Med J* 2003; 20: 184–7.
- WHO Europe. European health for all database (HFA-DB). <http://data.euro.who.int/hfad/> (Zugriff am 9. Juli 2009).