



Krankenhaus-Report 2015: Strukturwandel – Strategien für mehr Behandlungsqualität

Pressekonferenz am 20. Februar 2015 in Berlin

Ihre Gesprächspartner:



Prof. Dr. Jürgen Wasem

Lehrstuhl für Medizinmanagement
Gesundheitsökonomisches Zentrum, Universität Duisburg-Essen
und Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports



Dr. Simone Wesselmann MBA

Bereichsleitung Zertifizierung, Deutsche Krebsgesellschaft



Jörg Friedrich

Forschungsbereichsleiter Krankenhaus im
Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO)
und Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports



Uwe Deh

Geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbandes

Presseinformation des AOK-Bundesverbandes vom 20.2.2015

Krankenhaus-Report 2015: Strukturwandel der Kliniklandschaft an der Qualität ausrichten

Berlin. Als das „wichtigste gesundheitspolitische Vorhaben dieser Legislaturperiode“ bezeichnet der Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports 2015, Prof. Dr. Jürgen Wasem, den „qualitätsorientierten Umbau“ der Krankenhauslandschaft. „Es ist gut, dass die Regierung den Handlungsbedarf endlich erkannt und festgehalten hat“, so Wasem bei der Präsentation des Krankenhaus-Reports 2015. In den von der Bund-Länder-AG formulierten Eckpunkten seien zahlreiche Ideen, wie man den Strukturumbau in Angriff nehmen könne. „Was aber fehlt, ist ein schlüssiges Handlungsprogramm, wie man die angedachte Qualitätsoffensive praktisch umsetzen kann“, bemängelt Wasem.

Uwe Deh, Vorstand des AOK-Bundesverbandes, warnt davor, dass von der Krankenhausreform nur eine große Finanzspritze für Kliniken übrigbleibt: „Wir brauchen schnell mehr Stringenz und Verbindlichkeit bei den Qualitätsvorgaben für Kliniken.“ Heute dürfe sich beispielsweise jede Klinik Zentrum nennen – ganz unabhängig von der Qualität, die sie liefert. „Stattdessen sind bundesweit einheitliche Standards für Qualität und Finanzierung nötig“, fordert Deh. Andernfalls hält er die Gefahr für groß, dass Kliniken im großen Stil zu Zentren erklärt werden, um zusätzlich Geld zu erhalten. Deshalb sei es gut, dass die Arbeitsgruppe aus Bund und Ländern in ihren Eckpunkten den Zentrumsbegriff neu fassen wolle. „Wichtig ist aber, künftig klar zu regeln, dass Kliniken, die die Anforderungen an Zentren nicht erfüllen, auch bestimmte Behandlungen nicht machen dürfen.“

Für den AOK-Vorstand gibt es schon heute funktionierende praktische Ansätze, auf denen die Politik eine qualitätsorientierte Klinikreform aufbauen kann. Als Beispiel nennt Deh die Zertifizierung von Zentren zur Behandlung von Brust- oder Darmkrebs. Hier hätten die Beteiligten durch freiwilliges Engagement bereits ein gutes Stück des Weges zurückgelegt. Würde man diesen Ansatz konsequent weiterverfolgen und nur die zertifizierten Zentren für die Behandlung vorsehen, hätten Patienten und gute Kliniken davon schnell einen Nutzen, ist Deh überzeugt.

Dr. Simone Wesselmann, Leiterin des Bereichs Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft, unterstreicht den Nutzen der zertifizierten Zentren für die Patienten. „Die Überlebensrate von Patientinnen, die in von uns zertifizierten Brustkrebszentren behandelt wurden, liegt nach vier Jahren bei 90 Prozent. Bei Behandlungen außerhalb zertifizierter Zentren sind es dagegen nur 83 Prozent.“ Die meisten zertifizierten Standorte in der Onkologie gebe es derzeit für Brustkrebs (335 Zentren) und Darmkrebs (272 Zentren). „Das Zertifikat hilft bei der Orientierung in einer komplexen Versorgungslandschaft“, sagt Wesselmann.

Wie eine Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zeigt, ist die Verteilung der zertifizierten Zentren für Brustkrebs-Patientinnen bereits gut: „79 Prozent aller Brustkrebs-Patientinnen werden heute schon an zertifizierten Zentren behandelt. Wenn alle Patientinnen in diesen Zentren behandelt werden sollten, würde sich der durchschnittliche Anfahrtsweg lediglich von 14 auf 22 Kilometer erhöhen“, sagt Jörg Friedrich, Forschungsbereichsleiter Krankenhaus im WIdO, bei der Vorstellung des Krankenhaus-Reports.

Für eine Mehrzahl der Patientinnen ist etwas anderes ausschlaggebend. So entschieden sich 63 Prozent der AOK-Patientinnen mit Brustkrebs für ein zertifiziertes Zentrum, obwohl andere Krankenhäuser näher gewesen wären, die die Leistung ebenfalls erbringen. „Die Entfernung vom Wohnort ist für die Patienten nur ein Kriterium bei der Krankenhauswahl, die erwartete Versorgungsqualität ist häufig wichtiger“, betont Friedrich.

Für die Zertifizierung als Brustkrebszentrum muss eine Klinik eine Mindestmenge von 50 Eingriffen pro Operateur gewährleisten. Große Teile der Krankenhäuser seien aber weit davon entfernt, diese Anforderung der Deutschen Krebsgesellschaft zu erfüllen, so Friedrich. Dies verdeutliche die Notwendigkeit einer qualitäts- und bedarfsorientierten Strukturreform.

Der Krankenhaus-Report erscheint seit 1993 und ist im Buchhandel erhältlich. Schwerpunkt der aktuellen Ausgabe 2015 ist „Strukturwandel“. Mehr Informationen zum Krankenhaus-Report finden Sie im Internet unter: <http://www.wido.de/khreport.html>

IHR ANSPRECHPARTNER IN DER PRESSESTELLE:

Dr. Kai Behrens | Pressesprecher | 030 34646-23 09 | presse@bv.aok.de

Pressekonferenz KHR 2015

Berlin, 20. Februar 2015

„Schwerpunkt Strukturwandel“ – der KHR 2015

Univ.-Prof. Dr. Jürgen Wasem

Lehrstuhl für Medizinmanagement
Gesundheitsökonomisches Zentrum
Universität Duisburg-Essen

Der Befund zur Ausgangslage: Strukturwandel notwendig

- ▼ Krankenhauslandschaft heterogene Mischung aus geschichtlicher Entwicklung, staatlicher Planung und marktwirtschaftlichem Wettbewerbsverhalten der Akteure
- ▼ genügt nur begrenzt den heutigen Anforderungen:
 - erhebliche Überkapazitäten bei Unterinvestitionen
 - prekäre finanzielle Lage vieler Häuser
 - Anzeichen für breite Qualitätsunterschiede
 - ausdifferenziertes medizinisches Wissen erhöht Notwendigkeit für Spezialisierung
 - weiterhin ansteigende räumliche Konzentrationen
 - zunehmend kritische Patienten
- Strukturen des Krankenhausmarktes müssen sich anpassen

KHR thematisiert ordnungspolitische Positionierungen für einen Strukturwandel

- ▼ Nicht überraschend: Bei der Therapie herrscht weniger Konsens als bei der (auch nicht unumstrittenen) Diagnose
- ▼ Daher skizzieren KHR-Autoren unterschiedliche Pfade für einen Strukturwandel:
 - Evolution der KH-Planung mit Fokus Qualität (*Metzner/Winten*)
 - Umstieg von der Angebotsplanung zur selektivvertraglich-wettbewerblichen Nachfragesteuerung (*Neubauer/Gmeiner*)
 - dynamische Modellierung der Marktentwicklung, flankiert durch Anreize zum Marktaustritt (*Leber/Scheller-Kreinsen*)
 - sektorenübergreifende Ausrichtung der Versorgungslandschaft (*Garre/Schliemann/Schönbach*)
 - Versorgungsreform durch Zentrenbildung (*Wesselmann/Mostert/Bruns/Malzahn*)

Strukturwandel – ein persönliches Fazit

- ▼ Der Wandel der Strukturen verlief bislang deutlich langsamer als erwartet
- ▼ Die Notwendigkeit besteht unvermindert
- ▼ Politik muss dazu die richtigen Weichenstellungen setzen
 - Es gibt Ansatzpunkte in den Eckpunkten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe
 - aber gleichzeitig auch Leerstellen: Politikversagen
- ▼ Ein wichtiger Punkt ist: Strukturwandel durch qualitätsorientierte Zentralisierung
 - Und dazu übergebe ich jetzt an Frau Wesselmann

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

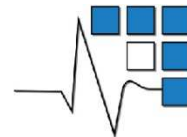


www.mm.wiwi.uni-due.de

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

CINCH
competent in competition + health



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Univ.-Prof. Dr. Jürgen Wasem

Onkologie: Bessere Versorgungsqualität durch Zentrenbildung

Dr. Simone Wesselmann MBA, Bereichsleitung Zertifizierung, Deutsche Krebsgesellschaft

Die Deutsche Krebsgesellschaft setzt seit Jahren auf ein Modell der Krebsversorgung, das Krebskranken in jeder Phase ihrer Erkrankung eine qualitativ hochwertige Behandlung ermöglicht. Die Basis dieses Modells bilden die Krebszentren, die von der DKG zertifiziert sind.

Wenn wir in diesem Zusammenhang von Zentren sprechen, dann meinen wir damit Netzwerke aus stationären Einrichtungen und kooperierenden Partnern, z.B. niedergelassenen Praxen. Auch sie können sich im Rahmen ihrer Kooperation mit dem Netzwerk zertifizieren lassen. Diese Netzwerke sollen eine qualitätsgesicherte Behandlung entlang des gesamten Krankheitsverlaufs sicherstellen, von der Diagnose über die Ersttherapie bis zur Nachsorge.

Mittlerweile existieren in Deutschland mehr als 950 DKG-zertifizierte Organkrebszentren und Onkologische Zentren, dazu kommen 12 Onkologische Spitzenzentren, die von der Deutschen Krebshilfe gefördert werden. Trotz unterschiedlicher Aufgabenspektren unterziehen sich alle Zentren dieses Systems freiwillig einer strengen Qualitätskontrolle nach einheitlichen Maßstäben. Die meisten zertifizierten Standorte gibt es mittlerweile für Brustkrebs (335 Zentren) und Darmkrebs (273 Zentren).

Nach welchen Kriterien erfolgt die Zertifizierung der DKG?

Die Anforderungen für die zertifizierten Zentren werden von Zertifizierungskommissionen entwickelt, in denen Fachgesellschaften, Berufsverbände, Arbeitsgemeinschaften und Patientenorganisationen zusammenarbeiten. Sie definieren Qualitätsindikatoren, die sich aus den aktuellen medizinischen Leitlinien ableiten; dazu kommen Kennzahlen zur interdisziplinären Zusammenarbeit. Qualifizierte Fachexperten überprüfen in einem Audit die Umsetzung der Anforderungen vor Ort. Abweichungen von den Sollvorgaben müssen von den Zentren begründet werden. Über die Zertifikatserteilung befindet ein Ausschuss auf Grundlage der Ausführungen der Zentren und der Audit-Dokumentationen.

Die Ergebnisse der Zertifizierungsverfahren werden in jährlichen Berichten aufbereitet – sie fassen die Ergebnisse der Kennzahlenauswertung in anonymisierter Form zusammen

Presse-
statement

und bilden so die Qualität zentraler Bereiche der onkologischen Versorgung ab. Weil bei Abweichungen von der Sollvorgabe eine Begründungspflicht besteht, lässt sich leicht nachvollziehen, warum Patienten bestimmte Leistungen nicht erhalten haben. Diese Art der Auswertung bietet nicht nur einen Überblick, wie hoch der Qualitätsstandard im Allgemeinen ist. Sie hilft auch den einzelnen Zentren, ihre eigenen Leistungen im Vergleich zu anderen einzuordnen und, wo nötig, zu optimieren. Eine Untersuchung an Brustkrebszentren zeigt, dass sich dieses Vorgehen bewährt hat: Im Mittel werden die Sollvorgaben erreicht oder sogar überschritten; die Heterogenität zwischen den Zentren nimmt mit zunehmender Zahl an Auditjahren ab [1].

Lohnt sich die Zertifizierung für die Patienten?

Die Frage nach dem Patientennutzen der Zertifizierung lässt sich mit einem klaren Ja beantworten. Das Zertifikat hilft bei der Orientierung in einer komplexen Versorgungslandschaft und sorgt für eine hohe Qualität. Das belegen verschiedene Beispiele: Muss aufgrund einer Krebserkrankung die Prostata entfernt werden, gelingt der Erhalt der Kontinenz an zertifizierten Zentren häufiger als an nicht-zertifizierten [2, 3]. Darmtumoren werden an zertifizierten Zentren häufiger vollständig entfernt. Auch wenden zertifizierte Darmkrebszentren bei einem Rektumkarzinom im Stadium II und III häufiger eine neoadjuvante Radiochemotherapie an; dieses Verfahren verringert deutlich das Auftreten von Lokalrezidiven [3]. In einer Studie von Beckmann et al. lag die Überlebensrate von Patientinnen, die in zertifizierten Brustkrebszentren behandelt wurden, nach vier Jahren bei 90 Prozent. Von den Patientinnen, die außerhalb dieser Zentren behandelt wurden, waren dagegen nach vier Jahren noch 83 Prozent am Leben [4].

Ausblick

Angesichts der aktuellen Diskussionen zur Qualität der Krebsversorgung ist das Ineinandergreifen von Zertifizierungssystem, Leitlinienprogramm und den beteiligten Zentren beispielhaft für einen Prozess, der eine flächendeckende Krebsversorgung auf hohem Niveau gewährleisten kann. Doch die Teilnahme an einer Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft ist freiwillig. Längst nicht alle onkologischen Einrichtungen in Deutschland tragen ein solches Qualitätssiegel. Für die Vergütung der Behandlung von Krebspatienten spielen übergreifende Qualitätsanforderungen bislang aber kaum eine Rolle. Ärzte und Leistungserbringer sind hochmotiviert, die Qualität der Versorgung zu verbessern. Wir brauchen deshalb dringend Wege, um den Qualitätsgedanken in der Krebsversorgung zu verankern und flächendeckend in Deutschland umzusetzen.

Literaturangaben:

[1] Kowalski C, Ferencz J, Brucker SY, Kreienberg R, Wesselmann S. Quality of care in breast cancer centers: Results of benchmarking by the German Cancer Society and German Society for Breast Diseases. *The Breast* (2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.breast.2014.11.014>

[2] Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF). S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom, Langversion 1.1, 2014, AWMF Registrierungsnummer: 021-007OL, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html> (16. September 2014)

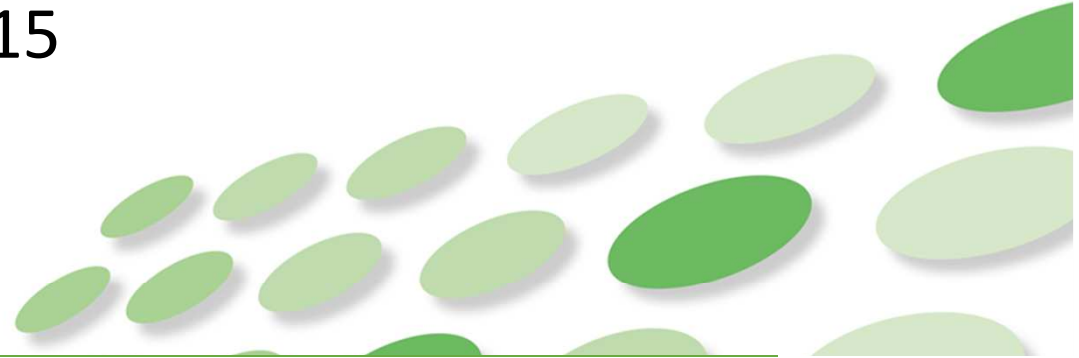
[3] Lent V, Schultheis HM, Strauß L, Laaser MK, Buntrock S. Belastungsinkontinenz nach Prostataktomie in der Versorgungswirklichkeit. *Der Urologe* 2013; 52: 1104–9. [3] Beckmann MW, Brucker C, Hanf V, et al. Qualitätsgesicherte Versorgung in zertifizierten Brustzentren und Optimierung der Behandlung von Patientinnen mit einem Mammakarzinom. *Onkologie* 2011; 34: 362–367.

[4] Wesselmann S, Winter A, Ferencz J, Seufferlein T, Post S. Documented quality of care in certified colorectal cancer centers in Germany: German Cancer Society benchmarking report for 2013. *Int J Colorectal Dis.* 2014 Apr;29(4):511-518

Presse- statement

Pressekonferenz KHR 2015

Berlin, 20. Februar 2015

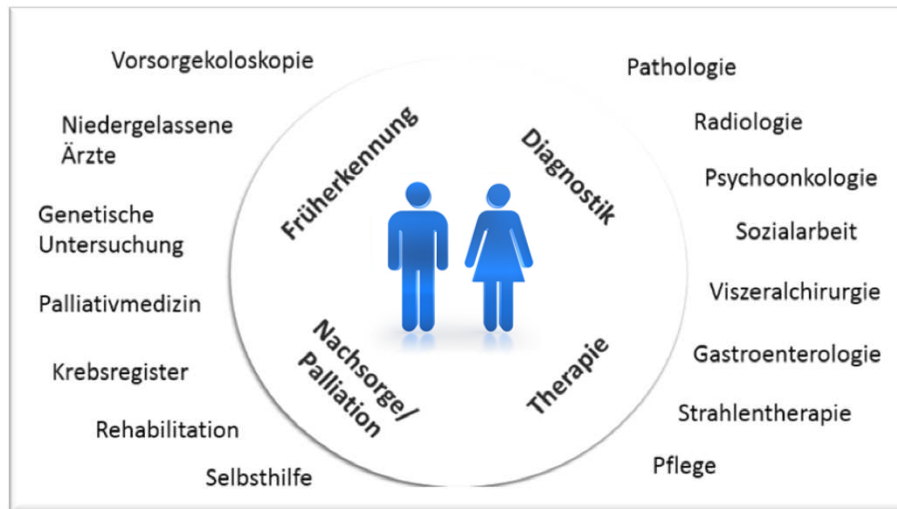


Bessere Versorgungsqualität durch Zentrenbildung

Dr. Simone Wesselmann MBA
Bereichsleitung Zertifizierung
Deutsche Krebsgesellschaft



Zertifizierte Zentren: Qualitätsgesicherte Netzwerke in der Onkologie



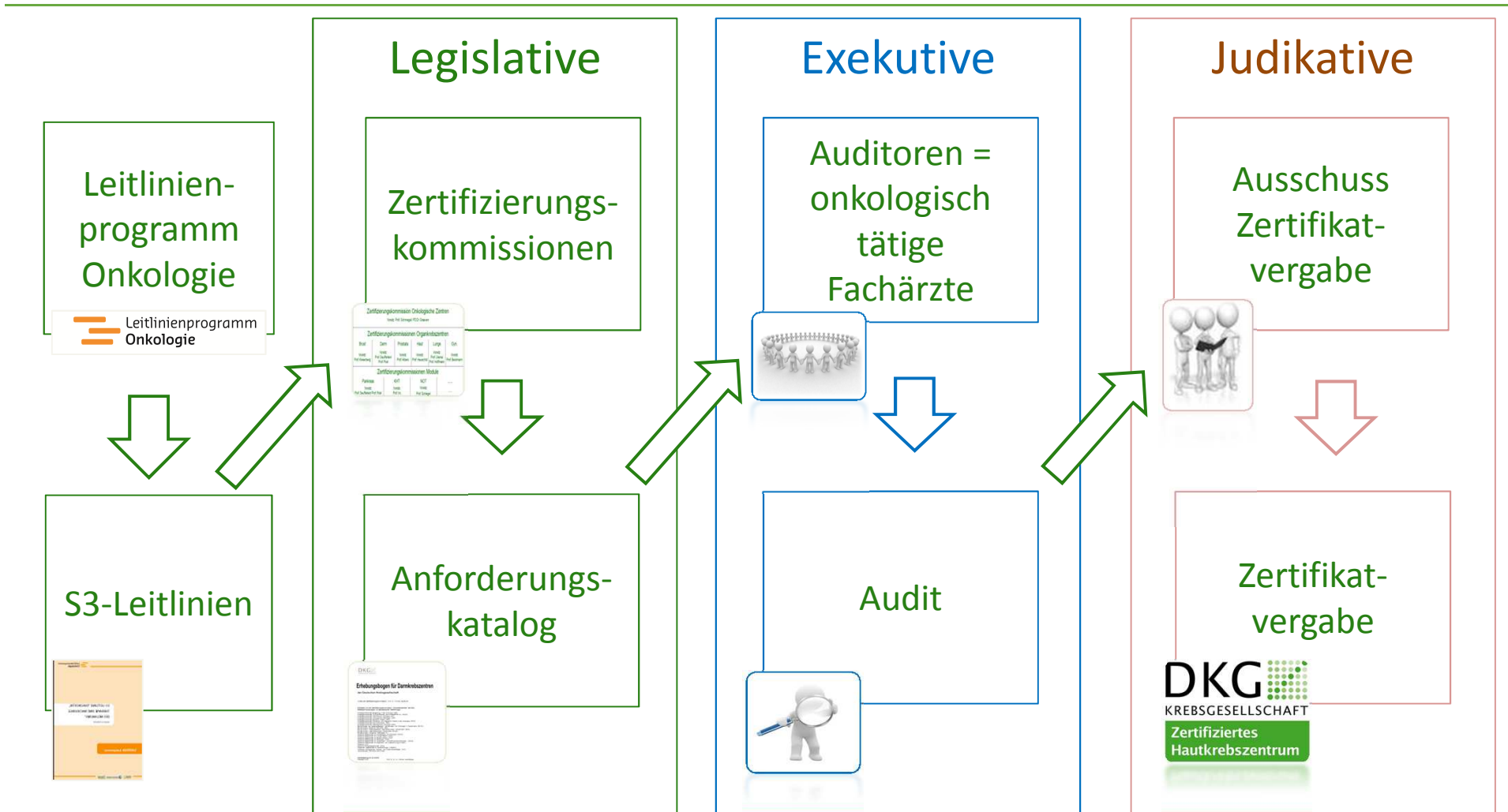
**Interdisziplinär, Interprofessionell,
Sektoren verbindend**

Zahlen aus dem Jahr 2013:

(Stand: 31.12.13)

- **>150.000** Patienten mit der **ERST**diagnose eines malignen Tumors wurden in einem zertifizierten Organkrebszentrum behandelt
- **951** zertifizierte Zentren in D (19.02.2015: 1010; www.oncomap.de)
- **433** Kliniken in D mit mind. 1 zertifizierten Zentrum

Zertifizierte Zentren: Nach welchen Kriterien erfolgt die Zertifizierung ?



Zertifizierte Zentren:

Was sind die Vorteile für Patienten und Leistungserbringer?

Patienten:

- Behandlung auf dem Stand der aktuellsten Leitlinien
- Behandlung durch ein Team, das alle Bereiche und Phasen der Erkrankung abbildet
- Behandlung mit hoher Qualität
- Orientierung und Vertrauen durch Zertifikat der Krebsgesellschaft

Leistungserbringer:

- Motivation
- Darstellung der eigenen Ergebnisse und Vergleich mit anderen Zentren
- Verbesserung der eigenen Qualität

Ausblick

Zertifizierte Zentren erbringen Qualität,
freiwillig und
mit großem Engagement:

In der Onkologie sind verlässliche und transparente Grundlagen für
einen Strukturwandel mit dem Fokus Qualität etabliert
und müssen genutzt werden

Vielen Dank!





Pressekonferenz des AOK-Bundesverbandes und
des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) am 20.02.2015 in Berlin

Statement von Jörg Friedrich

**Forschungsbereichsleiter Krankenhaus im
Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO)**

Versorgungslandschaft qualitätsorientiert gestalten

Wie Zertifizierung aussehen muss, damit sie gute Qualität hervorbringt, wurde am Beispiel des Zertifizierungsverfahrens der Deutschen Krebsgesellschaft schon ausgeführt. Es stellt sich aber auch die Frage nach einem breiten und schnellen Zugang zu einem solchen Qualitätsniveau für möglichst viele Patienten. Das WIdO hat sich im Krankenhaus-Report dieser Frage angenommen und für die Indikationen Brust- und Darmkrebs die Versorgungssituation beispielhaft analysiert.

Auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK zeigt sich für die Indikation Brustkrebs, dass im Jahr 2013 insgesamt 783 Krankenhäuser¹ operiert haben. Von diesen waren 42 Prozent (326)² durch die Deutsche Krebsgesellschaft oder durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe zertifiziert. Die durchschnittliche Fallzahl dieser Anbieter lag mit 62 AOK-Patientinnen höher als bei Krankenhäusern ohne Zertifikat (12 AOK-Patientinnen). Insgesamt wurden schon 79 Prozent der AOK-Patientinnen in einem Zentrum operiert.

Größere Teile der Nicht-Zentren sind heute weit davon entfernt, das Mindestmengenkriterium zur Zertifizierung von jährlich 50 onkologischen Eingriffen pro Operateur zu erfüllen. Bei einem durchschnittlichen AOK-Markanteil von ca. 30 Prozent operierten im Jahr 2013 zwar 92 Häuser mehr als 20 AOK-Fälle, 114 Einrichtungen aber maximal zwei AOK-Fälle. Nur gewisse Teile der heutigen 457 Nicht-Zentren dürften Aussicht auf ein erfolgreiches Durchlaufen des Zertifizierungsverfahrens haben.

Die regionale Verteilung aller Versorger – also Zentren und Nicht-Zentren – zeigt, dass in der Ausgangslage die Erreichbarkeit fast überall sehr gut ist. Für 90 Prozent der über 8.000 Postleitzahlgebiete beträgt der Anfahrtsweg weniger als 25 Kilometer. Lediglich für acht Gebiete liegt der Anfahrtsweg zum nächsten Versorger heute über 50 Kilometer. Im Mittel wird der nächste Versorger von einem Postleitzahlgebiet in 14 Kilometern erreicht. Erwartungsgemäß konzentrieren sich mehr Versorger in städtischen Agglomerationsräumen.

¹ Zu einem abrechnenden Krankenhaus gehören in wenigen Fällen mehrere Standorte.

² Hinter diesen 326 abrechnenden Krankenhäusern verbergen sich 335 zertifizierte Standorte.

Beschränkt man sich auf die zertifizierten Leistungserbringer, zeigt sich gleichfalls das Bild einer weitgehend guten Verteilung, wenn auch in einigen Regionen heute noch weitere Entfernungen zum nächsten Zentrum bestehen. Durch die Zentralisierung in der Indikation Brustkrebs würde sich der durchschnittliche Anfahrtsweg je Postleitzahlgebiet lediglich von 14 Kilometern auf 22 Kilometer erhöhen. Auch ohne die Zertifizierung weiterer Krankenhäuser käme es nur für rund fünf Prozent der Postleitzahlgebiete zu einer Verlängerung des minimalen Anfahrtswegs auf über 50 Kilometer.

Um für diese Gebiete weiterhin die Erreichbarkeit eines Brustkrebszentrums innerhalb von 50 Kilometern gewährleisten zu können, wären nur 68 zusätzliche Standorte notwendig. Bereits 47 der aktuell nicht zertifizierten Leistungserbringer wären ausreichend, damit weniger als ein Prozent der Postleitzahlgebiete die 50 Kilometer-Grenze überschreiten.

Etwas anders, wenn auch mit ähnlichen Schlussfolgerungen, stellt sich die Situation für die Indikation Darmkrebs dar. Hier sind 26 Prozent (270)³ der 1.031 Krankenhäuser, die mit der AOK in 2013 abrechnen, zertifiziert. Diese Zentren operierten 44 Prozent der AOK-Patienten. Jedes Zentrum behandelte im Mittel 40 AOK-Fälle, dem gegenüber waren es bloß 18 in den Nicht-Zentren. Auch hier zeigt sich, dass in den 761 Nicht-Zentren zum Teil sehr kleine AOK-Fallzahlen versorgt werden.

Aktuell ist die Zertifizierung beim Darmkrebs noch nicht so weit verbreitet wie beim Brustkrebs, weshalb ein Wegfall der Nicht-Zentren für diese Indikation etwas größere Auswirkungen auf die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung hätte. Der nächste Leistungserbringer je Postleitzahlgebiet wäre dann durchschnittlich in 26 Kilometern statt in 12 Kilometern erreichbar. Damit sich von keinem neuen Postleitzahlgebiet durch den Wegfall aller nicht-zertifizierten Einrichtungen der Anfahrtsweg auf über 50 Kilometer vergrößerte, würden bei dieser Indikation 116 – also 15 Prozent – der Nicht-Zentren als zusätzliche zertifizierte Standorte benötigt.

Zugleich verweist die vorliegende Analyse auch darauf, dass Patientinnen und Patienten durchaus bereit sind, für Kriterien wie nachgewiesene Qualität weitere Anfahrtswege in Kauf zu nehmen. So ließen sich 63 Prozent der AOK-Patientinnen eines Zentrums in der Indikation Brustkrebs dort behandeln, obwohl andere Leistungserbringer näher gewesen wären. Bei Darmkrebs waren es 55 Prozent.

Fazit: Sowohl für die Behandlung von Brustkrebs als auch für Darmkrebs besteht heute in den meisten Regionen schon eine gute Erreichbarkeit von zertifizierten Zentren. Dementsprechend übernehmen zertifizierte Zentren mit Qualitätsvorteilen und hohen Fallzahlen schon heute einen Großteil der Versorgung (beim Brustkrebs mehr, beim Darmkrebs noch weniger). In Nicht-Zentren werden dagegen häufig sehr wenige Fälle behandelt. Auch zeigt sich, dass Patienten bereit sind, für bessere Versorgung längere Wege zurückzulegen. Eine Beschränkung der Behandlung in der Indikation Brustkrebs auf die bestehenden zertifizierten Zentren würde nur für kleinere Gruppen von Patientinnen zu relevanten Fahrzeitverlängerungen führen. Bei einer politischen Entscheidung für mehr Konzentration ist dieser Nachteil gegen den Qualitätsvorteil der Zentrumsbehandlung abzuwägen – gerade auch bei den hier betrachteten relevanten onkologischen Indikationen.

In der Praxis dürfte sich die Bedeutung der Erreichbarkeitsfrage in Zukunft von selbst etwas abschwächen. Kontinuierlich lassen sich weitere Leistungserbringer zertifizieren. Bei einer Krankenhausreform, die zertifizierte Krebszentren in den Blick nimmt, werden sich nochmals verstärkt Häuser um Zertifizierung bemühen, die die Voraussetzungen bereits erfüllen bzw. erfüllen können. Eine solche Vorgabe sollte sich normativ an zumutbarer Erreichbarkeit orientieren und zeitlich genug Raum für die notwendige Kapazitätsanpassung in den verbleibenden Zentren lassen. Aber wenn die heute zertifizierten Brustkrebszentren bereits 79 Prozent der Patientinnen versorgen, könnte dies als Blaupause für eine qualitätsorientierte Zentralisierung der stationären Versorgung dienen. Und mit einem sinnvollen politischen Fahrplan und zusätzlichen Zentren dürften sich auch regionale Versorgungsengpässe gut bewältigen lassen.

³ Hinter diesen 270 abrechnenden Krankenhäusern verbergen sich 273 zertifizierte Standorte.

ANSPRECHPARTNER

Dr. Kai Behrens | Pressesprecher | 030 34646-23 09 | presse@bv.aok.de



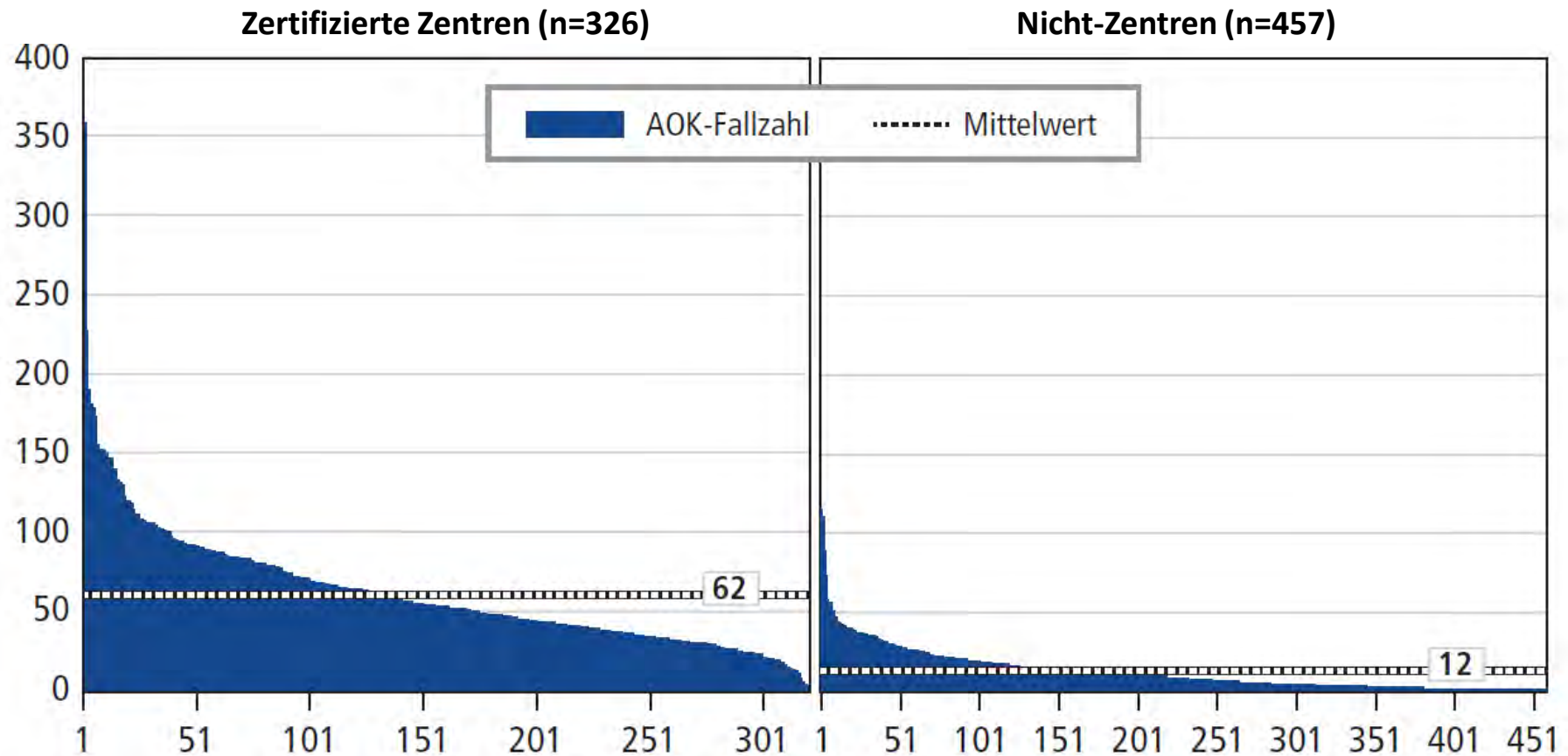
Versorgungslandschaft qualitätsorientiert gestalten

Krankenhaus-Report 2015 Schwerpunkt: Strukturwandel

20. Februar 2015 in Berlin

Jörg Friedrich

AOK-Fallzahl je abrechnendem Krankenhaus für die Indikation Brustkrebs



Datenbasis:

25.787 abgerechnete AOK-Fälle mit Brustkrebs-Diagnose und -Operation aus 783 abrechnenden Krankenhäusern (2013). Zu einem abrechnenden Krankenhaus gehören in wenigen Fällen mehrere Standorte.

Zertifizierte Brustkrebs-Zentren (Deutsche Krebsgesellschaft / Ärztekammer Westfalen-Lippe, Stand: September 2014)

Erreichbarkeit von Krankenhäusern für die Indikation Brustkrebs



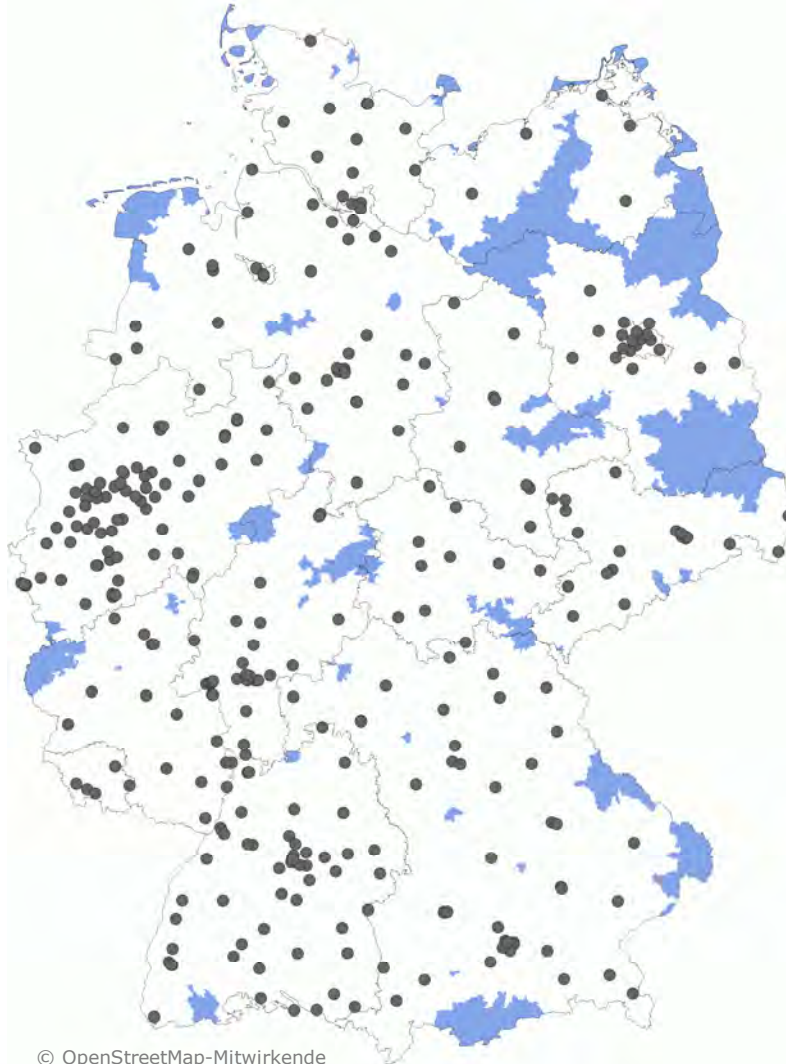
Minimaler Anfahrtsweg je PLZ Gebiet

□ bis 50 km
■ über 50 km

● Krankenhäuser

Datenbasis:
25.787 abgerechnete AOK-Fälle mit Brustkrebs-
Diagnose und -Operation aus 783 abrechnenden
Krankenhäusern (2013). Zu einem abrechnenden
Krankenhaus gehören in wenigen Fällen mehrere
Standorte.

Erreichbarkeit von zertifizierten Zentren für die Indikation Brustkrebs



© OpenStreetMap-Mitwirkende

Minimaler Anfahrtsweg je PLZ Gebiet

- bis 50 km
- über 50 km

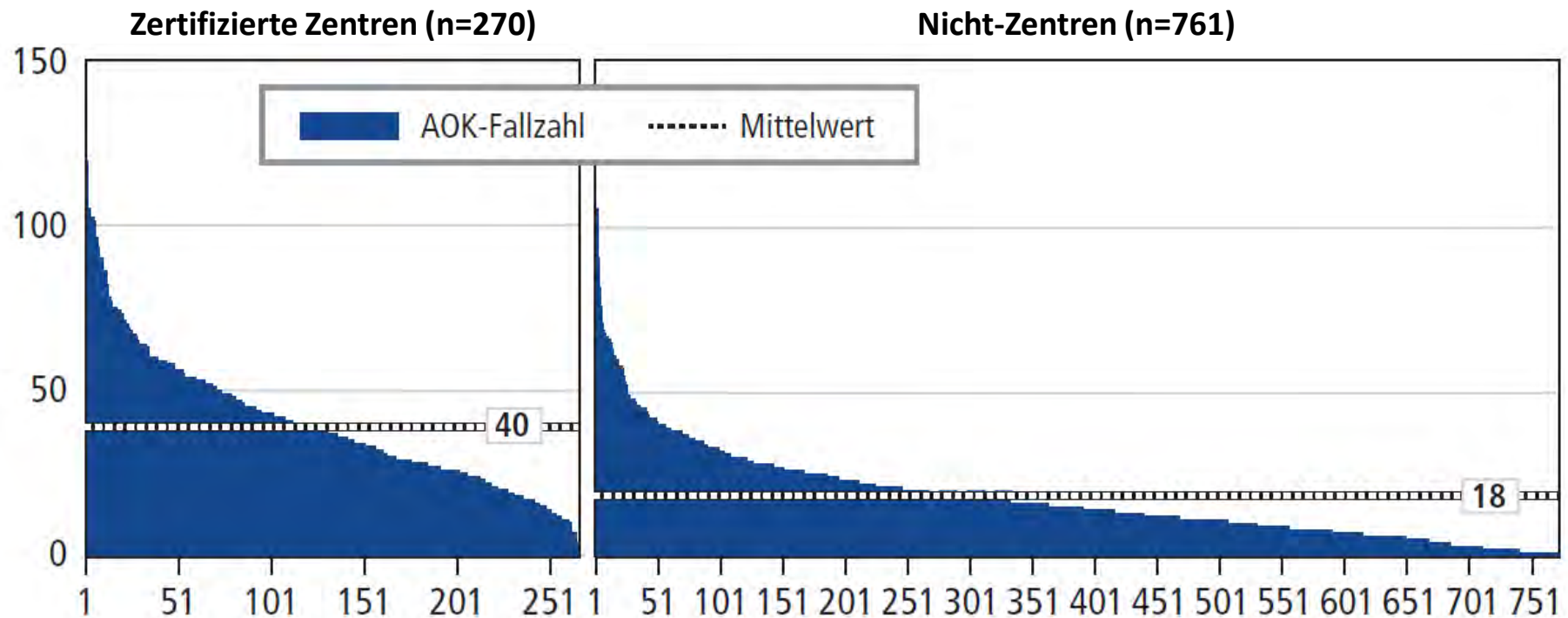
● Zertifizierte Zentren

Datenbasis:

25.787 abgerechnete AOK-Fälle mit Brustkrebs-Diagnose und -Operation aus 783 abrechnenden Krankenhäusern (2013). Zu einem abrechnenden Krankenhaus gehören in wenigen Fällen mehrere Standorte.

Zertifizierte Brustkrebs-Zentren (Deutsche Krebsgesellschaft / Ärztekammer Westfalen-Lippe, Stand: September 2014)

AOK-Fallzahl je abrechnendem Krankenhaus für die Indikation Darmkrebs



Datenbasis:

24.218 Abgerechnete AOK-Fälle mit Darmkrebs-Diagnose und -Operation aus 1.031 abrechnenden Krankenhäusern (2013). Zu einem abrechnenden Krankenhaus gehören in wenigen Fällen mehrere Standorte.

Zertifizierte Darmkrebs-Zentren (Deutsche Krebsgesellschaft, Stand: September 2014)

Erreichbarkeit von Krankenhäusern für die Indikation Darmkrebs



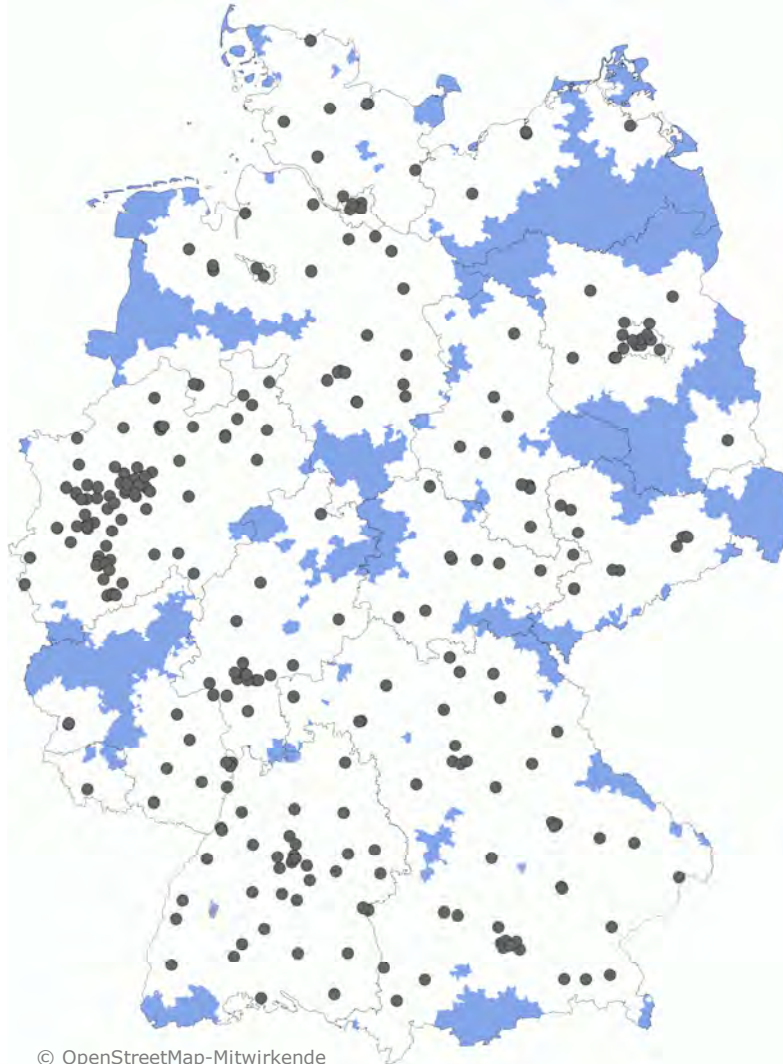
Minimaler Anfahrtsweg je PLZ Gebiet

- bis 50 km
- über 50 km

● Krankenhäuser

Datenbasis:
24.218 abgerechnete AOK-Fälle mit Darmkrebs-
Diagnose und -Operation aus 1.031 abrechnenden
Krankenhäusern (2013). Zu einem abrechnenden
Krankenhaus gehören in wenigen Fällen mehrere
Standorte.

Erreichbarkeit von zertifizierten Zentren für die Indikation Darmkrebs



© OpenStreetMap-Mitwirkende

Minimaler Anfahrtsweg je PLZ Gebiet

- bis 50 km
- über 50 km

● Zertifizierte Zentren

Datenbasis:

24.218 abgerechnete AOK-Fälle mit Darmkrebs-Diagnose und -Operation aus 1.031 abrechnenden Krankenhäusern (2013). Zu einem abrechnenden Krankenhaus gehören in wenigen Fällen mehrere Standorte.

Zertifizierte Darmkrebs-Zentren (Deutsche Krebsgesellschaft, Stand: September 2014)

Pressekonferenz des AOK-Bundesverbandes und
des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) am 20.02.2015 in Berlin

Statement von Uwe Deh

Geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbandes

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Ergebnisse bei der Zertifizierung von Krebszentren durch die Deutsche Krebsgesellschaft sind eindeutig. Sie zeigen erstens, dass klare Qualitätsstandards durchaus machbar sind. Zweitens belegen sie, dass solche Standards gerade für schwerkranke Patienten deutliche Verbesserungen bringen können. Das Beispiel der freiwilligen Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft zeigt zudem, dass es nicht an engagierten Ärzten und Pflegekräften mangelt. Die Menschen, die in den Krankenhäusern arbeiten, haben ein großes Interesse an hoher Behandlungsqualität für ihre Patienten.

Gleichwohl: Was in den Brustkrebszentren heute schon die Regel ist, ist in Bezug auf die gesamte Krankenhauslandschaft eher die Ausnahme. Wir müssen aber dazu kommen, dass die Ausnahme – also klare Qualitätsstandards für Kliniken von der Zulassung bis zum Behandlungsergebnis – künftig zur Regel wird. Was wir brauchen, ist ein konsequenter Umbau der Krankenhausstrukturen nach einheitlichen und verbindlichen Qualitätsstandards. Wir müssen davon wegkommen, dass jedes Krankenhaus immer mehr komplizierte Fälle behandeln will, ohne dass es die nötigen Strukturen und die nötige Behandlungsroutine hat. Stattdessen sind Spezialisierung und Zentralisierung Gebot der Stunde.

Die Patienten sind in diesem Thema offensichtlich einen Schritt voraus. Schon in der heutigen unsortierten Krankenhauslandschaft nehmen etwa 46 Prozent der Patienten nicht einfach die nächstgelegene Behandlungsmöglichkeit in Anspruch, sondern gehen für gute Behandlung zum Teil sehr weite Wege.

Das Beispiel der zertifizierten Krebszentren und die Auswertungen des WIdO zeigen, dass man beim Strukturwandel sehr gut auf dem Bestehenden aufbauen und bundesweit eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung sicherstellen kann. Es gibt schon heute funktionierende praktische Ansätze, auf denen die Politik eine qualitätsorientierte Klinikreform aufbauen kann. Der Umbau der Strukturen ist also möglich – man muss ihn nur wollen.

Die Arbeitsgruppe von Bund und Ländern zur Krankenhausreform hat erste richtige Schritte in diese Richtung vorgeschlagen. So ist es gut, dass die AG in ihren Eckpunkten beschlossen hat, dass der Zentrumsbegriff und die besonderen Aufgaben von Zentren neu gefasst werden sollen. Aktuell gibt es beim Zentrumsbegriff nämlich einen gewissen „Wildwuchs“: Im Prinzip kann sich jede Klinik Zen-

trum nennen – ganz unabhängig von der Qualität, die sie liefert. Deshalb ist es wichtig, künftig klar zu regeln, dass Kliniken, die die Anforderungen an Zentren nicht erfüllen, auch bestimmte Behandlungen nicht mehr machen dürfen. Wir brauchen dringend bundesweit einheitliche Standards für die Qualität und die Finanzierung von Zentren. Andernfalls ist die Gefahr groß, dass Kliniken im großen Stil zu Zentren erklärt werden, um zusätzliche Mittel aus den Beiträgen der Versicherten zu erhalten.

Auch der im Eckpunktepapier ebenfalls vorgesehene Strukturfonds zeigt deutlich, dass die Absicht für den Strukturumbau besteht. Wenn die Mittel aus dem Fonds tatsächlich dafür eingesetzt werden, die Kliniklandschaft am eigentlichen Bedarf der Bevölkerung an einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung auszurichten, dann wäre schon viel gewonnen.

Der geplante Strukturfonds ist also ein Schritt in die richtige Richtung – aber er löst nicht das grundsätzliche Problem der Unterfinanzierung durch die Länder. Die mangelhafte Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser durch die Länder ist im Eckpunktepapier leider völlig ausgeklammert worden. Sie bleibt ein brennendes Problem, dem die Politik auf die Dauer nicht ausweichen kann. Denn die permanente Unterfinanzierung gefährdet auch die Qualität der Behandlung: Sie führt nämlich dazu, dass Kliniken ihre Ausgaben mit Betriebskosten subventionieren und deshalb Mengen bei bestimmten planbaren Operationen ausweiten. Hier besteht also weiterhin Handlungsbedarf.

Auch was die im Koalitionsvertrag angekündigt „Qualitätsoffensive“ angeht, enthalten die Eckpunkte durchaus gute Ideen. Aber viele gute Ansätze sind nicht konsequent zu Ende gedacht. Ein gutes Beispiel ist hier die Krankenhausplanung: Die Einführung von Qualität als Kriterium für die Krankenhausplanung der Länder ist ein klarer Paradigmenwechsel in der Krankenhauspolitik. Ob die Patienten davon jemals einen Nutzen haben werden, ist aber fraglich. Denn momentan ist vorgesehen, dass die Bundesländer die bundesweiten Qualitätsstandards durchaus auch unterschreiten können. Es kann aber nicht sein, dass wissenschaftlich begründete Qualitätsvorgaben nach Gutdünken interpretiert werden können. Eigentlich müsste doch genau das Gegenteil passieren: Wir brauchen bundesweite und für alle geltende Mindeststandards. Und die Länder sollten dann Anreize setzen können, damit ihre Kliniken diese bundesweiten Standards noch toppen.

Wenn man sich die Vorschläge der Bund-Länder-AG insgesamt anschaut, haben sie eher den Charakter einer Ideensammlung. Zu welchem Gesamtbild sich die verschiedenen Puzzleteile am Ende des Tages zusammenfügen, ist noch offen. Eindeutig geregelt sind hingegen die Kosten: Die Reform soll nach den Schätzungen der Bund-Länder-AG in den Jahren 2016 bis 2018 zusätzliche Kosten in Höhe von 3,7 Milliarden Euro verursachen. Das ist vermutlich konservativ geschätzt – man kann getrost von Kosten bis zu 5 Milliarden Euro ausgehen. Mit den Eckpunkten werden die Beitragszahler also zu Milliardeninvestitionen verpflichtet. Damit von der Reform nicht einfach nur eine sehr große Finanzspritze für die Kliniken übrigbleibt, muss sichergestellt werden, dass Patienten und Beitragszahler tatsächlich einen Nutzen von der Reform haben.

ANSPRECHPARTNER

Dr. Kai Behrens | Pressesprecher | 030 34646-23 09 | presse@bv.aok.de