

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie
des Landes Rheinland-Pfalz

Landeskrankenhausplanung bis 2025

Vorbereitendes Gutachten des IGES Institut Berlin

Band 2: Konzeptuelle Fragen zur Krankenhausplanung

Der neue Landeskrankenhausplan wird ab 2019 gelten und einen Planungshorizont bis 2025 haben. Die Landesregierung hat im Vorfeld der Aufstellung des neuen Landeskrankenhausplanes wie üblich ein vorbereitendes wissenschaftliches Gutachten vergeben. Auftragnehmer war das IGES Institut Berlin.

Das von IGES Institut Berlin erstellte Gutachten ist eine Säule der Landeskrankenhausplanung und liefert Anhaltspunkte für die Planung. Die zweite wichtige Säule sind die Gespräche mit den Krankenhäusern und Krankenhausträgern. Die Ergebnisse aus Gutachten und Anhörungen fließen in den Krankenhausplan ein.

Krankenhausplan Rheinland-Pfalz 2019–2025

Vorbereitendes Gutachten

Konzeptuelle Fragen zur Krankenhausplanung

Kontakt:

Dr. Stefan Loos
T +49 30 230 809 77
Stefan.Loos@iges.com

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180
10117 Berlin

www.iges.com

Bericht

für das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und
Demografie des Landes Rheinland-Pfalz

Berlin, 31. August 2018

Inhalt

1.	Einleitung	8
2.	Von der standortbasierten zur erreichbarkeitsorientierten Krankenhausplanung?	9
3.	Detailplanung oder Rahmenplanung	17
4.	Ausgestaltung abteilungsspezifischer Sollnutzungsgrade	28
4.1	Sollnutzungsgrade im Bundesländervergleich	28
4.2	Analysen zum Sollnutzungsgrad für somatische Fachabteilungen	31
4.3	Sollnutzungsgrade in den nicht somatischen Fächern	42
4.4	Fazit und Empfehlungen	44
5.	Ausweisung von intensivmedizinischen Kapazitäten	48
6.	Ausweisung von Zentren	56
6.1	Rechtsgrundlagen für die Ausweisung von Zentren und deren besonderen Aufgaben	56
6.2	Kriterien für krankenhauserplanerisch relevante Zentren	61
6.3	Mögliche Leistungsbereiche für die Ausweisung von Zentren	66
6.3.1	Brustkrebszentren	66
6.3.2	Lungenkrebszentren	69
6.3.3	Stammzelltransplantation-Netzwerk	71
6.3.4	Herzinfarkt-Netzwerk Rheinland-Pfalz	74
6.3.5	Schlaganfallnetzwerk TemeS-RLP	78
6.3.6	Versorgung von Patienten mit Strahlenschäden	87
6.4	Zusammenfassung	88
7.	Die Berücksichtigung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im Rahmen der Krankenhausplanung	90
7.1	Grundlagen der Stationsäquivalenten Behandlung	90
7.2	Eignung von Patienten für eine StäB	92
7.3	Klinikbezogene Faktoren, welche die Umsetzung der StäB beeinflussen	93
7.4	Einfluss der StäB auf den Bedarf an Bettenkapazitäten in der Psychiatrie	94
7.5	Planerische Ausweisung von „Bettenäquivalenten“	95
8.	Zum Verhältnis von Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik im Rahmen der Krankenausplanung	97
8.1	Analyse der Hauptdiagnosen	98
8.2	Analyse der Nebendiagnosen	99
8.3	Quantitative Analyse der erbrachten Prozeduren	103
8.4	Zusammenfassende Betrachtung	107

Abbildungen**5****Tabellen****6**

Abbildungen

Abbildung 1:	Relevante Zeitintervalle in der Notfallversorgung.	13
Abbildung 2:	Krankenhausinvestitionen im Verhältnis zum BIP, Deutschland und Rheinland-Pfalz, 1991–2016.	24
Abbildung 3:	Sollnutzungsgrade für die Krankenhausplanung nach regelmäßig beplanten Fachabteilungen und Bundesländern.	29
Abbildung 4:	Sollnutzungsgrad in Rheinland-Pfalz und die höchsten und niedrigsten Sollnutzungsgrade in anderen Bundesländern, nach Fachabteilungen.	30
Abbildung 5:	Zusammenhang zwischen mittlerer Verweildauer und Auslastung auf Ebene der planungsrelevanten somatischen Fachabteilungen.	32
Abbildung 6:	Normierte Fallzahlen im Jahresverlauf 2016 in der Inneren Medizin, der Chirurgie und der Geriatrie in Rheinland-Pfalz.	33
Abbildung 7:	Fallzahlen im Jahresverlauf 2016 in der Augenheilkunde, der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und der Nuklearmedizin in Rheinland-Pfalz.	35
Abbildung 8:	Fallzahlen im Jahresverlauf 2016 in der Kinder- und Jugendmedizin in Rheinland-Pfalz.	36
Abbildung 9:	Variationskoeffizient (bereinigt und unbereinigt) der tagesbezogenen Fallzahlen nach somatischen Fachabteilungen in Rheinland-Pfalz, 2016.	37
Abbildung 10:	Streuung der mittleren Verweildauern von Fachabteilungen innerhalb ausgewählter planungsrelevanter Fachgebiete.	42
Abbildung 11:	Normierte Fallzahlen im Jahresverlauf in der Erwachsenenpsychiatrie, der Psychosomatik und der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rheinland-Pfalz, 2016.	44
Abbildung 12:	Anzahl vollstationärer Krankenhausfälle aufgrund Brustkrebs (ICD C50) und mit Wohnort der Patientinnen in Rheinland-Pfalz, 2007–2016.	67
Abbildung 13:	Anzahl vollstationärer Krankenhausfälle aufgrund brusterhaltender Operation (OPS 5-870) und Mastektomie (OPS 5-872 bis 5-877) und mit Wohnort der Patientinnen in Rheinland-Pfalz, 2007–2016.	67
Abbildung 14:	Anzahl der vollstationären Krankenhausfälle aufgrund Operationen an der Mamma bei Brustkrebs in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern nach Standorten, 2016.	68

Abbildung 15:	Anzahl vollstationärer Krankenhausfälle aufgrund Lungenkrebs bzw. anatomischer Lungenresektion und mit Wohnort der Patienten in Rheinland-Pfalz, 2007–2016 (Basis: 2007 = 100 %).	70
Abbildung 16:	Anzahl vollstationärer Krankenhausfälle aufgrund anatomischer Lungenresektion (OPS 5-32*) bei einer Tumorerkrankung und mit Wohnort der Patienten in Rheinland-Pfalz, 2007–2016.	71
Abbildung 17:	Anzahl vollstationärer Krankenhausfälle aufgrund autologer oder allogener Stammzelltransplantation und mit Wohnort der Patienten in Rheinland-Pfalz, 2007–2016.	72
Abbildung 18:	Anzahl vollstationärer Krankenhausfälle aufgrund akuten Herzinfarkts (ICD I21) und mit Wohnort der Patienten in Rheinland-Pfalz, 2007–2016.	74
Abbildung 19:	Anzahl der als Notfall aufgenommenen vollstationären Krankenhausfälle aufgrund eines akuten Herzinfarkts (mit und ohne Linksherzkatheter) in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern nach Standorten, 2016.	76
Abbildung 20:	Anzahl vollstationärer Krankenhausfälle mit Wohnort der Patienten in Rheinland-Pfalz und der Hauptdiagnose ICD G45 oder I60–I64, 2007–2016.	79
Abbildung 21:	Anzahl vollstationärer Fälle mit Schlaganfall oder TIA in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern nach Standorten, 2016.	82
Abbildung 22:	Anzahl vollstationärer Fälle mit Schlaganfall mit bzw. ohne Behandlung in einer Stroke Unit (OPS 8-981, 8-98b) in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern nach Standorten, 2016.	83
Abbildung 23:	Anteil der Nebendiagnosen, die jeweils nur in der Erwachsenenpsychiatrie und der Psychosomatik oder in beiden Fachrichtungen kodiert werden, 2016.	102
Tabellen		
Tabelle 1:	Zusammenhang zwischen mittlerer Verweildauer und Sollnutzungsgrad nach Bundesländern.	31
Tabelle 2:	Übersicht zu Daten 2016, die im Zusammenhang mit der Höhe des Sollnutzungsgrades stehen, nach somatischen Fachabteilungen.	39
Tabelle 3:	Mittlere Verweildauer und Nutzungsgrad in den nicht somatischen Fächern im Vergleich zur Geriatrie, 2016.	43
Tabelle 4:	Vorschlag zur grundsätzlichen Berechnung des Sollnutzungsgrades von Krankenhausabteilungen in Rheinland-Pfalz.	45

Tabelle 5:	Vorschlag für eine Anpassung der Sollnutzungsgrade nach Fachabteilungen.	46
Tabelle 6:	Anteil von aufgestellten Intensivbetten an allen aufgestellten Betten in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern und in deutschen Krankenhäusern insgesamt, 2016.	50
Tabelle 7:	Kriterien zur Abgrenzung besonderer Aufgaben von Krankenhäusern i. S. d. § 9 Abs. 1a Nr. 2 KHEntgG.	58
Tabelle 8:	Die zehn häufigsten Hauptdiagnosegruppen (ICD) der Erwachsenenpsychiatrie in Rheinland-Pfalz, 2016.	98
Tabelle 9:	Die zehn häufigsten Hauptdiagnosegruppen (ICD) der Psychosomatik und Psychotherapie in Rheinland-Pfalz, 2016.	99
Tabelle 10:	Häufigkeit von Nebendiagnosen in der Erwachsenenpsychiatrie und der Psychosomatik, 2016.	100
Tabelle 11:	Die fünf häufigsten Nebendiagnosen in der Erwachsenenpsychiatrie im Vergleich zur Psychosomatik, 2016.	101
Tabelle 12:	Die fünf häufigsten Nebendiagnosen in der Psychosomatik im Vergleich zur Erwachsenenpsychiatrie, 2016.	101
Tabelle 13:	Häufigkeit von kodierten Prozeduren in der Erwachsenenpsychiatrie und der Psychosomatik, 2016.	103
Tabelle 14:	Die fünf häufigsten Prozeduren der Erwachsenenpsychiatrie im Vergleich zur Psychosomatik, 2016.	104
Tabelle 15:	Die fünf häufigsten Prozeduren der Psychosomatik im Vergleich zur Erwachsenenpsychiatrie, 2016.	105

1. Einleitung

Gegenwärtig gilt für Rheinland-Pfalz der Krankenhausplan 2010, der seit seinem Inkrafttreten vielfach fortgeschrieben wurde. Der Landeskrankenhausplan ist jedoch gemäß § 7 Abs. 1 LKG in mehrjährigen Zeitabständen von der zuständigen Behörde aufzustellen. Daher beabsichtigt das Land, bis Ende des Jahres 2018 einen neuen Krankenhausplan mit voraussichtlich siebenjähriger Laufzeit vorzulegen. Das IGES Institut wurde damit beauftragt, das vorbereitende Gutachten für diesen neuen Krankenhausplan zu erstellen.

Der vorliegende Berichtsband enthält gutachterliche Stellungnahmen zu den folgenden Fragestellungen:

- ◆ Soll die Krankenhausplanung eher standorts- oder erreichbarkeitsbasiert erfolgen?
 - ◆ Soll die Krankenhausplanung eher als Rahmenplanung oder als Detailplanung ausgelegt werden?
 - ◆ Welche Sollnutzungsgrade sollen für die Prognose der bedarfsnotwendigen Kapazitäten verwendet werden?
 - ◆ Wie soll der Bedarf an intensivmedizinischen Kapazitäten ermittelt werden?
 - ◆ Welche Kriterien sollten für die Ausweisung von Zentren im Rahmen der Krankenhausplanung herangezogen werden? In welchen Bereichen ist eine Ausweisung von Zentren sinnvoll?
 - ◆ Wie sollte die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei der Ermittlung der bedarfsnotwendigen Kapazitäten für die Erwachsenenpsychiatrie berücksichtigt werden?
 - ◆ Sollte eine getrennte oder eine gemeinsame Ausweisung der bedarfsnotwendigen Kapazitäten für die Erwachsenenpsychiatrie und die Psychosomatik erfolgen?
-

2. Von der standortbasierten zur erreichbarkeitsorientierten Krankenhausplanung?

Gemäß seinem § 1 Abs. 1 ist der Zweck des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG) die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um so eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

Der § 1 Abs. 1 des Landeskrankenhausgesetzes Rheinland-Pfalz greift diese bundesgesetzliche Vorgabe ausdrücklich auf, stellt aber die bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen sprachlich deutlich in den Vordergrund.

Insofern hat die Krankenhausplanung grundsätzlich zwei Blickrichtungen: zum einen den Blick auf die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser bzw. Krankenhausstandorte, zum anderen den Blick auf die Versorgung der Bevölkerung in einer Region.

Status quo der standortbasierten Krankenhausplanung

In der Praxis liegt der Fokus der Krankenhausplanung im Sinne einer Planung der bedarfsnotwendigen Krankenhauskapazitäten auf den (bestehenden) einzelnen Krankenhausstandorten, ihrer Auslastung in den planungsrelevanten Fachgebieten und der zur erwartenden fachgebietspezifischen Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit und der Verweildauern. Auf Grundlage dieser Daten kann der Umfang der gegenwärtig und künftig bedarfsnotwendigen Bettenkapazitäten in einer Region und damit auch für eine Population ermittelt werden. Auf Veränderungen im Bettenbedarf kann sowohl durch Anpassung der Bettenkapazitäten der bestehenden Krankenhäuser als auch durch die Ausweisung von neuen Krankenhausstandorten reagiert werden.

Eine Standortbasierung der Krankenhausplanung besteht insoweit, als zum einen der Bedarf an Krankenhausleistungen in einer Region nicht primär aus einer (krankenhausexogen gemessenen) Morbidität und Behandlungsbedürftigkeit einer Bevölkerung abgeleitet wird, sondern endogen aus der Leistungserbringung der vorhandenen Krankenhäuser abgeleitet und prognostisch fortgeschrieben wird. Zum anderen erfolgt grundsätzlich per Feststellungsbescheid eine Zuweisung der bedarfsnotwendigen Bettenkapazitäten oder besonderen Versorgungsaufträge an einzelne Krankenhausstandorte. Darüber hinaus ist eine Krankenhausplanung immer auch dann standortbasiert, wenn sie besondere Anforderungen an die Leistungsfähigkeit und die Qualität der Leistungserbringung nicht für die stationäre Versorgung der Bevölkerung des Bundeslandes insgesamt festlegt, sondern in Bezug auf einzelne Krankenhausstandorte.

Alternativen zur standortorientierten Krankenhausplanung?

Im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD zur 18. Legislaturperiode vereinbarten die Koalitionäre am Jahresende 2013, die Länder bei der Weiterentwicklung der Krankenhausplanung von einer standortbasierten hin zu einer erreichbarkeitsorientierten Versorgungsplanung zu unterstützen.¹

Im Folgenden wird zunächst dargestellt, wie das Kriterium der Erreichbarkeit im Rahmen der Krankenhausplanung definiert werden kann. In einem zweiten Schritt wird dargestellt, wie Erreichbarkeitskriterien im Rahmen der Krankenhausplanung eingesetzt werden können. Abschließend wird die Erreichbarkeitsorientierung in den Kontext der populationsbezogenen, sektorenübergreifenden Planung eingeordnet und es werden Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung gezogen.

Das Kriterium der Erreichbarkeit der Krankenhausversorgung

Die Dimension der Erreichbarkeit gehört – global gesehen – neben der Verfügbarkeit und der Erschwinglichkeit zu den zentralen Kriterien für die Beurteilung der Zugänglichkeit von Angeboten der Gesundheitsversorgung.²

Mit der Erreichbarkeit ist im Kontext der Krankenhausplanung grundsätzlich die minimale Wegstrecke oder die Pkw-Fahrzeit³ vom Patientenwohnort bis zum nächsten relevanten Krankenhaus gemeint. Es wird also davon ausgegangen, dass der Patient zur Behandlung das Krankenhaus aufsuchen muss.⁴ Soll – insbesondere im Rahmen der Notfallversorgung – eine Auswahl zwischen Krankenhäusern auf Basis ihrer Erreichbarkeit erfolgen, ist ein identisches Leistungsangebot der Krankenhäuser vorausgesetzt.⁵

Das Konzept der Erreichbarkeit ist schon seit langem in der Krankenhausplanung verankert, vielfach unter dem Begriff der „Wohnortnähe“ und im Kontext der gestuften Versorgung: Dort sind beispielsweise Angebote der Grundversorgung

¹ Dies stand primär im Kontext eines angestrebten Abbaus und der Konzentration von Krankenhauskapazitäten (gestützt durch einen geplanten Investitionsfonds/Strukturfonds), dessen im Einzelfall auch negative Folgen auf die Erreichbarkeit der Krankenhausversorgung durch einen Sicherstellungszuschlag vermieden werden sollten. Vgl. www.bundesregierung.de/Content/DE/Anlagen/2013/2013-12-17-koalitionsvertrag.pdf?blob=publicationFile

² Vgl. <https://ushealthcarepolicy.wordpress.com/2008/03/04/five-as-of-health-care-access/>, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1464050/>

³ Allerdings kann es auch erforderlich sein, in dünn besiedelten und großen Regionen die Möglichkeit der Luftrettung in die Planungsüberlegungen einzubeziehen; vgl. dazu etwa die Ergebnisse des PrimAIR-Projekts unter <https://www.projekt-primair.de/>.

⁴ Demgegenüber stehen Ansätze, die die Versorgung näher zu den Patienten bringen, etwa mithilfe der Telemedizin.

⁵ So könnte es sinnvoller sein, im Notfall ein Krankenhaus in 40 Minuten Fahrzeit anzufahren, das über einen fachärztlichen Präsenzdienst verfügt, als ein Krankenhaus, das in 30 Minuten Fahrzeit erreichbar ist, aber nur über einen fachärztlichen Rufdienst verfügt.

wohnortnah auf der Ebene von Gemeinden oder Kreisen vorzuhalten, während Angebote der Maximalversorgung (z. B. Herzchirurgie) auf Oberzentren konzentriert werden können.

Auch beeinflusst durch moderne Möglichkeiten der Verarbeitung von geokodierten Daten kam es in den letzten Jahren zu einem stärker quantifizierenden Umgang mit Analysen und Festlegungen zur Erreichbarkeit der Krankenhausversorgung. Mittlerweile kann die Erreichbarkeit eines Versorgungsangebots – sei es als Wegstrecke in Kilometern⁶ oder als Fahrstrecke mit dem ÖPNV oder einem Pkw – mit vergleichsweise geringem Aufwand berechnet werden. Entsprechend wurden meist unbestimmte Begriffe wie Wohnortnähe oder die kategoriale Zuordnung von bestimmten Versorgungsangeboten zu regionalen Einheiten (Gemeinde, Kreis, Oberzentrum u. a.) durch metrisch skalierte Vorgaben zur Mindesterreichbarkeit (z. B. „Maximal 30 Minuten Fahrzeit zur nächsten Fachabteilung für Innere Medizin“) ersetzt.

Hinsichtlich der Anforderung, die an die Einhaltung eines solchen Kriteriums gestellt wird, kann im äußersten Falle verlangt werden, dass grundsätzlich alle Bewohner einer Region innerhalb der Mindesterreichbarkeitsvorgabe das nächste Versorgungsangebot erreichen können. Diese absolute Gültigkeit eines Mindesterreichbarkeitskriteriums kann dahingehend gelockert werden, dass nur ein bestimmter Prozentsatz der Bevölkerung (z. B. 95 %) in der Lage sein müsste, das nächstgelegene Versorgungsangebot zu erreichen.

Grundlagen für die Festlegung von Erreichbarkeitskriterien

Fraglich ist, auf welcher Grundlage Mindesterreichbarkeitskriterien definiert werden können und für welche Versorgungsangebote sie gelten sollen. In bereits publizierten Analysen zur Erreichbarkeit wurden die verwendeten Grenzwerte nicht weiter begründet; Standards gibt es (noch) nicht. Unterschiedliche Ansätze sind denkbar:

- ◆ Orientierung an der Raumplanung: Die häufig verwendeten Grenzwerte von 30 Minuten und 60 Minuten entsprechen denen, die in der Raumplanung vieler Bundesländer für die Erreichbarkeit von Mittelzentren (30 Minuten) mit dem „motorisierten Individualverkehr“ und Oberzentren (60 Minuten) als Reisezeit-Richtwerte herangezogen werden,⁷ insbesondere auch angesichts der Tatsache, dass der

⁶ Vgl. z. B. https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggw_0315_klein-hitpass_et_al_0815.pdf und die Vorgaben im Krankenhausplan NRW 2015 zur Erreichbarkeit der wohnortnahen Versorgung (<https://www.mags.nrw/krankenhausplan-nordrhein-westfalen>)

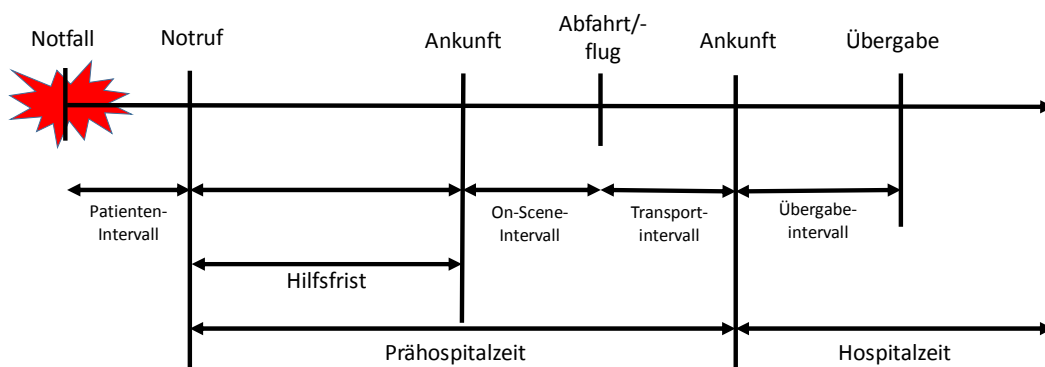
⁷ Vgl. <http://www.irpud.raumplanung.tu-dortmund.de/fileadmin/irpud/content/documents/publications/ap184.pdf>. Eine Verwendung dieser Richtwerte zum Zwecke der Krankenhausplanung würde eine gestufte Planung – d. h. eine Zuordnung von Versorgungsangeboten zu diesen beiden Stufen – voraussetzen.

Krankenhausplan gemäß § 6 Abs. 1 LKG Rheinland-Pfalz unter Beachtung der Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung aufzustellen ist.

- ◆ Ableitung aus Versichertenpräferenzen: Die Mindestvorgaben könnten auch durch eine Befragung von Versicherten (z. B. in Form von Discrete-Choice-Experimenten) zu den aus ihrer Sicht vertretbaren Fahrstrecken bzw. Fahrzeiten abgeleitet werden. Dabei sollte auch auf mögliche Wechselwirkungen zwischen Erreichbarkeit und Versorgungsqualität eingegangen werden.⁸
- ◆ Ableitung aus rechtlichen Vorgaben: Teilweise können Mindestreichbarkeitsvorgaben auch aus rechtlichen Vorgaben für die Krankenhausversorgung abgeleitet werden. So sind die Fahrzeitvorgaben in den Beschlüssen des G-BA zu Sicherstellungszuschlägen zwar nicht explizit als Mindestreichbarkeitsvorgabe konzipiert. Sie lassen sich aber als Anhaltswerte heranziehen.
- ◆ Ableitung aus dem Status quo: Mindestreichbarkeitsvorgaben können auch aus dem Status quo abgeleitet werden, indem man etwa die Erreichbarkeit von Krankenhäusern mit einem bestimmten Versorgungsangebot innerhalb von Rheinland-Pfalz oder auch bundesweit miteinander vergleicht und daraus – vor dem Hintergrund einer angestrebten Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse – einen Handlungsbedarf für die Regionen mit einer deutlich über- oder unterdurchschnittlichen Erreichbarkeit ableitet.
- ◆ Herleiten aus medizinischen Erfordernissen: Mindestreichbarkeitskriterien für Krankenhäuser können grundsätzlich auch medizinisch-inhaltlich fundiert werden. Am ehesten dürfte das für die notfallmedizinische Versorgung möglich sein, da diese vielfach zeitkritisch ist und in der Literatur Vorgaben etwa zur Dauer der Prähospitalzeit oder für den Zeitraum vom Symptombeginn bis zur definitiven Versorgung gemacht werden (**Abbildung 1**).⁹

⁸ Zur Abwägung zwischen Erreichbarkeit und Zentralisierung vgl. Tanke und Ikkersheim (2012), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22444760>

⁹ Vgl. Fischer et al. (2016), <https://link.springer.com/article/10.1007/s10049-016-0187-0#Sec1>

Abbildung 1: Relevante Zeitintervalle in der Notfallversorgung.

Quelle: IGES nach Fischer et al. (2016)

Bei den folgenden Tracer-Diagnosen sollte ein Zielkrankenhaus spätestens in 60 Minuten nach Notrufeingang erreicht werden können:

- ◆ Schwerverletzte/Polytrauma-Patienten
- ◆ plötzlicher Kreislaufstillstand
- ◆ schweres Schädel-Hirn-Trauma
- ◆ akute zerebrale Ischämie
- ◆ Verdacht auf Sepsis

Bei einer Hilfsfrist von max. 15 Minuten und einer je nach Einsatzart und -anlass unterschiedlichen angenommenen On-Scene-Time (präklinische Versorgungsphase) von 15–25 Minuten blieben damit für das Transportintervall nur 20–30 Minuten.

Zur Abschätzung der tatsächlichen präklinischen Zeitintervalle könnten Daten aus dem DIVI-Rettungsdienstprotokoll oder aus Studien (z. B. des BAST¹⁰) herangezogen werden. Tatsächliche In-Hospital-Zeiten für die Dauer von der Aufnahme bis zur Therapie lassen sich aus Registern oder Studien gewinnen, Normvorgaben aus Leitlinien ableiten: Für die Herzinfarktversorgung wird z. B. für die „Door to Balloon“-Zeit ein Zeitziel von maximal 60 Minuten angegeben.¹¹

¹⁰ Vgl. Schmiedel (2015), http://bast.opus.hbz-nrw.de/volltexte/2015/1574/pdf/BAST_M_260_barrierefreies_Internet_PDF.pdf

¹¹ Vgl. Maier et al. (2014), http://leitlinien.dgk.org/files/2014_Empfehlungen_zur_Organisation_von_Herzinfarktnetzwerken.pdf

Für die „Door to Needle“-Zeit bei Patienten mit akuter zerebraler Ischämie werden ebenfalls 60 Minuten angesetzt.^{12,13}

Mögliche Funktionen von Mindestreichbarkeitsvorgaben

Mindesterreichbarkeitsvorgaben können grundsätzlich im Rahmen einer standortbezogenen Krankenhausplanung verwendet werden; sie können aber auch im Rahmen von Planungsansätzen verwendet werden, in denen krankenhausbildungsbezogene Festlegungen im Krankenhausplan nur noch eine untergeordnete Rolle spielen.

Die möglichen Funktionen des Erreichbarkeitskriteriums in einer weiterhin standortbezogenen Krankenhausplanung hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) in seinem Jahresgutachten 2013 beschrieben.¹⁴ Erreichbarkeitskriterien könnten sowohl als Indikator für eine Unterversorgung als auch für eine Überversorgung gelten.

- ◆ Vermeidung von Unterversorgung: Ein Mindestreichbarkeitskriterium könnte dazu verwendet werden, um im Falle einer (drohenden) regionalen Unterschreitung dieses Kriteriums steuernd einzugreifen, in dem etwa von der Schließung bedrohte Strukturen (z.B. durch einen Sicherstellungszuschlag) gestützt oder neue Strukturen etabliert werden. Sollte beides nicht sinnvoll sein, müssen alternative Ansätze (z. B. primäre Nutzung der Luftrettung im Notfall, Boarding-Konzepte vor der Geburt) erwogen werden.
- ◆ Vermeidung/Abbau von Überversorgung: Ein Mindestreichbarkeitskriterium könnte dazu dienen, die Fachabteilungen zu identifizieren, die geschlossen werden können, ohne dass die Erreichbarkeit der Krankenhausversorgung unter das Mindestreichbarkeitskriterium fällt.

Darüber hinaus können Erreichbarkeitsanalysen aber auch für erreichbarkeitsoptimierte Neuplanungen von Krankenhausstandorten „auf der grünen Wiese“ oder Neuverteilungen von Fachabteilungen zwischen bestehenden Krankenhausstandorten verwendet werden.

In all diesen Überlegungen spielen die Krankenhausstandorte aber weiterhin eine zentrale Rolle; es geht „lediglich“ darum, ihre Zahl, ihre geografische Lage und ggf. die Aufgabenverteilung zwischen den Standorten gemäß Erreichbarkeitskriterien anzupassen.

¹² Vogel (2016), <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/AVP/Artikel/201603/144h/index.php>

¹³ Eine vergleichbare Festschreibung von Zeitzielen für die Notfallversorgung im Rahmen der Krankenhausplanung erfolgt im Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin (S. 58).

¹⁴ Das Gutachten ist verfügbar unter https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf

Alternativ werden aber auch Planungsansätze diskutiert und realisiert, die sich ganz oder zumindest teilweise von einzelnen Krankenhausstandorten lösen. In einem solchen Ansatz könnte im Rahmen einer Krankenhausplanung (oder auch einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung) ein regionaler Versorgungsbedarf prognostiziert werden. Ergänzend können Vorgaben zur Mindestreichbarkeit von Krankenhäusern/Fachgebieten (oder sektorenübergreifend: Leistungserbringern) und Qualitätskriterien für die Leistungserbringer definiert werden. In einem nächsten Schritt wäre es dann Sache insbesondere der Krankenkassen und Krankenhausträger, die notwendigen Versorgungsstrukturen zur Deckung des prognostizierten Leistungsbedarfs zu etablieren – sei es in einem selektivvertraglichen Einkaufsmodell der Krankenkassen oder im Rahmen von regionalen Verhandlungsprozessen zwischen Krankenkassen und Krankenhausträgern.

Ansätze in diese Richtung gibt es schon seit längerem, etwa in Hessen (Krankenhausplan 2005) und Nordrhein-Westfalen (Krankenhausplan 2015), wo – nach außen hin grundsätzlich unverbindliche – Rahmenvorgaben des Landes (in Form von Bedarfsprognosen und Planungsgrundsätzen) in regionalen Versorgungskonferenzen konkretisiert und auf Standorte bezogen werden sollten. In beiden Fällen werden die Ergebnisse der mehr oder weniger regionalisierten Aushandlungen durch das zuständige Landesministerium geprüft und (nach weiteren Anhörungen) ggf. modifiziert und verbindlich in Form von standortbezogenen Feststellungsbescheiden festgeschrieben. Die Planung löst sich hier zumindest temporär von den einzelnen Krankenhausstandorten, gewährt dann – in unterschiedlicher Gewichtung – den Krankenkassen und Krankenhausträgern gewisse Handlungsspielräume bei der Ausgestaltung der Rahmenvorgaben, orientiert sich aber abschließend wieder am Standortprinzip.

Abwägung zwischen Erreichbarkeit und anderen Zielen der Krankenhausversorgung

Die Erreichbarkeit von Krankenhäusern ist ein zentrales Kriterium zur Beurteilung der Versorgungsqualität. Die besten Versorgungsstrukturen helfen nicht, wenn sie von der Bevölkerung nicht oder nicht rechtzeitig erreicht werden. Allerdings ist die Krankenhausversorgung – so der SVR – in Deutschland sehr gut erreichbar, sodass die zurückzulegende Wegstrecke kaum eine Zugangsbarriere darstellen dürfte. Angesichts dessen stellt sich die Frage, in welcher Relation das Ziel einer gut erreichbaren Krankenhausversorgung zu anderen Zielen der Krankenhausplanung – insbesondere der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung – steht. Dabei wird deutlich, dass die Erreichbarkeit nicht das alleinige Kriterium einer Krankenhausplanung sein, sondern nur zu den übrigen Zielen hinzutreten kann: Vor allem angesichts der umfangreichen Evidenz zum Zusammenhang zwischen dem Fallzahlvolumen eines Krankenhauses in einem Leistungsbereich und der Qualität der Versorgung einerseits und der – jenseits der Notfallversorgung – offensichtlich nur sehr eingeschränkten Evidenz für Mindestreichbarkeiten andererseits müssen Mindestreichbarkeitsvorgaben dort zurücktreten, wo sie die Versorgungsqualität gefährden würden: Kompromisse bei der

Versorgungsqualität zur Verbesserung der Erreichbarkeit sind angesichts der gegebenen Erreichbarkeit in Deutschland grundsätzlich nicht vertretbar.

Wenn Mindesterreichbarkeitsvorgaben dazu führen, dass zu ihrer Einhaltung unwirtschaftliche Strukturen aufrechterhalten werden müssten, sind beide Ziele angesichts des allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebots gegeneinander abzuwägen.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die Erreichbarkeit wird traditionell im Rahmen der Krankenhausplanung berücksichtigt. Erreichbarkeitskriterien bieten weitergehende Anhaltspunkte zur Verhinderung von Unterversorgung und zum Abbau von Überversorgung; ihre stärkere Nutzung in diesem Kontext ist möglich und sinnvoll. Insbesondere im Bereich der Notfallversorgung sollte darauf geachtet werden, dass eine ausreichende Erreichbarkeit der an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser gewährleistet ist.

Eine erreichbarkeitsorientierte Krankenhausplanung alleine kann jedoch die „herkömmliche“ standortbezogene Krankenhausplanung nicht ersetzen, sondern lediglich ergänzen. Eine Abwägung von Erreichbarkeitszielen mit anderen Zielen der Krankenhausplanung kann dabei erforderlich werden. Im Kontext einer Rahmenplanung (vgl. dazu Kap. 3), die Erreichbarkeitskriterien einbezieht, kann allerdings konzeptuell eine Loslösung vom Standortbezug der Planung erfolgen.

Als regions- und bevölkerungsbezogenes Kriterium steht die Erreichbarkeit beispielhaft für die Gruppe sogenannter Area-Indikatoren,¹⁵ die nicht an einzelne Leistungserbringer gebunden sind, sondern den Blick auf sektorenübergreifende Versorgungsprozesse und damit letztlich auch auf eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung und -qualitätssicherung lenken. Hier gibt es schon eine Vielzahl von sektorenübergreifenden Ansätzen und Indikatoren (z.B. ambulant-sensitive Krankenhaufälle, Lyseraten bei Schlaganfallpatienten, Versorgungsqualität von Herzinfarktpatienten), die im Rahmen einer Weiterentwicklung der Krankenhausplanung genutzt werden sollten.

Es wird empfohlen, Erreichbarkeitskriterien im Rahmen der Krankenhausversorgung in Rheinland-Pfalz künftig stärker zu berücksichtigen, insbesondere wenn es um die mögliche Zusammenlegung oder Schließung von Fachabteilungen mit wirtschaftlich und qualitativ insuffizienten Fallzahlen sowie um die Planung der Notfallversorgung geht.

¹⁵ Vgl. dazu z. B. die Ausführungen zu Area-Indikatoren im AQUA-Methodenpapier (www.sgg.de/sgg/upload/CONTENT/Hintergrund/Methodenpapier/AQUA_AllgemeineMethoden_Version_3-0.pdf); SVR-Gutachten 2007 (<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf>)

3. Detailplanung oder Rahmenplanung

Die Krankenhausplanung entwickelte sich in Deutschland seit den 60er-Jahren des 20. Jahrhunderts aus dem Problem heraus, dass die Krankenhausträger vielfach defizitär und nicht in der Lage waren, die Investitionskosten für Krankenhaussanierungen und -neubauten zu tragen, und diese Kosten auch nicht über die Krankenversicherung abgedeckt werden sollten. Verschiedene Studien und Gesetzgebungsinitiativen mündeten im Jahr 1972 schließlich in das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG). Im Rahmen einer dualen Krankenhausfinanzierung wurde den Bundesländern die Investitionskostenfinanzierung zugewiesen und ihnen die Pflicht auferlegt, zur Erreichung der mit dem KHG verbundenen Ziele Krankenhauspläne aufzustellen.

Der Bundesgesetzgeber hat den Ländern jedoch bezüglich der Inhalte und Regelungstiefe des Krankenhausplans einerseits und des Vorgehens bei der Planaufstellung andererseits einen breiten Spielraum gelassen. Dazu Prütting (§ 12 Rz. 7): „Die bundesrechtliche Regelung gibt keinen Hinweis darauf, was die Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans bedeutet. Sie macht insbesondere keine Angaben dazu, wie viele Teile der Krankenhausplan haben soll oder darf, ob er überhaupt unterteilt werden kann, ob er als Rahmenplan formuliert oder detailliert ausgestaltet sein muss, ob nur einzelne Disziplinen beplant werden oder das ganze Leistungsspektrum nach den Vorgaben der Weiterbildungsordnung der Ärztinnen und Ärzte (WBO) gestaltet werden muss oder darf. Das Bundesrecht nennt keine Disziplinen und keine Versorgungsstufen. Damit hat der Landesgesetzgeber einen großen Gestaltungsspielraum.“

Auch die Rechtsprechung macht keine spezifischen Vorgaben zur inhaltlichen Ausgestaltung eines Krankenhausplans. Immerhin gibt das Bundesverwaltungsgericht in einer grundlegenden Entscheidung aus dem Jahre 1985 (Urteil vom 25. Juli 1985, Az. 3 C 25.84) grundlegende Elemente vor, die ein Krankenhausplan enthalten muss:

- a) Eine Krankenhauszielplanung, die im Rahmen des durch die Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes begrenzten Gestaltungsspielraums die Ziele festlegt, auf deren Verwirklichung der Plan ausgerichtet ist
 - b) Eine Bedarfsanalyse, die eine Beschreibung des zu versorgenden Bedarfs der Bevölkerung enthält
 - c) Eine Krankenhausanalyse, die eine Beschreibung der Versorgungsbedingungen bei den in den Plan aufgenommenen Krankenhäusern enthält
 - d) Die Festlegung der durch die späteren Feststellungsbescheide zu treffenden (eigentlichen) Versorgungsentscheidung darüber, mit welchen Krankenhäusern der festgestellte Bedarf der Bevölkerung versorgt werden soll
-

Angesichts dieser konzeptuellen Offenheit der bundesrechtlichen Vorgaben zur Krankenhausplanung obliegt es mithin den Ländern, diese näher auszugestalten. Dies hat auch Rheinland-Pfalz mit seinem LKG getan und insbesondere in § 6 Abs. 2 LKG RLP klare Vorgaben zu den Regelungsinhalten des Krankenhauses gemacht. Dazu gehören insbesondere die Ausweisung von Versorgungsstufen, von Art und Anzahl der Fachrichtungen und Versorgungsschwerpunkten sowie der Anzahl der Krankenhausbetten (Planbetten) und ihrer Aufteilung auf die einzelnen Fachrichtungen.

Fraglich ist nun, ob diese Festlegungen (noch) sachgerecht sind oder ob eine Anpassung der gesetzlichen Vorgaben erfolgen sollte.

Für die Beantwortung dieser Frage ist zunächst zu beachten, dass die Krankenhausplanung über die Feststellungsbescheide einen berufsregelnden Charakter hat und dazu führen kann, dass die Krankenhausträger als juristische Personen gemäß Art. 19 Abs. 3 GG einen Eingriff in das durch Art. 12 GG geschützte Grundrecht auf Berufsfreiheit geltend machen könnten. Die ebenso im Art. 12 GG geschützte Berufsausübung kann jedoch beschränkt werden: Art. 12 Abs. 1 S. 2 GG enthält schon den einfachen Vorbehalt, dass die Berufsausübung durch ein Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes geregelt werden kann.

Vor dem Hintergrund eines anzustrebenden Ausgleichs zwischen den Rechten des Krankenhausträgers und den Gemeinschaftsinteressen werden aber auch der Einschränkung der Berufsfreiheit (durch die Krankenhausplanung) Schranken gesetzt. Der Eingriff in die Berufsfreiheit muss verhältnismäßig im weiteren Sinne sein, d.h. es muss geprüft werden, ob der Eingriff (hier also die Krankenhausplanung):

- ◆ erforderlich,
- ◆ geeignet und
- ◆ verhältnismäßig im engeren Sinne

ist, um die mit der Krankenhausplanung angestrebten Ziele zu erreichen. Zu diesen Zielen gehört laut § 1 KHG und § 1 Abs. 1 LKG RLP:

- ◆ eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige und wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen
- ◆ durch leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhäuser.

Im Rahmen dieses Gutachtens stellt sich insbesondere die Frage, ob die vom Land Rheinland-Pfalz grundsätzlich praktizierte Detailplanung noch sachgerecht ist oder durch eine sogenannte Rahmenplanung ersetzt werden sollte. Dazu werden zunächst die beiden Begriffe „Detailplanung“ und „Rahmenplanung“ näher beleuchtet. Anschließend wird geprüft, inwieweit sich die Krankenhausplanung der Länder eher mit dem einen oder dem anderen Begriff beschreiben lässt. In einem nächsten Schritt werden die Argumente untersucht, mit denen in den letzten Jahren die Notwendigkeit eines Wandels von der Detailplanung zur Rahmenplanung begründet wurde. Auf dieser Basis wird abschließend eine

Empfehlung für die zukünftige Ausgestaltung der Krankenhausplanung in Rheinland-Pfalz ausgesprochen.

Detailplanung und Rahmenplanung

Die Begriffe „Detailplanung“ und „Rahmenplanung“ sind als solche nicht klar definiert. Vielmehr stehen sie als Chiffren für eine eher kleinteilige, strikte Planung, die den Krankenhausträgern wenige(r) Gestaltungsfreiheiten lässt, einerseits, und eine in ihrem Regelungsgehalt deutlich zurückgenommene Planung, die den Krankenhausträgern große Spielräume bei der Ausgestaltung des Leistungsangebots ihrer Krankenhäuser einräumt. Auch stehen sich diese Planungsformen einander nicht dichotom gegenüber, sondern sind allenfalls zwei Punkte in einem multidimensionalen Konstrukt, mit dem sich das Ausmaß staatlicher Steuerung der Krankenhausversorgung durch die Krankenhausplanung beschreiben lässt.

Eine dieser Dimensionen ist das Spektrum der Sachverhalte, die mit der Krankenhausplanung geregelt werden sollen: Dazu gehören etwa die bedarfsnotwendigen Kapazitäten, die qualitativen Anforderungen an die Leistungserbringung bzw. die Leistungserbringer sowie die Erreichbarkeit der Versorgung.

Eine zweite Dimension ist der Detaillierungsgrad, mit dem der Krankenhausplan versucht, diese Dimensionen zu regeln. So können die bedarfsnotwendigen Bettenkapazitäten auf der Ebene mehrerer oder einzelner:

- ◆ Regionen (Land RLP, Versorgungsregionen),
- ◆ Krankenhäuser (Verbundkrankenhäuser),
- ◆ Gebiete der Weiterbildungsordnung,
- ◆ Facharzt- oder Schwerpunktkompetenzen der Weiterbildungsordnung oder
- ◆ Leistungsbereiche unterhalb der Ebene von Facharzt- oder Schwerpunktkompetenzen (z. B. Schlaganfall, Herzinfarkt, Lungenkrebs)

geplant bzw. festgelegt werden. Qualitätsvorgaben können sich allgemein auf die Ausstattung einer Fachabteilung mit Fachärzten beziehen (z. B. „Die ärztliche Leitung der Abteilung, die Stellvertretung sowie ein weiterer Arzt müssen die Facharztqualifikation für die entsprechende Fachrichtung vorweisen“) oder auf sehr spezifische Vorgaben zur Prozessqualität im Kontext einer bestimmten medizinischen Maßnahme (z. B. „Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung“). Zur Steuerung der Erreichbarkeit können bestimmte Fachabteilungen bestimmten Raumordnungsstufen zugeordnet werden („Herzchirurgien nur in Oberzentren“) oder detaillierte Vorgaben zur zeitlichen Erreichbarkeit einer Fachabteilung gemacht werden (z. B. „90 % der Bevölkerung können mit dem motorisierten Individualverkehr innerhalb von maximal 30 Minuten eine Fachabteilung für Herzchirurgie erreichen“).

Eine dritte Dimension ist nicht zuletzt das Ausmaß an Verbindlichkeit, mit der ein Krankenhausplan diese Dimensionen zu regulieren versucht. Dies kann durch unverbindliche Empfehlungen geschehen, die eher persuasiven bzw. edukativen Charakter haben (z.B. im Rahmen einer Fachplanung), durch die Vorgabe von verbindlichen Korridoren, innerhalb derer sich etwa die Planbettenkapazitäten einer Fachabteilung bewegen sollen, oder durch die verbindliche Vorgabe einer konkreten Planbettenkapazität für eine Fachabteilung.

In der (fach-)öffentlichen Diskussion wird das Signum der Rahmenplanung vielfach solchen Plänen zugeschrieben, die einzelnen Krankenhausstandorten grundsätzlich lediglich Fachgebiete zuweisen und damit auf eine Ausweisung von Facharzt- und Schwerpunktkapazitäten verzichten und auch Bettenkapazitäten – wenn überhaupt – nur auf Ebene des Krankenhauses oder einzelner Fachgebiete (und nicht auf der Ebene von Facharztkompetenzen und Schwerpunkten) ausweisen.¹⁶

Stand der Krankenhausplanung in den Bundesländern

Ein Blick auf die aktuellen Krankenhauspläne der Bundesländer zeigt zunächst, dass eine Reihe von Krankenhausplänen ausdrücklich als Rahmenpläne konzipiert sind, so etwa schon früh die Krankenhauspläne von Hessen (2005) und Baden-Württemberg (2010) und aktuell etwa der Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen (2015). Die meisten Krankenhauspläne verzichten grundsätzlich auf eine Ausweisung von Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen und beschränken sich auf eine Ausweisung von Bettenkapazitäten auf der Ebene von Fachgebieten. Vielerorts finden sich aber auch zum Teil umfangreiche Ausnahmen von diesem Grundsatz. So weist etwa das Land Baden-Württemberg den Krankenhäusern grundsätzlich nur Fachgebiete zu und aggregiert die Bettenausweisung sogar auf die Ebene einzelner Krankenhausstandorte. Aber schon für die drei nichtsomatischen Fachgebiete werden die Betten auf Fachgebietsebene ausgewiesen. Und im Rahmen der medizinischen Fachplanung erfolgt eine standortbezogene Zuweisung von Versorgungsaufträgen unterhalb der Ebene von Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen (Schlaganfallversorgung, Weaning, Epilepsiechirurgie u.a.), im Falle der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation Phase B sogar mit der Ausweisung konkreter Bettenkapazitäten. Ein ähnlich differenziertes Planungsgeschehen findet sich auch in vielen anderen Krankenhausplänen.

Während also im Hinblick auf die Bettenbedarfsplanung vielfach ein Wandel hin zu einer geringeren Planungsintensität stattgefunden hat, haben Qualitätsvorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung – befördert insbesondere durch gesetzliche Klarstellungen und umfangreiche methodische Vorarbeiten verschiedener Akteure – deutlich an Bedeutung gewonnen. Eine Reihe von Bundesländern hat hier schon vor Jahren die Initiative ergriffen und etwa bestimmte Zertifizierungen zur

¹⁶ So auch der Sachverständigenrat (2007, S. 162). Lediglich die Standorte der Notfallversorgung sollten dabei weiterhin durch staatliche Planung festgelegt werden.

Voraussetzung für die Erteilung von Versorgungsaufträgen gemacht. Sowohl juristische Zweifel an der Zulässigkeit solcher Vorgaben als auch die Ankündigung der Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätskriterien auf Bundesebene haben den Elan vieler Länder danach wieder etwas erlahmen lassen. Wo Qualitätsvorgaben formuliert wurden, haben diese vielfach lediglich Empfehlungscharakter. Zudem sind viele Qualitätsvorgaben häufig sowohl hinsichtlich ihrer Tatbestandsmerkmale (Welche Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität wird von einem Krankenhaus verlangt?) als auch hinsichtlich der mit ihrer (Nicht-)Einhaltung verbundenen Rechtsfolgen (Versagung/Entzug des Versorgungsvertrags bei Nichteinhaltung?) eher unbestimmt. Schließlich wird oft nicht deutlich, wie die Einhaltung der Qualitätsanforderungen überprüft werden soll. Die Steuerungswirkung von Qualitätsvorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung dürfte daher tatsächlich vielfach noch gering sein.

Hinsichtlich der Erreichbarkeitsorientierung der Krankenhausversorgung hat die Diskussion in den letzten Jahren ebenfalls an Intensität zugenommen. Konkrete, verbindliche und somit steuerungswirksame Regelungen im Rahmen der Krankenhausplanung dazu sind jedoch nicht ersichtlich. Vielmehr wurde das Konzept der gestuften Planung mit ihrer – zum Teil implizit – abgestuften Erreichbarkeit der Versorgungsangebote in den meisten Ländern weitgehend aufgegeben.

Insgesamt kann somit insgesamt in den letzten Jahren¹⁷ eine Entwicklung hin zu einer Krankenhausrahmenplanung mit einem geringeren Steuerungsanspruch auf die Krankenhausversorgung konstatiert werden. Diese Entwicklung ist jedoch – darauf wird im nächsten Abschnitt näher eingegangen – nicht unumstritten und könnte durch eine zunehmende, sich gegenwärtig jedoch (noch) nicht abzeichnende Steuerung der Krankenhausversorgung über verbindliche Qualitätsvorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung konterkariert werden.

Die Krankenhausplanung in Rheinland-Pfalz entspricht insofern nicht dem Bild einer Detailplanung, als sich die Planung grundsätzlich auf die Ebene der Fachgebiete beschränkt. Auch eine Detailsteuerung über Qualitätskriterien findet gegenwärtig nicht statt. Der nächste Schritt hin zu einer Rahmenplanung wäre im Wesentlichen ein Verzicht auf eine Ausweisung von Betten auf Fachgebietsebene.

Argumente für ein Umschwenken auf eine Rahmenplanung

Für ein Umschwenken von einer Detailplanung hin zu einer Rahmenplanung (im Sinne einer reduzierten Planungstiefe und einer Erhöhung der Handlungsspielräume insbesondere der Krankenhausträger) lassen sich in den

¹⁷ Die DKG hat einen Trend zur Krankenhausrahmenplanung schon im Jahre 2003 gesehen, vgl. https://www.dkgev.de/media/file/21341.Bestandsaufnahme_September_2003.pdf (S. 9). Von Bruckenberger wurde die Rahmenplanung schon im Krankenhausreport 2002 diskutiert, vgl. https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_krankenhaus/wido_kra_khr02abs_1102.pdf (S. 4)

Diskussionen der letzten Jahre vier grundlegende Argumente identifizieren, die im Folgenden näher erläutert werden:

- ◆ Das „Bett“ als Planungseinheit hat an Bedeutung verloren.
- ◆ Die starke Rechtsposition der Krankenhausträger schränkt die Steuerungsmöglichkeiten der Krankenhausplanung ein.
- ◆ Die Steuerungsmöglichkeiten der Länder im Rahmen der Investitionskostenfinanzierung wurden begrenzt.
- ◆ Andere Steuerungsmechanismen haben an Bedeutung gewonnen.

Bedeutungsverlust des „Planbetts“

Bis zur Einführung des DRG-Systems im Jahre 2004 konnte die Krankenhausplanung im Grundsatz von einer Kongruenz von Planungseinheit und Vergütungseinheit ausgehen: Geplant wurden Betten, an die auch die – je nach Versorgungsstufe unterschiedliche – Investitionskostenfinanzierung der Länder gekoppelt war. Demgegenüber stand eine Vergütung in Form von tagesgleichen Pflegesätzen, wobei als Grundlage für die Fortschreibung der Belegungstage im Rahmen der Budgetverhandlungen regelmäßig die Planbettenzahlen herangezogen wurden.

Mit der Krankenhausvergütung auf Basis des DRG-Systems wurde diese Kongruenz aufgelöst: Für die leistungsorientierten Budgetverhandlungen nach DRG-Logik ist die Zahl der Planbetten nur von geringer Bedeutung.¹⁸

Dieser Bedeutungsverlust des Planbetts wurde verstärkt durch eine lange Zeit sehr niedrige pauschalierte Investitionskostenfinanzierung der Länder einerseits und die teilweise Umstellung auf eine leistungsorientierte Investitionskostenfinanzierung andererseits. Dieser Umstellungsprozess soll durch den vom InEK erarbeiteten Katalog der leistungsbezogenen Investitionspauschalen weiter befördert werden.

Ergänzend ist zu berücksichtigen, dass neben dem Bett auch die Fachabteilungslogik in den Krankenhäusern teilweise an Bedeutung verloren hat: zum einen, da es im DRG-System grundsätzlich keine Abteilungspflegesätze mehr gibt wie noch in der Bundespflegesatzverordnung, zum anderen, weil auch der

¹⁸ Eine Bedeutung liegt darin, dass gemäß einem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG 3 C 53.06) ein Krankenhaus nicht nur dann keinen Entgeltanspruch hat, wenn es Leistungen außerhalb seines Versorgungsauftrags erbringt (z. B. herzchirurgische Leistungen bei einem geriatrischen Versorgungsauftrag), sondern auch dann, wenn das Krankenhaus im Hinblick auf die Zahl der eingesetzten Betten seinen Versorgungsauftrag überschreitet. Zudem steht (trotz der deutlich unterschiedlichen Formulierungen zu den Ausnahmetatbeständen beim Mehrleistungsabschlag (§ 4 Abs. 2a Satz 3 KHEntgG; vgl. auch BVerwG 3 C 9.14) und beim Fixkostendegressionsabschlag (§ 4 Abs. 2b Nr. 1c KHEntgG) die scheinbar noch strittige Frage im Raum, ob nicht auch Leistungen, die aufgrund und im Rahmen zusätzlicher, im Krankenhausplan ausgewiesener Kapazitäten erbracht werden, vom Fixkostendegressionsabschlag auszunehmen sind.

Prozess der Krankenhausversorgung selbst vielfach über die Grenzen der planungsrelevanten Fachabteilungen hinweg erfolgt und deshalb z. B. in Form von Zentren organisiert wird.

Starke/gestärkte Rechtsposition der Krankenhausträger

Gegen eine steuerungsintensive Detailplanung wird weiter argumentiert, dass eine Krankenhausplanung gegen die Interessen der Krankenhausträger kaum möglich sei: Ein Bettenabbau oder gar die Schließung von Abteilungen oder ganzen Standorten könne in einem Krankenhausplan allenfalls nachvollzogen, nicht aber gegen den Willen des Trägers durchgesetzt werden. Zudem könne ein Träger nicht gezwungen werden, eine aus Sicht des Krankenhausplans bedarfsnotwendige Abteilung zu erhalten.

Die Basis der starken Rechtsposition nichtöffentlicher Krankenhausträger ist die grundgesetzlich geschützte Berufsfreiheit gemäß Art. 12 Abs. 1 GG. Das Bundesverfassungsgericht hat schon im Jahr 1990 (BVerfG, Urteil vom 12.06.1990, 1 BvR 355/86) festgestellt, dass die Nichtaufnahme einer Klinik in den Krankenhausplan einen Eingriff in den Schutzbereich der Berufsfreiheit bedeutet. Ein solcher Eingriff ist zwar gemäß Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG möglich, jedoch nur durch Gemeinwohlbelange von hoher Bedeutung zu rechtfertigen und unterliegt somit hohen Anforderungen an seine Begründung. Dies gilt erst recht für die teilweise oder vollständige Herausnahme eines Krankenhauses aus dem Plan. Insofern es sich dabei um die Rücknahme eines rechtmäßigen, begünstigenden Verwaltungsakts gem. § 49 Abs. 2 Nr. 3 VwVfG handelt,¹⁹ ist auch noch das ggf. schutzwürdige Vertrauen des Krankenhausträgers auf den Bestand des Feststellungsbescheids zu berücksichtigen.

Eine weitere zentrale Stärkung hat die Rechtsposition von Krankenhausträgern im Krankenhausplanungsverfahren dadurch erfahren, dass das Bundesverfassungsgericht in einem Urteil aus dem Jahre 2004 die Konkurrentenklage auch gegen krankenhauplanerische Entscheidungen grundsätzlich als zulässig erachtet (BVerfG, Beschluss vom 14.01.2004, 1 BvR 506/03).

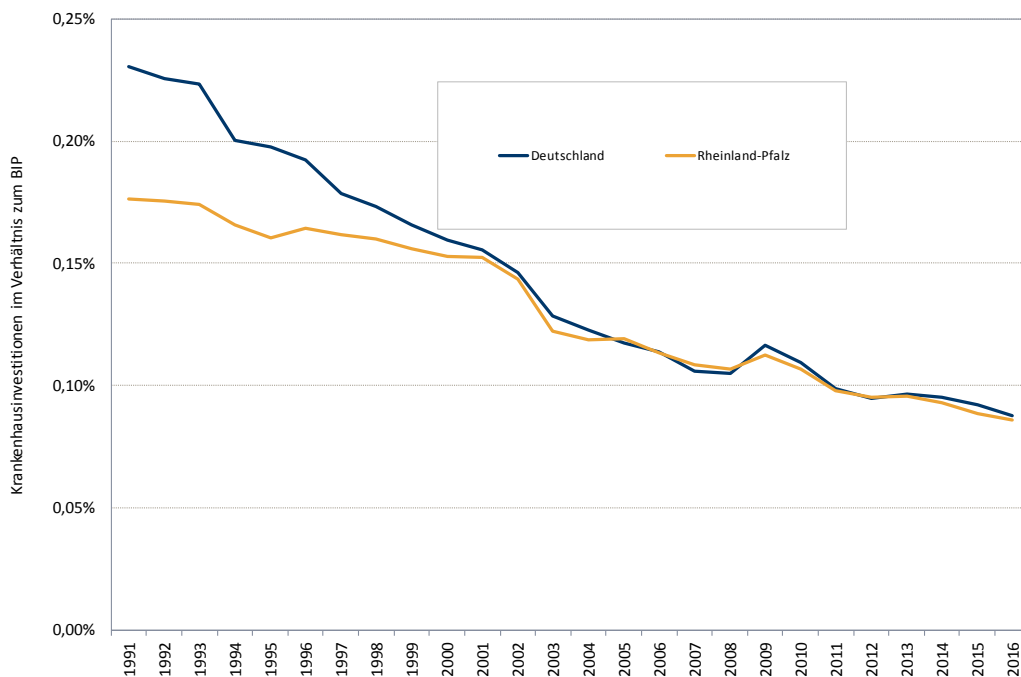
Nicht zuletzt hat auch die gerichtliche Definition des der Kapazitätsplanung zugrunde zu legenden Bedarfs durch das OVG Lüneburg (Urteil vom 13.12.1998, 11 L 6820/96) als die Summe der Verordnungen für Krankenhausbehandlung durch die Ärzte dazu geführt, dass der Versorgungsbedarf nicht etwa unmittelbar aus der Morbidität der Bevölkerung oder einem statistisch zu erwartenden Versorgungsbedarf abgeleitet wird, sondern endogen aus der Leistungserbringung der Krankenhäuser selbst.

¹⁹ Zur Frage der Rechtsgrundlage für die vollständige oder teilweise Herausnahme eines Krankenhauses aus dem Krankenhausplan vgl. <https://www.bundestag.de/blob/410440/f7d97b857164b19a69bb1b93c5a8336a/wd-9-039-14-pdf-data.pdf>

Verminderte Steuerungsmöglichkeiten im Rahmen der Investitionskostenfinanzierung

Die Bundesländer – darunter auch Rheinland-Pfalz – haben über viele Jahre hinweg ihre Investitionsmittel für die Krankenhausversorgung verringert. Nach einem deutlichen Rückgang sind die Krankenhausinvestitionen je Einwohner in Deutschland und in Rheinland-Pfalz seit dem Jahr 2003 nominal im Wesentlichen gleich geblieben. Bezogen auf die Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts ist seit längerem ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen, auch wenn die absolute Höhe der Investitionskostenfinanzierung der Länder seit kurzem wieder ansteigt.

Abbildung 2: Krankenhausinvestitionen im Verhältnis zum BIP, Deutschland und Rheinland-Pfalz, 1991–2016.



Quelle: IGES auf Basis DKG, Statistisches Bundesamt

Auch andere Indikatoren, etwa der Vergleich der KHG-Investitionsquote mit der volkswirtschaftlichen Investitionsquote insgesamt, deuten auf eine unzureichende Investitionskostenfinanzierung durch die Länder hin. Dies hat nach allgemeiner Auffassung nicht nur zu einem Investitionsdefizit bei den Krankenhäusern bzw. zu einer Zweckentfremdung von Mitteln aus der beitragsfinanzierten Krankenhausvergütung für Investitionszwecke geführt. Es dürfte auch die Akzeptanz von Planungsentscheidungen – die im Sinne des KHG als komplementär zur Investitionskostenfinanzierung zu betrachten sind – weiter reduziert haben.

Bedeutungszunahme anderer Steuerungsmechanismen

Schon im Gutachten des Jahres 2003 hatte der Sachverständigenrat eine Neuausrichtung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausversorgung und eine Rahmenplanung empfohlen.

Die 80. Gesundheitsministerkonferenz hatte im Jahr 2007 als einen Eckpunkt für die Krankenhausplanung formuliert:

„Die Detailtiefe der Krankenhausplanung können die Länder in eigener Zuständigkeit zugunsten einer Rahmenplanung zurückführen. Sie können ihre Sicherstellungsplanung auf eine Grund- und Notfallversorgung beschränken und auch nur länderbezogen die bedarfsnotwendige Versorgung definieren.“²⁰ Dabei wurde davon ausgegangen, dass die Krankenhausversorgung sich primär wettbewerblich weiterentwickeln müsse, insbesondere durch einen Preis- und Qualitätswettbewerb.

Eine konzeptuelle, viel zitierte Begründung für eine Rückführung der Krankenhausplanung zu einer „Rahmenplanung“ lieferte im selben Jahr der Sachverständigenrat (SVR) in seinem Gutachten 2007.²¹ Auch dort wurde die Forderung nach einem Rückzug der Länder aus einer „Detailplanung“ der Krankenhausversorgung primär damit begründet, dass die steuernde Funktion der Planung künftig insbesondere durch den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern übernommen werden könne, der vor allem in Selektivverträgen zwischen Krankenkassen und ausgewählten Krankenhäusern zum Ausdruck kommen sollte.

Aufgabe der Länder sollte primär nicht mehr die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung insgesamt, sondern die Vermeidung von Unterversorgung sein. Die Krankenhausrahmenplanung sollte dazu drei Elemente umfassen:

- ◆ die Sicherstellung (durch Zulassungsregulierungen), dass die Krankenhäuser in der Lage sind, „stationäre Leistungen mit ausreichender Qualität und insbesondere Sicherheit zu erbringen“,
- ◆ das Monitoring von Versorgungsstrukturen bzgl. der Kapazitäten, des Zugangs („Erreichbarkeit“) und der Qualität der erbrachten Leistungen und
- ◆ die Regulation und Sicherung der Versorgung mit Krankenhausleistungen im Falle einer Unterversorgung durch die zügige Gewährung von Sicherstellungszuschlägen durch die Krankenkassen bzw. eine Defizitfinanzierung durch staatliche Gebietskörperschaften.

²⁰ https://www.gmkonline.de/beschluesse/80-GMK_Sonder-GMK_2007-03-08_TOP1.pdf

²¹ Bundestagsdrucksache 16/6339, <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf>

Der Rat ging davon aus, dass eine größere Autonomie es den Krankenhäusern ermöglichen würde, ihre Kapazitäten besser an den regionalen Bedarf anzupassen und damit auch Überkapazitäten zügiger abzubauen (SVR 2007, S. 26).

Bewertung und Empfehlungen zur künftigen Ausgestaltung der Krankenhausplanung in Rheinland-Pfalz

Aus ordnungspolitischer Sicht wird eine Rahmenplanung im Sinne möglichst großer Handlungsspielräume der Krankenhausträger grundsätzlich als sinnvoll erachtet, wenn die dafür erforderlichen wettbewerblichen Rahmenbedingungen gegeben sind. Dies ist aber gegenwärtig noch nicht der Fall. Sektorspezifische Selektivverträge im Besonderen und ein wirksamer Preis- und Qualitätswettbewerb im Allgemeinen zwischen den Krankenhäusern haben sich aus verschiedenen Gründen bisher im Krankenhaussektor nicht etabliert. Stattdessen ist es zu einem intensiven Kostenwettbewerb gekommen, dessen Auswirkungen auf die Qualität der Krankenhausversorgung bislang nur unzureichend kontrolliert werden konnte.

Ein (alleiniger) Fokus der Krankenhausplanung auf eine Unterversorgung, die Notfallversorgung oder die Grundversorgung scheint deshalb ebenso wenig angezeigt wie ein zu starkes Vertrauen auf die positiven Effekte des Wettbewerbs zwischen Krankenhäusern und zwischen Krankenkassen.

Solange diese Voraussetzungen für das Funktionieren einer Rahmenplanung jedoch nicht gegeben sind und es in der Krankenhausversorgung weiterhin Reformbedarf gibt, scheint es weiterhin erforderlich, geeignet und verhältnismäßig, wenn das Land Rheinland-Pfalz an seiner grundsätzlichen Ausrichtung der Krankenhausplanung festhält. Die Zuweisung von Versorgungsaufträgen auf Ebene der Fachgebiete an einzelne Krankenhausstandorte durch das Land sollte im Grundsatz beibehalten werden. In besonderen Fällen – etwa der Ausweisung von Zentren oder der Geburtshilfe – scheint es auch erforderlich, differenzierte Planausweisungen zu treffen. Diese Möglichkeit sollte nicht aufgegeben und beim Auftreten von Versorgungsdefiziten so differenziert wie nötig genutzt werden. Dafür ist ein Versorgungsmonitoring erforderlich.

Die Ausweisung von konkreten und verbindlichen Bettenkapazitäten auf Ebene der Fachgebiete wird dagegen grundsätzlich als entbehrlich erachtet. Solange es gesetzlich erforderlich ist, könnte eine Ausweisung von Kapazitäten auf Standortebene ausreichend sein. Ein weiterer Rückzug auf eine regionsbezogene Ausweisung der bedarfsnotwendigen Kapazitäten wird zwar als inhaltlich sinnvoll erachtet, wenn es auf dieser Basis darum gehen würde, regionale Versorgungskonzepte zu erarbeiten. Bei einer solchen regionalen Versorgungsplanung handelt es sich jedoch um ein höchst voraussetzungsvolles und aufwendiges Unterfangen, sodass zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch davon abgesehen werden sollte.

Stärkere Steuerung über Investitionsfinanzierung

Zu den Instrumenten einer aktiven, durchsetzungsstarken Politik gehört neben einer Planung und Regulierung auch die Finanzierung planerisch erforderlicher Maßnahmen. In dem Maße, in dem die Investitionskostenfinanzierung der Länder nicht mehr dem tatsächlichen Investitionsbedarf der Krankenhäuser entsprach, haben die Länder auch an Einflussmöglichkeiten auf die Gestaltung der Krankenhausversorgung verloren. Aktuell ist hier auch in Rheinland-Pfalz eine Trendumkehr hin zu einer verstärkten Förderung zu erkennen. Diese sollte nicht nur einen notwendigen Beitrag zur Modernisierung von bestehenden Krankenhäusern leisten, sondern – wie auch der Krankenhausstrukturfonds – den Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft unterstützen, sowohl durch eine besondere Förderung von Behandlungsschwerpunkten als auch durch eine Förderung der Schließung und Umwidmung von Krankenhäusern (§ 18 LKG RLP). Auch sollte vermieden werden, dass eine drohende Rückzahlung von durch das Land geleistete Investitionskostenfinanzierung einen sinnvollen Kapazitätsabbau behindert.

Ressourcen für die Krankenhausplanung

Auch eine in ihrer Planungstiefe zurückgenommene Krankenhausplanung (etwa durch den weitgehenden Verzicht auf die Ausweisung von Bettenkapazitäten unterhalb der Gebietsebene) bleibt weiterhin mit einem erheblichen Aufwand auch auf Seiten der Planungsbehörde verbunden. Neuere Elemente wie etwa die qualitäts- und erreichbarkeitsorientierte Planung müssen umgesetzt, ggf. regionale Planungsprozesse vorbereitet und moderiert, der Strukturwandel der Krankenhausversorgung überwacht und bei Bedarf auch weiterhin gesteuert werden. Auch wenn diesbezüglich vermehrt Vorgaben von der Bundesebene kommen, müssen die Planungsbehörden weiterhin hinsichtlich ihrer personellen und sachlichen Ausstattung in der Lage sein, diese Aufgaben zu übernehmen.

4. Ausgestaltung abteilungsspezifischer Sollnutzungsgrade

In diesem Kapitel wird geprüft, ob die derzeit in Rheinland-Pfalz verwendeten Vorgaben zu den Sollnutzungsgraden der Fachgebiete angepasst werden sollten.

4.1 Sollnutzungsgrade im Bundesländervergleich

Hinsichtlich der in den Krankenhausplänen der Bedarfsplanung zugrunde gelegten Sollnutzungsgrade sind deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern zu verzeichnen.

Die folgende **Abbildung 3** zeigt, dass die Sollvorgaben der Länder für die verschiedenen Fachgebiete recht ähnlich sind (Minimum: 70 %; Maximum: 95 %). Als Standardauslastung gilt immer noch ein Wert von 85 %.

Der höchste Sollnutzungsgrad findet sich in den psychiatrischen/psychosomatischen Fachgebieten mit 95 % in den Bundesländern Saarland (Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie), Sachsen (Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik) sowie Hamburg und Schleswig-Holstein (Psychosomatik). Die meisten übrigen Länder setzen für die Erwachsenenpsychiatrie und die Psychosomatik einen Sollnutzungsgrad von 90 % an (Ausnahmen Bremen, Rheinland-Pfalz: 85 %). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie hingegen gibt es mehrere Länder, die einen niedrigeren Sollaustastungsgrad von 85 % ausweisen (Bayern, Bremen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Thüringen).

Auch für die Geriatrie setzen mehrere Länder (Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Saarland, Schleswig-Holstein) einen Sollnutzungsgrad von 90 % an; in den übrigen Ländern, die die Geriatrie explizit ausweisen, liegt dieser Wert bei 85 %, 86 % bzw. 87,5 %.

Ein überdurchschnittlich hoher Sollnutzungsgrad von 90 % findet sich darüber hinaus noch in der Strahlentherapie (Hamburg, Schleswig-Holstein).

Für den Großteil der somatischen Fachabteilungen in den Ländern reichen die Sollnutzungsgrade von 80 % bis 85 %. Die gilt auch für die beiden bettenstärksten Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie; in diesen beiden Fachabteilungen rangiert Rheinland-Pfalz mit einem Sollnutzungsgrad von 85 % am oberen Ende des Spektrums.

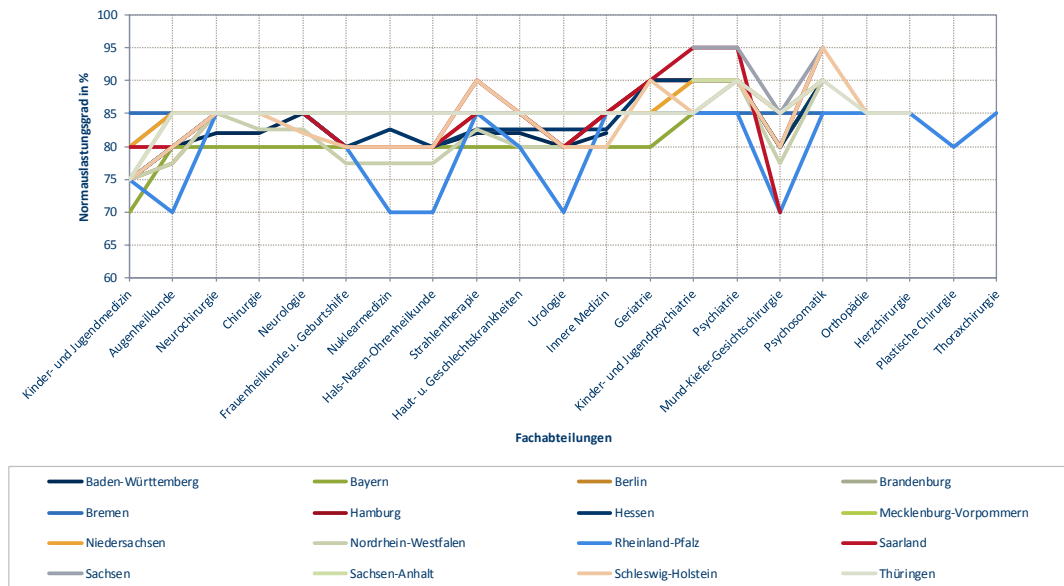
Niedrigere Sollnutzungsgrade von 75 % bis 77,5 % weist v. a. Nordrhein-Westfalen auf (für die Kinder- und Jugendmedizin [75 %], Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Nuklearmedizin und Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie [77,5 %]).

Die meisten Länder weisen für die Kinder- und Jugendmedizin 70 % oder 75 % aus; nur Brandenburg, Niedersachsen und das Saarland setzen hier 80 % an.

Rheinland-Pfalz fällt durch seinen niedrigen Sollnutzungsgrad von 70 % für die Fachgebiete Augenheilkunde, Nuklearmedizin, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,

Urologie und Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie auf; nur Bayern setzt ebenfalls bei einem Fach (Kinder- und Jugendmedizin) einen solch niedrigen Sollnutzungsgrad an.

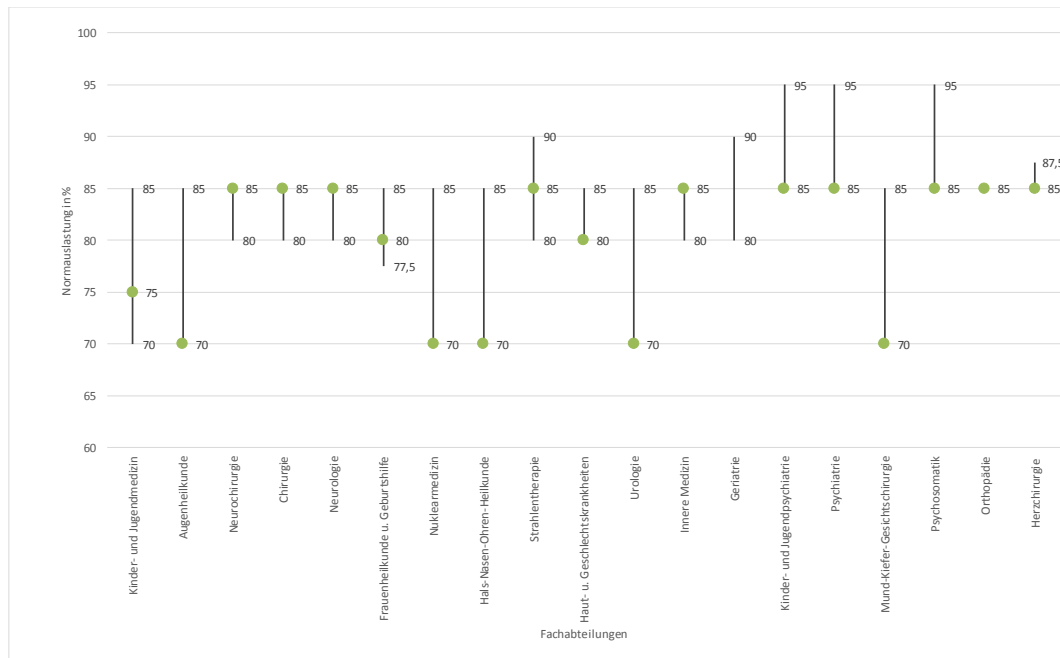
Abbildung 3: Sollnutzungsgrade für die Krankenhausplanung nach regelmäßig beplanten Fachabteilungen und Bundesländern.



Quelle: IGES auf Basis der aktuellen Krankenhauspläne der Länder

Insgesamt liegt in 10 von 19 der hier betrachteten Fachabteilungen der Sollnutzungsgrad in Rheinland-Pfalz auf dem Standardwert von 85 %. In acht Fachabteilungen wird dieser Standardwert unterschritten, in keiner überschritten, und für die Geriatrie existiert in Rheinland-Pfalz bisher kein eigenständiger Sollnutzungsgrad.

Abbildung 4: Sollnutzungsgrad in Rheinland-Pfalz und die höchsten und niedrigsten Sollnutzungsgrade in anderen Bundesländern, nach Fachabteilungen.



Quelle: IGES

Deutliche Unterschreitungen dieses Standardwerts gibt es in der Augenheilkunde, der Nuklearmedizin, der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, der Urologie und der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie. All diese Fächer weisen eine sehr geringe mittlere Verweildauer auf. Da Rheinland-Pfalz, wie fünf andere Bundesländer auch, den Sollnutzungsgrad mit der durchschnittlichen Verweildauer einer Fachabteilung verknüpft, sind die niedrigeren Auslastungen in den genannten Fächern durchaus plausibel. Allerdings hat Rheinland-Pfalz den Verweildauergrenzwert für die niedrigste Sollnutzungsgrad-Kategorie mit sechs Tagen höher angesetzt als alle anderen hier betrachteten Länder und der mit einer Unterschreitung der unteren Verweildauergrenze verbundene Sollnutzungsgrad mit 70 % ist so niedrig angesetzt wie sonst nur im Saarland (**Tabelle 1**). Auch ist die Spreizung der Verweildauer und der damit verbundenen Sollnutzungsgrade in Rheinland-Pfalz – wie auch im Saarland – sehr gering.

Tabelle 1: Zusammenhang zwischen mittlerer Verweildauer und Sollnutzungsgrad nach Bundesländern.

Rheinland-Pfalz	Saarland	Berlin	Hamburg	Hessen	Nordrhein-Westfalen	Schleswig-Holstein
<6 Tage = 70 %	<4,5 Tage = 70 %	<5 Tage = 80 %	<5 Tage = 80 %	<5,5 Tage = 80 %	<5 Tage = 77,5 %	<5 Tage = 80 %
6–7 Tage = 80 %	4,5–5,5 Tage = 80 %	5–11 Tage = 85 %	5–11 Tage = 85 %	5,5–7 Tage = 82,5 %	5–7 Tage = 80 %	5–11 Tage = 85 %
> 7 Tage = 85 %	> 5,5 Tage = 85 %			7–9 Tage = 85 %	7–9 Tage = 82,5 %	
				9–13,5 Tage = 87,5 %	9–11 Tage = 85 %	
		>11 Tage = 90 %	>11 Tage = 90 %	>13,5 Tage = 90 %	>11 Tage = 87,5 %	>11 Tage = 90 %

Quelle: Aktuelle Krankenhauspläne der Länder

Allerdings: In Rheinland-Pfalz wird hinsichtlich des Sollnutzungsgrades nicht zwischen Hauptfachabteilung und Belegabteilung unterschieden, da diese Unterscheidung im Plan generell nicht erfolgt. Einige andere Bundesländer haben in der Vergangenheit gesonderte Normauslastungsgrade für Belegabteilungen ausgewiesen, die deutlich niedriger lagen als die Sollnutzungsgrade für Hauptfachabteilungen (zwischen 60 % und 75 %; aktuell: Berlin 65 %, Schleswig-Holstein: 70 %).

In mehreren Ländern wurden die Sollaustastungsgrade in den letzten Jahren abgesenkt. Als Grund wird z. T. das Problem von Bettensperrungen aufgrund von Krankenhausinfektionen genannt (Krankenhausplan Berlin 2016, Krankenhausplan Schleswig-Holstein 2017).

Hinsichtlich der drei wesentlichen Dimensionen eines solchen Ansatzes (Anzahl Verweildauer-Kategorien, Kategoriengrenzen, Verknüpfung von Verweildauer und Sollnutzungsgrad) unterscheiden sich diese Systeme jedoch voneinander. Auch unterscheiden sich die Sollnutzungsgrade in den Ländern, die diese explizit an mittlere Verweildauern knüpfen, nicht systematisch von den Vorgaben in den übrigen Ländern.

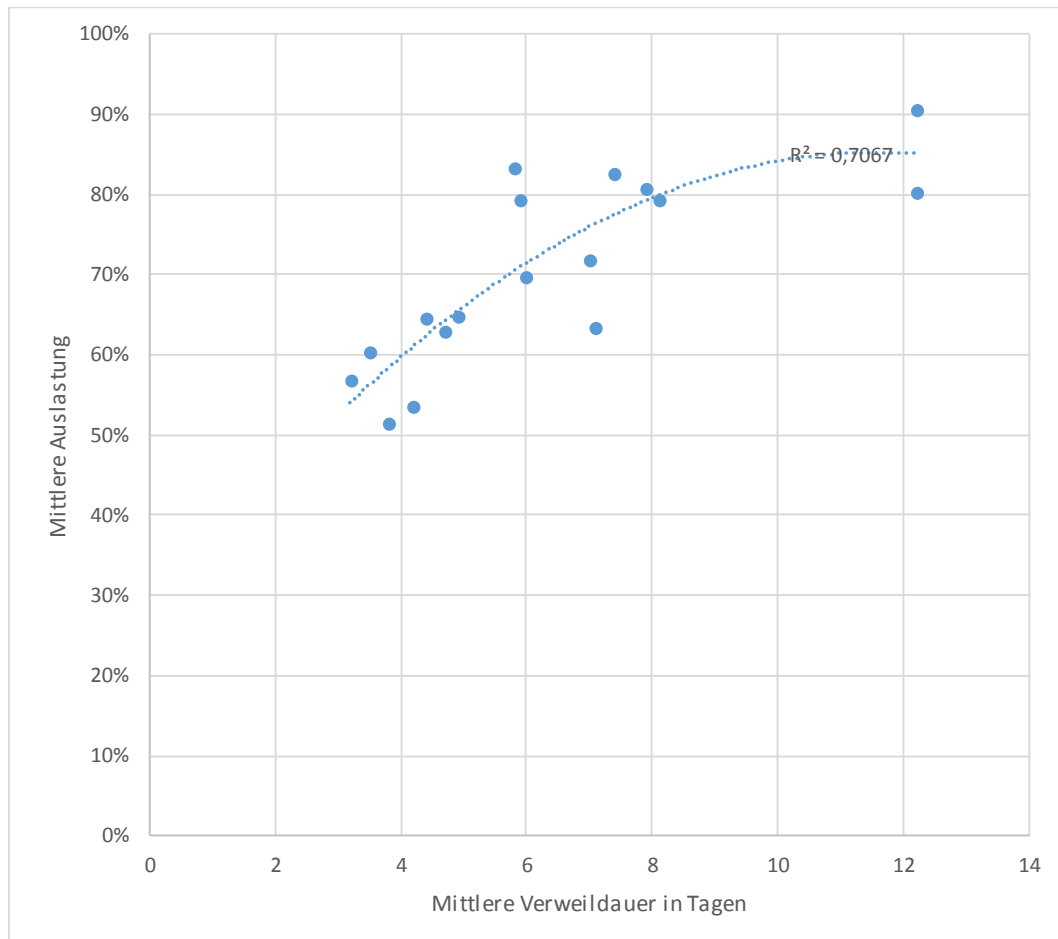
4.2 Analysen zum Sollnutzungsgrad für somatische Fachabteilungen

Zusammenhang zwischen mittlerer Verweildauer und Auslastungsgrad

Eine einfache Analyse des Zusammenhangs zwischen der mittleren Verweildauer und der Auslastung der Abteilungen in einem somatischen Fachgebiet zeigt deutlich den positiven Zusammenhang zwischen mittlerer Verweildauer und

Auslastung, der Grundlage für die verweildauerabhängige Festlegung der Sollnutzungsgrade ist (**Abbildung 5**).

Abbildung 5: Zusammenhang zwischen mittlerer Verweildauer und Auslastung auf Ebene der planungsrelevanten somatischen Fachabteilungen.



Quelle: IGES auf Basis der Daten gemäß § 21 KHEntgG

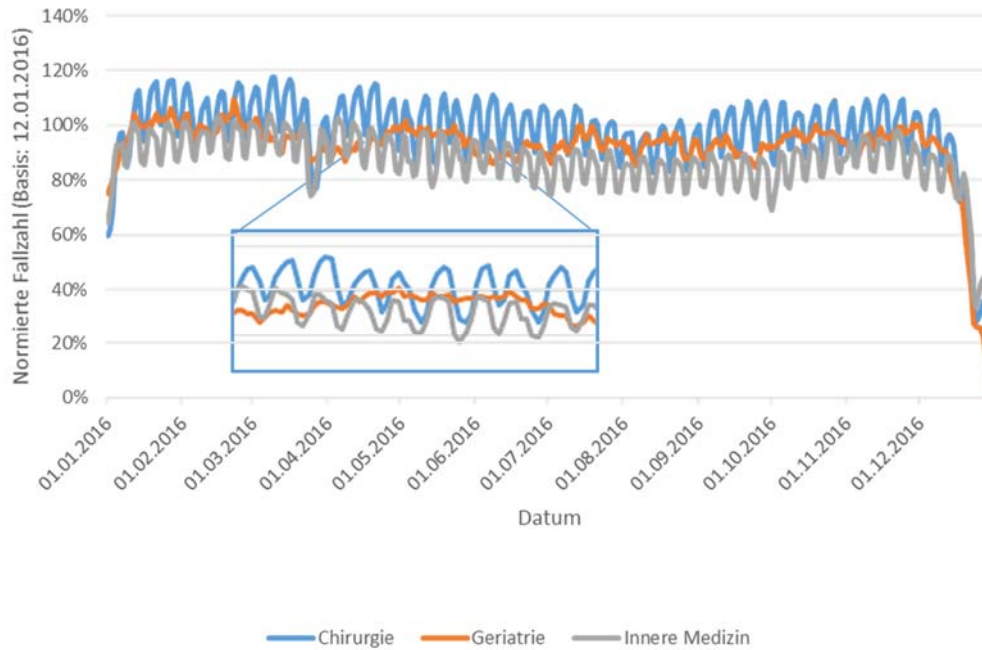
Anmerkung: Die Geriatrie, die Naturheilkunde, die Thoraxchirurgie und die Nuklearmedizin/Strahlenmedizin wurden nicht berücksichtigt: die Geriatrie und die Nuklearmedizin/Strahlentherapie aufgrund von Problemen in der Datengrundlage, die Thoraxchirurgie und die Naturheilkunde, weil es sich dabei jeweils nur um eine Fachabteilung handelt.

Zeitliche Schwankungen der Fallzahlen

Weiter ist bei der Festlegung von Sollnutzungsgraden eine mögliche zeitliche Schwankung des tatsächlichen Nutzungsgrades im Zeitverlauf zu berücksichtigen, die mit einem einfachen Durchschnittswert nicht angemessen abgebildet werden kann. Für die zwei fallzahlstärksten Fachgebiete Innere Medizin und die Geriatrie zeigt **Abbildung 6** noch vergleichsweise moderate Schwankungen zwischen den

Wochentagen und den Wochenenden, wobei die Schwankungen in der Geriatrie deutlich geringer sind als in den beiden anderen Fächern.

Abbildung 6: Normierte Fallzahlen im Jahresverlauf 2016 in der Inneren Medizin, der Chirurgie und der Geriatrie in Rheinland-Pfalz.

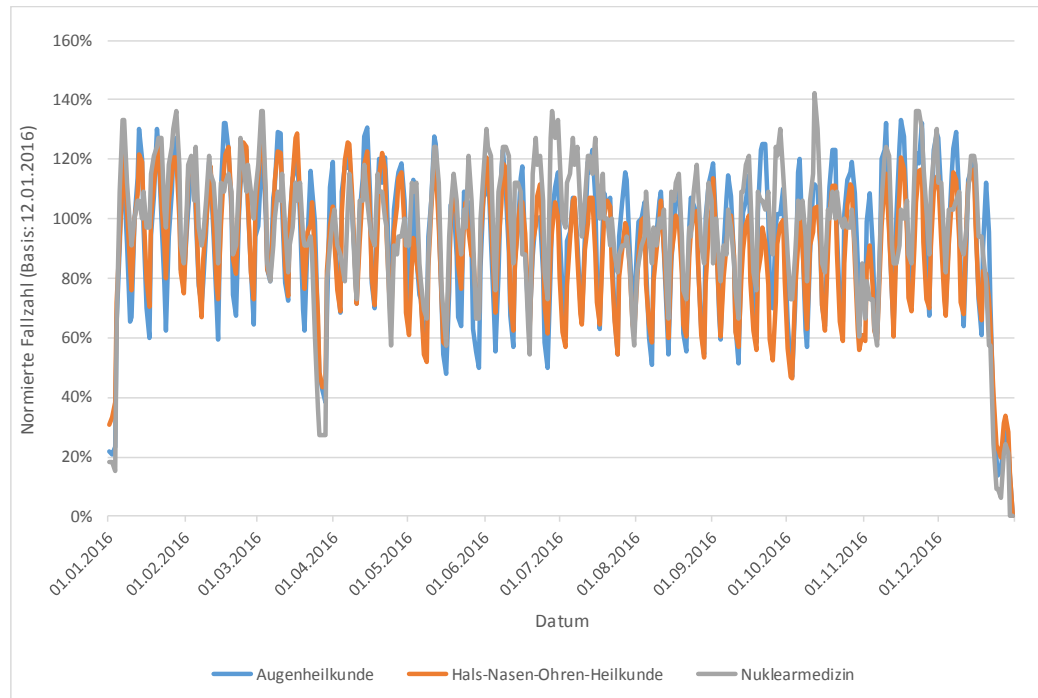


Quelle: IGES auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG

Anmerkung: Der deutliche Fallzahlrückgang am Jahresende ist darauf zurückzuführen, dass Überlieger in das Jahr 2017 nicht erfasst wurden.

Deutlich ausgeprägter sind dagegen die Fallzahlunterschiede zwischen Wochentagen und Wochenenden insbesondere in der Augenheilkunde, der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und in der Nuklearmedizin (**Abbildung 7**).

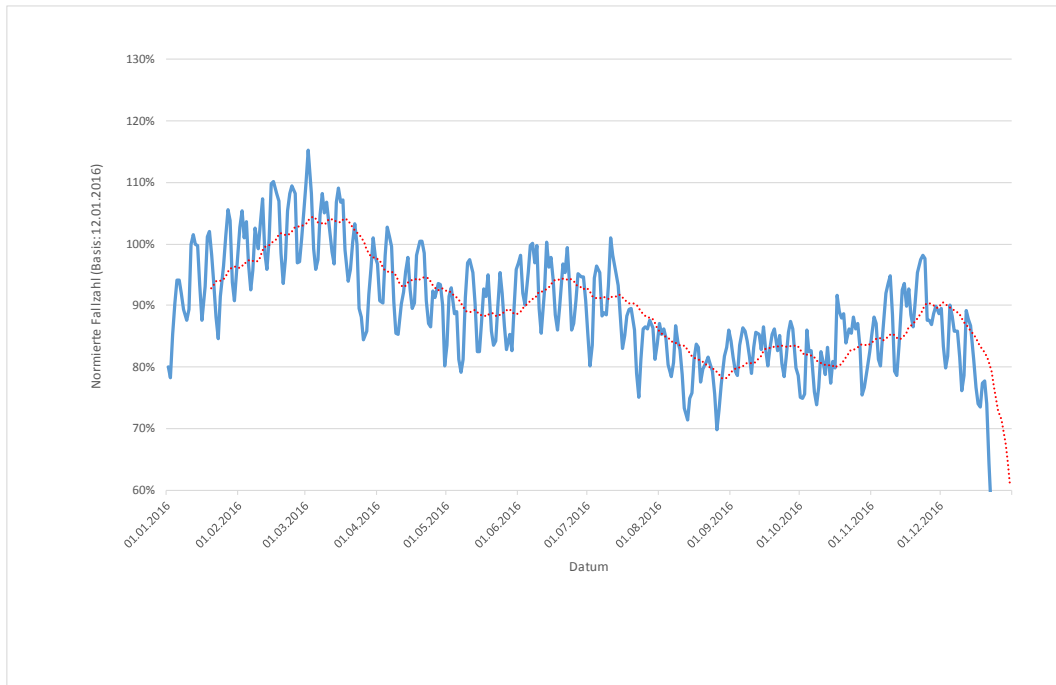
Abbildung 7: Fallzahlen im Jahresverlauf 2016 in der Augenheilkunde, der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und der Nuklearmedizin in Rheinland-Pfalz.



Quelle: IGES auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG

Deutliche jahreszeitliche Fallzahl- und damit Auslastungsschwankungen finden sich v. a. in der Kinder- und Jugendmedizin (**Abbildung 8**).

Abbildung 8: Fallzahlen im Jahresverlauf 2016 in der Kinder- und Jugendmedizin in Rheinland-Pfalz.

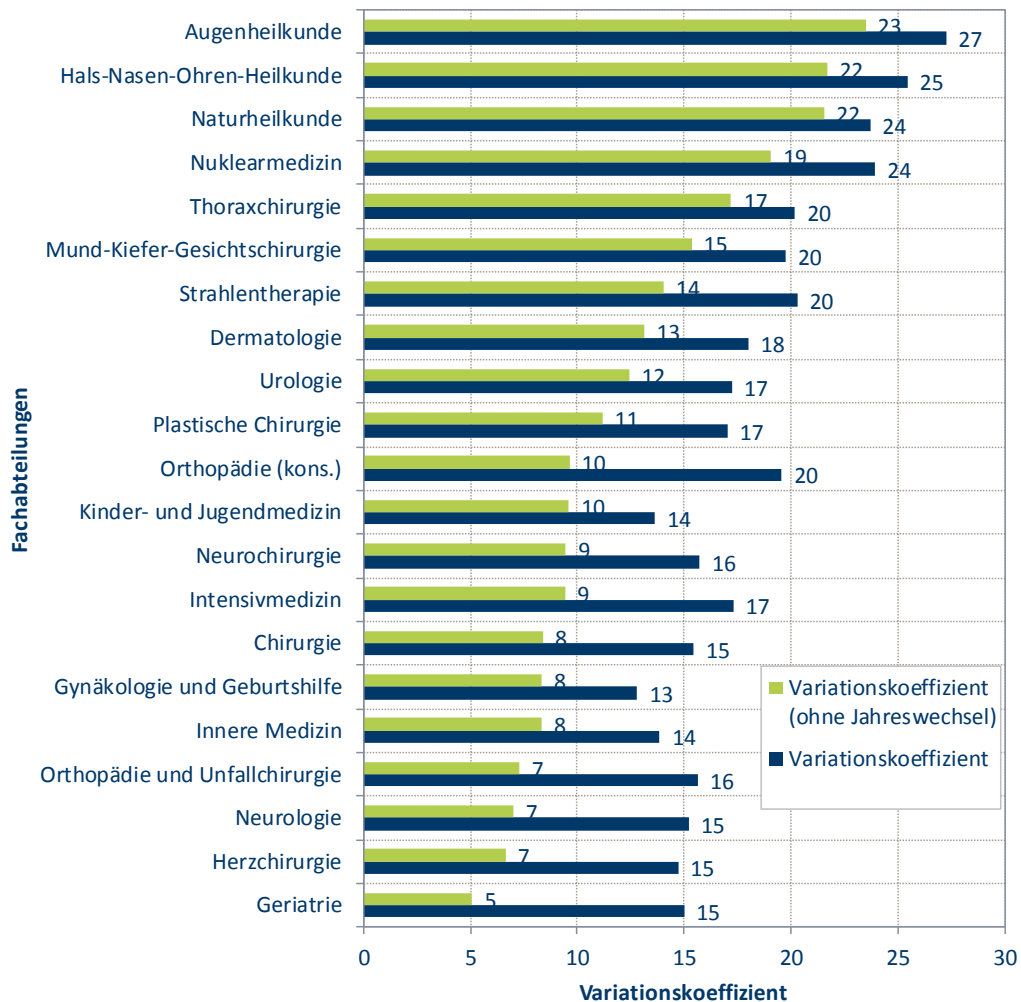


Quelle: IGES auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG

Anmerkung: Die rote Linie stellt den gleitenden Mittelwert der tagesbezogenen Werte dar.

Insgesamt finden sich besonders große Fallzahlschwankungen in den kleineren Fachgebieten wie der Augenheilkunde und der HNO (**Abbildung 9**). Möglicherweise handelt es sich hierbei zumindest teilweise um Belegabteilungen. Geringere Schwankungen weisen insbesondere Fächer mit einer längeren mittleren Verweildauer (z.B. Herzchirurgie, Geriatrie) und Fächer mit einem höheren Notfallanteil (z.B. Innere Medizin und Gynäkologie/Geburtshilfe) auf.

Abbildung 9: Variationskoeffizient (bereinigt und unbereinigt) der tagesbezogenen Fallzahlen nach somatischen Fachabteilungen in Rheinland-Pfalz, 2016.



Quelle: IGES auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG

Anmerkung: Der empirische Variationskoeffizient ist ein normiertes Streuungsmaß, welches es ermöglicht, die Streuungen in verschiedenen Verteilungen miteinander zu vergleichen. Zur Berechnung des empirischen Variationskoeffizienten wird die Standardabweichung durch den arithmetischen Mittelwert dividiert. Da der Fallzahlrückgang zum Jahresende hin zumindest teilweise datenbedingt ist (Überlieger in das Jahr 2017 werden in den Daten nicht erfasst), wird auch ein „bereinigter Koeffizient“ berechnet, der die Fallzahlen um den Jahreswechsel herum nicht berücksichtigt.

Tabelle 2 fasst die für die Bestimmung des Sollnutzungsgrades relevanten Parameter zusammen. Deutlich wird etwa, dass der Anteil an Notfällen (Aufnahmeanlass „N“) in der Intensivmedizin, der Inneren Medizin und der Neurologie am höchsten ist. Auch zeigt sich, dass der Zusammenhang zwischen mittlerer Verweildauer und dem Leistungsaufkommen (und damit der Auslastung)

am Wochenende durch den Notfallanteil beeinflusst wird: Während etwa die Augenheilkunde die kürzeste mittlere Verweildauer (3,2 Tage) aller hier betrachteten Fachabteilungen und die niedrigste Auslastung (abgebildet über das Verhältnis der mittleren Fallzahl eines Wochenendtags zur mittleren Fallzahl eines Wochentags) am Wochenende aufweist (68 %), weisen Gynäkologie/Geburtshilfe und die Intensivmedizin zwar ähnlich kurze mittlere Verweildauern auf (3,8 Tage und 3,5 Tage), die Fallzahlen an einem Wochenendtag liegen jedoch beinahe auf dem Niveau eines Wochentags (90 %).

Auf der anderen Seite des Verweildauerspektrums hat die Herzchirurgie bei einer deutlich längeren mittleren Verweildauer von 12,2 Tagen nur eine etwas höhere Fallzahl am Wochenende (95 %) als etwa die Intensivmedizin. Und auch die Neurologie kommt trotz einer vergleichsweise geringen mittleren Verweildauer von 7,4 Tagen auf eine Wochenendtagesfallzahl nahe dem Wochentagsniveau (92 %). Erklären lassen sich diese vergleichbaren Auslastungen am Wochenende trotz deutlich unterschiedlicher mittlerer Verweildauern durch den unterschiedlichen Notfallanteil an allen Fällen in den genannten Abteilungen.

Tabelle 2: Übersicht zu Daten 2016, die im Zusammenhang mit der Höhe des Sollnutzungsgrades stehen, nach somatischen Fachabteilungen.

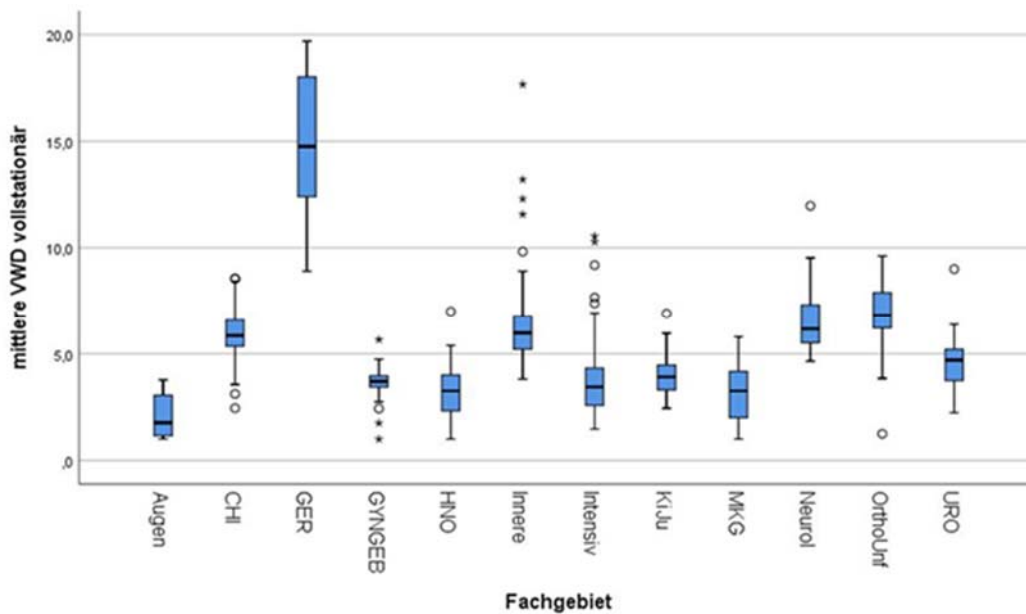
Abteilung	Verhältnis FZ/Tag WE/W	Var.koeff. f. 1	Var.koeff. f. 2	Anteil Notfälle	Mittlere VWD	Sollnutzungsgrad_Ist
Augenheilkunde	65 %	27	23	19,2 %	3,2	70 %
Chirurgie	89 %	15	8	46,3 %	6	85 %
Dermatologie	79 %	18	13	21,6 %	5,8	80 %
Geriatric	98 %	15	5	59,8 %	14,2	80 %
Gynäkologie/ Geburtshilfe	90 %	13	8	35,3 %	3,8	80
Hals-Nasen- Ohren- Heilkunde	68 %	25	22	20,6 %	4,2	70 %
Herzchirurgie	95 %	15	7	22,4 %	12,2	85 %
Innere Medizin	93 %	14	8	62,4 %	5,9	85 %
Intensivmedizin	90 %	17	9	68,6 %	3,5	
Kinder- und Jugendmedizin	93 %	14	10	58,1 %	4,4	75 %
Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	84 %	20	15	31,9 %	4,7	70 %
Naturheilkunde	91 %	24	22	0,0 %	15,1	
Neurochirurgie	90 %	16	9	33,5 %	7,9	85 %
Neurologie	92 %	15	7	61,0 %	7,4	85 %
Nuklearmedizin	78 %	24	19	3,8 %	4,8	70 %
Kons. Orthopädie	87 %	20	10	16,8 %	12,2	85 %
Orthopädie und Unfallchirurgie	91 %	16	7	42,6 %	7,1	
Plastische Chirurgie	90 %	17	11	58,9 %	7	80 %
Strahlentherapie	89 %	20	14	10,1 %	8,1	85 %
Thoraxchirurgie	94 %	20	17	9,7 %	8,1	85 %

Abteilung	Verhältnis FZ/Tag WE/W	Var.koeff f. 1	Var.koeff f. 2	Anteil Notfälle	Mittlere VWD	Sollnutzungsgrad_Ist
Urologie	81%	17	12	42,4 %	4,9	70 %

Quelle: IGES auf Basis der Daten nach § 21 KHEntgG

Neben den Unterschieden in der mittleren Verweildauer zwischen den verschiedenen planungsrelevanten Fachgebieten gibt es auch innerhalb der Fachgebiete zum Teil deutliche Unterschiede in den mittleren Verweildauern der Fachabteilungen innerhalb eines Fachgebiets (**Abbildung 10**).

Abbildung 10: Streuung der mittleren Verweildauern von Fachabteilungen innerhalb ausgewählter planungsrelevanter Fachgebiete.



Quelle: IGES auf Basis der Daten nach § 21 KHEntgG

Anmerkung: Darstellung nur für Fachgebiete mit mindestens zehn Fachabteilungen. Bei der Neurologie werden zwei extreme Ausreißer mit einer deutlich höheren mittleren Verweildauer aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht dargestellt.

Solche Unterschiede können sich insbesondere ergeben aufgrund unterschiedlicher fachlicher Behandlungsschwerpunkte, etwa innerhalb der Inneren Medizin, aufgrund systematischer Unterschiede hinsichtlich der Fallschwere innerhalb eines Behandlungsschwerpunkts oder auch aufgrund von Unterschieden in der Prozessorganisation.

4.3 Sollnutzungsgrade in den nicht somatischen Fächern

Wie oben in Kapitel 4.1 dargestellt, gibt es eine Reihe von Bundesländern, die für die psychiatrischen/psychosomatischen Fachabteilungen Sollnutzungsgrade von 95 % oder 90 % ansetzen. Nur Bremen und Rheinland-Pfalz setzen in der Erwachsenenpsychiatrie und der Psychosomatik einen Sollnutzungsgrad von nur 85 % an. In Kinder- und Jugendpsychiatrie setzen dagegen noch einige andere Länder einen Sollnutzungsgrad von 85 % an.

In den drei nicht somatischen Fächern Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik liegen die durchschnittlichen Verweildauern deutlich höher als in den somatischen Fächern (**Tabelle 3**).

Tabelle 3: Mittlere Verweildauer und Nutzungsgrad in den nicht somatischen Fächern im Vergleich zur Geriatrie, 2016.

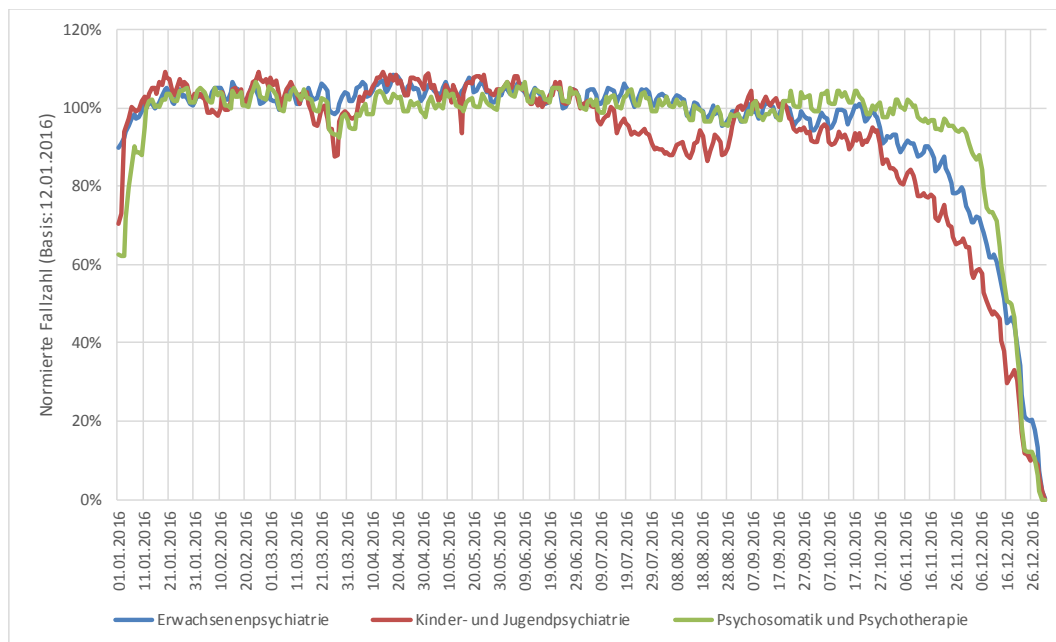
Fachabteilungen	Mittlere Verweildauer	Nutzungsgrad
Erwachsenenpsychiatrie	22,6 Tage	99,7 %
Psychosomatik	22,7 Tage	83,6 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie	32,9 Tage	109,9 %
Zum Vergleich: Geriatrie als somatisches Fach mit der höchsten mittleren VWD	19,6 Tage	

Quelle: IGES auf der Basis der Daten nach § 21 KHEntgG

Auch die tatsächlichen Nutzungsgrade lagen in der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie deutlich über 95 %.

Wie schon die langen mittleren Verweildauern vermuten lassen, gibt es nur sehr geringe Fallzahl- und damit Auslastungsunterschiede im Zeitverlauf (**Abbildung 11**). Lediglich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein etwas stärkerer Rückgang von den im Zusammenhang mit den Sommerferien stehenden Fallzahlen ersichtlich.

Abbildung 11: Normierte Fallzahlen im Jahresverlauf in der Erwachsenenpsychiatrie, der Psychosomatik und der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rheinland-Pfalz, 2016.



Quelle: IGES auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG

Anmerkung: Der deutliche Fallzahlrückgang am Jahresende ist darauf zurückzuführen, dass Überlieger in das Jahr 2017 nicht erfasst wurden.

4.4 Fazit und Empfehlungen

Verweildauerverkürzungen führen grundsätzlich zu einer niedrigeren Auslastung, da die planerisch-organisatorischen Erfordernisse sowie die wirtschaftlichen Inanspruchnahmen überproportional stärker wachsen; hierzu gehören die zusätzlichen Aufnahme- und Entlassroutinen inklusive der medizinischen Dokumentation und Arztbriefherstellung ebenso wie die Berücksichtigung von arbeitszeitrechtlichen Vorgaben für die Beschäftigten. Insbesondere die Wochenendtage fallen zunehmend für Patienten mit kürzerer Verweildauer aus der Möglichkeit heraus, Aufnahmen oder Entlassungen regulär vorzunehmen.

Der Einfluss der Verweildauer auf die Auslastung findet jedoch dort seine Grenzen, wo ein hohes Notfallaufkommen auch an Wochenenden trotz geringer Verweildauern für eine vergleichsweise hohe Auslastung sorgt.

Fachgebiete mit besonders starken saisonalen Belegungsschwankungen – wie z. B. die Kinder- und Jugendmedizin – müssen mit größeren Reservekapazitäten (also niedrigeren Sollnutzungsgraden) planerisch berücksichtigt werden. Eine entsprechende saisonal bedingte Ausreizung der mit dem Sollnutzungsgrad geschaffenen Reservekapazitäten sollte durch die Krankenhäuser belegt werden können.

Längere Verweildauern finden sich in Fachgebieten, die i. d. R. ihre Aufnahmen gut planen und steuern können (wie z. B. Geriatrie und Psychiatrie); dies bedingt höhere (Soll-)Auslastungsgrade, da die Wochenendtage vollständig in die Patientenversorgung mit einbezogen werden können.

Aus hygienischen Gründen zunehmend notwendig werdende Isolierungsmaßnahmen führen zu Bettensperrungen, die in baulich hierfür primär nicht vorgesehenen Strukturen umgesetzt werden; dies vermindert unvorhergesehen die belegbare Kapazität und führt zur notwendigen Berücksichtigung niedrigerer Sollnutzungsgrade.

Niedrigere Sollnutzungsgrade werden angesetzt, wenn ein Fehlen freier Bettenkapazitäten schwerwiegende Folgen nach sich ziehen würde (z. B. Intensivmedizin, hochspezialisierte Versorgungsangebote).

Die bisher in Rheinland-Pfalz verwendeten Sollnutzungsgrade sind im Vergleich zu anderen Bundesländern relativ niedrig. Auch die verweildauerabhängige Spreizung der Sollnutzungsgrade ist in Rheinland-Pfalz vergleichsweise gering.

Aufgrund dessen wird für die Krankenhausplanung in Rheinland-Pfalz ein neues Schema für die verweildauerabhängige Berechnung von Sollnutzungsgraden für Hauptfachabteilungen vorgeschlagen, das in einigen Fachabteilungen zu einem höheren Sollnutzungsgrad führt (**Tabelle 4**).

Tabelle 4: Vorschlag zur grundsätzlichen Berechnung des Sollnutzungsgrades von Krankenhausabteilungen in Rheinland-Pfalz.

Durchschnittliche Verweildauer	Sollnutzungsgrad
< 4,5 Tage	75 %
4,5 - <5,5 Tage	80 %
5,5 - < 11 Tage	85 %
>= 11 Tage	90 %
>= 20 Tage	95 %

Quelle: IGES

Bleibt man wie bisher bei der Festlegung eines einheitlichen Sollnutzungsgrades über alle Fachabteilung eines planungsrelevanten Fachgebiets hinweg, so würde dieses Berechnungsschema in einigen Fächern zu veränderten Sollnutzungsgraden führen (**Tabelle 5**).

Für die Innere Medizin sollte aufgrund des hohen Notfallanteils und des erhöhten Anteils an Bettensperrungen ein niedrigerer Sollnutzungsgrad ausgewiesen werden, als rein aufgrund der durchschnittlichen Verweildauer angezeigt wäre.

Für Belegabteilungen sollte grundsätzlich ein niedriger Sollauslastungsgrad verwendet werden in Höhe von etwa 65–70 %.

Tabelle 5: Vorschlag für eine Anpassung der Sollnutzungsgrade nach Fachabteilungen.

Abteilung	Sollnutzungsgrad-Ist	SNG-Neu
Augenheilkunde	70 %	75 %
Chirurgie	85 %	85 %
Dermatologie	80 %	85 %
Geriatric	80 %	90 %
Gynäkologie und Geburtshilfe	80 %	75 %
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	70 %	75 %
Herzchirurgie	85 %	90 %
Innere Medizin	85 %	82,5 %
Intensivmedizin		70 %
Kinder- und Jugendmedizin	75 %	75 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	70 %	80 %
Naturheilkunde		90 %
Neurochirurgie	85 %	85 %
Neurologie	85 %	85 %
Nuklearmedizin	70 %	75 %
Kons. Orthopädie	85 %	90 %
Orthopädie und Unfallchirurgie		85 %
Plastische Chirurgie	80 %	85 %
Strahlentherapie	85 %	85 %
Thoraxchirurgie	85 %	85 %
Urologie	70 %	75 %
Erwachsenenpsychiatrie		95 %
Psychosomatik		95 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie		95 %

Quelle: IGES

Angesichts der in **Abbildung 10** dargestellten Unterschiede bei den mittleren Verweildauern von Fachabteilungen innerhalb eines Fachgebiets könnte es auch sinnvoll sein, den Sollnutzungsgrad spezifisch für jede Fachabteilung in

Abhängigkeit von ihrer mittleren Verweildauer festzulegen. Damit könnte den fachlich begründeten Besonderheiten einer Fachabteilung besser Rechnung getragen werden. Einer übermäßig häufigen Anpassung der Planbettzahlen aufgrund von Schwankungen der mittleren Verweildauer kann etwa durch Toleranzgrenzen entgegengewirkt werden.

5. Ausweisung von intensivmedizinischen Kapazitäten

Eine Betrachtung der intensivmedizinischen Leistungen in den rheinland-pfälzischen Krankenhäusern zeigt, dass ein erheblicher Teil dieser Leistungen außerhalb von im Plan ausgewiesenen Intensivabteilungen erbracht wird. Dies gilt sowohl für das Monitoring von Patienten (z.B. OPS 8-930) und die intensivmedizinische Komplexbehandlung (z.B. OPS 8-980, 8-98d) als auch für die Intensiv-DRGs (A-DRGs). Mit dem Leistungsgeschehen auf einer Intensivstation wird daher nur ein Teil des intensivmedizinischen Leistungsgeschehens abgebildet.

Hinzu kommt, dass auch Krankenhäuser, die über eine im rheinland-pfälzischen Krankenhausplan ausgewiesene Intensivmedizin verfügen, die Intensivmedizin nicht immer separat ausweisen (z.B. in den Strukturierten Qualitätsberichten), sondern die Intensivbetten ebenso wie die Fälle mit intensivmedizinischen Leistungen bei anderen Fachabteilungen verorten.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie die Intensivmedizin im Krankenhausplan erfasst werden sollte.

▪ Intensivmedizin im Rahmen der Krankenhausplanung

In der Krankenhausplanung Rheinland-Pfalz wird die Intensivmedizin gegenwärtig als eigenständige, bettenführende Fachabteilung ausgewiesen. Auch in einigen anderen Ländern (z.B. Thüringen, Saarland, Nordrhein-Westfalen) erfolgt eine Planung der Intensivversorgungskapazitäten in Form von Planbettenuzuweisungen an eigenständige Fachabteilungen für (Anästhesie und) Intensivmedizin.

Andere Länder, wie etwa Berlin, weisen im Krankenhausplan keine Intensivstationen aus, sondern Intensivbetten bzw. Intensivtherapieplätze. Diese werden entsprechend den Vorgaben der amtlichen Krankenhausstatistik im Umfang der durchschnittlichen Nutzung den einzelnen planungsrelevanten Fachabteilungen zugordnet. In Schleswig-Holstein (Krankenhausplan 2017) werden Intensivbetten nicht den einzelnen Disziplinen zugeordnet, sondern als „Davon-Betten“ der Gesamtbetten des Krankenhauses ausgewiesen. Dabei wird unterschieden zwischen Intensivbetten für Erwachsene, Intensivbetten für Kinder und Intensivbetten für Neugeborene.

Eine Mischform stellt der Krankenhausplan Mecklenburg-Vorpommern 2012 dar. Hier wird einerseits standortspezifisch ausgewiesen, welches Krankenhaus über eine Intensivstation verfügen soll. Zugleich werden aber auch für Krankenhäuser ohne im Plan ausgewiesene Intensivstation Intensiv- bzw. Intermediate-Care-Betten ausgewiesen.

Baden-Württemberg weist in seinem Krankenhausplan überhaupt keine intensivmedizinischen Abteilungen und/oder Bettenkapazitäten aus (wohl aber Weaning-Kapazitäten in wenigen Fachkliniken).

- **Alternative Ansätze zur Planung der Angebotsstrukturen in der Intensivmedizin**

Im Folgenden werden drei Ansätze zur Planung der Angebotsstrukturen in der Intensivmedizin diskutiert.

1. Planung wie andere somatische Fachabteilungen auch

Grundsätzlich kann die Planung der bedarfsnotwendigen Bettenkapazitäten in der Intensivmedizin so erfolgen wie in den anderen somatischen Fächern auch: über die Belegungstage in ausgewiesenen Fachabteilungen für Intensivmedizin.

Der Nachteil dieses Vorgehens besteht darin, dass nur ein Teil des intensivmedizinischen Leistungs- und Bettenbedarfs abgebildet wird und etwa organisatorische Umstrukturierungen in einem Krankenhaus (Aufstellung oder Abbau von dezentralen Intensivbetten) dazu führen, dass der intensivmedizinische Bedarf in der ausgewiesenen Intensivstation zu- oder abnimmt, obwohl der Bedarf im Krankenhaus insgesamt gleichgeblieben ist.

2. Erfassung von Intensivbetten unabhängig von ihrem Standort im Krankenhaus

Geht man davon aus, dass es gute Gründe dafür gibt, dass die intensivmedizinische Versorgung in den Krankenhäusern sowohl zentral als auch dezentral erfolgt, so spricht dies dafür, dass auch die Krankenhausplanung beide Formen der intensivmedizinischen Leistungserbringung erfasst, um die bedarfsnotwendigen Kapazitäten für die intensivmedizinische Versorgung zu planen.

Als Basis für die Ermittlung dieses Anteils kann auf die Angaben der Häuser für die Krankenhausstatistik zurückgegriffen werden. Für diese müssen die Krankenhäuser für jede Fachabteilung die Anzahl der im Jahresdurchschnitt aufgestellten Intensivbetten (Aufwachbetten sind keine Intensivbetten) ausweisen. Falls es eine organisatorisch abgrenzbare Fachabteilung Intensivmedizin gibt, sind deren Betten entsprechend der Nutzung den anderen Fachabteilungen zuzuordnen. Auf Basis dieser Daten lässt sich das Verhältnis zwischen aufgestellten Intensivbetten und aufgestellten Betten insgesamt je Fachabteilung ermitteln. Es zeigt sich, dass die Herzchirurgie die Fachrichtung mit dem höchsten Anteil an Intensivbetten ist (32,5 %), gefolgt von der Kinderheilkunde und der Neurochirurgie (**Tabelle 6**). Für die Planung kann nun entweder dieser Anteilswert auf Landesebene oder der einrichtungsspezifische Anteilswert zur Ermittlung des Bedarfs an Intensivbetten herangezogen werden. Dazu wird für jede Fachabteilung der fachabteilungsspezifische Anteilswert mit dem prognostizierten Planbettenbedarf für diese Fachabteilung multipliziert und das Produkt über alle Fachabteilungen hinweg aufsummiert.

Tabelle 6: Anteil von aufgestellten Intensivbetten an allen aufgestellten Betten in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern und in deutschen Krankenhäusern insgesamt, 2016.

	Aufgestellte Betten		Anteil Intensivbetten RP (D)	Korrig. Anteil **
	insgesamt RP	Intensivbetten RP		
Augenheilkunde	217	0	0,0 % (0,0 %)	0,0 %
Allgemeinchirurgie	5591	173	3,1 % (6,8 %)	4,1 %
davon: Thoraxchirurgie	35	3	8,6 % (12,5 %)	11,3 %
davon: Unfallchirurgie	1509	41	2,7 % (4,6 %)	3,6 %
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1754	21	1,2 % (0,9 %)	1,6 %
HNO	565	14	2,5 % (1,7 %)	3,3 %
Dermatologie	96	0	0,0 % (0,1 %)	0,0 %
Herzchirurgie	231	75	32,5 % (27,7 %)	42,7 %
Innere Medizin	7883	412	5,2 % (6,7 %)	6,9 %
Geriatrie	434	6	1,4 % (0,5 %)	1,8 %
Kinderheilkunde	865	142	16,4 % (14,7 %)	21,6 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	68	4	5,9 % (2,6 %)	7,7 %
Neurochirurgie	264	37	14,0 % (14,4 %)	18,4 %
Neurologie	1058	21	2,0 % (9,2 %)	2,6 %
Nuklearmedizin	36	0	0,0 % (0,0 %)	0,0 %
Orthopädie	1225	17	1,4 % (2,5 %)	1,8 %
Plastische Chirurgie	150	5	3,3 % (4,3 %)	4,4 %
Strahlentherapie	109	0	0,0 % (0,1 %)	0,0 %
Urologie	815	11	1,3 % (3,0 %)	1,8 %
Orthopädie und Unfallchirurgie	2734	58	2,1 % (3,6 %)	2,8 %
Sonstige Fachbereiche	659	329	50,0 % (28,0 %)	

Quelle: IGES auf der Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes

Anmerkung: * Krankenhäuser ohne organisatorisch abgrenzbare Fachabteilungen und Krankenhäuser, die Behandlungen auch außerhalb organisatorisch abgrenzbarer Fachabteilungen leisten, tragen ihre Angaben hierfür in Zeile 930, „Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten“, ein.

** Die unter „Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten“ aufgeführten Intensivbetten wurden auf die anderen Fachabteilungen umgelegt und zwar entsprechend dem Anteil, den die Intensivbetten der jeweiligen Abteilung an der Summe aller Intensivbetten (ohne Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten) haben.

Wird als Anteilswert derjenige auf Landesebene gewählt, so geht man davon aus, dass der Bedarf an Intensivbetten im Wesentlichen in Abhängigkeit von den vorgehaltenen somatischen Fachabteilungen variiert und es z. B. einen typischen Anteil an Intensivbetten für „die Herzchirurgie“ gibt. Der mögliche Nachteil besteht darin, dass damit tatsächlich bestehende Unterschiede im Bedarf an Intensivbetten zwischen verschiedenen Fachabteilungen eines Gebiets nicht erfasst werden. So kann einerseits davon ausgegangen werden, dass gerade innerhalb der Inneren Medizin unterschiedliche Facharzt Kompetenzen und Schwerpunkte mit einem unterschiedlichen Bedarf an Intensivbetten verbunden sind. Auch werden Unterschiede innerhalb eines Fachs (z. B. Neurologie) zwischen Krankenhäusern verschiedener Versorgungstufen nicht berücksichtigt.

Wird als Anteilswert derjenige auf Einrichtungsebene gewählt, so liegt das einzige planerische Element in der prognostischen Fortschreibung des Bettenbedarfs in den somatischen Fachabteilungen und der tatsächliche Bedarf an Intensivbetten kann grundsätzlich genau abgebildet werden. Es wird angenommen, dass das in der Fachabteilung eines einzelnen Krankenhauses anzutreffende Verhältnis zwischen Intensiv- und Normalbetten bedarfsgerecht ist.

3. Qualitätsorientierte Planung der Intensivmedizin

Ein dritter Ansatz besteht darin, ganz auf eine auslastungsbasierte Bettenplanung für die Intensivmedizin zu verzichten. Die dahinterstehende These lag schon dem vorherigen Ansatz zugrunde: dass der intensivmedizinische (Betten-)Bedarf im Wesentlichen durch das Leistungsgeschehen in den anderen somatischen Fachabteilungen bestimmt wird.

Stattdessen kann die Planung anhand von Qualitätsvorgaben erfolgen. Diese Vorgaben sind vielfach abhängig von der Funktion, die ein Krankenhaus übernimmt (z. B. Teilnahme an der umfassenden Notfallversorgung), oder von dem spezifischen Leistungsangebot eines Krankenhauses.

Verbindliche Vorgaben durch OPS-Codes und den G-BA

Verbindliche Qualitätsanforderungen enthalten schon die einschlägigen OPS-Codes, insbesondere:

- ◆ OPS 8-980 (Intensivmedizinische Komplexbehandlung [Basis-Prozedur]),
- ◆ OPS 8-98d (Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter) und
- ◆ OPS 8-98f (Aufwendige medizinische Komplexbehandlung)

Diese OPS-Codes machen Vorgaben insbesondere zur personellen Ausstattung und Qualifikation und insbesondere zur zeitlichen Verfügbarkeit von Personal und Verfahren.

Verbindliche Vorgaben für die Intensivmedizin ergeben sich auch aus dem Beschluss des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern.²² Dort werden für:

- ◆ Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung eine Intensivstation mit mindestens sechs Betten gefordert, von denen wenigstens drei zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet sind,
- ◆ Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung eine Intensivstation mit mindestens zehn Betten gefordert, die auch zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet sind; zudem muss eine Aufnahmebereitschaft für beatmungspflichtige Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme bestehen,
- ◆ Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung eine Intensivstation mit mindestens 20 Betten gefordert, die auch zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet sind; zudem muss eine Aufnahmebereitschaft für beatmungspflichtige Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme bestehen,
- ◆ Krankenhäuser im Modul „Notfallversorgung Kinder“ äquivalent zur erweiterten Notfallversorgung die Möglichkeit zur gleichzeitigen intensivmedizinischen Versorgung von zwei lebensbedrohlich kranken Kindern am Standort,
- ◆ Krankenhäuser im Modul „Notfallversorgung Kinder“ äquivalent zur umfassenden Notfallversorgung eine pädiatrische Intensivstation mit mindestens zehn Betten und eine neonatologische Intensivstation Level 1 nach G-BA Richtlinien am Standort und
- ◆ Krankenhäuser im Modul „Durchblutungsstörungen am Herzen“ eine Intensivstation oder Intermediate-Care-Station gefordert.

Auch die Richtlinie des G-BA zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen sowie die Qualitätssicherungsrichtlinien etwa zum Bauchaortenaneurysma und zur Versorgung von Früh- und Reifgeborenen machen zum Teil detaillierte und verbindliche Vorgaben zur Intensivstation.

Vorgaben aus Empfehlungen und Zertifikaten

Grundsätzliche Empfehlungen zur Ausgestaltung von Überwachungsstationen und Intensivstationen hat die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und

²² Der Beschluss ist verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1598/Not-Kra-R_2018-04-19_iK2018-05-19.pdf

Notfallmedizin herausgegeben.²³ Darüber hinaus enthalten eine Reihe von Zertifizierungsverfahren für eine spezialisierte Notfallversorgung (z. B. Schlaganfall: Stroke Unit,²⁴ Herzinfarkt: Chest Pain Unit,²⁵ Schwerverletzte: Trauma-Zentrum²⁶), auf die im Notfallstufenkonzept des G-BA teilweise verwiesen wird, Vorgaben zur Intensivmedizin.

Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung

Schon vor dem G-BA-Beschluss zur gestuften Notfallversorgung haben einige Länder Anforderungen an die Ausstattung von Intensivstationen in ihren Krankenhausplan aufgenommen. So unterscheidet der Krankenhausplan Berlin 2016 zwischen Notfallkrankenhäusern und Notfallzentren; für Notfallkrankenhäuser werden mindestens zehn Intensivtherapieplätze (mit Beatmungsmöglichkeiten) im Rahmen einer Intensivstation gefordert. Die Empfehlungen der DIVI zur Pflegepersonalausstattung von Intensivstationen sind möglichst einzuhalten.

Die Spitalplanung des Kantons Zürich definiert drei Stufen von Intensivstationen:

1 = Überwachungsstation (IS Level 1)

2 = Intensivstation (IS) gemäß SGI: Die Richtlinien vom 03.09.2015 für die Anerkennung von Intensivstationen durch die SGI sind einzuhalten.

3 = Intensivstation (IS) gemäß SGI: Die Richtlinien vom 03.09.2015 für die Anerkennung von Intensivstationen durch die SGI sind einzuhalten. Zusätzlich müssen die folgenden beiden FMH-Kriterien für eine Weiterbildungsstätte der Kategorie A erfüllt sein: Anzahl Pflgetage p.a. ≥ 2000 ; Anzahl Beatmungsschichten p.a. ≥ 3000

Schon in einer Überwachungsstation muss bei Bedarf ein 24/7-Betrieb möglich sein. Zudem muss ein Krankenhaus mit einer Überwachungsstation für die unverzügliche Verlegung von Patienten mit umliegenden Krankenhäusern, die über eine Level-2-Intensivstation verfügen, eine Kooperationsvereinbarung geschlossen haben. Behandelt werden dürfen in diesen Krankenhäusern nur

²³ Die Empfehlungen zur Ausstattung und Struktur von Intermediate-Care-Stationen finden sich unter <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/intermediate-care-station-1/407-empfehlungen-zur-struktur-von-imc-stationen-langversion/file>. Die Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen finden sich unter <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/intensivmedizin/399-empfehlungen-zur-struktur-von-intensivstationen-langversion/file>

²⁴ Zu den Zertifizierungskriterien für Stroke Units vgl. <http://www.dsg-info.de/stroke-units/zertifizierungsantraege--zertifizierungskriterien.html>

²⁵ Zu den Zertifizierungskriterien für Chest Pain Units vgl. https://leitlinien.dgk.org/files/2015_Kriterien_CPU_Update_2015.pdf

²⁶ Vgl. dazu die Ausführungen im Weißbuch Schwerverletztenversorgung, verfügbar unter http://www.traumanetzwerk-dgu.de/fileadmin/user_upload/traumanetzwerk-dgu.de/docs/20_07_2012_Weissbuch_DGU_Schwerverletztenversorgung_2.erweiterte_Auflage_01.pdf

Patienten der Stufe 1 (normale, sonst gesunde Patienten) und 2 (Patienten mit geringen Systemerkrankungen wie etwa chronische Bronchitis) sowie stabile Patienten der Stufe 3 (Patienten mit schweren Systemerkrankungen wie etwa ein insulinabhängiger Diabetes) gemäß ASA-Klassifikation,²⁷ bei denen die Notwendigkeit einer häufigen Überwachung und/oder Atemunterstützung nach dem Eingriff präoperativ nicht vorhersehbar ist. Die weiteren Anforderungen an eine Überwachungsstation orientieren sich an den Schweizerischen Richtlinien für die Anerkennung von Intermediate Care Units.²⁸

Die Anforderungen an die Intensivstationen werden in den von der Spitalplanungsbehörde zugrunde gelegten „Richtlinien für die Anerkennung von Intensivstationen (IS) durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)“ vom 03.09.2015 detailliert beschrieben. Auf diese Richtlinien kann hier deshalb nur verwiesen werden.²⁹

Welche Intensivstation ein Krankenhaus vorhalten muss, richtet sich nach den durchgeführten Leistungen: So ist etwa für die spinale Neurochirurgie nur eine Intensivstation der Stufe 1 erforderlich, die kraniale Neurochirurgie erfordert eine Intensivstation der Stufe 2 und die spezialisierte Neurochirurgie (zu der etwa die Epilepsiechirurgie und die stereotaktische funktionelle Neurochirurgie gehören) eine Intensivstation der Stufe 3.³⁰ Insgesamt erfordern die komplette Herzchirurgie, die spezielle interventionelle Kardiologie, Teile der Thoraxchirurgie, der Transplantationsmedizin und der spezialisierten Neurochirurgie eine Intensivstation der Stufe 3, während die Augenheilkunde, weite Teile der Chirurgie am Bewegungsapparat und der HNO nur eine Überwachungsstation (Stufe 1) erfordern.

Der aktuelle österreichische Strukturplan Gesundheit 2017³¹ sieht eine vierstufige Intensivversorgung vor mit einer Intensivüberwachungseinheit als Stufe 1 und drei Stufen von Intensivbehandlungseinheiten. Auch diese Stufen definieren sich überwiegend über Qualifikation und Verfügbarkeit des Personals und die

²⁷ Vgl. zur ASA-Klassifikation <http://www.narkosearzt-hamburg.de/Intensivmedizin.php>

²⁸ Diese Richtlinien sind verfügbar unter https://www.swiss-icm.ch/files/daten/richtlinien/IMC_Richtlinien_291112_D_09_definitiv%20NEU.pdf

²⁹ https://www.swiss-icu.ch/files/daten/Dokumente/01_SGI_ZK-IS_Zertifizierung_Richtlinien_2015_GV_V13_DT.pdf

³⁰ Eine Übersicht über alle planungsrelevanten Leistungsgruppen inkl. der Zuordnung der erforderlichen Stufe der Intensivversorgung findet sich unter https://gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/themen/behoerden/spitalplanung/leistungsgruppen/aktuelle_leistungsgruppen_und_anforderungen/Leistungsspezifische+Anforderungen+Akutsomatik+Version+2018.pdf.spooler.download.1511421249869.pdf/Leistungsspezifische%2BAnforderungen%2BAkutsomatik%2BVersion%2B2018.pdf

³¹ Der Plan ist verfügbar unter https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg_2017_textband_stand_6.4.2018.pdf

Verfügbarkeit von bestimmten diagnostischen und therapeutischen Verfahren. Zusätzlich werden noch Anforderungen an die intensivmedizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen definiert.

▪ **Empfehlungen**

Grundsätzlich wird empfohlen, die Versorgungsstrukturen in der Intensivmedizin über Qualitätsvorgaben planerisch zu gestalten. Die Vorgaben aus dem Beschluss zur gestuften Notfallversorgung bieten dafür eine breite Basis, die für die Krankenhäuser, die künftig an der Notfallversorgung teilnehmen, ohnehin verbindlich ist.

Ergänzend sollte für die Anforderungen an die Intensivmedizin im Rahmen einer speziellen Notfallversorgung (Herzinfarkt, Schlaganfall, Schwerverletzte, Notfallversorgung von Kindern und neonatologische Notfallversorgung) auf die entsprechenden Zertifizierungsverfahren zurückgegriffen werden, wie es auch der G-BA zum Teil schon getan hat.

Für die Intensivversorgung von elektiv behandelten Patienten sollten perspektivisch ähnlich wie im Kanton Zürich die Qualitätsanforderungen an die Intensivmedizin an die erbrachten Leistungen in den somatischen Fachabteilungen gekoppelt werden.

Falls eine Planung der bedarfsnotwendigen Betten in der Intensivmedizin als notwendig erachtet wird, sollte sie – wie oben unter Nr. 2 beschrieben – alle Intensivbetten in den Krankenhäusern berücksichtigen.

6. Ausweisung von Zentren

Die Ausweisung von Zentren im Krankenhausplan hat durch zwei bundesgesetzliche Vorgaben an Bedeutung gewonnen:³² Sie ist Voraussetzung dafür:

- ◆ dass die besonderen Aufgaben von Zentren durch die GKV vergütet werden können (§ 5 Abs. 3 KHEntgG i. V. m. § 2 Abs. 2 S. 4 KHEntgG) und
- ◆ dass die „normalen“, d.h. im Rahmen des DRG-Systems vergüteten Mehrleistungen des Zentrums nicht dem Fixkostendegressionsabschlag unterliegen (§ 4 Abs. 2b Nr. 1 d KHEntgG).

Diese Ausweisung der Zentren im Krankenhausplan als notwendige Bedingung für die (bessere) Vergütung von Zentrumsleistungen macht nur dann Sinn, wenn dabei Prüfkriterien herangezogen werden, die über die vergütungsrechtlichen Anforderungen hinausgehen. Geht man davon aus, dass im Krankenhausplan nur die Krankenhauskapazitäten auszuweisen sind, die für eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige und wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen notwendig sind, so lässt sich daraus folgern, dass auch nur Zentren im Krankenhausplan ausgewiesen werden müssen, die diese krankenhauplanerischen Anforderungen erfüllen. Nur diesen Krankenhäusern darf ein entsprechender Versorgungsauftrag für die Zentrumsversorgung zugewiesen werden, der Voraussetzung und nicht etwa Folge der Erbringung dieser besonderen Aufgaben ist. Sollten mehrere Krankenhäuser eines Bundeslandes die Funktion eines Zentrums übernehmen und besondere Aufgaben erfüllen wollen, muss auch hier eine Auswahlentscheidung gemäß § 8 Abs. 2 S. 2 KHG getroffen werden.

Im Folgenden wird zunächst die Rechtslage dargestellt, aus der sich die Kriterien für die Ausweisung von Zentren/besonderen Aufgaben im Krankenhausplan ableiten lassen. Anschließend werden die Kriterien aufgezeigt, anhand derer eine Ausweisung von Zentren im Plan geprüft werden sollte. Abschließend wird für ausgewählte Versorgungsbereiche die Notwendigkeit der Ausweisung von Zentren im Krankenhausplan diskutiert.

6.1 Rechtsgrundlagen für die Ausweisung von Zentren und deren besonderen Aufgaben

Die Anforderungen an die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten, insbesondere die Aufgaben von Tumorzentren und geriatrischen Zentren sowie entsprechenden Schwerpunkten gemäß § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG, werden zunächst in § 9 Abs. 1a Nr. 2

³² Die Bundesländer können jedoch unabhängig von diesen Vorgaben in ihren Krankenhausplänen Zentren ausweisen und haben davon in großem Umfang Gebrauch gemacht. Allerdings wurden die mit einer solchen Ausweisung verbundenen Rechtsfolgen vielfach nicht explizit formuliert.

KHEntgG näher beschrieben. Danach können sich die besonderen Aufgaben insbesondere ergeben aus:

- ◆ einer überörtlichen und krankenhausesübergreifenden Aufgabenwahrnehmung,
- ◆ der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für Seltene Erkrankungen, sowie
- ◆ der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen.

Die Vertragsparteien sollten ursprünglich bis zum 31.03.2016 auf Bundesebene die besonderen Aufgaben konkretisieren. Nachdem sich die Parteien nicht einigen konnten, wurde Anfang Dezember 2016 im Rahmen eines Schiedsverfahrens eine Vereinbarung zwischen GKV-SV, PKV-Verband und DKG zur Konkretisierung besonderer Aufgaben als Grundlage für die Vereinbarung von Zuschlägen mit Wirkung zum 01.01.2017 geschlossen (Zentrumsvereinbarung).³³ Am 21.09.2017 haben der GKV-SV und der PKV-Verband die Zentrumsvereinbarung samt Anlage gekündigt, da die in der Vereinbarung getroffenen Vorgaben zu unbestimmt seien. Gemäß § 8 Abs. 2 und 3 der Zentrumsvereinbarung gelten jedoch sowohl die Vereinbarung als auch die Anlage bis zur Neuvereinbarung oder Festsetzung durch die Bundesschiedsstelle fort.

Eine Zusammenführung der drei Regelungsebenen KHEntgG, Zentrumsvereinbarung und Anlage zur Zentrumsvereinbarung (Tab. 7) zeigt einen deutlich voneinander abweichenden Spezifizierungsgrad der verschiedenen Kriterien. An einigen Stellen lauten die Spezifikationen auf allen drei Ebenen in etwa gleich (etwa im Hinblick auf die „außergewöhnlichen technischen und personellen Voraussetzungen“), nur teilweise trägt die Vereinbarung samt Anlage zur Spezifizierung der gesetzlichen Vorgaben bei (z.B. Verweis auf den Anforderungskatalog an Zentren des Nationalen Aktionsbündnisses für Menschen mit seltenen Erkrankungen [NAMSE]). Weiter sind die einzelnen Kriterien bezüglich ihrer Inhalte in einigen Fällen zwar hinreichend spezifisch, vielfach jedoch zu unbestimmt formuliert (z.B. „Management eines Netzwerks von Krankenhäusern“, „Tropenkrankheiten“).

³³ https://download.g-drg.de/Festsetzung_Schiedsstelle_Zentren/Festsetzung_Schiedsstelle_Zentren_20161208.pdf

Tabelle 7: Kriterien zur Abgrenzung besonderer Aufgaben von Krankenhäusern
i. S. d. § 9 Abs. 1a Nr. 2 KHEntgG.

§ 9 Abs. 1a Nr. 2 KHEntgG	§ 2 Zentrumsvereinbarung	Anlage zur Zentrumsvereinbarung
„Insbesondere“	„Insbesondere“	
Überörtliche und krankenhausesübergreifende Aufgabenwahrnehmung		
	Überörtliche Aufgabenwahrnehmung: Vernetzung/Kooperation mit anderen Leistungserbringern der stationären Versorgung	Schriftlich vereinbarte interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patienten anderer Krankenhäuser (fachspezifische Kolloquien, Tumorboards, interdisziplinäre Fallkonferenzen)
		Therapieoptimierungsstudien und damit verbundene Referenzdiagnostik in der Pädiatrischen Onkologie
		Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen
	Krankenhausübergreifende Aufgaben: insbesondere Koordination, Dokumentation, Netzwerkmanagement	Registererstellung sowie Führung und Auswertung des Gesamtregisters
		Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene, kostenlose Fort- und Weiterbildungen
		Einrichtungsexterne Fortbildungsveranstaltungen im NAMSE-Kontext
		Management eines Netzwerks von Krankenhäusern
Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für Seltene Erkrankungen		
	Geringe Häufigkeit einer Erkrankung macht eine besondere Vorhaltung erforderlich. Dies betrifft Zentren für Seltene Erkrankungen. Besondere Aufgaben haben sich an den Anforderungen (NAMSE) zu orientieren.	Leistungen von Zentren Typ A und B gemäß des NAMSE-Anforderungskatalogs
		Einrichtungsinterne Fortbildungsveranstaltungen im NAMSE-Kontext

§ 9 Abs. 1a Nr. 2 KHEntgG	§ 2 Zentrumsvereinbarung	Anlage zur Zentrumsvereinbarung
Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen		
	Insbesondere der Betrieb außergewöhnlich kostenintensiver Großgeräte	Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote an einzelnen Standorten*
	Insbesondere außergewöhnlich kostenintensive und komplexe Behandlungsformen und die dafür erforderliche spezialisierte Fachexpertise, die nur in wenigen Krankenhäuser vorgehalten wird	Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher, an einzelnen Standorten vorhandener Fachexpertise in besonderen Versorgungsbereichen*
		Strukturierter Einsatz von Personal mit besonderen Qualifikationserfordernissen in Schnittstellenbereichen der stationären Versorgung (Psychoonkologie)

Quelle: IGES auf Basis der Zentrumsvereinbarung

Anmerkung: *Die in der Tabelle (vorletzte Zeile, dritte Spalte) angesprochenen besonderen Versorgungsbereiche sind: Versorgungsbereiche zur Behandlung von Tropenkrankheiten, von Schwerbrandverletzten, von Kindern und Jugendlichen durch Rheumatologen, von hochinfektiösen Erkrankungen sowie Epilepsiezentren, überregionale Traumazentren, Nephrologische Schwerpunkteinheiten, Onkologische Zentren/Schwerpunktzentren, Tumorzentren, Referenzzentren (z. B. Brustzentrum, Darmzentrum), Pädiatrisch-onkologische Zentren, Transplantationszentren, Zentren für Strahlenschäden, Pädiatrische Intensivnetzwerke (PIN), Geriatrische Zentren/Schwerpunktzentren, Rheumazentren, Herzzentren, Palliativmedizinische Schwerpunkteinheiten, Schmerzzentren, Stroke Units.

Gerade diese Auflistung von spezifischen Zentren (unter Punkt I der Anlage zur Zentrumsvereinbarung) führt jedoch dazu, dass das Verhältnis zwischen besonderen Aufgaben und Zentren in der Schiedsstellenentscheidung interpretationsbedürftig bleibt. Gemäß § 4 Abs. 2b Satz 3 Nr. 1d KHEntgG gilt der FDA nicht für nach § 2 Abs. 2 Satz 4 KHEntgG krankenhausplanerisch ausgewiesene Zentren. Laut § 2 Abs. 2 Satz 4 KHEntgG sollen jedoch nicht Zentren, sondern „Besondere Aufgaben nach Satz 2 Nummer 4“ (also die besonderen Aufgaben von Zentren) im Krankenhausplan ausgewiesen werden. Angesichts dieses Dualismus stellt sich nun die Frage, ob:

- ◆ besondere Aufgaben nur von Zentren erbracht werden dürfen oder

- ◆ die Erbringung besonderer Aufgaben dazu führt, dass ein Krankenhaus als Zentrum ausgewiesen werden kann, oder
- ◆ es besondere Aufgaben gibt, die nur von Zentren erbracht werden können, und solche, die auch von „Nicht-Zentren“ erbracht werden können.

Für die erste Alternative würden u. a. der Wortlaut der gesetzlichen Regelung, der Gesetzesbegründung sowie die Ausführungen der BLAG sprechen. Auch die Zielstellung des KHSG, welches die Finanzierung von Zentren/besonderen Aufgaben neu geregelt hat, deutet in diese Richtung: Mit diesem Gesetz wurde insbesondere auch das Ziel einer Neuordnung der Krankenhauslandschaft verfolgt, z. B. durch eine stärkere Konzentration der Leistungserbringung in Zentren.

Für die zweite Alternative könnte die Tatsache sprechen, dass die drei Kriterien in § 9 Abs. 1a Nr. 2 KHEntgG sich eng an etablierte Kriterien für die Definition eines Zentrums anlehnen und weder das Gesetz noch die Zentrumsvereinbarung eigenständige Kriterien für die Definition eines Zentrums enthalten: Auf die dritte Alternative weist die Tatsache hin, dass die Kriterien b) und c) deutlich stärker auf die Zentrumseigenschaft eines Krankenhauses fokussieren als Kriterium a), welches stärker auf die bestimmten besonderen Aufgaben (überörtliche und krankenhausesübergreifende Aufgabenwahrnehmung) abstellt.

Im Folgenden wird davon ausgegangen, dass im Fokus der Prüfung nicht die Prüfung der Bedarfsnotwendigkeit einzelner besonderer Aufgaben durch Krankenhäuser steht, sondern die Prüfung der Notwendigkeit der Ausweisung von Zentren, von denen dann auch erwartet werden kann, dass sie besondere Aufgaben im Sinne der Zentrumsvereinbarung übernehmen. Ein Fokus auf die besonderen Aufgaben im Rahmen der Krankenhausplanung scheint schon deshalb problematisch, weil damit die Krankenhausplanung von der Weiterentwicklung des DRG-Systems abhängig würde: Insofern nur solche besonderen Leistungen als zuschlagsfähig erachtet werden, die sich im Rahmen des pauschalierenden Entgeltsystems nicht sachgerecht abbilden lassen, endet die Zuschlagsfähigkeit von bestimmten Leistungen dann, wenn die Leistungen im Rahmen des DRG-Systems vergütet werden können. Würde daran auch die Zentrumseigenschaft eines Krankenhauses geknüpft, würde eine berechenbare, vorausschauende Krankenhausplanung deutlich erschwert.

6.2 Kriterien für krankenhausesplanerisch relevante Zentren

Das rheinland-pfälzische Krankenhausgesetz kennt den Begriff des Zentrums nicht. Im KHG und im KHEntgG wird der Begriff des Zentrums (bzw. Schwerpunkts) zwar verwendet, aber auch nach seiner Neufassung durch das KHSG nicht weiter definiert. Allein die im Gesetz beispielhaft genannten Zentren (Tumorzentren, Geriatriische Zentren)³⁴ lassen zunächst Schlüsse darauf zu, was der Gesetzgeber

³⁴ Auch bei den beispielhaft genannten Zentren und Schwerpunkten gab es Ergänzungen: Während zunächst in der Bundespflegesatzverordnung lediglich abschließend von

unter einem Zentrum bzw. Schwerpunkt verstanden wissen möchte. Insgesamt handelt es sich jedoch um einen unbestimmten Rechtsbegriff, der auslegungsbedürftig ist. Hierzu könnte bereits die Gesetzesbegründung zur Einführung des KHEntgG (BT Drs. 14/6893) Anhaltspunkte liefern: So wird dort die Spezialisierung der Medizin erwähnt, und es wird davon ausgegangen, dass sich medizinische Kompetenzzentren bilden werden, die sich auf die umfassende Behandlung bestimmter Krankheiten konzentrieren, z. B. „Zentren zur Diagnostik und Therapie bestimmter Krebsarten“. Es wird dort bereits davon ausgegangen, dass die besonderen Leistungen von Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten nicht bei allen Krankenhäusern anfallen und daher nicht über die Fallpauschalen finanziert werden können. Eine umfassende Definition des Zentrumsbegriffs findet sich allerdings auch dort nicht. Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwGE 3 C 8.13) hat im Jahr 2014 aus dieser Begründung lediglich weitgehend unbestimmt abgeleitet:

- ◆ dass unter einem Zentrum i. S. d. § 5 Abs. 3 i. V. m. § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 4 KHEntgG eine Einrichtung zu verstehen sei, „die in dem betreffenden Fachbereich besonders spezialisiert ist und sich aufgrund medizinischer Kompetenz und Ausstattung von anderen Krankenhäusern abhebt“, und
- ◆ dass sich die Einrichtung durch die Wahrnehmung spezieller Aufgaben von den Krankenhäusern ohne Zentrumsfunktion unterscheiden muss.

Darüber hinaus hat es zwar verneint, dass sich ein notwendigerweise überregionaler Einzugsbereich eines Zentrums und eine zahlenmäßige Beschränkung von Zentren nicht aus der bundesgesetzlichen Begriffsbildung ableiten lassen, jedoch zugleich festgestellt, dass diese Kriterien im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder zur Anwendung kommen können. Auch schließt das BVerwG zwar aus, dass eine höhere Behandlungsqualität eine von einem Zentrum angebotene Standardleistung nicht zu einer besonderen Aufgabe mache; dies schließt jedoch nicht aus, dass Zentren sich durch eine besondere Qualität der Leistungserbringung auszeichnen können. Eine solche Qualitätsorientierung der Krankenhausplanung wurde gerade durch das KHSG weiter gestärkt.

Aus diesen Gründen sollte im Rahmen der Krankenhausplanung ein Krankenhaus für einen bestimmten Versorgungsbereich dann als Zentrum ausgewiesen werden, wenn:

- ◆ dieses Versorgungsangebot Teil seines Versorgungsauftrags ist,
- ◆ das Krankenhaus von überregionaler Bedeutung ist,
- ◆ das Krankenhaus die für das Versorgungsangebot einschlägigen Qualitätsanforderungen erfüllt,

Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten die Rede war, wurde die Aufzählung mit dem Fallpauschalenänderungsgesetz generell für andere Zentren und Schwerpunkte geöffnet und die Geriatrischen Zentren ausdrücklich genannt; vgl. dazu BVerwGE 3 C 8.13, S. 18.

- ◆ das Krankenhaus besondere Vorhaltekosten hat und
- ◆ das Krankenhaus überörtliche und krankenhaushübergreifende Aufgaben erbringt.

Abdeckung der Zentrumsfunktion durch den Versorgungsauftrag

Zentren stellen im Wesentlichen entweder eine besondere Spezialisierung innerhalb eines Gebiets, einer Facharztkompetenz oder eines Schwerpunkts dar oder eine Integration verschiedener Einheiten zu einem strukturell und prozessual integrierten Zentrum. In beiden Fällen sollte die Zentrumsfunktion sich aus dem bereits an das Krankenhaus erteilten Versorgungsauftrag ableiten lassen.

Überregionale Bedeutung

Bei der Versorgung im Rahmen eines Zentrums geht es grundsätzlich um eine besonders spezialisierte und/oder besonders komplexe Behandlungsform. Diese sollte in einem System der gestuften Krankenhausversorgung grundsätzlich Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen vorbehalten bleiben und sich dabei auf einzelne Standorte konzentrieren, wie es in § 9 Abs. 1a Nr. 2c KHEntgG („an einzelne[n] Standorte[n]“), in § 2 Abs. 3 Zentrumsvereinbarung („in wenigen Krankenhäusern“ sowie in den Punkten k) und l) der Anlage zur Zentrumsvereinbarung („Konzentration [...] an einzelnen Standorten“) vorgegeben wird. Was mit einzelnen Standorten gemeint ist, wird in der Zentrumsvereinbarung nicht konkretisiert.³⁵

Als Grundsatz sollte von einem Zentrum je Versorgungsregion ausgegangen werden. Bei extrem geringen Fallzahlen in einem Versorgungsbereich (z. B. weniger als 200 vollstationäre Krankenhausfälle jährlich in Rheinland-Pfalz) kann auch ein Zentrum für ganz Rheinland-Pfalz ausreichend sein. Die tatsächliche überregionale Bedeutung eines Zentrums setzt voraus, dass ein maßgeblicher Anteil der Patienten (mindestens 25 %) das Versorgungsangebot nicht im Rahmen einer wohnortnahen Versorgung mit einem rechnerischen Anfahrtsweg von maximal 30 Minuten (mit dem Pkw) in Anspruch nimmt.

Erfüllung qualitativer Anforderungen

Zentren sind ein wesentlicher Ansatz, um die Versorgungsqualität in speziellen Versorgungsbereichen zu verbessern. Um diese hohe Versorgungsqualität sicherzustellen, müssen diese Zentren z. T. auch außergewöhnliche technische und personelle Voraussetzungen erfüllen. Eine Anerkennung als Zentrum aufgrund

³⁵ Für die im Anhang zur Zentrumsvereinbarung aufgezählten Versorgungsbereiche gibt es in Rheinland-Pfalz gegenwärtig zum Teil keine Einrichtung (z. B. Tropenkrankheiten, hochinfektiöse Erkrankungen) oder maximal fünf Einrichtungen (z. B. Rheumazentrum, Kinderonkologisches Zentrum gemäß G-BA, überregionale Traumazentren, Zentren für Schwerbrandverletzte). Deutlich häufiger hingegen sind etwa Stroke Units, Brustzentren und Palliativstationen in Rheinland-Pfalz (>10 Einrichtungen), sodass von einer Konzentration auf einzelne Standorte zumindest gegenwärtig nicht gesprochen werden kann.

dieses Kriteriums setzt laut Zentrumsvereinbarung insbesondere den Betrieb außergewöhnlich kostenintensiver Großgeräte und die Durchführung außergewöhnlich kostenintensiver und komplexer Behandlungsformen voraus, die nur an wenigen Krankenhäusern vorgehalten werden und für deren Betrieb bzw. Durchführung zudem eine spezialisierte Fachexpertise notwendig ist. In der Anlage zur Zentrumsvereinbarung werden die außergewöhnlich kostenintensiven Großgeräte und Behandlungsformen in Buchstabe k) nicht näher spezifiziert.³⁶ Stattdessen wird unter l) isoliert auf die besondere Fachexpertise eingegangen. Auch diese wird nicht näher spezifiziert; es werden vielmehr abschließend besondere Versorgungsbereiche bzw. Zentren aufgezählt, für die eine außergewöhnliche, nur an einzelnen Standorten vorhandene Fachexpertise vermutet wird. Losgelöst von den Ausführungen zur besonderen Fachexpertise wird unter l) in der Anlage der strukturierte Einsatz von Personal mit besonderen Qualifikationserfordernissen in Schnittstellenbereichen der stationären Versorgung (z. B. Psychoonkologie) als besondere Aufgabe aufgeführt. Dies allein kann aber keine Ausweisung als Zentrum im krankenhauserplanerischen Sinne zur Folge haben. Knüpft man daher wieder an der breiter gefassten gesetzlichen Vorgabe („außergewöhnliche technische und personelle Voraussetzungen an einzelnen Standorten“) an, kommen als Möglichkeit zur Operationalisierung dieser Voraussetzungen insbesondere die für den jeweiligen Versorgungsbereich etablierten Zertifizierungen (bzw. wesentliche in diesen enthaltenen Anforderungen an die Ausstattung und die Fachexpertise) sowie Mindestmengenvorgaben in Betracht.

Besondere Vorhaltungen

Eine Aufgabenwahrnehmung im Sinne des § 9 Abs. 1a Nr. 2b KHEntgG setzt voraus, dass aufgrund der geringen Häufigkeit einer Erkrankung eine Erforderlichkeit der besonderen Vorhaltung vorliegt. In der Zentrumsvereinbarung werden hier ausdrücklich und abschließend Zentren für Seltene Erkrankungen, die den NAMSE-Anforderungen genügen sollen, genannt (Typ A: Referenzzentrum; Typ B: Fachzentren).³⁷ Da diese Zentren auch die beiden übrigen Kriterien des § 9 Abs. 1a KHEntgG erfüllen dürften, sollte ihre Berücksichtigung auch ungeachtet der fehlenden Spezifizierung einer „besonderen Vorhaltung“ unproblematisch sein.

³⁶ Die Vorgaben der ehemaligen Großgeräteplanung dürften heute kaum noch von Belang sein. Als besonders kostenintensive Infrastrukturen/Behandlungen könnten aber z. B. hochspezialisierte Labore (z. B. zur Herstellung von Zelltherapeutika), das Vorhalten besonderer Isolierstationen und die Protonentherapie gelten. Allerdings gilt auch für diese, dass die entsprechenden Kosten nicht von den bereits kalkulierten DRG-Entgelten erfasst sein dürfen.

³⁷ Vgl. dazu die Ausführungen unter <http://www.namse.de/infos-a-service/anerkenntungsverfahren.html>

Zur Spezifikation der geringen Häufigkeit einer Erkrankung kann auf die Definition seltener Erkrankungen zurückgegriffen werden. In Deutschland gelten Krankheiten dann als selten, wenn auf 10 000 Einwohner weniger als fünf Erkrankte kommen.³⁸

Wahrnehmung überörtlicher und krankenhausübergreifender Aufgaben

Zu den besonderen Aufgaben eines Zentrums zählen insbesondere überörtliche und krankenhausübergreifende Aufgaben.

Bei den überörtlichen und krankenhausübergreifenden Aufgaben geht es um die krankenhausplanerisch sinnvolle Förderung der Vernetzung und Kooperation eines Zentrums mit anderen Leistungserbringern sowohl im stationären Sektor als auch im präklinischen Bereich oder der ambulanten Versorgung.³⁹ Übliche Kooperationen zwischen verschiedenen Krankenhäusern bzw. Krankenhausstandorten eines Trägers sollten kein Grund für die Ausweisung von Zentren sein. Auch sollte das Netzwerk eine gewisse Mindestgröße im Hinblick auf die Zahl der teilnehmenden Krankenhäuser/Leistungserbringer aufweisen. Als Richtgröße sollten mindestens fünf Krankenhäuser an einem Netzwerk beteiligt sein.

Zu den relevanten Leistungen gehören etwa die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen (fachspezifische Kolloquien, Tumorboards, interdisziplinäre Fallkonferenzen), die Erbringung von Konsilen und die Bereitstellung von gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise.

Zu den krankenhausübergreifenden Aufgaben zählen insbesondere das Management eines Versorgungsnetzwerks, die Durchführung von Fort- und Weiterbildungsangeboten, die Erstellung von fach- und sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten (inklusive verbindlicher Zuweisungs-/Verlegungskriterien) und die Konzipierung anhand der Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen (etwa in Form eines Registers), die einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität leisten und mit denen die Umsetzung der Versorgungskonzepte überprüft werden kann.

Die überörtliche und krankenhausübergreifende Aufgabenerbringung muss auf Basis einer schriftlichen Vereinbarung des Zentrums mit den anderen Krankenhäusern/Leistungserbringern erfolgen. Die erbrachten überörtlichen und krankenhausübergreifenden Leistungen sind für die Planungsbehörde nachvollziehbar zu dokumentieren. Aus krankenhausplanerischer Sicht ist zentral, dass diese Leistungen tatsächlich erbracht werden.⁴⁰

³⁸ Vgl. dazu etwa <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/seltene-erkrankungen.html>

³⁹ In der Zentrumsvereinbarung wird „insbesondere“ die Vernetzung und Kooperation mit anderen Leistungserbringern der stationären Versorgung angesprochen.

⁴⁰ Die Notwendigkeit einer gesonderten Vergütung für diese Leistungen ist im Rahmen der Budgetvereinbarungen zu klären.

6.3 Mögliche Leistungsbereiche für die Ausweisung von Zentren

Grundsätzlich ist die Ausweisung von Zentren mit besonderen Aufgaben bei Erfüllung der o. g. Kriterien in allen Bereichen der Krankenhausversorgung möglich. Die Zentrumsvereinbarung zählt in der Anlage eine große Zahl von denkbaren Zentren auf.

Nachfolgend wird die Darstellung auf sechs ausgewählte Versorgungsbereiche begrenzt, in denen aus krankenhauplanerischer Sicht eine Zentrenbildung ggf. sinnvoll sein könnte.

In zwei Bereichen – der Versorgung von Tumorpatienten und der Notfallversorgung – werden jeweils zwei Leistungsbereiche mit großen Fallzahlen und ein Leistungsbereich mit (extrem) geringen Fallzahlen betrachtet.

Bei der Versorgung von Tumorpatienten liegt der Fokus einerseits auf dem Brustkrebs als häufigste diagnostizierte Tumorart⁴¹ und dem Lungenkrebs wegen seiner hohen Prävalenz und Mortalität. Andererseits geht es um die Stammzelltransplantation als seltene Intervention insbesondere bei Patienten mit Leukämie, malignen Lymphomen oder auch anderen Tumorarten, die eine intensive Chemo- bzw. Strahlentherapie erforderlich machen.

In der Notfallversorgung steht einerseits die Versorgung von Herzinfarkt- und Schlaganfallpatienten – im Hinblick auf die Inzidenz und Mortalität besonders bedeutsame Bereiche – im Vordergrund. Vergleichbare Zentrenstrukturen sind jedoch auch für andere Bereiche der Notfallversorgung wie etwa die Versorgung von Trauma- oder Sepsispatienten denkbar. Auf der anderen Seite steht die Versorgung von Patienten mit Strahlenschäden. Es ist ein Bereich der Notfallversorgung, der durch besonders hohe Vorhaltekosten hervorsteicht und auch eine Vernetzung zwischen Krankenhäusern erforderlich macht.

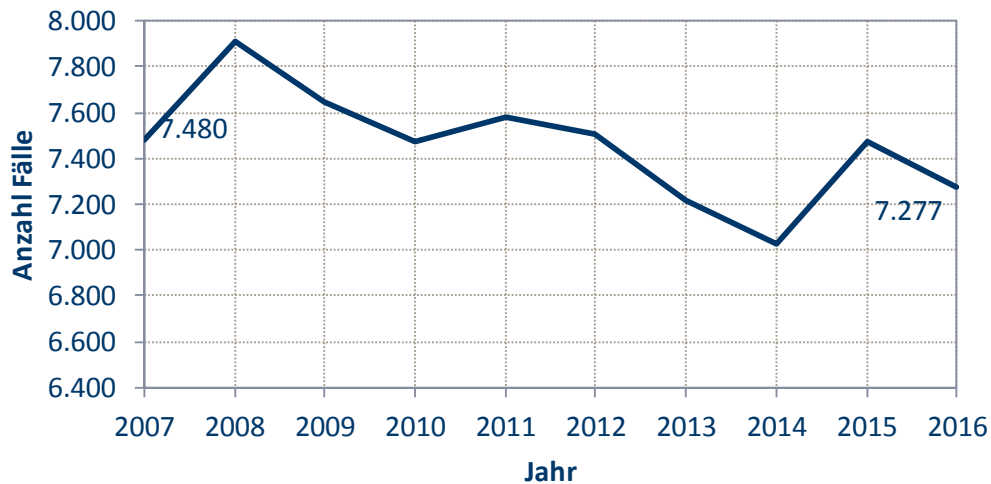
6.3.1 Brustkrebszentren

Der Brustkrebs (Synonym: Mammakarzinom) ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen; bei rechtzeitiger Erkennung und Behandlung ist er jedoch vielfach heilbar. Durch den Einsatz insbesondere von Chemo- und Strahlentherapie kann häufig eine brusterhaltende Operation durchgeführt werden, andernfalls muss die Brust ggf. vollständig entfernt werden (Mastektomie).

Die Anzahl der vollstationären Krankenhausfälle aufgrund Brustkrebs und Wohnort der Patientinnen in Rheinland-Pfalz ist in den letzten Jahren leicht zurückgegangen: Im Jahr 2016 waren es noch 7277 Fälle (**Abbildung 12**).

⁴¹ Dabei wird der nichtmelanotische Hautkrebs nicht berücksichtigt.

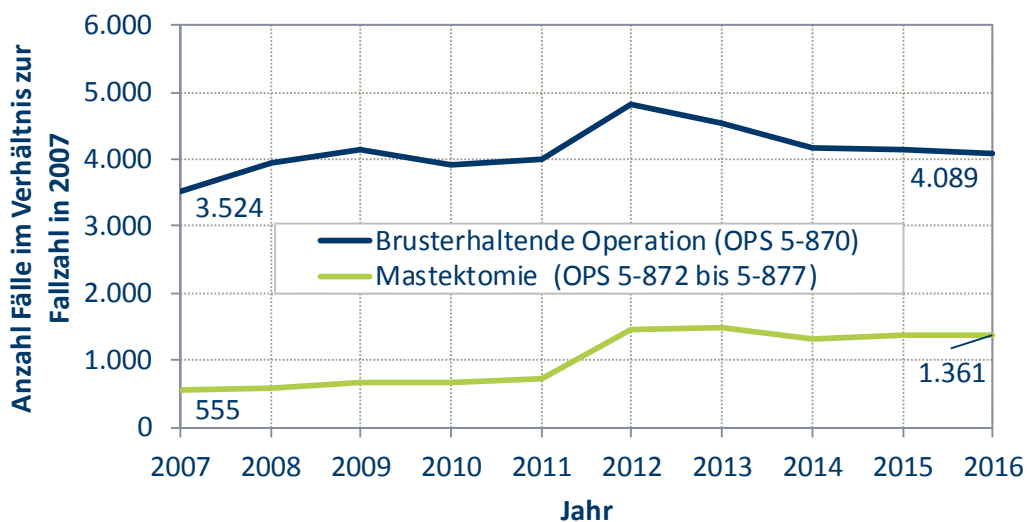
Abbildung 12: Anzahl vollstationärer Krankenhausfälle aufgrund Brustkrebs (ICD C50) und mit Wohnort der Patientinnen in Rheinland-Pfalz, 2007–2016.



Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes

Die Zahl der brusterhaltenden Operationen und der Mastektomien ist dagegen im selben Zeitraum deutlich angestiegen (**Abbildung 13**).

Abbildung 13: Anzahl vollstationärer Krankenhausfälle aufgrund brusterhaltender Operation (OPS 5-870) und Mastektomie (OPS 5-872 bis 5-877) und mit Wohnort der Patientinnen in Rheinland-Pfalz, 2007–2016.

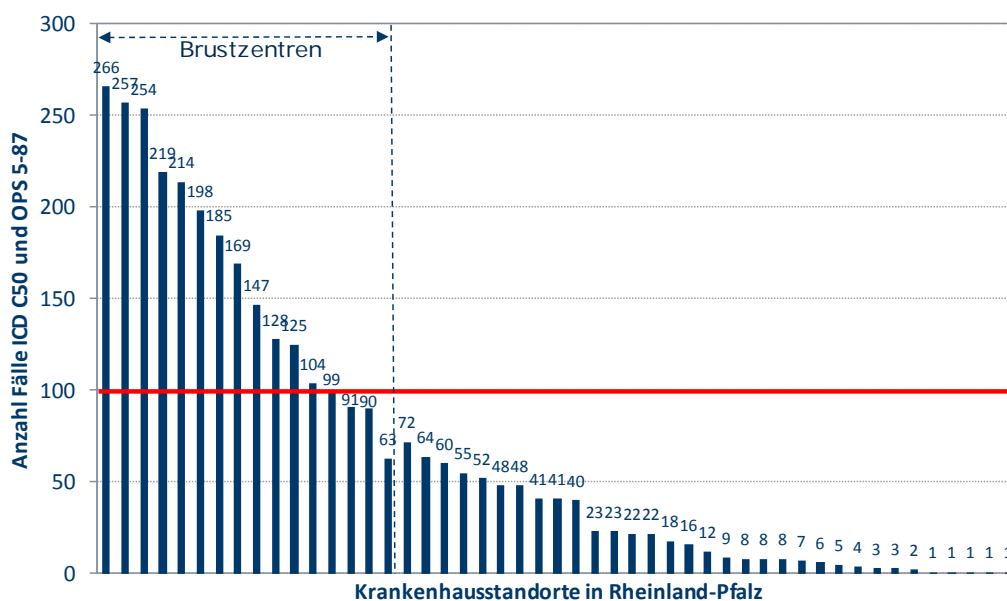


Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes

Für die Zertifizierung als Brustkrebszentrum (Synonym: Brustzentrum) gemäß der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie werden für Erstzertifizierungen/Erweiterungen mindestens 100 Primärfälle angesetzt.⁴² Auch die Spitalplanung in der Schweiz (Kanton Zürich) macht Mindestmengen (auf der Ebene des Operators und der Einrichtung) in der Mammachirurgie zur Voraussetzung für die Erteilung eines Versorgungsauftrags.⁴³

Gegenwärtig gibt es 16 Brustzentren in Rheinland-Pfalz.⁴⁴ Von diesen wiesen vier Zentren im Jahr 2016 weniger als 100 Fälle mit Operationen (OPS 5-87) bei Brustkrebs (ICD C50) auf (**Abbildung 14**). Zwölf Brustzentren wiesen mehr als 100 Fälle auf (Maximum: 256 Fälle), insgesamt wiesen 37 Krankenhäuser weniger als 100 Fälle auf (**Abbildung 14**).

Abbildung 14: Anzahl der vollstationären Krankenhausfälle aufgrund Operationen an der Mamma bei Brustkrebs in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern nach Standorten, 2016.



Quelle: IGES auf Basis der Daten gemäß § 21 KHEntgG

⁴² <http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm>

⁴³

[https://gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/themen/behoerden/spitalplanung/leistungsguppen/aktuelle_leistungsguppen_und_anforderungen/20170831+A>Weitergehende_leistungsspez_Anforderungen_2018.1%20\(1\).pdf.spooler.download.1511421296823.pdf/20170831%2BA>Weitergehende_leistungsspez_Anforderungen_2018.1+%281%29.pdf](https://gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/themen/behoerden/spitalplanung/leistungsguppen/aktuelle_leistungsguppen_und_anforderungen/20170831+A>Weitergehende_leistungsspez_Anforderungen_2018.1%20(1).pdf.spooler.download.1511421296823.pdf/20170831%2BA>Weitergehende_leistungsspez_Anforderungen_2018.1+%281%29.pdf)

⁴⁴ Gemäß www.oncomap.de (Abruf am 23.05.2018)

Neben den Mindestmengen gibt es noch weitere Qualitätsanforderungen an Brustzentren, deren Einhaltung vielfach im Kontext von Zertifizierungen geprüft wird. Die Krankenhausplanung mehrerer Bundesländer (u. a. Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz) und auch die Spitalplanung des Kantons Zürich⁴⁵ rekurren auf die Zertifizierung von Brustzentren und machen sie entweder selbst zur Voraussetzung für einen entsprechenden Versorgungsauftrag oder setzen die Erfüllung aller oder ausgewählter in den Zertifikaten formulierten Anforderungen voraus. So sieht etwa der aktuell gültige rheinland-pfälzische Krankenhausplan⁴⁶ vor, dass ein im Krankenhausplan ausgewiesenes Brustzentrum u. a. mindestens über folgende Ressourcen verfügt:

- ◆ eine Hauptfachabteilung für Gynäkologie,
- ◆ eine internistische Onkologie,
- ◆ eine Strahlentherapie,
- ◆ eine plastische Chirurgie,
- ◆ eine Pathologie,
- ◆ eine Strahlentherapie und
- ◆ ein palliativmedizinisches sowie psychoonkologisches Angebot.

Eine Ausweisung von ausgewählten Brustzentren im Krankenhausplan, welche die o. g. Mindestmengen und Qualitätsanforderungen erfüllen, könnte in Bezug auf die Brustkrebszentren zu einer hinsichtlich der Qualität erforderlichen Konzentration der Leistungserbringung beitragen, wenn weitere Kriterien für eine Zentrumsausweisung (insbesondere die überregionale Bedeutung und die Wahrnehmung überörtlicher und krankenhausübergreifender Aufgaben) erfüllt werden.

6.3.2 Lungenkrebszentren

Der Lungenkrebs (Synonyme: Lungenkarzinom, Bronchialkarzinom) ist bundesweit eine der häufigsten bösartigen Erkrankungen und weist – auch wegen der zunächst unspezifischen Symptome – eine hohe Sterblichkeitsrate auf.

Die Anzahl der vollstationären Krankenhaufälle aufgrund Lungenkrebs (ICD C34) bzw. anatomischer Lungenresektion (OPS 5-323 bis 5-328) bei Patienten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz lag im Jahr 2016 bei 9293 bzw. 802 Fällen.

⁴⁵

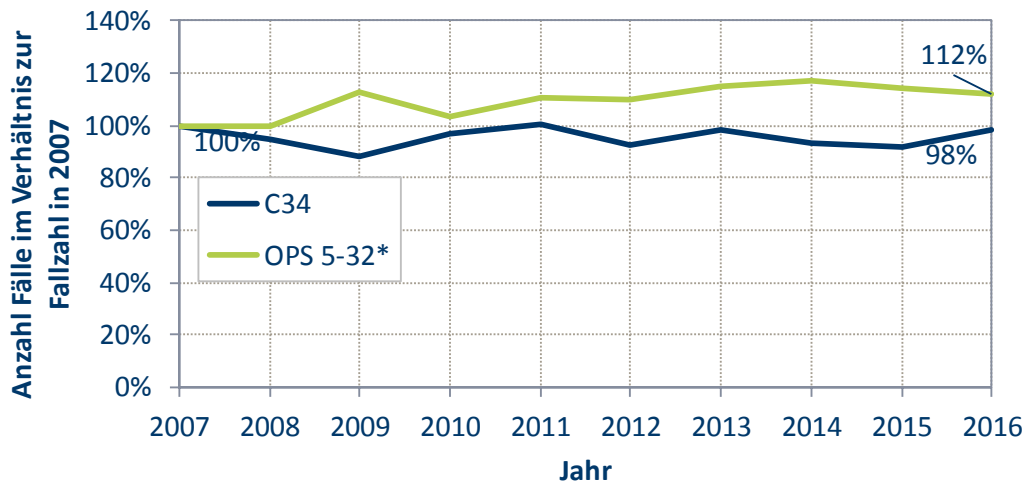
[https://gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/themen/behoerden/spitalplanung/leistungsguppen/aktuelle_leistungsguppen_und_anforderungen/20170831+A>Weitergehende_leistungsspez_Anforderungen_2018.1%20\(1\).pdf.spooler.download.1511421296823.pdf/20170831%2BA>Weitergehende_leistungsspez_Anforderungen_2018.1+%281%29.pdf](https://gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/themen/behoerden/spitalplanung/leistungsguppen/aktuelle_leistungsguppen_und_anforderungen/20170831+A>Weitergehende_leistungsspez_Anforderungen_2018.1%20(1).pdf.spooler.download.1511421296823.pdf/20170831%2BA>Weitergehende_leistungsspez_Anforderungen_2018.1+%281%29.pdf)

⁴⁶

https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/Landeskrankenhausplan_2010-2016.pdf

Die Lungenkrebs-Fallzahlen 2016 sind im Vergleich zu 2007 weitgehend gleichgeblieben (-2 %). Die Fallzahlen mit anatomischen Lungenresektionen dagegen sind um rund 12 % gestiegen.

Abbildung 15: Anzahl vollstationärer Krankenhausfälle aufgrund Lungenkrebs bzw. anatomischer Lungenresektion und mit Wohnort der Patienten in Rheinland-Pfalz, 2007–2016 (Basis: 2007 = 100 %).

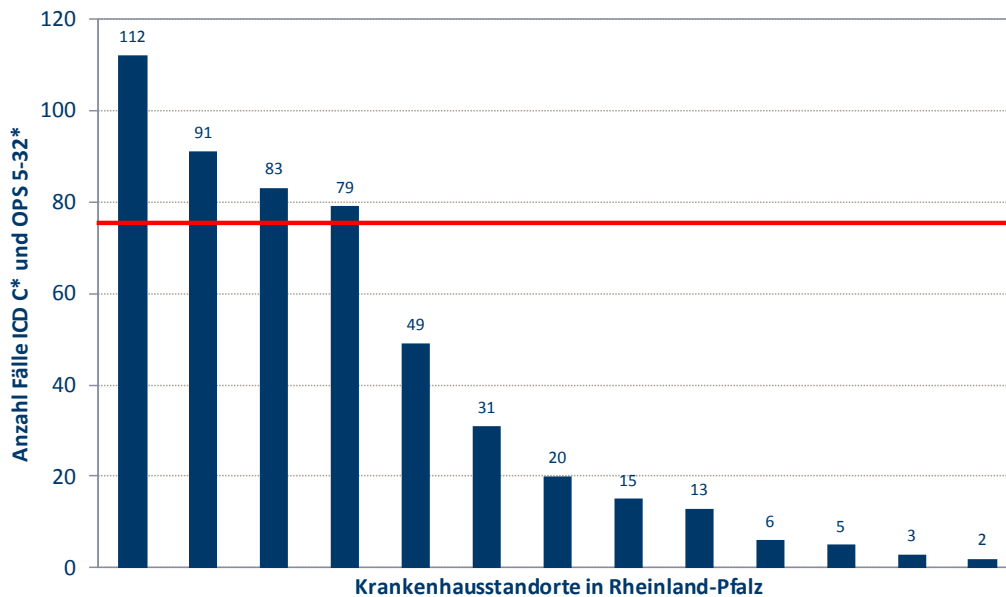


Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes

Die Behandlung von Lungenkrebspatienten ist in Deutschland und Rheinland-Pfalz schon deutlich konzentriert. Doch nur vier der 13 Krankenhausstandorte erreichen – wenn man die Daten gemäß § 21 KHEntgG für das Jahr 2016 als Datengrundlage heranzieht – die Mindestmenge von 75 anatomischen Lungenresektionen bei Patienten mit einer C-Diagnose, die von der DKG im Rahmen der Zertifizierung angesetzt wird (**Abbildung 16**).⁴⁷ Lediglich drei dieser vier Standorte sind auch als Lungenkrebszentrum zertifiziert.

⁴⁷ <http://www.onkozert.de/lungenkrebszentren.htm>

Abbildung 16: Anzahl vollstationärer Krankenhausfälle aufgrund anatomischer Lungenresektion (OPS 5-32*) bei einer Tumorerkrankung und mit Wohnort der Patienten in Rheinland-Pfalz, 2007–2016.



Quelle: Daten gemäß § 21 KHEntgG

Anmerkung: Bei den Diagnosen wurden alle Tumordiagnosen berücksichtigt, nicht nur der Lungenkrebs (C34); folgende OPS-Codes wurden berücksichtigt: 5-323*, 5-324*, 5-325*, 5-326*, 5-328*).

Auch in diesem Leistungsbereich könnte eine Ausweisung von Lungenkrebszentren im Krankenhausplan sinnvoll sein, um die Konzentration und damit auch die Qualität der Leistungserbringung zu befördern. Dies gilt insbesondere, wenn diese Krankenhäuser ein überregionales Einzugsgebiet aufweisen und überörtliche und krankenhausesübergreifende Aufgaben übernehmen.

6.3.3 Stammzelltransplantation-Netzwerk

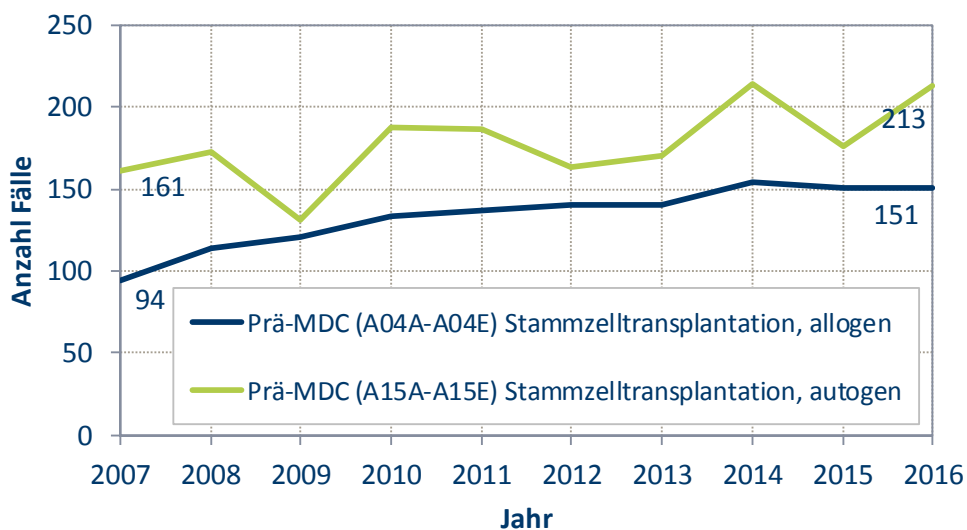
Bei einer Stammzelltransplantation werden primär Blutstammzellen von einem Spender auf einen Empfänger übertragen. Sind Spender und Empfänger identisch, handelt es sich um eine autologe Transplantation, ansonsten um eine allogene Transplantation. Eine Stammzelltransplantation kommt vor allem dann zum Einsatz, wenn eine chemo- oder strahlentherapeutische Behandlung von Leukämien oder Lymphomen nicht (dauerhaft) erfolgreich war oder wenn bei anderen Tumorarten eine hochintensive chemo- oder strahlentherapeutische Behandlung erfolgen muss.

Die Stammzelltransplantation ist eine seltene, hochriskante Intervention. Das primäre Risiko für Patienten mit einer Stammzelltransplantation ist ein immunologisches: Ihre Immunabwehr ist durch die der Transplantation

vorgeschaltete (Radio-)Chemotherapie nahezu völlig zum Erliegen gekommen und das Infektionsrisiko daher für Wochen oder gar Monate sehr hoch. Bei Patienten mit einer allogenen Stammzelltransplantation muss zudem damit gerechnet werden, dass es zu einer Abstoßungsreaktion gegenüber dem Transplantat kommt. Um diese zu vermeiden oder zumindest in ihrer Schwere zu reduzieren, erhält der Patient Immunsuppressiva, wodurch die Infektionsanfälligkeit ebenfalls erhöht wird. Die Patienten müssen daher in den ersten Wochen nach der Transplantation in besonderen Isolierzimmern mit einer speziellen Luftfilteranlage untergebracht werden.

Von 2007 bis 2016 hat die Anzahl der vollstationären Krankenhausfälle mit einer Stammzelltransplantation und Wohnsitz der Patienten in Rheinland-Pfalz deutlich zugenommen: Die Anzahl der allogenen Stammzelltransplantationen ist um 61 % gestiegen, die Anzahl der autologen um 32 % (**Abbildung 17**).

Abbildung 17: Anzahl vollstationärer Krankenhausfälle aufgrund autologer oder allogener Stammzelltransplantation und mit Wohnort der Patienten in Rheinland-Pfalz, 2007–2016.



Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes

In Rheinland-Pfalz gibt es gegenwärtig ein Netzwerk zur Stammzelltransplantation, bestehend aus transplantierenden und nicht transplantierenden Einrichtungen. An diesem Netzwerk nehmen zurzeit die Uniklinik Mainz (zentrale Einrichtung)⁴⁸ sowie die Krankenhäuser Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein gGmbH – Standort Ev. Stift St. Martin Koblenz, Westpfalz-Klinikum GmbH - Standort I Kaiserslautern,

⁴⁸ Die folgende Beschreibung des Netzwerks und seiner Aktivitäten basiert auf einer Darstellung der Uniklinik Mainz im Rahmen eines Gesprächs.

das Klinikum der Stadt Ludwigshafen (transplantierend) und das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Trier (nicht transplantierend) teil. Die Uniklinik Mainz übernimmt innerhalb dieses Netzwerks verschiedene überörtliche und krankenhausesübergreifende Aufgaben, etwa die Unterstützung der peripheren Krankenhäuser bei der Indikationsstellung zu einer Stammzelltransplantation und die Durchführung von regelmäßigen, strukturierten, zentrumsbezogenen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. Darüber hinaus betreibt sie ein zertifiziertes Stammzelllabor, das auch für die übrigen transplantierenden Einrichtungen Dienstleistungen erbringt. Angesichts des hohen Spezialisierungsgrades dieser Versorgung und der geringen Fallzahlen scheint eine Vernetzung der Krankenhäuser sinnvoll.

Für die autologe/allogene Knochenmarkstransplantation und die Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen gibt es eine vom G-BA festgelegte jährliche Mindestmenge von 25 Fällen pro Krankenhaus.⁴⁹ Diese Mindestmenge wurde in Rheinland-Pfalz im Jahr 2016 nur von der Uniklinik in Mainz erreicht (144 Fälle).

Das Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein gGmbH – Standort Ev. Stift St. Martin in Koblenz verfehlte diese Mindestmenge mit 24 Fällen nur knapp, die beiden anderen Kliniken (Westpfalz-Klinikum GmbH - Standort I Kaiserslautern: 12 Fälle laut SQB, 11 Fälle laut den Daten gemäß § 21 KHEntgG; Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH: 10 Fälle laut SQB, 8 Fälle laut den Daten gemäß § 21 KHEntgG) deutlich.

Durch das KHSG wurden die Ausnahmetatbestände, die eine Leistungserbringung auch bei Unterschreiten der in den Mindestmengenregelungen (Mm-R) durch den G-BA festgesetzten Mindestmengen erlauben, neu geregelt. Eine Unterschreitung der Mindestmenge ist demnach bei schon in diesem Versorgungsbereich tätigen Krankenhäusern nur dann zulässig, wenn der G-BA für die Leistung den Ausnahmetatbestand hohe Qualität im Sinne des § 136b Abs. 3 Satz 1 SGB V vorgesehen hat und das Krankenhaus nachgewiesen hat, dass es die vom G-BA in der Anlage zur Mm-R bestimmten Qualitätsanforderungen und Bewertungskriterien erfüllt. Für die bestehenden Mindestmengen zur Stammzelltransplantation hat der G-BA – wie für alle anderen Mindestmengen auch – solche Anforderungen und Qualitätskriterien bisher nicht festgelegt.

Falls kein Weg gefunden werden kann, um die Anforderungen der Mm-R des G-BA zu erfüllen, sollte die Stammzelltransplantation weiter zentralisiert werden. Ggf. könnte dann geprüft werden, ob auch in einem Netzwerk mit einer größeren Zahl von nicht transplantierenden Einrichtungen überörtliche Unterstützungsleistungen (etwa bei der Indikationsstellung und in der Nachsorge)

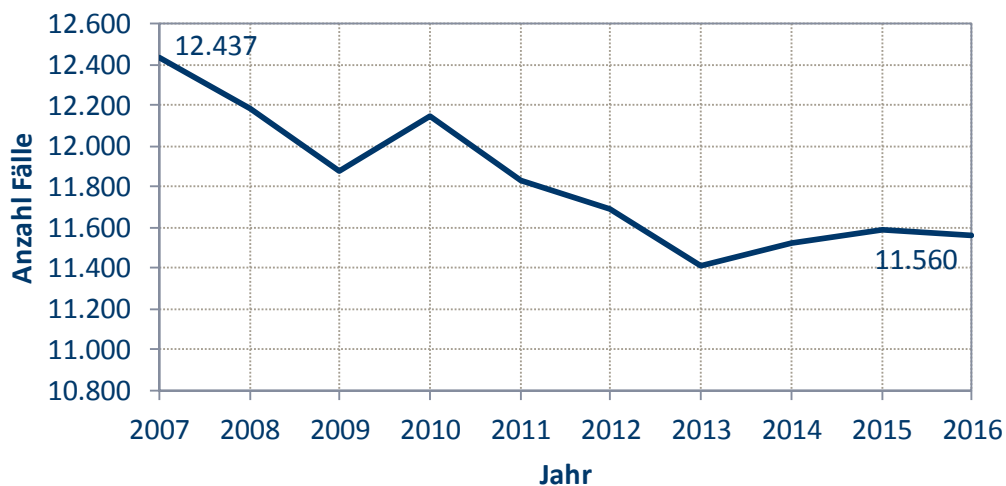
⁴⁹ G-BA Mindestmengenregelungen, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1513/Mm-R_2017-12-06_iK-2018-01-01.pdf. Stationäre Einrichtungen, die ausschließlich Kinder in dem Leistungsbereich „Autologe/allogene Knochenmarkstransplantation und/oder periphere hämatopoetische Stammzelltransplantation“ behandeln, sind von der Mindestmengenregelung nicht betroffen.

erbracht werden könnten, die eine Ausweisung der Uniklinik Mainz als Zentrum rechtfertigen würden.

6.3.4 Herzinfarkt-Netzwerk Rheinland-Pfalz

Der Herzinfarkt ist ein akutes, lebensbedrohliches Ereignis und eine der Haupttodesursachen in Deutschland. Anders als in Deutschland insgesamt (+4 %) ist die Anzahl der vollstationären Krankenhausfälle aufgrund eines akuten Herzinfarkts und mit Wohnort der Patienten in Rheinland-Pfalz von 2007 bis 2016 leicht zurückgegangen (-7 %) (**Abbildung 18**).

Abbildung 18: Anzahl vollstationärer Krankenhausfälle aufgrund akuten Herzinfarkts (ICD I21) und mit Wohnort der Patienten in Rheinland-Pfalz, 2007–2016.



Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes

Die Versorgung von Patienten mit einem akuten Herzinfarkt gehört zu den zentralen Aufgaben der Notfallversorgung von Krankenhäusern. Deren vordringlichstes Ziel bei einem ST-Hebungs-Infarkt (STEMI) ist die schnellstmögliche Revaskularisierung der betroffenen Gefäße (bevorzugt mittels

PCI⁵⁰, um eine weitere Infarktausdehnung zu verhindern: „Time is muscle“). Dazu sollte die Akut-PCI 60 bis spätestens 90 Minuten nach Notrufeingang erfolgen.⁵¹

Die Notfall- und Akutversorgung von Patienten mit einem akuten Herzinfarkt sollte grundsätzlich in spezialisierten Zentren erfolgen. Die Anforderungen an diese Häuser sind an verschiedenen Stellen niedergelegt. Nach Fischer et al. (2016) sind Krankenhäuser dann geeignet für die Versorgung von Patienten mit einem ST-Hebungs-Infarkt, wenn sie über ein Herzkatheterlabor verfügen, welches Interventionen jederzeit (24 h, 7 Tage/Woche) innerhalb von 20 Minuten durchführen kann. Darüber hinaus werden u.a. ein Schnelllabor zur Infarktdiagnostik und eine Intensivstation als erforderlich angesehen. Auch die im Modul „Durchblutungsstörungen am Herzen“ in § 28 der Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V aufgeführten Anforderungen bieten sich für eine Berücksichtigung im Rahmen der Krankenhausplanung an.

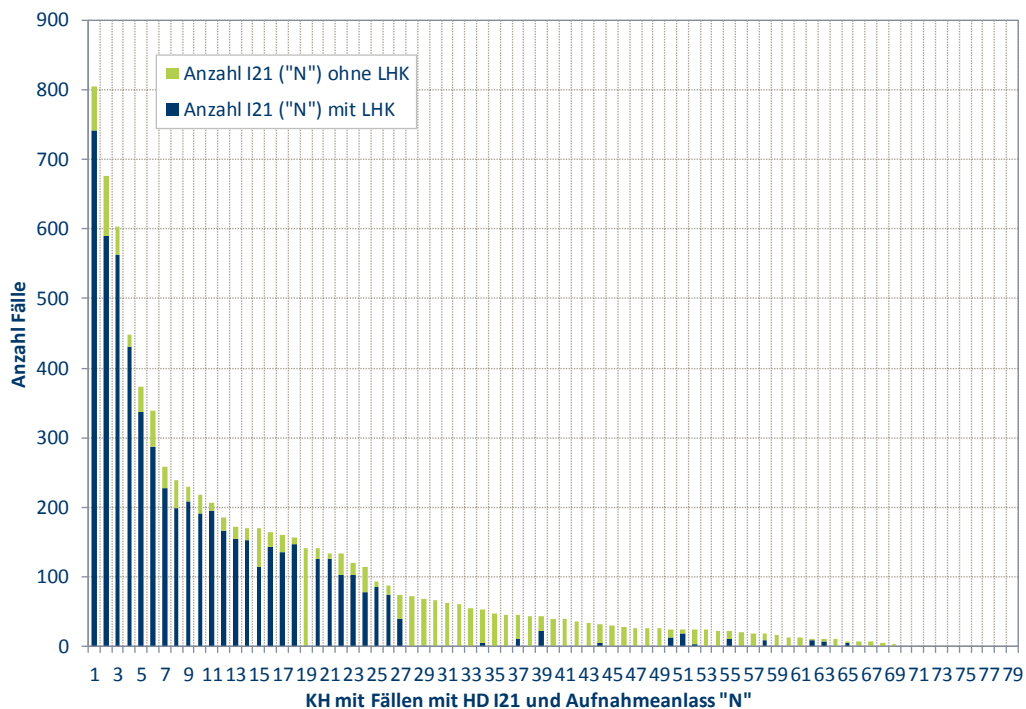
Im Jahr 2016 haben 76 Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz insgesamt 7927 als Notfall aufgenommene Patienten mit einem akuten Herzinfarkt vollstationär behandelt (**Abbildung 19**). Im Median waren dies 44 Fälle je Krankenhaus. 20 Kliniken behandelten weniger als 20 Fälle, 52 Kliniken weniger als 50 Fälle im Jahr 2016, d. h. im Mittel maximal einen Fall pro Woche. Nur fünf Kliniken nahmen im Mittel jeden Tag mindestens einen Herzinfarktpatienten als Notfall auf (373 bis 804 Fälle im Jahr 2016).⁵²

⁵⁰ Die Abkürzung PCI steht für Percutaneous Coronary Intervention, übersetzt: perkutane Koronarintervention. Synonym wird häufig auch die Abkürzung PTCA (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, übersetzt: perkutane transluminale Koronarangioplastie) verwendet.

⁵¹ Vgl. Fischer et al. (2016) Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. Notfall- und Rettungsmedizin 19(5):387–395; verfügbar unter <https://doi.org/10.1007/s10049-016-0187-0>

⁵² Über alle Aufnahmeanlässe hinweg wurden im Jahr 2016 von insgesamt 79 Krankenhäusern 10533 Fälle mit einem akuten Herzinfarkt (ICD I21) in Rheinland-Pfalz behandelt. Im Median waren es 54 Fälle je Krankenhaus.

Abbildung 19: Anzahl der als Notfall aufgenommenen vollstationären Krankenhausfälle aufgrund eines akuten Herzinfarkts (mit und ohne Linksherzkatheter) in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern nach Standorten, 2016.



Quelle: IGES auf Basis der Daten gemäß § 21 KHEntgG

Anmerkung: In dieser Abbildung fehlt eine Einrichtung, die im Jahr 2016 256 Fälle mit der HD ICD I21 kodiert hat, davon aber keinen einzigen mit dem Aufnahmeanlass „N“.

Von diesen 76 Krankenhäusern haben 34 Krankenhäuser keine Linksherzkatheterinterventionen (OPS 1-275, OPS 8-837) bei den notfallmäßig aufgenommenen Herzinfarktpatienten kodiert.⁵³

Unter den 28 Krankenhäusern, die mindestens 20 Linksherzkatheterinterventionen (OPS 1-275, OPS 8-837) bei notfallmäßig aufgenommenen Herzinfarktpatienten kodiert haben, lag der Anteil der notfallmäßig aufgenommenen Herzinfarktpatienten ohne eine solche Intervention zwischen 4 % und 50 % (Mittelwert: 15 %; Median: 12 %).

⁵³ Bei weiteren neun Krankenhäusern lag der Anteil der notfallmäßig aufgenommenen Herzinfarktpatienten, bei denen eine Linksherzkatheterintervention durchgeführt wurde, so niedrig (<20 %), dass – auch angesichts der in diesen Häusern überwiegend sehr geringen Zahl von durchgeführten Linksherzkatheterinterventionen insgesamt – davon ausgegangen werden kann, dass diese Krankenhäuser im Jahr 2016 nicht über ein eigenes Herzkatheterlabor verfügt haben.

Angesichts dieser grundlegenden Auswertungen zur Versorgung von Patienten mit akutem Herzinfarkt wird die Bildung von regionalen Herzinfarktnetzwerken empfohlen.⁵⁴ Die wichtigsten Ziele eines solchen Netzwerkes bestehen darin:

- ◆ die Versorgung von Patienten mit einem akuten Herzinfarkt in spezialisierten Krankenhäuser zu konzentrieren,
- ◆ das Zeitintervall vom Erstkontakt bis zur Reperfusion durch „optimale Strukturfestlegungen zwischen Rettungsdiensten, Notärzten, Leitstellen, Regionalkrankenhäusern und pPCI-Zentren“ zu verkürzen,
- ◆ die Reperfuionsrate zu erhöhen und
- ◆ die klinischen Ergebnisse zu verbessern.⁵⁵

Angesicht der Größe von Rheinland-Pfalz als Flächenland scheint hier – wie etwa auch in Bayern – ein zweistufiger Netzwerkansatz sinnvoll: Mehrere regionale Netzwerke mit jeweils einem regionalen Zentrum schließen sich zu einem landesweiten Netzwerk zusammen, das von einem überregionalen Zentrum koordiniert wird.

Die regionalen, sektorenübergreifenden Netzwerke, die nach Möglichkeit zumindest auf Kreisebene (wenn möglich auch kreisübergreifend) etabliert werden sollten, bestehen aus auf die Notfallversorgung von Patienten mit akutem Herzinfarkt spezialisierten Krankenhäusern, weiteren Krankenhäusern sowie den Akteuren der präklinischen Versorgung (Rettungsdienste, Notärzte, Leitstellen). Die Anzahl der spezialisierten Krankenhäuser sollte so gewählt werden, dass einerseits landesweit eine rechtzeitige Erreichbarkeit dieser Kliniken im Notfall ermöglicht wird, andererseits die Kliniken auch über ausreichende Fallzahlen für eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Versorgung verfügen. Diese Netzwerke sollten auf der Ebene der Versorgungsregionen durch ein zentrales Krankenhaus koordiniert werden. Zu dessen Aufgaben können insbesondere die regionale Adaption und Abstimmung von präklinischen und klinischen Versorgungsstandards, die Durchführung von Schulungsmaßnahmen und die Organisation von Qualitätszirkeln gehören.

Darüber hinaus sollte ein Krankenhaus als Zentrum die landesweite Koordination der regionalen Herzinfarktnetzwerke übernehmen.

Das koordinierende Zentrum auf überregionaler Ebene sollte über eine umfassende Kompetenz in der Versorgung von Herzinfarktpatienten verfügen. Wesentliche überörtliche und krankenhaushübergreifende Funktionen sollten im Netzwerkmanagement, der Schaffung der konzeptuellen Grundlagen für die Arbeit der regionalen Netzwerke, in der Etablierung von Instrumenten zur Sicherung der Versorgungsqualität in der Herzinfarktversorgung (z. B. in Form eines landesweiten

⁵⁴ Vgl. z. B. Fischer et al. (2016), Maier et al. (2014): Empfehlungen zur Organisation von Herzinfarktnetzwerken. *Der Kardiologe* 8:36–44

⁵⁵ Vgl. Maier et al. (2014).

Herzinfarktregisters⁵⁶ oder die Einbindung in überregionale QS-Maßnahmen⁵⁷) liegen. Die Teilnahme an diesen Qualitätssicherungsmaßnahmen sollte für die spezialisierten Krankenhäuser Voraussetzung für die Teilnahme an der Versorgung von Patienten mit akutem Herzinfarkt sein. Auch die präklinische Notfallversorgung sollte verbindlich in diese Qualitätssicherung eingebunden werden.

6.3.5 Schlaganfallnetzwerk TemeS-RLP

Neben der Versorgung von Herzinfarktpatienten ist die Versorgung von Schlaganfallpatienten eine der zentralen Aufgaben der spezialisierten Notfallversorgung.

Als ischämischer Schlaganfall (Synonyme: Apoplex, Hirninsult, Hirninfarkt, Stroke) wird eine plötzlich einsetzende Funktionsstörung des zentralen Nervensystems (ZNS) infolge einer Störung der Blutversorgung des Gehirns bezeichnet. In 10–15 % aller Schlaganfälle ist diese Störung die Konsequenz einer Einblutung ins Gehirn (Hirnblutung) aufgrund einer Gefäßruptur (ICD I60–I62). Die Mehrzahl aller Schlaganfälle wird jedoch durch Minderdurchblutung der großen hirnversorgenden Arterien infolge einer Thrombose oder einer Embolie verursacht (ICD I63). In Bezug auf Mortalität und Morbidität, insbesondere bleibende Behinderungen, sind die Auswirkungen von Schlaganfällen infolge einer Hirnblutung in der Regel wesentlich gravierender.

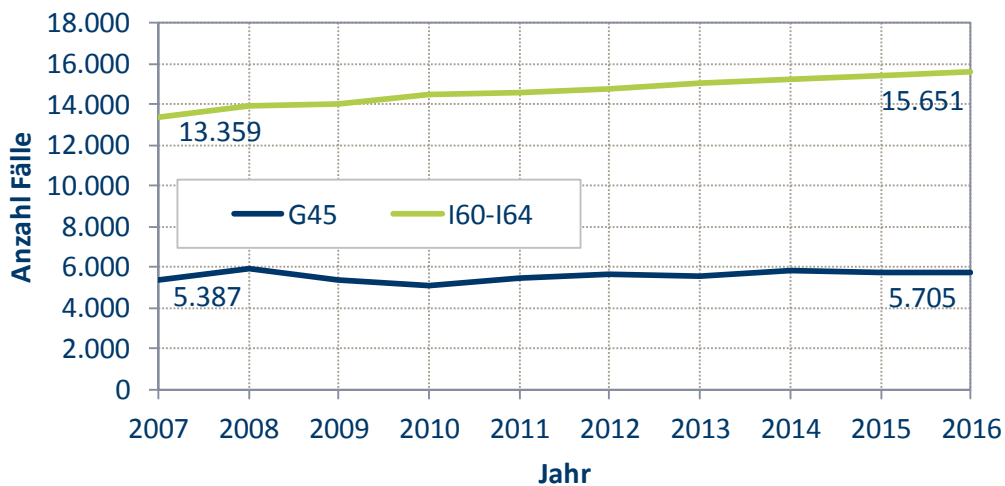
Neben dem „kompletten Schlaganfall“ können auch flüchtige neurologische Ausfälle, sogenannte transitorische ischämische Attacken (TIA), Ausdruck eines (drohenden) Schlaganfalls sein (ICD G45). Diese vorübergehenden neurologischen Störungen ähneln in ihrer Symptomatik dem Schlaganfall (insb. Lähmungen) und sind meist auf eine Mikroembolie im Gehirn zurückzuführen. Per Definition (Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2012) bilden sich die Symptome bei einer TIA jedoch innerhalb von 24 Stunden wieder zurück (durchschnittliche Dauer 1–2 Stunden). Da eine TIA jedoch oft ein Vorbote für einen echten Schlaganfall ist, gilt auch sie als dringend behandlungsbedürftig.

Von 2007 bis 2016 hat die Anzahl der Schlaganfälle in Rheinland-Pfalz um 17 % zugenommen: Im Jahr 2016 wurden insgesamt 15 651 Fälle mit Wohnort der Patienten in Rheinland-Pfalz wegen eines Schlaganfalls im Krankenhaus vollstationär behandelt (**Abbildung 20**).

⁵⁶ In Anknüpfung, wenn möglich, an das Myokard-Infarkt-Register Rheinland-Pfalz (MIR-RLP).

⁵⁷ Zu den Ergebnissen eines solchen Qualitätssicherungsprogramms vgl. z.B. Scholz et al. (2018) Impact of treatment delay on mortality in ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) patients presenting with and without haemodynamic instability: results from the German prospective, multicentre FITT-STEMI trial. *Eur Heart J* 39(13):1065–1074, verfügbar unter <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy004>

Abbildung 20: Anzahl vollstationärer Krankenhausfälle mit Wohnort der Patienten in Rheinland-Pfalz und der Hauptdiagnose ICD G45 oder I60–I64, 2007–2016.



Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes

Jede symptomatische Durchblutungsstörung des Gehirns ist ein akuter medizinischer Notfall, der einer schnellstmöglichen Behandlung bedarf. Wird sie nicht umgehend behoben, führt dies zu einer Unterversorgung der betroffenen Hirnareale mit Sauerstoff und Nährstoffen (insbesondere Glukose), wodurch es zum Absterben der lokalen Nervenzellen in Verbindung mit einem anhaltenden Ausfall von ZNS-Funktionen kommen kann.

Für die Versorgung des akuten Schlaganfalls gelten aktuell insbesondere zwei medizinische Leitlinien: Die S1-Leitlinie „Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls“ (AWMF Registrierungsnummer 030-46; wird zurzeit überarbeitet) und die S2k-Leitlinie „Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls – Ergänzung 2015: Rekanalisierende Therapie“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) (AWMF Registrierungsnummer 030-140). Nach diesen Leitlinien beruht die Akuttherapie des Schlaganfalls u. a. auf den folgenden Prinzipien:

- ◆ Der Schlaganfall ist als medizinischer Notfall anzusehen. Ein für Notfälle ausgelegtes Versorgungs- und Behandlungsnetzwerk sowie regelmäßige öffentliche Aufklärung sind erforderlich.
- ◆ Schlaganfallpatienten sollen in dafür spezialisierten Stroke Units (Schlaganfallstationen) behandelt werden. Dabei wird für die Akutversorgung vielfach zwischen regionalen und überregionalen Stroke Units unterschieden. Seit 2011 können unterhalb der Ebene regionaler Stroke Units auch sogenannte telemedizinisch vernetzte Stroke Units zertifiziert werden.

- ♦ Die unverzügliche Durchführung einer kranialen Computertomografie (cCT) oder ersatzweise einer MRT mit Gradienten-Echo-Sequenz bei akut eingetroffenen Schlaganfallpatienten. cCT gilt als wichtigste apparative Untersuchung bei Schlaganfallpatienten.
- ♦ Die intravenöse Thrombolyse mit rtPA (rekombinantes Tissue-Plasminogen-Aktivator) wird innerhalb eines Zeitfenster bis 4,5 Stunden nach Symptombeginn ohne Altersgrenze empfohlen. Der Vorteil der rtPA-Therapie ist zeitabhängig, die Behandlung sollte daher so schnell wie möglich begonnen werden.
- ♦ Bei Patienten mit einem großen arteriellen Gefäßverschluss im großen Kreislauf wird eine mechanische Thrombektomie bis zu 6 Stunden nach Auftreten der Symptome empfohlen.

Insbesondere die ersten Stunden nach dem Auftreten eines Schlaganfalls entscheiden darüber, wie erfolgreich eine Therapie ist und wie viele Nervenzellen im Gehirn absterben („time is brain“). Nach Fischer et al. (2016) ist eine Prähospitalzeit von maximal 60 Minuten vom Anruf bei der Leitstelle bis zur Übergabe des Patienten an das nächstgelegene geeignete Krankenhaus mit einer Stroke Unit akzeptabel. Hubschraubertransporte sollten besonders in ländlichen Gebieten frühzeitig erwogen werden. Die „door-to-needle-time“ (Zeit vom Eintreffen in der Klinik bis zur Lyse) sollte kürzer als 30 Minuten sein. Auch die mechanische Thrombektomie sollte – so die o.g. S2k-Leitlinie – möglichst rasch nach Indikationsstellung erfolgen. Die Zeit zwischen Eintreffen in der Klinik und Leistenpunktion („door-to-groin-time“) sollte maximal 90 Minuten und die Zeit zwischen Leistenpunktion und Thrombektomiebeginn maximal 30 Minuten betragen.

Wie bei der Herzinfarktversorgung auch verlangt die zeitkritische Behandlung von Schlaganfallpatienten eine effiziente Gestaltung des Behandlungsprozesses sowohl präklinisch als auch innerhalb der Klinik. Um die Schlaganfallversorgung im Rahmen der Krankenhausplanung zu strukturieren, weisen einige Länder spezialisierte Schlaganfalleinheiten in ihrem Krankenhausplan aus oder haben – wie Baden-Württemberg – im Rahmen der Krankenhausplanung eine Schlaganfallkonzeption entwickelt.⁵⁸

In Rheinland-Pfalz wurde – wie in einigen anderen Ländern (z. B. in Hessen⁵⁹ und Baden-Württemberg⁶⁰) auch – ein landesspezifisches QS-Verfahren zur

⁵⁸ Die aktuelle Schlaganfallkonzeption (Stand 2017) ist verfügbar unter https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/Schlaganfallkonzeption_BW.pdf

⁵⁹ Vgl. die entsprechende Seite der Geschäftsstelle Qualitätssicherung in Hessen unter <https://www.gghnet.de/leistungsbereiche/schlaganfall>

⁶⁰ Vgl. die entsprechende Seite der Gesellschaft für Qualitätssicherung im Krankenhaus GeQik unter <http://www.geqik.de/index.php?id=944>

Schlaganfallversorgung etabliert und die relevanten Kliniken zur Teilnahme an diesen Verfahren verpflichtet.⁶¹

Um die Qualität der Schlaganfallversorgung zu steigern und zu sichern, ist aus Sicht der DGN ein auf Notfälle ausgelegtes Versorgungs- und Behandlungsnetzwerk erforderlich.⁶² Fischer et al. (2016) weisen zudem darauf hin, dass die Organisation benachbarter Kliniken in einem Schlaganfallnetzwerk die Versorgungsqualität positiv beeinflusst.

Schlaganfallversorgung und Schlaganfallnetzwerk in Rheinland-Pfalz

Im Jahr 2016 behandelten – den Daten gemäß § 21 KHEntgG zufolge – 80 Kliniken in Rheinland-Pfalz Patienten mit einem Schlaganfall (ICD I60–I64) oder einer TIA (ICD G45) (**Abbildung 21**).⁶³ Im Median kamen auf eine Klinik 41 Fälle mit einer Schlaganfalldiagnose und 17 TIA-Fälle. 15 der 41 Kliniken kodierten maximal 10 Fälle mit einem Schlaganfall. Dagegen wurden in den fünf fallzahlstärksten Kliniken zwischen 814 und 1220 Schlaganfälle kodiert. Der Anteil der Fälle mit TIA an allen Fällen mit Schlaganfall oder TIA variierte zwischen den Kliniken von 0 % bis 67 %⁶⁴ (Median: 29 %). Bei den Schlaganfällen handelte es sich überwiegend (84,2 %) um ischämische Infarkte (ICD I63).

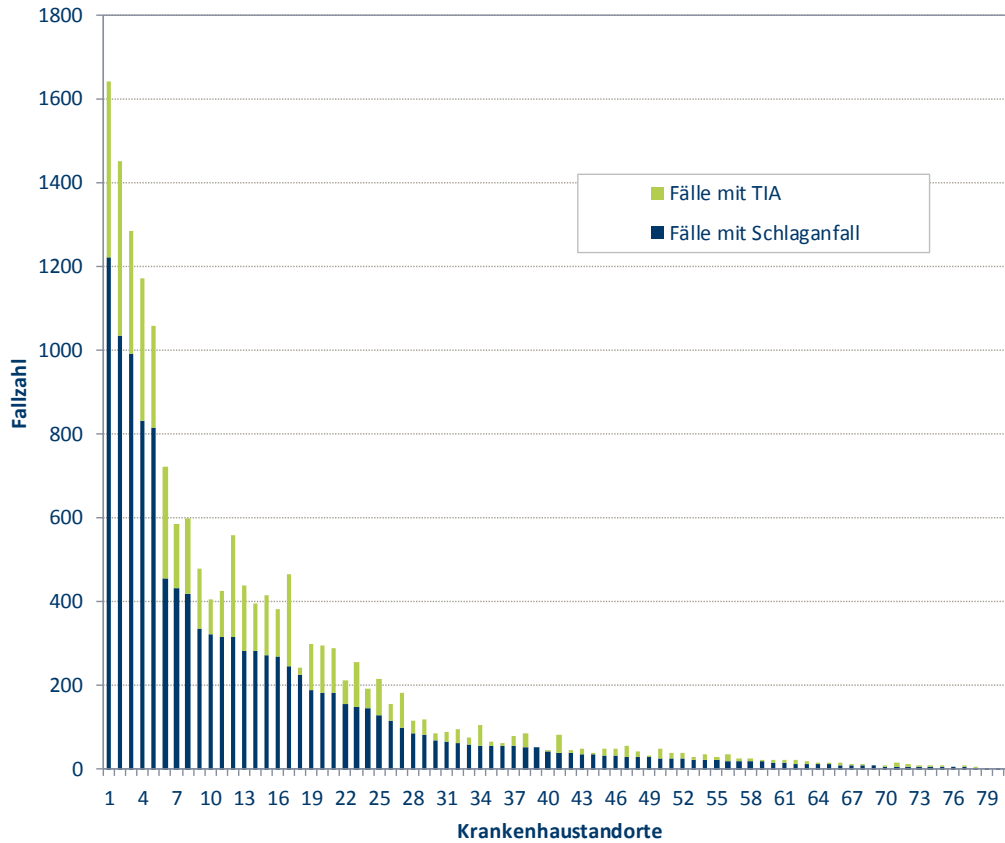
⁶¹ Vgl. die entsprechende Seite der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Rheinland-Pfalz unter <https://www.sqmed.de/schlaganfall.php>

⁶² Vgl. <https://www.dgn.org/leitlinien-online-2012/inhalte-nach-kapitel/2310-II-22-2012-akuttherapie-des-ischamischen-schlaganfalls.html>

⁶³ Dabei wurden nur Patienten berücksichtigt, die nicht aus einem anderen Krankenhaus zuverlegt wurden.

⁶⁴ Dabei wurden nur Kliniken mit mindestens 10 TIA-Fällen berücksichtigt.

Abbildung 21: Anzahl vollstationärer Fälle mit Schlaganfall oder TIA in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern nach Standorten, 2016.

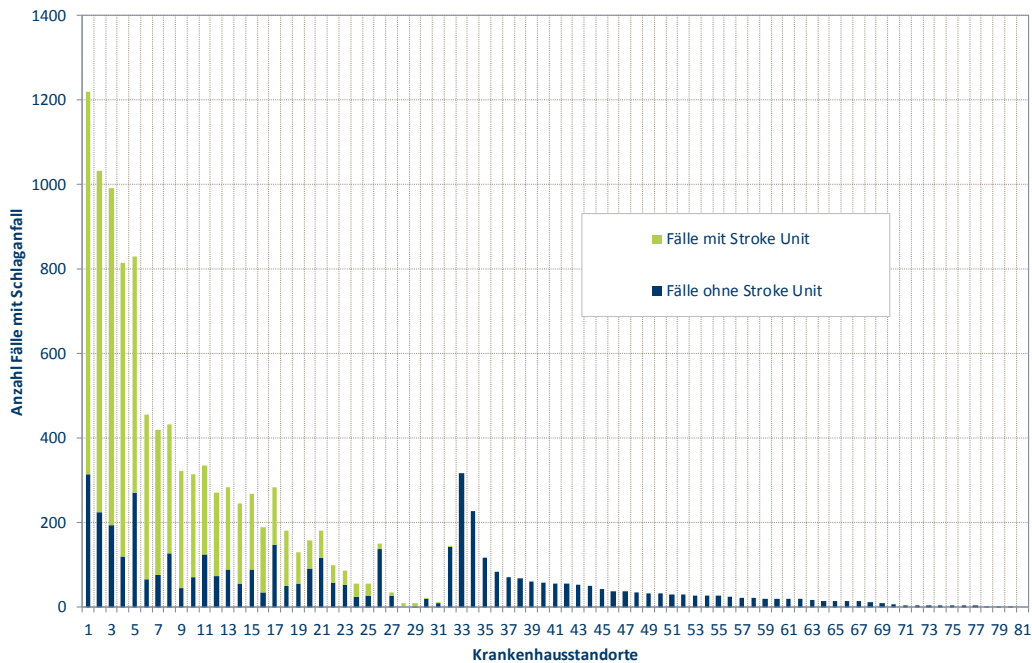


Quelle: IGES auf Basis von Daten gemäß § 21 KHEntgG

Behandlungen in Schlaganfalleinheiten und mit Telekonsil

32 von 80 Kliniken erbachten bei Schlaganfallpatienten (inkl. TIA) eine neurologische Komplexbehandlung gemäß OPS 8-981 bzw. 8-98b im Rahmen einer spezialisierten Schlaganfalleinheit (Stroke Unit) (**Abbildung 22**). Sieben Kliniken davon führten im Jahr 2016 weniger als 20 neurologische Komplexbehandlungen durch.

Abbildung 22: Anzahl vollstationärer Fälle mit Schlaganfall mit bzw. ohne Behandlung in einer Stroke Unit (OPS 8-981, 8-98b) in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern nach Standorten, 2016.



Quelle: IGES auf Basis von Daten gemäß § 21 KHEntgG

Der Anteil der Schlaganfälle, bei denen eine neurologische Komplexbehandlung kodiert wurde, variierte zwischen den Einrichtungen von 0,7 % bis 85,7 %.⁶⁵

Acht der 32 Kliniken kodierten zwischen zwei und 255 neurologische Komplexbehandlungen mit Telekonsil-Dienst (OPS 8-98b.01 bzw. 8-98b.02). Diese acht Kliniken hatten zwischen 181 und 335 Fälle mit Schlaganfall. Während in einer Klinik fast genauso viele Telekonsile kodiert wurden wie Fälle mit Schlaganfall, wurde in anderen Kliniken nur bei einem kleinen Teil aller im Jahr 2016 kodierten Fälle mit Schlaganfall ein Telekonsil durchgeführt.

Durchführung von Interventionen (Lyse und Thrombektomie)

Systemische Lysen bei Patienten mit einem ischämischen Hirninfarkt (ICD I63) wurden in 36 Kliniken durchgeführt, in 15 Kliniken davon nur ein- bis zehnmal. Selektive Thrombolysen in intrakraniellen Gefäßen (OPS 8-836.70) wurden in neun Kliniken kodiert, davon in sieben aber nur ein- bis zehnmal, in zwei weiteren neun- bzw. 18-mal. Thrombektomien bei intrakraniellen Gefäßen (OPS 8-836.80) wurden in insgesamt elf Kliniken kodiert (1- bis 109-mal); davon kodierten sechs Kliniken diese Leistung nur ein- bis sechsmal, die übrigen fünf Kliniken 41- bis 109-mal. Eines der Krankenhäuser, das im einstelligen Bereich selektive Lysen und

⁶⁵ Es wurden nur Kliniken mit mindestens zehn Fällen mit einem Schlaganfall berücksichtigt.

Thrombektomien kodierte, kodierte zugleich Telekonsile (OPS 8-98b.01 oder OPS 8-98b.11).

Die Lyserate reichte in den 33 lysierenden Kliniken mit mindestens 20 Fällen mit ischämischem Schlaganfall⁶⁶ von 2,2 % bis 21,8 %. Sie lag in den sechs fallzahlstärksten Kliniken (mindestens 400 Fälle mit ischämischem Infarkt) mit im Mittel 20,0 % deutlich höher als in den 19 Kliniken mit 100–400 Fällen (im Mittel 12,4 %) und in diesen wiederum deutlich höher als in den Kliniken mit weniger als 100 Fällen, in denen meist gar nicht lysiert wurde (im Mittel 2,8 %).

Gemäß der Schlaganfall-Jahresauswertung 2017 der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Rheinland-Pfalz⁶⁷ behandelten insgesamt 89 Kliniken Patienten mit einer Hauptdiagnose Schlaganfall (ICD I61–I64) bzw. TIA (G45), die eine neurologische Komplexbehandlung des Schlaganfalls oder keine Frührehabilitation erhalten haben. Insgesamt wurden 15 450 relevante Fälle erfasst, davon rund zwei Drittel (65,2 %) mit einem Hirninfarkt und rund 30 % mit einer TIA (ICB: 4,7 %, unspezifisch: 1,1 %). Nur ein Viertel (25,1 %) der Patienten wurde innerhalb von zwei Stunden nach dem Ereignis in ein Krankenhaus aufgenommen, insgesamt 38,7 % innerhalb von 3,5 Stunden.

25 von 36 Kliniken mit mindestens zehn Fällen schafften es, mindestens 60 % ihrer relevanten Patienten in maximal 30 Minuten nach Aufnahme einer ersten Bildgebung zuzuführen.⁶⁸

Von allen Patienten mit ischämischem Infarkt erhielten insgesamt nur 15,3 % eine systemische Thrombolyse. Bei den Fällen, die innerhalb von vier Stunden nach dem Ereignis aufgenommen werden konnten, lag die Lyserate bei 40,6 % (Qualitätsindikator 14b), in der Subgruppe der Patienten zwischen 18 und 80 Jahren und einem mittleren Schlaganfall-Schweregrad (NIHSS 4–25) bei im Mittel 66,3 % (Qualitätsindikator 14a).

Das Ziel, dass die „door-to-needle-time“ in mindestens 80 % der Fälle unter einer Stunde liegt, wurde allerdings nur von einer von 25 Kliniken definitiv⁶⁹ erreicht. Auch das Ziel, Patienten mit einer Indikation zur intraarteriellen Therapie innerhalb von maximal einer Stunde in eine geeignete Einrichtung zu verlegen

⁶⁶ Anteil Patienten im Alter ab 18 Jahren mit Hauptdiagnose ischämischer Schlaganfall (ICD I63) und Behandlung mit systemischer Lyse (OPS 8-020.8) an allen Patienten im Alter ab 18 Jahren mit Hauptdiagnose ischämischer Schlaganfall, ohne Zuverlegung

⁶⁷ Der Bericht ist verfügbar unter https://www.sqmed.de/downloads/rp_Gesamt_Schlaganfall_2017.pdf

⁶⁸ Zu den Kriterien der OPS 8-981 und 8-98b gehört es, dass bei Patienten mit einer Lyseindikation ein CT oder ein MRT innerhalb von 60 Minuten nach Aufnahme durchgeführt wird, sofern diese Untersuchung nicht bereits extern zur Abklärung des akuten Schlaganfalls durchgeführt wurde.

⁶⁹ D.h. die Rate lag in diesem Haus signifikant über der Zielrate von 80 %.

(Qualitätsindikator 26; 48 Fälle), wurde von den meisten Einrichtungen nicht erreicht.⁷⁰

In Rheinland-Pfalz wurde – wie in vielen anderen Regionen in Deutschland auch – mit dem Telemedizinischen Schlaganfallnetzwerk Rheinland-Pfalz (TemeS RLP⁷¹) bereits ein Schlaganfallnetzwerk etabliert. Ziel dieses Netzwerks ist es, Krankenhäusern ohne Stroke Unit oder mit einer nicht neurologisch geführten Stroke Unit ein neurologisches Konsil zu ermöglichen und so die Rate an systemischen Lysen zu steigern und frühzeitig Patienten zu identifizieren, die von einer invasiven Schlaganfallbehandlung in einem überregionalen Zentrum profitieren könnten.

Sechs zentrale Schlaganfalleinheiten (zum Teil als regionale, zum Teil als überregionale Stroke Unit zertifiziert) bieten rund um die Uhr teleneurologische Konsile für gegenwärtig neun dezentrale Kliniken (überwiegend nicht zertifiziert) an. Darüber hinaus werden von den zentralen Schlaganfalleinheiten Weiterbildungsmaßnahmen angeboten. Insofern erfüllen die zentralen Schlaganfalleinheiten auch überörtliche bzw. krankenhausübergreifende Aufgaben. Im Jahr 2016 erfolgte bei 1646 von 15450 Patienten (10,7 %) eine telemedizinische Beratung mit Videokonferenz; davon wurden 124 Patienten (7,5 %) im Anschluss an die Beratung verlegt, überwiegend zu einer Katheterintervention. Der weitaus größte Teil der Patienten, bei denen eine telemedizinische Beratung erfolgte, lag in regionalen Stroke Units, nur 17 % in Krankenhäusern ohne Stroke Unit.

Folgerungen für die Ausgestaltung und Ausrichtung des Schlaganfallnetzwerks

Angesichts des schon bestehenden Netzwerks und der oben beschriebenen Versorgungssituation sollten Maßnahmen ergriffen werden, um die akute Versorgung von Schlaganfallpatienten stärker in spezialisierten Krankenhäusern zu konzentrieren und die Versorgungsprozesse sektorenübergreifend im Rahmen eines Schlaganfallnetzwerks zu optimieren.

Wo dezentrale Einrichtungen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung in die Schlaganfallversorgung eingebunden werden müssen, die nicht die Anforderungen an eine Stroke Unit erfüllen, sollten diese jedenfalls dazu in der Lage sein, die in den OPS 8-981 und 8-98b spezifizierten Transportzeiten in die

⁷⁰ Die Kodierung der OPS 8-981 und 8-98b setzt voraus, dass der Transport von Schlaganfallpatienten in ein anderes Krankenhaus zu neurochirurgischen und neuroradiologischen Eingriffen innerhalb von 30 Minuten (notfalls per Hubschrauber) erfolgen kann. Das Bundessozialgericht (BSG) hat in einer aktuellen Entscheidung das Intervall, auf das sich die 30-Minuten-Frist bezieht, neu definiert und dadurch die Anforderungen an die Krankenhäuser deutlich erhöht; vgl. dazu den Terminbericht des BSG Nr. 28/18 zur gesetzlichen Krankenversicherung vom 20.06.2018. Ob diese Neudefinition, die potenziell erhebliche Auswirkungen auf die flächendeckende Schlaganfallversorgung hat, von Bestand sein wird, bleibt abzuwarten.

⁷¹ Vgl. zum Folgenden <http://www.temes-rlp.de>

nächste Schlaganfalleinrichtung mit neurochirurgischen und interventionell-radiologischen Behandlungsangeboten zu gewährleisten.

Die zentralen Schlaganfalleinheiten können als Zentren ausgewiesen werden. Sie sollten grundsätzlich die Anforderungen erfüllen und Aufgaben übernehmen, die in den entsprechenden Zertifizierungen der DSG formuliert werden.⁷² Dazu gehören etwa:

- ◆ abgestimmte Behandlungspfade,
- ◆ die Zertifizierung der beratenden Zentren möglichst als überregionale Stroke Unit und das Vorhalten einer interventionellen (Neuro-)Radiologie und Neurochirurgie,
- ◆ der Einsatz besonders erfahrener beratender Ärzte,
- ◆ verbindliche Indikationen für ein Telekonsil,
- ◆ regelmäßige Fortbildungen in den Satelliten,
- ◆ eine 24/7-Verfügbarkeit des Telekonsils und
- ◆ eine angemessene technische Ausstattung.

Ergänzung: Neurovaskuläres Netzwerk

Über ein Schlaganfallnetzwerk, das auf die Verbesserung der Versorgung des (ischämischen) Schlaganfalls auch im ländlichen Raum abzielt, hinaus erscheint es sinnvoll, die Grundstruktur eines Schlaganfallnetzwerks auch zu nutzen, um andere – deutlich seltenere, aber oft ebenso schwerwiegende – Erkrankungen der zerebralen Gefäße (z. B. Hirnblutungen, Aneurysmen und andere Gefäßfehlbildungen, Thrombosen oder Dissektionen) durch die Etablierung von Therapiestandards und Zuweisungskriterien sowie einer teleradiologischen Infrastruktur ebenfalls flächendeckend qualitativ hochwertig behandeln zu können. Dies setzt gemäß den Zertifizierungskriterien der DGN ein neurovaskuläres Zentrum⁷³ voraus, das zusätzlich zur neurologischen Kompetenz über umfassende Kompetenzen und Erfahrung insbesondere bei neurochirurgischen und neuroradiologischen Interventionen sowie über eine eigene Gefäßchirurgie verfügt. Entsprechend dem o.g. Erkrankungsspektrum können neben Einrichtungen mit Stroke Units auch neurologische und geriatrische Rehabilitationskliniken sowie in Ausnahmefällen auch Kliniken ohne Stroke Unit zum neurovaskulären Netzwerk gehören. Die besondere Kompetenz des Zentrums

⁷² Vgl. die „Zusatzkriterien für Tele-Stroke-Units“ und den „Fragebogen Telemedizin-Beratungszentren“ im Anhang zu den Stroke-Unit-Zertifizierungsbögen; verfügbar unter <http://www.dsg-info.de/stroke-units/zertifizierungsantraege--zertifizierungskriterien.html>

⁷³ Vgl. dazu Busse et al. (2013) Interdisziplinäres neurovaskuläres Netzwerk. Eine neue Struktur zur Versorgung von Schlaganfällen und anderen Hirngefäßkrankungen in Deutschland. Nervenarzt, verfügbar unter https://www.dsg-info.de/images/stories/DSG/PDF/Nachrichten/2013/Interdisziplinäeres-neurovaskulaeres-Netzwerk_Nervenarzt2013.pdf

muss über eine besondere Qualifikation des Personals und die Erfüllung von Mindestmengen nachgewiesen werden. So verlangt die Zertifizierung zum Neurovaskulären Zentrum vier zertifizierte interventionelle Neuroradiologen, je zwei mit einer Modul-E-Zertifizierung und zwei mit einer Modul-F-Zertifizierung nach DeGIR/DGNR.⁷⁴ Das hier relevante Modul F umfasst gefäßeröffnende Neuro-Interventionen (PTA/Stent der extrakraniellen supraaortalen Arterien, PTA/Stent der intrakraniellen Arterien, mechanische Rekanalisation beim Schlaganfall, lokale Lyse beim Schlaganfall). Zur Erlangung des Zertifikats müssen davon mindestens 100 Interventionen selbständig durchgeführt werden, davon mindestens 30 intrakranielle mechanische Interventionen.⁷⁵ Auch für die Einrichtung insgesamt werden Mindestmengen diskutiert.⁷⁶

6.3.6 Versorgung von Patienten mit Strahlenschäden

Besondere Vorhaltungen sind auch für die Versorgung von Patienten mit Strahlenschäden erforderlich. Solche Schäden sind normalerweise extrem selten. So wurden im Jahr 2016 für Patienten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz nur sieben vollstationäre Krankenhausfälle aufgrund einer Strahlenkrankheit (ICD T66) dokumentiert. Die vorzuhaltenden Kapazitäten müssen aber auch auf einen Unfall in einem deutschen Kernkraftwerk, in einem Kernkraftwerk im grenznahen Ausland oder einen terroristisch motivierten Anschlag hin ausgelegt werden. Die Versorgung von Patienten mit einer akuten Strahlenkrankheit (Synonym: ARS [Acute Radiation Syndrome]) setzt aber je nach dem strahlendosisabhängigen Schweregrad der Erkrankung die Vorhaltung einer besonderen Ausstattung, von besonders qualifiziertem Personal⁷⁷ und zudem die Kooperation mit anderen

⁷⁴ Deutsche Gesellschaft für interventionelle Radiologie und Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie

⁷⁵ <https://www.degir.de/de-DE/2725/stufe-2/>

⁷⁶ Die Joint Commission verlangt für die Zertifizierung von „Thrombectomy-Capable Stroke Centers“ eine Mindestmenge von jährlich 15 mechanischen Thrombektomien bei Patienten mit ischämischem Schlaganfall, vgl. https://www.jointcommission.org/assets/1/18/Minimum_Thrombectomy_Volumes_Added_for_CSC_Eligibility.pdf. Angesichts der Pflicht zu einer 24/7-Vorhaltung der Operationskapazitäten wird diese Mindestmenge aber z.T. als zu niedrig angesehen. So empfehlen English JD et al. (2016; Mechanical Thrombectomy-Ready Comprehensive Stroke Center Requirements and Endovascular Stroke Systems of Care: Recommendations from the Endovascular Stroke Standards Committee of the Society of Vascular and Interventional Neurology [SVIN]. *Interv Neurol* 4:138–150; verfügbar unter <https://doi.org/10.1159/000442715>) eine Mindestmenge von 25–30 Fällen jährlich.

⁷⁷ Vgl. dazu etwa Schneider R, Reiners Ch. (2010) German Hospital Database – Allocation of Patients to appropriate Hospitals. *Health Physics* 98(6):799–803; Strahlenschutzkommission (2018) Erforderliche medizinische Kapazitäten für die Versorgung und Betreuung der Bevölkerung im radiologischen und nuklearen Notfall – Ausbildungsqualifikation – Empfehlung der Strahlenschutzkommission; verfügbar unter https://www.ssk.de/SharedDocs/Beratungsergebnisse_PDF/2017/2017-09-25_Empf%20Strahlennotfallmanagement.pdf?blob=publicationFile; Strahlenschutzkommission (2017) Erforderliche medizinische Kapazitäten für die

Einrichtungen und Krankenhäusern voraus. Verbindliche Mindestanforderungen an die strukturellen, personellen und apparativen Anforderungen solcher Einrichtungen existieren in Deutschland jedoch noch nicht; die Strahlenschutzkommission (2017) empfiehlt die Definition solcher Mindestanforderungen. Diese Anforderungen an die Einrichtungen sollten eingebettet sein in ein umfassendes Versorgungskonzept. Die Erarbeitung eines solchen – ggf. auch bundeslandübergreifend – gestuften Versorgungskonzepts (insbesondere Notfallstationen,⁷⁸ allgemeine Krankenhäuser, regionale und überregionale Strahlenkompetenzzentren⁷⁹) für das Screening und die (stationäre) Behandlung von Patienten mit Strahlenschäden sollte in Abstimmung mit dem für den Katastrophenschutz zuständigen Ministerium des Inneren und für Sport erfolgen.⁸⁰ Auf Basis eines solchen Konzepts kann auch die Ausweisung eines entsprechenden Zentrums in Rheinland-Pfalz sinnvoll sein.

6.4 Zusammenfassung

Ein Krankenhaus sollte mit einem bestimmten Versorgungsangebot (z. B. Stammzelltransplantation) als Zentrum ausgewiesen werden, wenn:

- ◆ dieses Versorgungsangebot Teil seines Versorgungsauftrags ist,
- ◆ das Krankenhaus von überregionaler Bedeutung ist, d. h. als Schwerpunkt- oder Maximalversorger ausgewiesen ist und in dem relevanten Versorgungsbereich einen erheblichen Anteil der Patienten aus einem überregionalen Einzugsgebiet (mindestens 25 % der Fälle mit mindestens 30 Minuten rechnerischer Fahrzeit mit dem Pkw) rekrutiert,
- ◆ das Krankenhaus die für das Versorgungsangebot einschlägigen Qualitätsanforderungen erfüllt (nachzuweisen insbesondere durch das Erreichen von Mindestmengen oder eine Zertifizierung),

Versorgung und Betreuung der Bevölkerung im radiologischen und nuklearen Notfall. – Empfehlung der Strahlenschutzkommission; verfügbar unter [https://www.ssk.de/SharedDocs/Beratungsergebnisse_PDF/2017/2017-03-23%20Medizinischer%20Notfallschutz.pdf? blob=publicationFile](https://www.ssk.de/SharedDocs/Beratungsergebnisse_PDF/2017/2017-03-23%20Medizinischer%20Notfallschutz.pdf?blob=publicationFile)

⁷⁸ Vgl. zu den Notfallstationen die von der Innenministerkonferenz herausgegebenen Rahmenempfehlungen zu Errichtung und Betrieb von Notfallstationen (verfügbar unter https://www.innenministerkonferenz.de/IMK/DE/termine/to-beschluesse/14-12-11_12/anlage4zu34.pdf? blob=publicationFile&v=2)

⁷⁹ Die aus Sicht des Landes Rheinland-Pfalz nächstgelegenen regionalen Strahlenschutzzentren liegen in Homburg/Saar und in Eggenstein-Leopoldshafen (Karlsruher Institut für Technologie).

⁸⁰ So ist gemäß den Rahmenempfehlungen für den Katastrophenschutz in der Umgebung kerntechnischer Anlagen (verfügbar unter https://www.ssk.de/SharedDocs/Beratungsergebnisse_PDF/2015/Rahmenempfehlungen_Katastrophenschutz.pdf? blob=publicationFile) den besonderen Katastrophenschutzplänen eine Übersicht über geeignete medizinische Einrichtungen beizufügen.

- ◆ das Krankenhaus aufgrund der geringen Häufigkeit der Erkrankung (Maßstab: Klassifikation als seltene Erkrankung) besondere Vorhaltekosten hat und
- ◆ das Krankenhaus überörtliche und krankenhausesübergreifende Aufgaben in nachweisbarem Umfang für eine hinreichende Anzahl von Krankenhäusern (mindestens vier) erbringt.

Von den diskutierten Versorgungsbereichen wird insbesondere in der Notfallversorgung (hier: Herzinfarkt und Schlaganfall) die Notwendigkeit von durch Zentren gesteuerten Versorgungsnetzwerken gesehen. Auch in den beiden „kleinen“ Versorgungsbereichen (Stammzelltransplantation und Strahlenschäden) scheint eine Zentrumsausweisung insbesondere aufgrund der Vorhaltekosten sinnvoll, insoweit die Anforderungen an die Seltenheit der Erkrankung bzw. des Behandlungsaufkommens gegeben sind; aber auch hier können die Zentren bedeutende überörtliche und krankenhausesübergreifende Aufgaben übernehmen. In der Versorgung von Brust- und Lungenkrebspatienten scheint eine weitere Konzentration der Leistungserbringung auf besonders qualifizierte Einrichtungen sinnvoll; dies kann ggf. auch durch die Vorgaben von Qualitäts-/Mindestmengenanforderungen erreicht werden.

7. Die Berücksichtigung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im Rahmen der Krankenhausplanung

7.1 Grundlagen der Stationsäquivalenten Behandlung

Mit dem PsychVVG wurde die Rechtsgrundlage für eine formal neue Behandlungsform für psychisch kranke Menschen eingeführt. Der die Krankenhausbehandlung regelnde § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V wurde dahingehend ergänzt, dass die Krankenhausbehandlung nicht nur vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht werden kann, sondern auch stationsäquivalent. Die stationsäquivalente Behandlung (StäB) umfasst gemäß § 39 Abs. 1 Satz 4f. SGB V eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile, fachärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams und entspricht hinsichtlich der Inhalte, der Flexibilität sowie der Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.

Gemäß § 115d Abs. 1 SGB V können psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung anstelle einer vollstationären Behandlung auch eine StäB im häuslichen Umfeld erbringen. Dabei hat der Krankenhausträger sicherzustellen, dass die erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte sowie die notwendigen Einrichtungen bei Bedarf zur Verfügung stehen. In geeigneten Fällen kann das Krankenhaus auch an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer oder ein anderes zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigtes Krankenhaus mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen.

Die Selbstverwaltung hat gemäß § 115d Abs. 2 SGB V in der Vereinbarung vom 01.08.2017 die Anforderungen an die Dokumentation, die Qualität der Leistungserbringung und an die Beauftragung von anderen Leistungserbringern formuliert. Darüber hinaus wurde – auf Gesetz und Vereinbarung aufbauend – ein OPS-Code für die Verschlüsselung der Leistungserbringung bei Erwachsenen (OPS 9-701 „Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung *bei Erwachsenen*“) und für die Leistungserbringung bei Kindern und Jugendlichen (OPS 9-801 „Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung *bei Kindern und Jugendlichen*“) definiert. Zentrale Festlegungen bzw. Anforderungen an die StäB sind:

- ◆ Die StäB ist eine Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld durch mobile, fachärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams, deren Zusammensetzung in den OPS-Codes näher geregelt wird.
- ◆ Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.
- ◆ Obwohl die StäB (primär) im häuslichen Umfeld stattfindet, setzt sie eine vollstationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit voraus, die gemäß

§ 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V nur dann gegeben ist, wenn das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

- ◆ Die Entscheidung, ob die Krankenhausbehandlung vollstationär oder stationsäquivalent im häuslichen Umfeld erfolgt, obliegt allein dem Krankenhaus. Entscheidungsleitend muss sein, auf welche Weise das Therapieziel bei einem Patienten am ehesten zu erreichen ist.
- ◆ Ein Krankenhaus darf nicht mehr als die Hälfte der StäB per Beauftragung an Dritte delegieren.
- ◆ Es muss im Regelfall mindestens eine ärztliche Visite pro Woche und mindestens täglich einen direkten Patientenkontakt durch ein Teammitglied im häuslichen Umfeld geben.
- ◆ Es besteht werktags Rufbereitschaft mindestens eines Teammitglieds im Rahmen des üblichen Tagesdienstes.
- ◆ Es besteht 24/7 eine ärztliche Eingriffsmöglichkeit durch das Krankenhaus.
- ◆ Das Krankenhaus muss bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung des Patienten umgehend in der Lage sein, ihn vollstationär aufzunehmen.

Schon die Diskussionen und Rechtsstreitigkeiten zur (vollstationären) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit in Abgrenzung zu anderen Formen der Krankenhausbehandlung, zur ambulanten Behandlung im vertragsärztlichen Sektor und zu anderen Formen der psychiatrischen Versorgung lassen erwarten, dass die Fragen der primären und sekundären „Fehlbelegung“ auch in und wegen der StäB noch Gegenstand intensiver Diskussionen sein werden.

Nichtsdestotrotz: Schon aus der Vereinbarung und den OPS-Codes lassen sich einige mögliche Einschlusskriterien für die StäB ableiten:

- ◆ Die vollstationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit muss gegeben sein.
 - ◆ Das Behandlungsziel muss durch StäB eher zu erreichen sein als durch vollstationäre Behandlung.
 - ◆ Das häusliche Umfeld muss eine adäquate Behandlungsdurchführung zulassen.
 - ◆ Faktoren und Personen im häuslichen Umfeld dürfen dem Erreichen des Behandlungsziels nicht entgegenstehen. Zu diesen Faktoren sollen gemäß § 3 Abs. 3 der Vereinbarung zur StäB insbesondere eine drohende Kindeswohlgefährdung und die fehlende Möglichkeit zum therapeutischen Vier-Augen-Gespräch gehören.
-

- ◆ Alle im selben Haushalt lebenden volljährigen Personen müssen der StäB zustimmen (§ 4 der StäB-Vereinbarung). Bei Patienten, welche in einer stationären Pflegeeinrichtung oder einer stationären Jugendhilfeeinrichtung leben, ist die Zustimmung der Einrichtung einzuholen.
- ◆ Sofern im Haushalt der psychisch kranken Person minderjährige Kinder leben, ist das Kindeswohl bei der Entscheidung zur StäB zu berücksichtigen.
- ◆ Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat Auslegungs- und Umsetzungshinweise zur StäB (Stand: 19.12.2017) veröffentlicht.

Bezüglich der Festlegung des „häuslichen Umfelds“ als Behandlungsort weist die Deutsche Krankenhausgesellschaft darauf hin, dass dies nur der *primäre* Behandlungsort sein könne und eine ausschließliche Behandlung des Patienten im häuslichen Umfeld der Intention des Gesetzgebers widerspreche. Dabei stellt sie aber primär auf andere Orte außerhalb des Krankenhauses ab. Es ist jedoch auch nicht auszuschließen, dass auch StäB-Patienten im Kontext ihrer Behandlung zumindest zeitweise auch stationär betreut werden müssen: sei es zur initialen Diagnostik⁸¹ und Therapie oder zur – im OPS-Code angesprochenen – stationären Behandlung bei akuter Verschlechterung ihres Zustands.⁸²

7.2 Eignung von Patienten für eine StäB

Bezüglich der Frage, bei welchen Patienten das Therapieziel eher durch eine StäB im häuslichen Umfeld als durch eine vollstationäre Krankenhausbehandlung erreicht werden kann, vertritt die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Position, dass Patienten mit behandlungsbedürftigen Begleiterkrankungen eher nicht für eine StäB geeignet sein dürften, insbesondere wenn eine Begleiterkrankung eine intensive Überwachung eines Patienten erfordert.⁸³

⁸¹ So etwa das Vorgehen im Pfalzkrankenhaus; vgl. https://www.zfp-web.de/fileadmin/Freigabe_ZfP_Suedwuerttemberg/Dokumente/Anhaenge_Veranstaltungen/2018/Staeb_Tagung_Z/Workshop_1_Erfahrungen_Klingenmueenster.pdf

⁸² Grundsätzlich erfordert diese ständige Aufnahmebereitschaft auch die Vorhaltung eines bestimmten Bettenkontingents; so auch der Marburger Bund in seiner Stellungnahme zum Gesetzesentwurf PsychVVG (https://www.bundestag.de/blob/459782/c42bed86b656cf7fbfb739a0cedefaf2/18_14_19_7_5_marburgerbund-data.pdf). Die Deutsche Krankenhausgesellschaft vertritt jedoch in ihren Umsetzungshinweisen die Ansicht, dass – um der Verpflichtung zur vollstationären Aufnahme bei Verschlechterung des Gesundheitszustands von StäB-Patienten Genüge zu tun – kein Bett freigehalten werden müsse.

⁸³ Die DKG weist darauf hin, dass das BMG der Argumentation der DRK jedoch nicht gefolgt ist. Vgl. dazu die Umsetzungshinweise unter https://www.dkgev.de/media/file/70211.Anlage_2_Umsetzungshinweise_stationaerquivalente_Behandlung.pdf

Bezüglich der Eignung des häuslichen Umfelds weist die Deutsche Krankenhausgesellschaft weiter darauf hin, dass bei einigen Patienten gerade die Herausnahme aus dem häuslichen Umfeld (etwa bei Opfern häuslicher Gewalt) eine stationäre Aufnahme notwendig machen könne.

Über diese Ausführung der Deutschen Krankenhausgesellschaft hinaus können im Hinblick auf die Frage, ob das Behandlungsziel eher durch eine vollstationäre Behandlung oder durch eine StäB erreicht werden kann, Kriterien herangezogen werden, die bisher auch schon für die Wahl zwischen vollstationären und ambulanten Behandlungsformen in der Psychiatrie verwendet werden. Denkbar sind hier beispielsweise:

- Es darf keine vitale Gefährdung durch somatische Erkrankungen vorliegen.
- Es darf keine Selbstgefährdung (aufgrund von Suizidalität, fehlender Orientierung, Realitätsverkennung) und Fremdgefährdung vorliegen.
- Sucht-Patienten müssen abstinentfähig sein.

Darüber hinaus gibt es noch ein weiteres Merkmal des Patienten, das zwar nicht seine medizinische Eignung für eine StäB betrifft, wohl aber die Möglichkeit der Klinik, ihn auch im Rahmen einer StäB behandeln zu können: Die Entfernung des Patientenwohnorts von der Klinik. Mit zunehmender Entfernung wird die Neigung der Klinik sinken, den Patienten eher im Rahmen der StäB anstatt vollstationär zu behandeln. Das Pfalzkrankenhaus Klingenmünster nennt in diesem Kontext als Ausschlusskriterium eine Entfernung des Wohnorts von der Klinik von mehr als 10 km.⁸⁴ Dies würde die Anzahl der für eine StäB infrage kommenden Patienten deutlich reduzieren.

Für eine quantitative Bewertung der einzelnen Kriterien fehlt nicht nur die Datengrundlage. Es kommt hinzu, dass einige Kriterien noch nicht hinreichend scharf definiert sind. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist jedoch davon auszugehen, dass nur ein kleiner Teil der vollstationär behandelten Patienten für eine StäB geeignet ist. Geht man davon aus, dass die StäB die vollstationäre Behandlung auch im Einzelfall nicht vollständig ersetzen kann, dürfte der sich aus Fallzahlen und Verweildauern errechnende Bettenbedarf in noch geringerem Umfang sinken.

7.3 Klinikbezogene Faktoren, welche die Umsetzung der StäB beeinflussen

Doch selbst wenn ein solches – noch nicht verlässlich bezifferbares – Patientenpotenzial für eine StäB grundsätzlich vorhanden ist, bedeutet dies nicht, dass schon im Rahmen der Aufstellung des neuen Krankenhausplans einrichtungsübergreifend davon ausgegangen werden kann, dass dieses Potenzial

⁸⁴ Zu den Erfahrungen des Pfalzkrankenhauses Klingenmünster vgl. https://www.zfp-web.de/fileadmin/Freigabe_ZfP_Suedwuerttemberg/Dokumente/Anhaenge_Veranstaltungen/2018/Staeb_Tagung_Z/Workshop_1_Erfahrungen_Klingenmuenster.pdf

auch realisiert und damit – zumindest *ceteris paribus* – ein Bettenabbau ermöglicht wird.

Die Krankenhäuser müssen zwar im Einzelfall sachlich begründet entscheiden, ob das Therapieziel bei einem Patienten besser in einem vollstationären Setting oder per StäB im häuslichen Umfeld erreicht werden kann, sie können jedoch frei darüber entscheiden – sofern es ihnen mangels Pflichtversorgungsauftrag nicht ohnehin verboten ist –, ob sie überhaupt eine StäB an ihrem Standort etablieren wollen und können.

Dies wiederum setzt unter anderem voraus, dass eine Klinik überhaupt über die personellen Ressourcen verfügt, ein solch neues Versorgungskonzept zu konzipieren, mit der Kassenseite zu verhandeln und dann auch in der Praxis umzusetzen. Viele psychiatrische Kliniken sind heute schon bis zum Sollnutzungsgrad und darüber hinaus ausgelastet; der Fachkräftemangel trifft auch die psychiatrische Versorgung. Darüber hinaus zeigen erste Erfahrungen, dass das bereits in den Kliniken tätige Personal zum Teil (noch) Vorbehalte gegenüber der Tätigkeit im häuslichen Umfeld hat (z.B. Ängste vor Hausbesuchen, kein Interesse an Alleinarbeit, mangelnde Erfahrung in der Mitbetreuung von somatischen Begleiterkrankungen, lange Anfahrwege), die einer (umfassenden) Realisierung von StäB in den Kliniken entgegenstehen können. Inwieweit es den Kliniken gelingt, in Ergänzung zum eigenen Personal auch andere Leistungserbringer einzubinden, kann momentan ebenfalls noch nicht abgeschätzt werden.

Weiter ist zu erwarten, dass Kliniken zunächst einmal nur mit einer eingeschränkten Patientenklientel in eine StäB starten werden, seien es Patienten mit bestimmten Erkrankungen und Krankheitsverläufen oder Patienten in bestimmten geografischen Regionen, um dann später ggf. das Leistungsangebot sukzessive auf weitere Indikationen oder Regionen auszudehnen.

7.4 Einfluss der StäB auf den Bedarf an Bettenkapazitäten in der Psychiatrie

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass die StäB das Potenzial hat, den Bedarf an psychiatrischen Krankenhausbetten zu vermindern.⁸⁵ Wann und in welchem Umfang dieses Potenzial ausgeschöpft werden kann, lässt sich aus den zuvor genannten Gründen momentan nicht verlässlich abschätzen.

Der Referentenentwurf zum PsychVVG enthielt in § 115b Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 SGB V noch die Vorgabe, dass die Selbstverwaltung im Rahmen ihrer Vereinbarung zur StäB auch Grundsätze für den Abbau nicht mehr erforderlicher Betten aufgrund

⁸⁵ Dies wird vom Gesetzgeber in der Begründung zum Referentenentwurf auch so vermutet; vgl. dazu BT-Drs. 18/9528; verfügbar unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/095/1809528.pdf>

der Durchführung der stationsäquivalenten Behandlung vereinbart. In dem in Kraft getretenen Gesetzestext ist diese Vorgabe jedoch nicht mehr enthalten.

Es wird daher empfohlen, im Rahmen der laufenden Krankenhausplanung noch keine mit der StäB begründete Planbettenreduktion in der psychiatrischen Versorgung vorzunehmen. Vielmehr sollte beobachtet werden, wie sich das Vereinbarungs- und Leistungsgeschehen im Bereich der StäB in den Krankenhauspsychiatrien mit Versorgungsverpflichtung entwickelt.

7.5 Planerische Ausweisung von „Bettenäquivalenten“

Im Rahmen der empfohlenen Beobachtung sollte eine verbindliche Feststellung getroffen werden, ob sich erkennbar abzeichnet, dass psychiatrische Patienten im Rahmen der StäB nicht (nur) additiv, sondern (auch) substitutiv zur vollstationären Versorgung behandelt werden. Auf dieser Grundlage ist weitergehend zu klären, ob bzw. in welchem Ausmaß sich eine Planbettenreduzierung begründen lässt. Im Fall einer begründbaren Planbettenreduzierung stellt sich die Frage, ob die für eine substitutive StäB-Versorgung erforderlichen Kapazitäten – quasi als „Bettenäquivalente“ – expliziter Bestandteil der Krankenhausplanung werden sollten.

Ein Grund für die planerische Ausweisung von StäB könnte darin liegen, deutlich zu machen, dass die StäB auch zum Versorgungsauftrag einer psychiatrischen Einrichtung mit regionaler Versorgungsverpflichtung gehört, wodurch die Kassenseite dazu verpflichtet würde, auf Initiative des Krankenhauses hin mit diesem über ein Budget für die Erbringung von StäB zu verhandeln. Dies scheint jedoch dann entbehrlich, wenn man davon ausgeht, dass ein Versorgungsauftrag für eine StäB automatisch aus dem Versorgungsauftrag für die vollstationäre Versorgung erwächst.

Eine darüber hinausgehende Ausweisung einer bestimmten Zahl von „Bettenäquivalenten“ könnte einen Rahmen für die zu verhandelnden Leistungsmengen für die StäB vorgeben. Eine solche Ausweitung des Planungsgegenstands auf Bereiche von Leistungen, die zwar von Krankenhausträgern, aber außerhalb stationärer Einrichtungen erbracht werden, wäre im engeren Rahmen der Krankenhausplanung nur schwer begründbar. Die Zuständigkeit der Bundesländer für die Krankenhausplanung ist eng verknüpft mit ihrer Verantwortung für die Finanzierung von Krankenhausinvestitionen im Rahmen der KHG-Investitionsförderung. Typischerweise beschränkt sich die Krankenhausplanung daher auf Aspekte, die prinzipiell Gegenstand einer Investitionskostenförderung sein können (Gebäude, Betten, Geräte). Diese Aspekte sind gerade nicht Bestandteil der StäB. Diese fällt als räumlich außerstationäre Versorgung ausschließlich unter die Leistungsfinanzierung, die (insbesondere auch in Bezug auf Personalkosten) von der Investitionsfinanzierung systematisch getrennt wird und Gegenstand des Vergütungssystems ist. Daher enthält die Krankenhausplanung keine Leistungsplanung; Letztere bleibt den

Budgetverhandlungen der Vertragspartner (Krankenhausträger und Kostenträger) vorbehalten.

Allerdings kann in den Budgetverhandlungen der Vertragspartner durchaus der Bezug zu den Planungsgrundlagen hergestellt werden (z. B. wenn die vereinbarten Leistungsmengen maximal zu einer Vollausslastung der Planbetten führen dürfen). Die Krankenhausplanung könnte daher zukünftig explizit ausweisen, ob bzw. inwieweit die Anzahl der psychiatrischen Planbetten reduziert wird, weil eine substitutive Versorgung durch StäB festgestellt wurde. Die explizite Ausweisung eines solchen Zusammenhangs der Planbettenreduzierung wäre dabei keine Vorfestlegung für die Budgetverhandlungen der Vertragspartner, da damit keine Aussage darüber getroffen würde, wie sich der Leistungsaufwand durch eine substitutive StäB insgesamt verändert. Letzteres festzustellen bliebe Aufgabe der Verhandlungspartner (Feststellung von Veränderungen bezüglich Leistungsintensität/Betreuungsaufwand je Fall, Wegfall von „Hotelkosten“ etc.).

8. Zum Verhältnis von Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik im Rahmen der Krankenausplanung

Im aktuell noch gültigen Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz werden – wie in allen anderen Bundesländern auch – die bedarfsnotwendigen Kapazitäten von Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie (Erwachsenenpsychiatrie) geplant. Daneben werden – wie in vielen anderen Bundesländern auch – bedarfsnotwendige Kapazitäten für die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Psychosomatik) geplant.

Das Verhältnis dieser beiden Fächer zueinander wird intensiv diskutiert. Diskussionspunkte reichen vom zugrunde liegenden Menschenbild und Krankheits-/Gesundheitskonzept über die Frage, welche Störungen und Erkrankungen jeweils zum Wesenskern der beiden Disziplinen gehören, bis hin zu den für die Gebiete jeweils typischen Behandlungsansätzen.

Jedem dieser beiden Fächer liegt zudem eine eigenständige Facharztkompetenz gemäß der Weiterbildungsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Rheinland-Pfalz zugrunde.⁸⁶ Diese weisen deutliche Übereinstimmungen, aber auch erhebliche Unterschiede in der Gewichtung der Ausbildungsinhalte auf.

Bei allen Unterschieden gibt es jedoch einen großen Kranz an Gemeinsamkeiten, insbesondere in den behandelten Krankheitsbildern, abgebildet über die Haupt- und Nebendiagnosen sowie in den Prozeduren.⁸⁷

⁸⁶ Diese ist verfügbar unter <https://www.laek-rlp.de/downloads/wbo.pdf>

⁸⁷ Beide Subfachgebiete befinden sich aktuell in einem Umbruch ihrer Refinanzierung. Nicht zuletzt mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wurde die Teilnahme am PEPP-System verbindlich geregelt, und die meisten Häuser befinden sich im Umstieg oder sind schon in den Vorjahren umgestiegen. Mit dem neuen Finanzierungssystem entwickelt der Prozess der Kodierung von Haupt- und Nebendiagnosen sowie Prozeduren einen wirtschaftlichen Aspekt, auch wenn die Umstiegsphase von einer Budgetneutralität geprägt ist. Aus dem Umstieg der somatischen Fächer auf das DRG-System (Krankenhausfallpauschalenverordnung 2003) ist eine Lernkurve in der Kodierung bekannt. Daher könnte man den Standpunkt vertreten, dass die Kodierung in den psychiatrischen Fachgebieten noch nicht die volle Reife der Kodierung in der Somatik besitzt und Analysen auf Basis von Diagnosen und Prozeduren infrage gestellt werden könnten. Gleichwohl ist die Anwendung der „Deutschen Kodierrichtlinien“ (DKR) seit 2002 für alle Fächer verbindlich verpflichtend. Im Jahr 2010 wurde von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem GKV-Spitzenverband und dem Verband der privaten Krankenversicherung eine an die DKR angelehnte Vorgabe für die Psychiatrie und Psychosomatik, die DKR-Psych, entwickelt. Ebenso wurde die Einführung des pauschalierten Entgeltsystems in der Psychiatrie, welches seit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz im Jahr 2009 für das Jahr 2013 absehbar war, über mehrere Jahre angekündigt und von der Politik mehrmals kurzfristig verschoben. Somit sollten die Krankenhäuser im Grunde schon frühzeitig mit geeigneten Schulungsmaßnahmen begonnen haben. Daher kann man den kodierten Haupt- und Nebendiagnosen und Prozeduren in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie eine grundlegende Aussagekraft zugestehen.

8.1 Analyse der Hauptdiagnosen

Bezüglich der Hauptdiagnosen zeigt sich z.B., dass nahezu alle Störungen und Erkrankungen, die in der Psychosomatik behandelt werden, auch in der Erwachsenenpsychiatrie vorkommen, wohingegen das Diagnosespektrum der Erwachsenenpsychiatrie deutlich über das der Psychosomatik hinausgeht.

Die folgenden Tabellen zeigen die Hauptdiagnosegruppen nach ICD-10 auf, die im Jahr 2016 in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen in Rheinland-Pfalz kodiert wurden.

Die häufigste Hauptdiagnosegruppe in der Psychiatrie und Psychotherapie in Rheinland-Pfalz im Jahr 2016 war die Diagnosegruppe F33 – Rezidivierende depressive Störung, auf die knapp ein Fünftel (18,17 %) aller Hauptdiagnosen entfiel. Die landesweit zweithäufigste Hauptdiagnosegruppe war F10 – Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol mit 16,00 %. Insgesamt deckten die zehn häufigsten Hauptdiagnosegruppen 78,74 % aller Hauptdiagnosen ab (**Tabelle 8**).

Tabelle 8: Die zehn häufigsten Hauptdiagnosegruppen (ICD) der Erwachsenenpsychiatrie in Rheinland-Pfalz, 2016.

ICD	Anteil an allen ICD
F33 – Rezidivierende depressive Störung	18,17 %
F10 – Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	16,00 %
F32 – Depressive Episode	12,21 %
F20 – Schizophrenie	9,30 %
F43 – Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	7,51 %
F06 – Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörungen des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	3,64 %
F25 – Schizoaffektive Störungen	3,21 %
F05 – Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	2,95 %
G47 – Schlafstörungen	2,89 %
F31 – Bipolare affektive Störung	2,86 %
Übrige ICD	21,26 %
Anzahl	44 780

Quelle: IGES auf Basis von Krankenhausdaten nach §21 KHEntgG

Die häufigste Hauptdiagnosegruppe in der Psychosomatik und Psychotherapie in Rheinland-Pfalz im Jahr 2016 war ebenfalls die Diagnosegruppe F33 – Rezidivierende depressive Störung, auf die rund ein Drittel (32,86 %) aller Hauptdiagnosen entfiel. Die landesweit zweithäufigste Hauptdiagnosegruppe war

F32 – Depressive Episode mit 27,95 %. Diese beiden Diagnosegruppen zusammen bilden weit mehr als die Hälfte aller in der Psychosomatik behandelten Fälle ab. Insgesamt deckten die zehn häufigsten Hauptdiagnosegruppen 96,81 % aller Hauptdiagnosen ab (**Tabelle 9**).

Tabelle 9: Die zehn häufigsten Hauptdiagnosegruppen (ICD) der Psychosomatik und Psychotherapie in Rheinland-Pfalz, 2016.

ICD	Anteil an allen ICD
F33 – Rezidivierende depressive Störung	32,86 %
F32 – Depressive Episode	27,95 %
F43 – Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	10,46 %
F45 – Somatoforme Störungen	10,35 %
F41 – Andere Angststörungen	9,12 %
F40 – Phobische Störungen	1,93 %
F50 – Essstörungen	1,36 %
F48 – Andere neurotische Störungen	1,21 %
F60 – Spezifische Persönlichkeitsstörungen	0,87 %
F42 – Zwangsstörung	0,70 %
Übrige ICD	3,19 %
Anzahl	5595

Quelle: IGES auf Basis von Krankenhausdaten nach §21 KHEntgG

Aufgrund dieser relativ deutlichen Überschneidungen erscheint eine klare Abgrenzung des Fachbereichs Psychosomatik und Psychotherapie vom Fachbereich Psychiatrie anhand der vergebenen Hauptdiagnosen nicht zuverlässig möglich.

8.2 Analyse der Nebendiagnosen

Neben den Überschneidungen in den Hauptdiagnosen könnte in der weiteren Behandlungsbedürftigkeit der Patienten in den unterschiedlichen Subdisziplinen ein Grund für den Aufbau getrennter Strukturen gesehen werden. Aus diesem Anlass wurden die kodierten Nebendiagnosen der psychiatrischen und der psychosomatischen Patienten betrachtet.

Eine Nebendiagnose ist dann zu kodieren, wenn das damit abgebildete Krankheitsbild einen auf sich bezogenen Behandlungsaufwand verursacht hat. Dieser Aufwand kann therapeutischer, pflegerischer oder auch diagnostischer Natur sein. Sollte er rein diagnostischer Natur sein, ist eine Kodierung erst dann

richtlinienkonform, wenn der Aufwand erheblich war und nicht mit der Routinediagnostik eines Krankenhauses abgedeckt ist.

Auf Basis der §-21-Datensätze der psychiatrischen und psychosomatisch-psychotherapeutischen Kliniken wurden für die Psychiatrie 27 Einrichtungen mit 44 780 Fällen analysiert (**Tabelle 10**). Es zeigten sich im Mittel 2,0 somatische und 1,3 psychiatrische Nebendiagnosen je Krankenhausfall. In der Psychosomatik und Psychotherapie wurden 5595 Fälle aus zehn Einrichtungen analysiert. Dort zeigten sich im Mittel 2,4 somatische und 1,4 psychiatrische Nebendiagnosen je Krankenhausfall. Es fällt auf, dass auch in der Psychiatrie in höherem Maße somatische Krankheitsbilder mitbehandelt werden. Auch rein psychiatrisch geführte Patienten bringen ein relevantes Spektrum an somatischen Krankheiten mit sich, welche im Mittelwert mit 2 zu 1,3 Nebendiagnosen sogar die psychiatrischen Begleiterkrankungen übertreffen.

Tabelle 10: Häufigkeit von Nebendiagnosen in der Erwachsenenpsychiatrie und der Psychosomatik, 2016.

Anzahl...	Erwachsenenpsychiatrie	Psychosomatik
Einrichtungen	27	10
Fälle im §21 Datensatz	44 780	5595
psychiatrische Nebendiagnosen	58 679	7879
somatische Nebendiagnosen	87 608	13 625
psychiatrische ND je Fall (Mittel)	1,3	1,4
somatische ND je Fall (Mittel)	2,0	2,4

Quelle: IGES auf Basis von Krankenhausdaten nach §21 KHEntgG

Die weitere Analyse zeigt, dass unter den fünf häufigsten Nebendiagnosen (die in beiden Fächern mehr als ein Viertel aller Nebendiagnosen ausmachen) drei Krankheitsbilder überschneidend auftreten (**Tabelle 11, Tabelle 12**). Dieses sind die Behandlungen von Hypertonie, Adipositas und Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose).

Tabelle 11: Die fünf häufigsten Nebendiagnosen in der Erwachsenenpsychiatrie im Vergleich zur Psychosomatik, 2016.

Diagnosegruppe	Anteil an allen ND	Kumulierter Anteil	Vorkommen in d. Psychosomatik
I10 Essentielle Hypertonie	12,23 %	12,23 %	Top 1
E03 Sonstige Hypothyreose	3,80 %	16,03 %	Top 4
E11 Diabetes mellitus	3,71 %	19,74 %	Top 10
E66 Adipositas	3,17 %	22,90 %	Top 3
G47 Schlafstörungen	2,72 %	25,63 %	Top 12
Summe Top 5		25,63 %	
Überschneidung in Top 5		19,19 %	

Quelle: IGES auf Basis von Krankenhausdaten nach §21 KHEntgG

Diese drei Krankheitsbilder repräsentieren fast 20 % aller Nebendiagnosen (19,19 % in der Erwachsenenpsychiatrie und 18,69 % in der Psychosomatik). Ein deutlicher Unterschied besteht hinsichtlich der Nebendiagnose M54 – Rückenschmerzen: Diese steht in der Psychosomatik an zweiter Stelle, in der Erwachsenenpsychiatrie dagegen erst an 18. Stelle.⁸⁸

Tabelle 12: Die fünf häufigsten Nebendiagnosen in der Psychosomatik im Vergleich zur Erwachsenenpsychiatrie, 2016.

Diagnosegruppe	Anteil an allen ND	Kumulierter Anteil	Vorkommen in d. Psychiatrie
I10 Essentielle Hypertonie	9,10 %	9,10 %	Top 1
M54 Rückenschmerzen	5,61 %	14,72 %	Top 18
E66 Adipositas	5,38 %	20,10 %	Top 4
E03 Sonstige Hypothyreose	4,21 %	24,31 %	Top 2
E78 Störung des Lipidstoffwechsels	3,60 %	27,90 %	Top 6
Summe Top 5		27,90 %	
Überschneidung in Top 5		18,69 %	

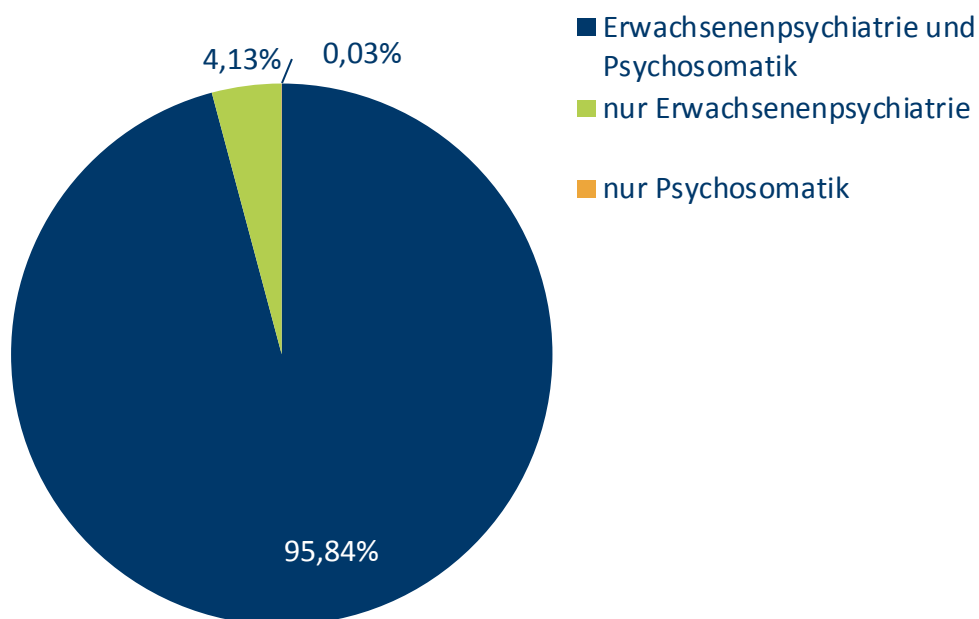
Quelle: IGES auf Basis von Krankenhausdaten nach §21 KHEntgG

⁸⁸ Es sei darauf hingewiesen, dass für diese Diagnose auch in somatischen Fachabteilungen mit der multimodalen Schmerztherapie (OPS 8-918) ein Behandlungsangebot existiert, das ebenfalls die Einbeziehung einer psychiatrischen, psychosomatischen oder psychologisch-psychotherapeutischen Disziplin erfordert. Diese Leistung wird vielfach von konservativ ausgerichteten orthopädischen Fachabteilungen erbracht.

Unter den zehn häufigsten Nebendiagnosen⁸⁹ finden sich zwei weitere Überschneidungen: Dieses ist zum einen die Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2 (erworbener Diabetes mellitus), zum anderen die Behandlung von Fettstoffwechselstörungen. Bezogen auf die 20 häufigsten Nebendiagnosen, welche 48,76 % aller Nebendiagnosen in der Erwachsenenpsychiatrie und 51,62 % aller Nebendiagnosen in der Psychosomatik widerspiegeln, finden sich weitere fünf überlappende Diagnosen mit einem Anteil von 33,48 % in der Psychiatrie und 36,50 % in der Psychosomatik.

Die Überlappung der Nebendiagnosen in den beiden Fächern wird besonders deutlich, wenn die inhaltliche Betrachtung um eine rein statistische ergänzt wird. Die Abbildung stellt dar, welche Nebendiagnosen in den beiden Subdisziplinen gemeinsam oder nur in ausschließlich einer Fachrichtung kodiert wurden (**Abbildung 23**).

Abbildung 23: Anteil der Nebendiagnosen, die jeweils nur in der Erwachsenenpsychiatrie und der Psychosomatik oder in beiden Fachrichtungen kodiert werden, 2016.



Quelle: IGES auf Basis von Krankenhausdaten nach §21 KHEntgG

⁸⁹ Diese umfassen in der Erwachsenenpsychiatrie 35,7 % und in der Psychosomatik 38,06 % aller mitbehandelten Krankheitsbilder.

Im Ergebnis werden 95,84 % der Nebendiagnosen sowohl in der Psychiatrie als auch in Psychosomatik und Psychotherapie kodiert. Nur 4,13 % der Nebendiagnosen werden ausschließlich in der Psychiatrie kodiert, und nur 0,03 % der Nebendiagnosen treten ausschließlich in der Psychosomatik und Psychotherapie in Erscheinung.

Eine Diskriminierung der beiden Fächer auf Basis der Komorbiditäten scheint dem hohen Grad der Überlappung nicht angemessen.

8.3 Quantitative Analyse der erbrachten Prozeduren

Für die Analyse der erbrachten Prozeduren wurden ebenfalls die §-21-Daten der Erwachsenenpsychiatrie aus 27 Einrichtungen mit 44 780 Fällen verwendet. Es wurden 366 156 psychiatrische Prozeduren kodiert, dieses entspricht im Mittel 8,2 psychiatrischen Prozeduren je Krankenhausfall. Es wurden 13 419 somatische Prozeduren kodiert, also statistisch gesehen bei jedem dritten Fall eine Prozedur.

In der Psychosomatik wurden die Daten von zehn Einrichtungen mit 5595 Krankenhausfällen analysiert. Es wurden 67 101 psychiatrische Prozeduren mit im Schnitt 12 Prozeduren je Krankenhausfall kodiert. Dem gegenüber stehen 674 somatische Prozeduren, was nur einer kodierten Prozedur auf 12 Patienten entspricht.

Tabelle 13: Häufigkeit von kodierten Prozeduren in der Erwachsenenpsychiatrie und der Psychosomatik, 2016.

Anzahl...	Psychiatrie	Psychosomatik
Einrichtungen	27	10
Fälle im §-21-Datensatz	44 780	5595
psychiatrische Prozeduren	366 156	67 101
somatische Prozeduren	13 419	674
psychiatrische Prozeduren je Fall (Mittel)	8,2	12,0

Quelle: IGES auf Basis von Krankenhausdaten nach §21 KHEntgG

Der rein quantitative Abgleich zeigt, dass die Psychosomatik sich nicht durch eine erhöhte Mitversorgung von kodierrelevanten somatischen Prozeduren auszeichnet. In der Erwachsenenpsychiatrie wird rund ein Drittel mehr somatische Prozeduren kodiert.

Eine quantitative Bewertung der psychiatrischen Prozeduren ist nicht direkt möglich, da diese Prozeduren aufeinander aufbauen. Es wird zum einen die Behandlungsart, und zum anderen werden die Therapieeinheiten als Prozedur verschlüsselt. Die Therapieeinheiten werden je Woche und je Berufsgruppe (Ärzte, Psychologen, Spezialtherapeuten, Pflege) verschlüsselt.

Bei der qualitativen Analyse der somatischen Prozeduren zeigt sich in der Erwachsenenpsychiatrie deutlich ein Überhang der erweiterten diagnostischen Maßnahmen. Unter den Top-5-Prozeduren-Gruppen, welche fast 75 % aller Prozeduren abbilden, findet sich an erster Stelle die Gruppe 3-20 „Computertomographie“ mit 29,80 % (**Tabelle 14, Tabelle 10**). Die Gruppe der – in der Psychosomatik seltenen – Beatmungen enthält auch den OPS-Code 8-717 „Einstellung einer nasalen/oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen“ und bildet mit den physiologischen Funktionstests, die sich in großen Teilen auf Polysomnographien zurückführen lassen, eine Einheit; diese machen 91 % der Beatmungsprozeduren aus, die übrigen 9 % entfallen auf die „Einstellung der häuslichen Beatmung“ (8-716).

Tabelle 14: Die fünf häufigsten Prozeduren der Erwachsenenpsychiatrie im Vergleich zur Psychosomatik, 2016.

Diagnosegruppe	Anteil an allen ND	Kum. Anteil	Vorkommen in d. Psychosomatik
3-20 Computertomographie	29,80 %	29,80 %	Top 6
1-20 Neurol. Untersuchungen	16,83 %	46,64 %	Top 13
1-79 Phys. Funktionstests	12,53 %	59,17 %	Top 4
8-71 Beatmungen	8,29 %	67,46 %	nicht in Top 20
3-80 MRT-Untersuchungen	6,91 %	74,36 %	Top 5
Top-5-Prozeduren-Gruppen		74,36 %	
Überschneidung in Top 5		66,08 %	

Quelle: IGES auf Basis von Krankenhausdaten nach §21 KHEntgG

Die fünf häufigsten somatischen Prozeduren in der Psychosomatik und Psychotherapie (53,41 % aller Prozeduren) werden von den endoskopischen Untersuchungen mit den korrelierenden Biopsien beherrscht (**Tabelle 15**). An erster Stelle steht hier die 1-44 („Biopsie an den Verdauungsorganen“) mit 14,24 %, gefolgt von den diagnostischen Endoskopien des oberen (1-63; 13,35 %) und des unteren (1-65; 10,53 %) Verdauungstrakts.

Tabelle 15: Die fünf häufigsten Prozeduren der Psychosomatik im Vergleich zur Erwachsenenpsychiatrie, 2016.

Diagnosegruppe	Anteil an allen ND	Kum. Anteil	Vorkommen in d. Psychosomatik
1-44 Biopsien a. Verdauungsorganen	14,24 %	14,24 %	Top 14
1-63 Endoskopie oberer Verdauungstrakt	13,35 %	27,60 %	Top 13
1-65 Endoskopie unterer Verdauungstrakt	10,53 %	38,13 %	Top 16
1-79 Phys. Funktionstests	8,61 %	46,74 %	Top 3
3-80 MRT-Untersuchungen	6,68 %	53,41 %	Top 5
Top-5-Prozeduren-Gruppen		53,41 %	
Überschneidung in Top 5		15,28 %	

Quelle: IGES auf Basis von Krankenhausdaten nach §21 KHEntgG

Die quantitative Bewertung der somatischen Prozeduren ergab für die Erwachsenenpsychiatrie, dass bei nur jedem dritten Krankenhausfall eine Prozedur kodiert wird, in der Psychosomatik sogar nur bei jedem Zwölften. Dementsprechend gering ist der Anteil der behandelten Patienten in den weiteren Top-Prozeduren-Positionen.⁹⁰

Über die somatischen Prozeduren sind Unterschiede erkennbar, was die anteilige Ausrichtung der somatischen Therapie betrifft. In der Erwachsenenpsychiatrie steht die erweiterte nichtinvasive Diagnostik an erster Stelle, in der Psychosomatik und Psychotherapie sind es invasive Verfahren, die eine internistische (gastroenterologische) Qualifikation benötigen. Diese Verfahren werden auch in der Erwachsenenpsychiatrie abgefordert, jedoch in einem geringeren anteiligen Umfang und für anteilig weniger Patienten. Diese diagnostischen Maßnahmen spiegeln sich in den Nebendiagnosegruppen K29 („Gastritis und Duodenitis“), K21 („Gastroösophageale Refluxkrankheit“) und K58 („Reizdarmsyndrom“) wider, welche in der Erwachsenenpsychiatrie 2,7 % der Krankenhausfälle und in der Psychosomatik und Psychotherapie 5,7 % der Krankenhausfälle betreffen.

Die qualitative Bewertung der psychiatrischen Prozeduren über den statistischen Ansatz stellt sich, wie auch schon die quantitative Bewertung, schwierig dar.

Durch die Aufteilung in Behandlungsart und dann im Rahmen der Behandlungsart erbrachten Therapieeinheiten ist eine wirkliche qualitative Bewertung nur auf

⁹⁰ In der Psychiatrie wird die sechsthäufigste Prozedur nur noch bei 1,7 % der Patienten kodiert, die zehnthäufigste nur noch bei 0,5 %. In der Psychosomatik sind es bei der sechsthäufigsten 0,7 % und bei der zehnthäufigsten 0,5 %.

Fallebene möglich. Dieses würde auf Basis der 50375 Krankenhausfälle den Rahmen des Gutachtens sprengen. Es lassen sich aber Unterschiede einzelner besonderer Therapieformen darstellen:

Die OPS-Code-Gruppe 9-61 („Intensivbehandlungen bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen“) wird im Grunde nur in der Erwachsenenpsychiatrie kodiert und hat mit 21449 Nennungen auch einen relevanten Anteil an der Behandlung. Ein Rückschluss auf die Anzahl behandelter Patienten ist dabei nicht möglich, da in einem Krankenhausaufenthalt sich Phasen von Intensiv- und Regelbehandlung wechselseitig ablösen können und auch die Intensivbehandlung in unterschiedlichen Episoden mit unterschiedlichen „Intensiv“-OPS-Codes kodiert werden kann.⁹¹ In der Psychosomatik wird dieser OPS-Code sehr selten angegeben; es finden sich nur zwölf Nennungen für alle Einrichtungen im Datenjahr 2016.

Die OPS-Code-Gruppe 9-63 („Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen“) wird hingegen nur in der Psychosomatik und Psychotherapie kodiert und hat mit 4776 Nennungen einen relevanten Behandlungsanteil. Auch hier ist ein Bezug zu dem Anteil der so versorgten Patienten nicht mittelbar herstellbar. In der Psychiatrie wird diese Therapieform selten verschlüsselt, es finden sich nur 63 Nennungen.

Die weiteren Kodierungen aus der OPS-Gruppe „9-60 – 9-64 Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen“ unterscheiden sich in absoluter und relativer Anzahl in den beiden Subdisziplinen, sind aber wie schon beschrieben ohne Einzelfallbetrachtung nicht aussagekräftig.

Die qualitative Betrachtung der somatischen Prozeduren zeigt auf, dass in der Psychosomatik alltägliche Krankheitsbilder wie die beschriebenen leichteren Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts mitbehandelt werden, der somatische Fokus wird erkennbar. Auch in der Erwachsenenpsychiatrie werden diese Krankheitsbilder behandelt, sie treten aber nicht so sehr in den Vordergrund.

Die qualitative Betrachtung der psychiatrischen Prozeduren zeigt auf, dass die Psychosomatik bei der Behandlung mit psychosomatisch-psychotherapeutischen Verfahren anteilig wesentlich höher beteiligt ist als die Psychiatrie. Daraus könnte sich ein krankenhausplanerisches Alleinstellungsmerkmal ergeben, wenn für die psychosomatisch-psychotherapeutischen Verfahren besondere personelle oder institutionelle Ressourcen gefordert werden. Die Anforderung an die Ressourcen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Verfahren lassen sich aus den OPS-

⁹¹ Die Kodierung erfolgt zum Beispiel von der „9-617 Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal“ bis hin zur „9-61b Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen“, jeweils in Abhängigkeit der Intensität der Intensivbehandlung.

Code-Kriterien des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) entnehmen. Dort wird als wesentliches personelles oder institutionelles Mindestmerkmal die Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gefordert. Die weiteren an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen werden genau beschrieben, es handelt sich dabei um Psychologen, Spezialtherapeuten und Pflegefachpersonen. Diese Berufsgruppen sind auch in der Psychiatrie in den Mindestkriterien der meisten OPS-Codes gefordert, z.B. bei der Intensivbehandlung OPS-Code 9-61 („Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen“).

8.4 Zusammenfassende Betrachtung

Die Betrachtung der Leistungsdaten der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik in Rheinland-Pfalz auf Basis der kodierten Hauptdiagnosen und Nebendiagnosen sowie der Prozeduren zeigt, dass sowohl in den Behandlungsspektren als auch in den Therapieansätzen keine grundsätzliche Differenzierung zwischen den beiden Fächern zu erkennen ist. Sowohl in den Patientenkohorten als auch im therapeutischen Angebot gibt es große Überschneidungen.

Hinzu kommt, dass es gegenwärtig an konsentierten Abgrenzungskriterien für die Indikationsstellung entweder für eine psychiatrische oder psychosomatische Behandlung mangelt, die ex ante eine eindeutige Zuweisung aller Patienten entweder zu einem psychiatrisch oder psychosomatisch ausgerichteten Versorgungsangebot erlauben.

Angesichts der großen Gemeinsamkeiten zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik, den fehlenden konsentierten Abgrenzungskriterien, dem Ziel eines möglichst abgestimmten, integrierten Versorgungssystems für psychisch Kranke und der grundsätzlichen Empfehlung zur Ausrichtung der Krankenhausplanung als Rahmenplanung wird daher empfohlen, die bedarfsnotwendigen Standorte und Kapazitäten für die beiden Bereiche Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik gemeinsam zu planen. In welchem Ausmaß das Behandlungsangebot eher psychiatrisch oder eher psychosomatisch ausgerichtet wird, kann innerhalb der geplanten Kapazitäten im Detail den Kliniken überlassen werden.

Die Anbindung psychosomatisch ausgerichteter Einrichtungen an die somatische Medizin sollte erhalten und das tagesklinische und ambulante Angebot der Psychosomatik ausgeweitet werden. Auf regionaler Ebene sollten zwischen psychiatrischen und psychosomatischen Fachkliniken bzw. Fachabteilungen sowie den entsprechenden Rehabilitationskliniken vertraglich vereinbarte Kooperationen auf Basis von abgestimmten Zuweisungskriterien etabliert werden.