

2 Die Krankenhauslandschaft in Deutschland: Ausgangssituation und Reformbedarf

Jens Deerberg-Wittram, Janis Nikkhah, Christoph Pross und Reinhard Busse

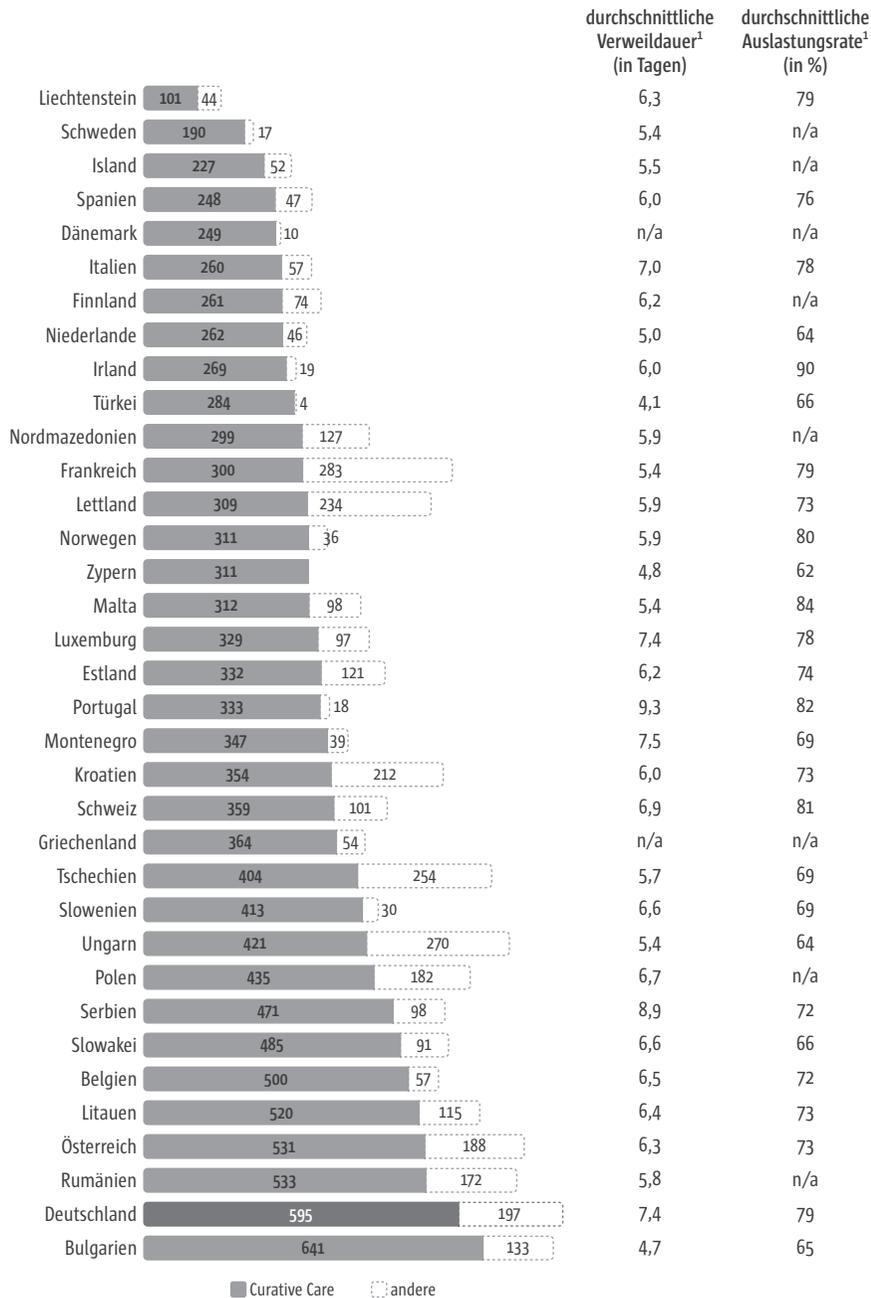
2.1 Ausgangssituation

In keinem Land Europas gibt es so viele Krankenhäuser bzw. Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner wie in Deutschland. Auch die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus und die Auslastung der Krankenhausbetten sind in kaum einem Land Europas so hoch (s. Abb. 1). Jahr um Jahr erreichen unsere Krankenhäuser Spitzenwerte bei geplanten Gelenkersatzoperationen, Herzkatheter-Eingriffen oder MRT-Untersuchungen (OECD 2021). Überall dort, wo medizinische Leistungen zahlreich sind, ist Deutschland auf einem Spitzenplatz. In Deutschland werden sehr viele Patienten stationär versorgt, z.B. mit COPD, Herzinsuffizienz, Diabetes und auch kleinen operativen Eingriffen, die in anderen Ländern ambulant behandelt werden. Und die Bevölkerung hat sich längst daran gewöhnt, dass man auch mit geringfügigen gesundheitlichen Beschwerden zu jeder Tages- und Nachtzeit in der Notaufnahme des nahe gelegenen Krankenhauses nicht abgewiesen wird. Dieses hohe Leistungsaufkommen ist angebotsinduziert und nicht unbedingt im Sinne einer optimalen Versorgung des Patienten. Ganz im Gegenteil.

Positiv gesprochen ist der Zugang zu Gesundheitsleistungen nirgendwo so frei wie in Deutschland. Die wohnortnahe Krankenhausversorgung wird von einem großen Anteil der Bevölkerung des Landes sehr geschätzt. Deshalb stehen besonders kleine Krankenhäuser meist unter dem politischen Schutz der Kommunalpolitik. Und dort, wo die Zusammenlegung von Standorten von der Politik akzeptiert wird, verhindert oft ein Bürgerbegehren die Umsetzung. In Deutschland hatten im Jahr 2021 mehr als die Hälfte (genau 788) der 1.534 Allgemeinkrankenhäuser (Destatis 2022) weniger als 200 Betten. Die Atomisierung der Krankenhauslandschaft in viele kleine Standorte hat einen doppelten Preis:

- Empirisch konnte gezeigt werden, dass nicht spezialisierte Kliniken mit weniger als 300 Betten nur selten in der Lage sind, ihren durch die teure Vorhaltung geprägten Kostenstrukturen ausreichend Leistung und damit Umsatz gegenüberzustellen (Ärzteblatt 2022a). In der Gruppe der meist öffentlichen kleinen Grund- und Regelversorger findet man deshalb den höchsten Anteil defizitärer Krankenhäuser (Augurzky et al. 2022).

2 Die Krankenhauslandschaft in Deutschland: Ausgangssituation und Reformbedarf



1. Curative care

Abb. 1 Darstellung der Krankenhauskennzahlen europäischer Länder im Jahr 2019 (Quelle: Eurostat)

- Zusätzlich zu den wirtschaftlichen Herausforderungen haben viele kleine Krankenhäuser aber auch Probleme bei der Versorgungsqualität. Die fachliche Expertise für die Behandlung komplizierter Behandlungen kann in kleinen Abteilungen oft nicht vorgehalten werden. Trotzdem verführt aber gerade der wirtschaftliche Druck viele kleine Häuser dazu, komplexe und hochvergütete medizinische Leistungen durchzuführen. Im Ergebnis führt das oft zu einer Überforderung und nicht leitliniengerechter Versorgung, nicht beherrschbaren Komplikationen und Behandlungsfehlern. Der Zusammenhang von niedrigen Fallzahlen, mangelnder Erfahrung, fehlender Infrastruktur und schlechter Ergebnisqualität konnte gerade für kleine Krankenhäuser immer wieder gezeigt werden (Vogel et al. 2022).

Aus medizinisch-qualitativer und auch wirtschaftlicher Sicht wäre es also vernünftig, die Leistungserbringung zu zentralisieren und die Versorgung der Bevölkerung mit spezialisierten medizinischen Leistungen von wenigen, aber dafür größeren und gut ausgestatteten Kliniken sicherstellen zu lassen. Die damit verbundene bessere Behandlungsqualität würde den Patienten zugutekommen. In Deutschland haben zum Beispiel nur 252 der 1.534 Allgemeinkrankenhäuser mehr als 500 Betten, eine Größe, die für die Vorhaltung eines breiten und sinnvollen Fächerspektrums tatsächlich notwendig ist. Daneben erbringen Fachkliniken mit einer kleineren Bettenzahl, aber dafür einem hohen Grad an Spezialisierung auf planbare Leistungen, einen wichtigen Beitrag zur Sicherung der Ergebnisqualität. Auf der anderen Seite birgt eine zu radikale Zentralisierung von Krankenhausleistungen gerade in Flächenländern wie Bayern oder Mecklenburg-Vorpommern die Gefahr, dass Patienten oder Rettungsdienste vor allem in Notfallsituationen lange Fahrzeiten zurücklegen müssen, bevor sie ein geeignetes Krankenhaus erreichen.



Es gilt, einen Kompromiss aus einer ortsnahen Versorgung häufiger und wenig komplexer Krankheitsbilder und der Zentralisierung der spezialisierten Behandlung schwerstkranker Patienten und elektiver Eingriffe zu finden.

2.2 Krankenhausstrukturen und Trägerschaft

Die Anzahl der Krankenhausbetten variiert von Bundesland zu Bundesland deutlich. Während es in Thüringen 731 Betten sind, werden in Baden-Württemberg nur 488 Betten pro 100.000 Einwohner vorgehalten. Besonders hohe Bettenzahlen pro 100.000 Einwohner finden sich in Großstädten wie München (754) oder Bremen (740), in denen der intensive Wettbewerb um Patienten auch zu besonders hohen Fallzahlen, insbesondere bei planbaren (und nicht selten vermeidbaren) Leistungen, führt (Bertelsmann Studie 2019). Der Wettbewerb um Behandlungsfälle hat seinen Ursprung im DRG-System, in dem hohe Fallzahlen und schwere Eingriffe große Umsätze für die Klinik bedeuten. Große Umsätze sind aufgrund des hohen Anteils von fixen Vorhaltekosten für jedes Krankenhaus wichtig, um einen negativen Jahresabschluss zu vermeiden. Für privatwirtschaftliche Kliniken, die neben dem Versorgungsauftrag

auch noch Renditeerwartungen von Kapitalgebern erfüllen müssen und Wachstum generieren sollen, ist das Bemühen um immer größere Umsätze existenziell. Deshalb finden sich bei privaten Trägern die stärksten Umsatzsteigerungen und höchsten Profite im gesamten Krankenhausmarkt (Augurzky et al. 2022). Der Anteil der privatwirtschaftlich organisierten Krankenhäuser hat sich in den letzten Jahren stetig erhöht. Heute sind über ein Drittel der Krankenhäuser und knapp 20 Prozent der 483.606 deutschen Krankenhausbetten in privater Trägerschaft (Destatis 2022). Der Anteil der öffentlich-rechtlichen, frei-gemeinnützigen und privaten Träger von Krankenhäusern unterscheidet sich von Bundesland zu Bundesland erheblich. So sind in Bayern etwa 70 Prozent der Krankenhausbetten in öffentlicher Trägerschaft, in Mecklenburg-Vorpommern dagegen nur 31,5 Prozent. In Hamburg hat der Verkauf der Kliniken des Landesbetriebs Krankenhäuser an einen privaten Träger im Jahr 2007 dazu geführt, dass nur noch 14 Prozent der Krankenhäuser in öffentlicher Hand sind. Die Heterogenität der Trägerschaft setzt sich auch bei den Versorgungsstufen der Krankenhäuser fort. Von den etwa 400 bayerischen Krankenhäusern sind 210 Fachkliniken oder Krankenhäuser mit einem Versorgungsvertrag (also ohne Planbetten). Von den übrigen 190 Versorgerkrankenhäusern sind 144 sogenannte Grund- und Regelversorger und nur 50 Schwerpunkt- und Maximalversorger mit mehr als 500 Betten. Von diesen 50 großen bayerischen Versorgerkliniken sind wiederum 40 in öffentlich-rechtlicher, sieben in frei-gemeinnütziger und nur drei in privater Trägerschaft.



Die verfassungsrechtlich geschützte Trägervielfalt im Krankensektor hat nicht zu einer homogenen Verteilung der Verantwortung in der Notfallversorgung, bei der Behandlung von Schwerstkranken oder in anderen vorhaltungsintensiven Versorgungsbereichen geführt.

2.3 Versorgungsstufen der Krankenhäuser und der Versorgungsauftrag

Krankenhausplanung in Deutschland ist Länderaufgabe, und die Krankenhauspläne der Länder legen Standorte, Fachabteilungen, Bettenzahlen und in acht von 16 Ländern Krankenhausstufen fest. Die einzelnen Bundesländer haben dabei im Detail voneinander abweichende Regelungen getroffen. So weisen einige Bundesländer ihren Krankenhäusern unterschiedliche Versorgungsschwerpunkte oder Fachbereiche zu, während Bayern, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Sachsen-Anhalt die Krankenhäuser nach sogenannten Versorgungsstufen einteilen. Dabei werden Krankenhäuser der lokalen Grundversorgung von regionalen Schwerpunktversorgern und überregionalen Maximalversorgern unterschieden. Eine besondere Gruppe bilden die sogenannten Fachkrankenhäuser, die z.B. die psychiatrische Versorgung oder eine fachlich eng definierte Versorgung (z.B. als orthopädische Fachkliniken) sicherstellen.

Die Versorgungsstufen der Krankenhäuser und die Anzahl der Planbetten in den jeweiligen Fachbereichen legen fest, in welchem Umfang ein Krankenhaus an der Versorgung der Bevölkerung teilnimmt. Die Zuweisung von Fachbereichen im Krankenhausplan (oder seltener auch in Versorgungsverträgen zwischen Krankenhausträgern

und Krankenkassen) entspricht in der Leistungserbringung einer „Lizenz“ zur Erbringung und Abrechnung von fachspezifischen Leistungen gegenüber den gesetzlichen und privaten Kostenträgern. Ein Krankenhaus mit einer Fachabteilung für Chirurgie kann grundsätzlich alle Behandlungen gegenüber den Kostenträgern abrechnen, für die es eine sogenannte chirurgische Fallpauschale gibt. Das bedeutet, dass auch kleine Abteilungen unabhängig von ihrer medizinischen Erfahrung, Kompetenz und Infrastruktur grundsätzlich alle, auch hochkomplexe Eingriffe, durchführen können.

2.4 Ergebnisqualität und Leistungskonzentration im Krankensektor

In der politischen Betrachtung und Kommunikation wird Patienten oft suggeriert, dass alle Krankenhäuser vergleichbar gute Qualität erbringen. Wohnortnähe wird als höchstes Gut in der Versorgung betrachtet. Ersteres entspricht nicht der deutschen Versorgungsrealität und Zweiteres ist eine falsche Priorisierung, die immer wieder zu vermeidbaren Fehlbehandlungen, Komplikationen oder Todesfällen führt.

! Die Vergabe von breiten und undifferenzierten Versorgungslizenzen auch an kleine Krankenhäuser hat in der Vergangenheit zu erheblichen Qualitätsproblemen in der Versorgung geführt.

So wurden z. B. noch im Jahr 2020 über 14.000 Patienten mit Herzinfarkten (das entspricht sieben Prozent von 203.000 Herzinfarkten) in Krankenhäusern behandelt, die über keinen Linksherzkathetermessplatz verfügten oder weniger als zehn perkutane koronare Interventionen (PCI) pro Jahr durchführen (WIDO 2023). Die Einführung der PCI hat zu einer signifikanten Abnahme der Herzinfarkt-Sterblichkeit von etwa 20 Prozent auf fünf bis sieben Prozent geführt (Nolan u. McKee 2016).

Auch werden immer noch Patienten mit Schlaganfall in Krankenhäusern ohne interdisziplinäre Stroke Unit behandelt, obwohl wissenschaftlich erwiesen ist, dass Patienten in Stroke Units eine qualitativ bessere Behandlung erwarten können (Geraedts et al. 2021; Pross et al. 2018). Ähnliche Probleme zeigten sich z. B. bei komplexen chirurgischen Behandlungen wie bei Gastrektomien oder Prostataktomien. Auch diese schwierigen Eingriffe wurden häufig in kleinen Abteilungen durchgeführt, die weder die notwendige chirurgische Expertise, eine geeignete Intensivmedizin oder ein kompetentes Komplikationsmanagement haben. Immer bessere Methoden zur Risikoadjustierung erlauben eine vergleichbare Darstellung der Ergebnisqualität und Fallschwere auch zwischen Krankenhäusern, die ein unterschiedliches Patienten-klientel haben. Ein Beispiel hierfür sind Register, die durch die vermehrte Datensammlung und -verknüpfung Transparenz in die Behandlung von Patienten bringen, wie bei Operationen bei angeborenem Herzfehler (Beckmann et al. 2021) oder Krebs-erkrankungen (Cook u. Collins 2015).

2.5 Beispiele für die unzureichende Leistungskonzentration in Deutschland

Eine Zentralisierung von Leistungen führt in vielen Bereichen, besonders aber bei operativen Eingriffen, zu einer höheren Versorgungsqualität. Gerade bei schwierigen Operationen zeigt sich aber auch, dass die Zentralisierung noch nicht ausreichend fortgeschritten ist. In der Hüft-Endoprothetik wurden 2019 etwa 270.000 Erstimplantationen und Revisionen an über 1.200 Krankenhausstandorten durchgeführt. Davon werden noch etwa 3.400 Eingriffe an 138 Standorten mit weniger als 50 Eingriffen pro Jahr durchgeführt. 50 Fälle pro Jahr und Operateur gelten als die Mindestmenge, die von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) als Voraussetzung für den Erhalt der notwendigen Erfahrung empfohlen wird. 2010 waren es noch etwa 4.400 von 240.000 Eingriffen, die an 173 Standorten unterhalb der Mindestmenge durchgeführt wurden. Die gleiche Empfehlung für eine Mindestmenge von 50 Behandlungsfällen pro Jahr gibt es im Bereich der Herzschrittmacher-Implantationen (HSM-Implantationen) durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK). Die deutschen Mindestmengenvorgaben liegen dabei im europäischen Vergleich im Mittelfeld und unterliegen im Vergleich zu einer eher strengeren Durchsetzung in den restlichen Ländern einer Reihe von Ausnahme- und Übergangsregelungen (Vogel et al. 2018).

Abbildung 2 zeigt die Konzentration der Leistungen an deutschen Krankenhausstandorten in den Bereichen Hüft-Endoprothetik und HSM-Implantationen. Es zeigt sich, dass die Behandlungen von einer Vielzahl von Krankenhäusern an über 1.000 Standorten je Leistungsbereich durchgeführt werden und nur eine geringe Leistungskonzentration zu erkennen ist. In beiden Leistungsbereichen wird nur etwa die Hälfte der Operationen durch die größten Standorte (Q1) durchgeführt. Im letzten Quintil werden Patienten von Standorten behandelt, die im Durchschnitt unterhalb vernünftiger Mindestmengen liegen. Hochproblematisch sind vor allem die Standorte, die weit unter der Mindestmenge behandeln: Bei Hüft-Endoprothetik gibt es 34

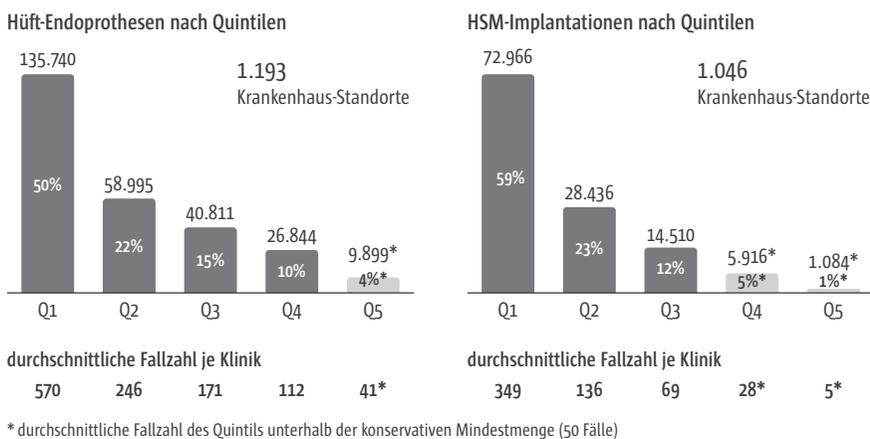


Abb. 2 Leistungskonzentration ausgewählter, meist elektiver Eingriffe an deutschen Krankenhäusern (Quelle: GBA Qualitätsbericht 2019)

Standorte mit weniger als zehn Fällen und bei HSM-Implantationen sogar 166 Standorte mit unter zehn Eingriffen. Unter der Annahme höherer Schwellenwerte, einige Experten empfehlen zum Beispiel mindestens 100 Eingriffe pro Jahr, sollten sich betroffene Patienten und einweisende Fachärzte über möglicherweise auftretende Qualitätsunterschiede zumindest bewusst sein.

Bei der Auswahl des behandelnden Krankenhauses aus der Patientenperspektive nehmen die Spezialisierung auf bestimmte Fachgebiete und besondere Qualifikationen des Arztes mit 85 bzw. 84 Prozent einen hohen Stellenwert ein und sind hinter der Sauberkeit und Hygiene (91 Prozent) die wichtigsten Auswahlkriterien (Ärzteblatt 2022b).

Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass eine höhere Spezialisierung in Versorgungsstandorten mit hohen Fallzahlen und eine umfangreiche Erfahrung des medizinischen Personals zu einer besseren Versorgungsqualität führen (Kuklinski et al. 2021).

Zur Erfassung der Versorgungsqualität wurde im Jahr 2006 die verbindliche Veröffentlichung der strukturierten G-BA-Qualitätsberichte für jedes Krankenhaus eingeführt. Darin werden Strukturdaten der Krankenhäuser, das Leistungsangebot sowie Behandlungsergebnisse auf Standort-, Fachabteilungs- und Leistungsebene dargestellt. Zusätzlich werden Qualitätsindikatoren berichtet, die durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) festgelegt werden. Doch führen jährliche Anpassungen der Empfehlungen bzw. Qualitätsberichterstattung durch das IQTIG zu einer im Zeitverlauf nicht immer konsistenten Berichterstattung. Die Beurteilung der Veränderung der Versorgungsqualität im Zeitverlauf wird so erschwert. So werden unterschiedliche Indikatoren für denselben Leistungsbereich verwendet, Indikatoren über die Jahre aufgegeben oder hinzugefügt und Indikatoren nicht standardisiert über Leistungsgruppen hinweg erfasst. Außerdem wird die Qualitätsmessung noch nicht sektorübergreifend über den gesamten Patientenpfad durchgeführt, und die zeitliche Erfassung ist nur auf den Zeitraum bis kurz nach der Entlassung begrenzt.

Abbildung 3 zeigt eine Reihe risiko-adjustierter Qualitätsindikatoren in den Leistungsbereichen Hüft-Endoprothetik und HSM-Implantation. Es zeigt sich, dass eine breite Streuung in der Qualität der Versorgung besteht. Die risiko-adjustierten Ergebnisse zeigen um mindestens 20 Prozent höhere Raten an Eingriffen mit Komplikationen wie z.B. Revisionen, anderen prozedurassoziierten Problemen oder Todesfällen bei Krankenhausstandorten mit niedrigen Fallzahlen. Die Standorte mit geringeren Fallzahlvolumina weisen ebenfalls niedrigere prozentuale Veröffentlichungen der Qualitätsindikatoren aus. Zu berücksichtigen ist zusätzlich, dass eine sehr geringe Fallzahl den falschen Eindruck fehlerfreier Versorgung hervorrufen kann, weil insgesamt seltene Komplikationen bei wenigen Eingriffen eben manchmal gar nicht vorkommen.

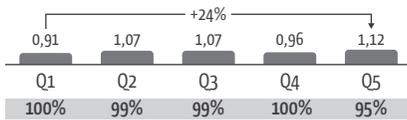
2 Die Krankenhauslandschaft in Deutschland: Ausgangssituation und Reformbedarf

Hüftendoprothesenversorgung

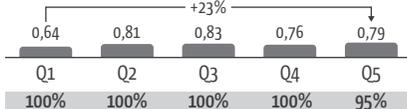


≈ 1.200 Krankenhäuser mit Hüftendoprothetik¹

Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf



Todesfälle

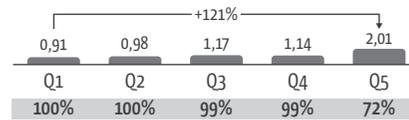


Herzschrittmacher-Implantationen



≈ 1.000 Krankenhäuser mit Implantationen von kardialen Geräten²

Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres



Todesfälle



xx% = prozentualer Anteil der Krankenhäuser mit Veröffentlichung der Indikatoren

1. OPS 5-820 & 5-821 2. OPS 5-377

Abb. 3 Ausgewählte Ergebnisse risiko-adjustierter Qualitätsindikatoren in deutschen Krankenhäusern (Quelle: GBA Qualitätsbericht 2019)

2.5.1 Leistungskonzentration und Ergebnisqualität im Vergleich mit europäischen Nachbarländern

Die mangelnde Leistungskonzentration unterscheidet das deutsche Gesundheitswesen z.B. von der Versorgung in den Niederlanden oder in Dänemark. In Dänemark wurde die Krankenhauslandschaft in den vergangenen 15 Jahren grundlegend reformiert. Die Krankenhausplanung wurde von den 13 ehemaligen Amtskommunen auf die fünf neu geschaffenen Regionen übertragen. Die Anzahl der Krankenhäuser wurde innerhalb von 20 Jahren um mehr als zwei Drittel von 98 auf 32 Krankenhäuser reduziert. Vorrangiges Ziel war die Konzentration von Leistungen an hoch spezialisierten Standorten und die Verbesserung der Infrastruktur durch die Etablierung leistungsfähiger Großkliniken zur Versorgung einer größeren Region (Deutsche Sozialversicherung 2018). Eine solche Konzentration von Leistungen ist, wie oben bereits beschrieben, mit höherer Versorgungsqualität verbunden. Abbildung 4 vergleicht die Überlebensraten von Krebspatienten in Deutschland, Dänemark und den Niederlanden im gleichen Zeitraum.

Die Verbesserung der Überlebensrate bei Krebserkrankungen lässt sich unter anderem durch die Konzentration der Operationen auf wenige hoch spezialisierte Krankenhäuser zurückführen. In Dänemark wurden zwischen 2001 und 2012 die Anzahl der Krankenhäuser, die Operationen bei Rektumkarzinom durchführen, von 47 auf 15 Krankenhäuser reduziert, und Operationen bei Darmkrebs werden nur noch an 20 statt vorher 50 Krankenhausstandorten erbracht (Iversen et al. 2016). Eine ähnliche Anstrengung zur Leistungskonzentration konnte in den Niederlanden beobachtet werden. Vor etwa 20 Jahren wurden noch an 43 von 98 Standorten Pankreatektomien durchgeführt, von denen nur zwei als hoch spezialisierte Zentren hohe Fallzahlen

I Value-Based Health Care: Eine Begriffsbestimmung

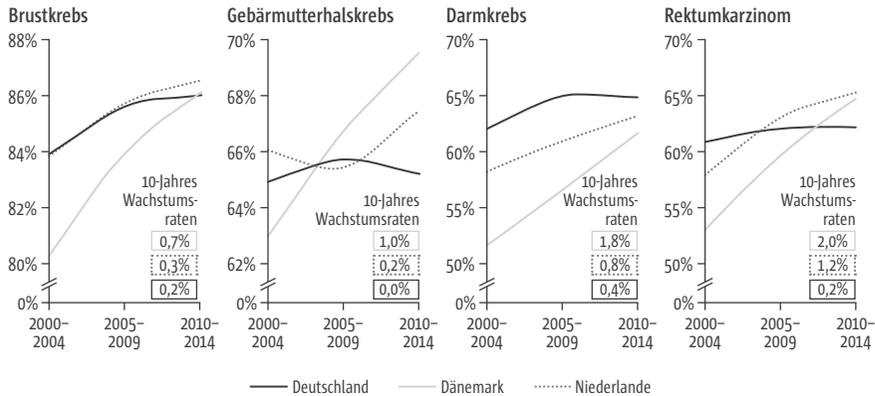


Abb. 4 Ergebnisqualität (5-Jahresüberlebensrate) in der Onkologie im Vergleich zu europäischen Nachbarländern (Quelle: OECD)

erreichen konnten. Durch die gemeinsame Anstrengung der niederländischen Regionen konnte die Anzahl der behandelnden Krankenhäuser auf 32 gesenkt werden und gleichzeitig die Anzahl der hoch spezialisierten Zentren von zwei auf sechs gesteigert werden. Die Sterblichkeitsrate bei Pankreaskarzinomen zeigte dabei signifikante Unterschiede zwischen Krankenhäusern mit niedrigem Volumen (< 20 Resektionen), bei denen die mediane Überlebensrate bei 16 Monaten und die 90-Tage-Sterblichkeitsrate bei 9,7 Prozent lag, und Krankenhäusern mit höheren Fallzahlen und einer medianen Überlebensrate von 18 Monaten bzw. einer 90-Tage-Sterblichkeitsrate von 4,3 Prozent (Gooiker et al. 2014; van der Geest et al. 2016).

Ähnliche Ergebnisse lassen sich in der Behandlung des akuten Myokardinfarkts erkennen. In Deutschland konnte die altersstandardisierte 30-Tage-Sterblichkeitsrate bei Patienten über 45 Jahren von etwa zehn Prozent in 2005 auf etwa acht Prozent in 2019 gesenkt werden. Die Nachbarländer Dänemark und die Niederlande haben es in dem gleichen Zeitraum geschafft, die Sterblichkeitsrate von zehn Prozent auf drei bis fünf Prozent zu reduzieren. Es zeigt sich also, dass die Reformen und gemeinsamen Anstrengungen von Politik und Gesundheitsversorgern in Bezug auf höhere Leistungskonzentration einen stark positiven Effekt auf die Qualität der Versorgung haben.

Allerdings gibt es auch Studien (z.B. Vaughan u. Browne 2023), die jene Effekte auf andere Kausalitäten zurückführen oder den positiven Zusammenhang zwischen Ergebnisqualität und Leistungskonzentration nur in sehr spezifischen Leistungsbereichen nachweisen konnten.



Die Konzentration von Leistungen ist nicht alleiniger Heilsbringer, sondern muss mit zusätzlichen Investitionen zur Bekämpfung des Fachkräftemangels, einem beschleunigten Ausbau der Digitalisierung und einem Stopfen der allgemeinen Investitionslücke einhergehen.



2.5.2 Mindestmengenregelungen zur Verbesserung der Leistungskonzentration in Deutschland

Seit 2002 gibt es Mindestmengen für einige ausgewählte medizinische Leistungen; seit 2006 obliegt diese Aufgabe dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Nach diesen Regelungen dürfen einige komplizierte Behandlungen nur von den Krankenhäusern durchgeführt werden, die in der Vergangenheit eine ausreichend hohe Fallzahl erbracht haben und in der Prognose die Einhaltung der Mindestmengenregelung darlegen können. Ziel dieser Regelungen ist die Zentralisierung der Versorgung komplexer Patienten an Krankenhäusern, die eine qualitativ hochwertige Behandlung durchführen können. Bisher wurden die Mindestmengen allerdings mit verschiedenen Ausnahmeregelungen umgangen und insgesamt waren sie recht niedrig angesetzt. Momentan sind für zehn Leistungen Mindestmengen festgelegt:

1. Lebertransplantationen (20)
2. Nierentransplantationen (25)
3. komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene (26)
4. komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas (20)
5. Stammzelltransplantationen (40)
6. Kniegelenk-Totalendoprothesen (50)
7. koronarchirurgische Eingriffe (keine konkrete Mindestmenge festgelegt)
8. Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht von unter 1.250 Gramm (25)
9. chirurgische Behandlung des Brustkrebses (100)
10. thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen (75)

Allerdings wird trotz allen Nachschärfens der Regelung immer noch sichtbar, dass sie nicht konsequent umgesetzt wird: So haben für die komplexen Eingriffe am Organsystem Ösophagus insgesamt 138 Krankenhäuser eine positive Prognose für 2023 erhalten, obwohl nur 36 von ihnen im Jahr 2021 die entsprechende Fallzahl erreicht haben. Und obwohl bundesweit also 102 Krankenhäuser die Fallzahlen nicht erreicht haben, haben 11 weitere noch die Genehmigung zur erstmaligen oder erneuten Leistungserbringung erhalten (Eigene Berechnung auf Basis AOK Mindestmengen-Transparenzliste 2023).

Mindestmengenregelungen allein werden also nicht ausreichen, eine medizinisch und ökonomisch vernünftige Krankenhausversorgung in Deutschland sicherzustellen. Deshalb lohnt es sich, einen Blick auf Versorgungsbereiche zu werfen, bei denen ohne Gesetzesänderungen eine bessere Versorgung in geeigneten Zentren zur Regel wurde.

2.6 Beispiele einer strukturierten Leistungszuordnung in deutschen Krankenhäusern

Schlaganfall: Bei einigen wichtigen Krankheitsbildern ist es in den vergangenen Jahrzehnten gelungen, einen guten Kompromiss zwischen schneller Erreichbarkeit eines geeigneten Krankenhauses und bestmöglicher Versorgung sicherzustellen. So werden heute etwa 70 bis 80 Prozent der Schlaganfallpatienten in Deutschland in einer der 335 zertifizierten Stroke Units behandelt (Neumann-Haefelin et al. 2021).