

Krankenhaus-Report 2018

„Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit“

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

Schattauer (Stuttgart) 2018

Auszug Seite 53-68



4	Der Einsatz von Qualitätsinformationen für Krankenhausplanung und Leistungseinkauf in Frankreich, Italien, Niederlande, Österreich und der Schweiz.....	53
	<i>Alexander Geissler, Sherry Lee und Wilm Quentin</i>	
4.1	Einleitung.....	54
4.2	Methodik.....	54
4.3	Überblick	55
4.4	Strategien für qualitätsbezogene Planung und Leistungseinkauf	59
4.5	Qualitätsbezogene Informationen für Planung und Leistungseinkauf	62
4.6	Zusammenfassung.....	65

4 Der Einsatz von Qualitätsinformationen für Krankenhausplanung und Leistungseinkauf in Frankreich, Italien, Niederlande, Österreich und der Schweiz

Alexander Geissler, Sherry Lee und Wilm Quentin

Abstract

In einigen europäischen Ländern werden Qualitätsinformationen im Rahmen der Krankenhausplanung genutzt, um stationäre Leistungen auf die dafür am besten geeigneten Standorte zu verteilen. Dafür gibt es oft eine nationale Rahmenplanung, die durch eine regionale Leistungsplanung und -vergabe konkretisiert wird. Aus dem internationalen Vergleich lassen sich vier Strategien ableiten. Erstens haben die untersuchten Länder über Gesetzesinitiativen verbindlich einen Qualitätsbezug in Planungs- und Vergabeverfahren auf nationaler Ebene implementiert. Zweitens zeigt sich in vielen Ländern die Bewertung der Qualität von Krankenhäusern als wichtiges Instrument, um das Leistungsangebot zu steuern. Drittens zeigen einige Beispiele, dass selektive Vertragsmodelle geeignet sind, um Anreize für Qualitätssteigerungen zu setzen und diese zu honorieren. Viertens erlaubt die Zentralisierung von hoch komplexen und spezialisierten Methoden eine Bündelung von Ressourcen für tendenziell seltene Fälle, die besondere Anforderungen hinsichtlich technischer und personeller Ausstattung aufweisen. Derartige Initiativen könnten auch in Deutschland Teil einer bundesweiten Rahmenplanung werden und damit die Krankenhauslandschaft zielorientiert für zukünftige Herausforderungen weiterentwickeln.

Some European countries use information on hospital quality within the planning process to allocate services to the most appropriate provider. Specific hospital planning is commonly driven by mandates and stewardship at the national level and is conducted at the regional level. In general, four sets of policy levers are used. First, countries use legal mandates to oblige quality-based considerations in planning or purchasing on national level. The second policy involves conducting qualifying quality assessments. The process identifies hospitals and departments that meet the quality criteria. Thirdly, some examples show that selective contracting or planning is possible. This enables purchasers to contract only those providers who are most likely to produce good quality care. And finally, centralisation of highly specialized medical procedures allows for the accumulation of experience for low volume and high technicality procedures. Similar initiatives should be considered to become part of a nationwide planning approach in Germany to further develop the hospital landscape for future challenges.

4.1 Einleitung

Spätestens seit Einführung des DRG-basierten Vergütungssystems werden in Deutschland auf unterschiedlichen Ebenen verstärkt Anstrengungen unternommen, die Qualität von Krankenhausbehandlungen zu sichern und zu verbessern. Diese reichen von durch den Gesetzgeber initiierten Maßnahmen wie der verpflichtenden Qualitätsberichterstattung über spezifische Mindestmengenregelungen sowie Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualitätsvorgaben für besonders schwierige Operationen (siehe § 135 ff. SGB V) bis hin zu zahlreichen freiwilligen Initiativen unterschiedlichster Akteure. Diese zielen einerseits darauf ab, mehr Transparenz zu schaffen (z. B. Weisse Liste.de, Qualitätssicherung mit Routinedaten – QSR) und andererseits besondere Behandlungen in spezialisierten Zentren mithilfe von Zertifizierungen zu konzentrieren (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Schlaganfall Gesellschaft), oder durch kollegialen medizinischen Austausch Behandlungsfehler zu vermeiden (Initiative Qualitätsmedizin – IQM) (Klauber et al. 2011; Braun et al. 2016).

Es ist jedoch fraglich, ob dieses Maßnahmenbündel zu einer qualitätsorientierten Veränderung der Krankenhauslandschaft geführt hat, da der wünschenswerte Effekt einer Leistungsverdichtung für spezialisierte Behandlungen an ausgewählten Standorten bisher nicht durchgehend beobachtet werden konnte. Im Gegenteil scheint es so, dass Krankenhäuser an einem breiten Leistungsangebot festhalten, obwohl oftmals die personelle und apparative Ausstattung dies nicht zulässt und die Anzahl an Behandlungen nicht ausreichend ist, um diese qualitativ hochwertig zu erbringen (Bauer 2017). Dies mündet unter anderem in deutlichen Unterschieden bei der stationären Ergebnisqualität, die in einigen aktuellen Studien belegt werden konnte (Nimptsch und Mansky 2017; Pross et al. 2017).

Der Gesetzgeber hat dies erkannt und mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) zwei wesentliche Instrumente eingeführt, um Strukturveränderungen weiter voranzubringen. So könnte Qualität als Kriterium des Leistungseinkaufs im Rahmen von Qualitätsverträgen (§ 110a SGB V) und/oder in der Krankenhausplanung mit Hilfe von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (§ 136c SGB V) zukünftig stärker einbezogen werden, um Strukturveränderungen zu begünstigen und Patienten gezielt zu den am besten geeigneten Krankenhäusern zu leiten.

In einigen europäischen Ländern werden Qualitätsaspekte in der Krankenhaus- bzw. Leistungsplanung bereits berücksichtigt. Daher kann ein internationaler Vergleich interessante Einblicke für die Weiterentwicklung in Deutschland aufzeigen. Der vorliegende Beitrag untersucht für ausgewählte Länder, zu welchem Zweck und in welchem Umfang Qualitätsinformationen genutzt werden, um die Krankenhauslandschaft aktiv zu entwickeln.

4.2 Methodik

Auf Grundlage einer gezielten Literatursuche in den einschlägigen Datenbanken und den standardisierten Gesundheitssystemberichten (Health Systems in Transition [HIT] series) des European Observatory on Health Systems and Policies sowie

grauer Literatur (Mossialos et al. 2017; OECD 2017) und Kurzinterviews mit internationalen Experten konnten Länder mit interessanten Modellen und Reformen identifiziert werden. Auf Grundlage dieser Informationen wurden fünf Länder für die weitere Untersuchung ausgewählt: Frankreich, Italien, Niederlande, Österreich und die Schweiz.

Informationen zur Ausgestaltung der qualitätsorientierten Krankenhausplanung sind in der verfügbaren Literatur sehr fragmentiert, wenig detailliert und oft nur in Landessprache verfügbar. Daher wurden mithilfe eines standardisierten Fragebogens Experten in den ausgewählten Ländern kontaktiert. Der Fragebogen wurde in drei Bereiche aufgeteilt: a) Krankenhausplanung (rechtliche Grundlagen, Planungsverantwortung, Einsatz von Qualitätsinformationen, Durchsetzungsfähigkeit der Planung), b) Leistungsvergabe und -Einkauf (beteiligte Akteure, Vertragsgestaltung, Qualitätsindikatoren) und c) Herausforderungen, Kontroversen und Reformen. Die gewonnenen Informationen wurden durch weitere Nachfragen ergänzt und wenn möglich durch entsprechende Literaturverweise verifiziert.

4.3 Überblick

In Frankreich, Italien, Österreich und der Schweiz sind die Verantwortlichkeiten für Krankenhausplanung zwischen zentralen und regionalen Regierungen bzw. lokalen Akteuren geteilt. In den Niederlanden hingegen ist eine Planung der Krankenhauskapazitäten nicht vorgesehen (Geissler und Busse 2015). Für den Leistungseinkauf existieren in den untersuchten Ländern verschiedene Prozesse. Diese reichen vom passiven Kontrahieren der Krankenversicherungen mit den Krankenhäusern in Österreich (vergleichbar mit Deutschland) bis hin zur aktiven Vertragsgestaltung zwischen Krankenhäusern und Krankenversicherern in den Niederlanden. Weiterhin gibt es deutliche Unterschiede in der Integration von Leistungserbringern und Zahlern. So sind in einigen italienischen Regionen beide Funktionen vollständig integriert, während z. B. in der Lombardei eine deutliche Trennung vorliegt. Der nachfolgende kurze Überblick zu den Charakteristika der nationalen Systeme verdeutlicht diese Unterschiede und Tabelle 4–1 fasst diese zusammen.

Frankreich

Die Gesundheitsversorgung wird in Frankreich von 17 regionalen Gesundheitsagenturen (Agences Régionales de Santé, ARS) auf Grundlage eines nationalen Rahmenplans in Absprache mit lokalen Akteuren geplant. Das Ministerium für Soziales und Gesundheit (Ministère des Solidarités et de la Santé) spielt dabei eine zentrale Rolle, da es Zielvorgaben auf Grundlage der gesundheitlichen Bevölkerungsentwicklung und nationaler Prioritäten verabschiedet (Chevreul et al. 2015). Die siebzehn vom Ministerium eingesetzten ARS sind verpflichtet, diese Vorgaben umzusetzen und unter Konsultation mit regionalen Akteuren alle fünf Jahre einen umfassenden regionalen Plan (schema régional d'organisation sanitaire, SROS) zu erstellen. Die darauf aufbauenden mehrjährigen Verträge zu Zielen und Ressourcen (Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, CPOMs) zwischen den ARS und Krankenhäusern sind das wichtigste Instrument, um das Leistungsangebot zu

Tabelle 4–1

Überblick über die Planungsgrundlagen in ausgewählten Ländern

	Frankreich		Italien		Niederlande		Österreich		Schweiz	
	Planung	Einkauf	Planung	Einkauf	Planung	Einkauf	Planung	Einkauf	Planung	Einkauf
Verantwortliche Einrichtungen	Regionale Gesundheitsagenturen		Gesundheitsministerium; Regionale und lokale Gesundheitsbehörden		keine allgemeine Krankenhausplanung	Krankenversicherungen (selektiv)	Gesundheitsministerium; Landesregierungen	Krankenversicherungen (indirekt, nach Aufnahme ÖSG, RSG)	Kantonale Gesundheitsbehörden	Krankenversicherungen (indirekt, nach Aufnahme auf Spitalliste)
Hochspezialisierte Leistungen	Keine gesonderte Planung; Mindestmengen gelten für ausgewählte Leistungen		Ausgewiesene Standorte der Stufe 2 (je 600 000 –1.200 000 Einwohner); Mindestmengen gelten für ausgewählte Leistungen		Planung und Zulassung durch das Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport	Vergabe der Lizenzen aufgrund zuvor definierter Qualitätsvorgaben	Überregionale Versorgungsplanung	Ausweisung der Standorte innerhalb des ÖSG	Auf nationaler Ebene im Rahmen der interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)	Vergabe der Leistungen durch das interkantonale HSM-Beschlussorgan
Einbezug von Qualität	ja		ja		ja	ja	ja	ja	ja	ja
Rechtliche Grundlage	Regionale Gesundheitsorganisationspläne (SROS); Krankenhaus-, Patienten-, Gesundheits- und Territorien-Gesetz (HPST); Gesetz über das öffentliche Gesundheitswesen Art. R6114 und R6122		Nationaler Gesundheitsplan 2014–2016; Ministerialdekret 70/2015		Gesetz über besondere medizinische Operationen (Wbmv)	Krankenversicherungsgesetz (Zvw); Gesetz zur Zulassung von Gesundheitseinrichtungen (WTZI)	Gesundheits-Zielsteuergesetz (G-ZG); Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG); Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG)	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) Art. 39; Kantonale Verordnungen	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Frequenz der Überarbeitung	5 Jahre		3 Jahre		4 Jahre	Jährlich	15 Jahre (mit wesentlichen Änderungen alle 5 Jahre)	Jährlich (kantonale Unterschiede)	2 Jahre	

steuern. Darin wird vereinbart, welche Leistungen in welchem Umfang (Fallzahlen) von den einzelnen Standorten erbracht werden dürfen. Diese Verträge werden meist für einen Zeitraum von fünf Jahren geschlossen und einem jährlichen Monitoring der tatsächlich genutzten Kapazitäten und erbrachten Leistungen unterzogen. Bei Vertragsbruch seitens der Krankenhäuser können theoretisch bis zu 5 % der Einnahmen zurückgefordert werden oder die Zulassung für bestimmte Leistungen entzogen werden.

Italien

Der italienischen Verfassung folgend sind die Zuständigkeiten für das italienische Gesundheitssystem zwischen den Regionen und dem Staat geteilt. Diese Teilung setzt sich auch in der Planung fort. Ein nationaler Gesundheitsplan (Piano sanitario nazionale, PSN) wird alle drei Jahre innerhalb des Gesundheitsministeriums in Abstimmung mit den Akteuren des Gesundheitssystems erarbeitet. Ausgehend von diesem Rahmen und den dort festgelegten Prioritäten planen die regionalen Behörden detailliert, welche Standorte mit welchen Kapazitäten welche Leistungen erbringen dürfen (Ferre et al. 2014). Jede der 19 Regionen und zwei autonomen Provinzen verfügt über lokale Gesundheitsbehörden (Azienda sanitaria locale, ASL), die den Versorgungsbedarf ermitteln und den Leistungseinkauf in öffentlichen und privaten Krankenhäusern (ca. 80 % vs. 20 % der Betten) verantworten. Durch den hohen Grad an regionaler Autonomie sind jedoch dafür sehr unterschiedliche Ansätze verbreitet. So sind in manchen Regionen der Leistungseinkauf und die Leistungserbringung vollständig integriert, da Krankenhäuser im Besitz der Region sind, während in anderen Regionen auch private Krankenhäuser in die Planung einbezogen werden (Toniolo et al. 2012). Allen gemein ist jedoch, dass Verträge zur Leistungserbringung detailliert die vereinbarten Leistungen sowie deren Menge definieren.

Niederlande

Seit dem Jahr 2008 hat sich die niederländische Regierung aus der aktiven Krankenhausplanung für einen Großteil der akutstationären Leistungen zurückgezogen. Mit der Einführung des Gesetzes zur Zulassung von Gesundheitseinrichtungen (Wet toelating zorginstellingen, WTZi) müssen Krankenhäuser nunmehr lediglich eine Zulassung zur Versorgung beantragen. Das WTZi beschränkt sich im Wesentlichen auf Grundsätze für den Zugang zur Akutversorgung, Transparenz der Kliniksteuerung und des Managements (good governance) sowie Vorgaben zur Finanzverwaltung. Somit sind die Entscheidungen für die Errichtung und das Angebotsspektrum von Krankenhäusern getrieben von Abwägungen der Träger und Investoren über den wirtschaftlichen Betrieb. Grundlegend sollte mithilfe von Marktmechanismen das Angebot von Krankenhausleistungen über den Leistungseinkauf (siehe unten) und die Nachfrage der Bevölkerung gesteuert werden (Kroneman et al. 2016). Abgesehen davon hat die Regierung jedoch die gesonderte Zulassung zur Durchführung und Vergabe von hochspezialisierten Leistungen beibehalten, um die Verfügbarkeit und den Zugang landesweit zu gewährleisten (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2014). Der Status der Standorte, die diese Leistungen anbieten, wird im Vier-Jahres-Zyklus evaluiert. Zu den hochspezialisierten Leistungen gehören beispielsweise Transplantationen, herz- und neurochirurgische Ein-

griffe, Partikeltherapien, humangenetische Beratungen, Versorgung von Blutkrankheiten, In-vitro-Fertilisationen oder auch die Neugeborenenintensivversorgung (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2017). Der Einkauf von Krankenhausleistungen wird von den Krankenversicherungen, die seit 2006 in einer Art reguliertem Wettbewerb (Managed Competition) agieren, unter Berücksichtigung eines angemessenen Versorgungszugangs getätigt. Dabei werden seit 2012 zwischen einzelnen Versicherungen und Krankenhäusern jährlich der Umfang, Preise, Mengen und auch die Qualität der Leistungserbringung bilateral vereinbart. Einige Einrichtungen von hoher Relevanz, vor allem für die Notfallversorgung, sind von den Verhandlungen ausgenommen und werden direkt von der Niederländischen Gesundheitsbehörde (Nederlandse Zorgautoriteit, NZa) beauftragt. Dazu zählen Notfallzentren (insb. in ländlichen Gegenden), Rettungshubschrauber sowie Trauma- und Brandverletzententren (Geissler und Quentin 2017).

Österreich

Das zentrale Planungsinstrument Österreichs ist der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG). Dieses sektorenübergreifende und integrative Instrument fungiert als nationaler Rahmenplan, wird vom Bund, den Ländern und der Sozialversicherung gemeinsam vereinbart und enthält u. a. verbindliche Planungsvorgaben und Qualitätskriterien für ausgewählte Bereiche der stationären Versorgung (Hofmarcher und Quentin 2013). Ziel des ÖSG ist es, einerseits landesweit gleiche Versorgungsstandards mit vergleichbarer Qualität zu schaffen und andererseits spezialisierte Einrichtungen ausgewählter Fachbereiche an zentralen Standorten einzurichten. Im Jahr 2006 wurde der ÖSG erstmals erstellt und 2017 bereits zum fünften Mal revidiert. Unter Maßgabe des ÖSG werden zwischen den Ländern und Sozialversicherungsträgern detaillierte Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG) vereinbart (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2017). Ausgehend von einer Kapazitätsplanung wird auch eine Leistungsangebotsplanung durchgeführt. Dabei werden insbesondere strukturelle Qualitätskriterien (Personalzahlen und Ausstattung) und Mindestfallzahlen von Krankenhäusern berücksichtigt, um durch eine Bündelung von Ressourcen eine überregionale spezialisierte Versorgung an ausgewählten Standorten zu erreichen.

Schweiz

Unter Maßgabe des 2007 revidierten Krankenversicherungsgesetzes (KVG) sind die 26 Kantonsregierungen verantwortlich für die Planung der stationären Versorgung (Pietro et al. 2015). Dabei haben die Kantone eine nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederte Spitalliste aufzustellen, welche die Qualität, Effizienz und Erreichbarkeit der Versorgung berücksichtigen soll und auch Spitäler außerhalb des eigenen Kantons beinhalten kann. Die Liste definiert, welche medizinischen Leistungen erbracht werden können und welche Pflichten und Anforderungen (insb. zur Personalverfügbarkeit, technischen Ausstattung und Mindestmengen) je nach Leistungsbereich eingehalten werden müssen (GDK/CDS 2017b). Um für einzelne Leistungsbereiche (in den meisten Kantonen ca. 140) in die Spitalliste aufgenommen zu werden, müssen sich die Krankenhäuser gemäß den vom Kanton aufgestellten Kriterien unabhängig von ihrer Trägerschaft (ca. 70% öffentlich; 30% privat) bewerben. Darüber hinaus werden für 39 hochspezialisierte Leistungen kan-

tonsübergreifende Planungen im Rahmen der interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) vorgenommen (GDK/CDS 2017a). Im Ergebnis weist die interkantonale Spitalliste der hochspezialisierten Medizin ausgewählte Standorte aus. So können beispielsweise Nierentransplantationen derzeit in sechs und die Versorgung schwerer Verbrennungen in zwei von insgesamt 189 schweizerischen Akutspitälern durchgeführt werden. Insgesamt dürfen Krankenhäuser in der Schweiz anders als in Deutschland nur Leistungen zu Lasten der Krankenversicherung erbringen, für die sie im Rahmen der Spitalliste explizit autorisiert sind. Die Krankenversicherungen verhandeln kollektiv im Ein- oder Zwei-Jahres-Zyklus mit den Krankenhäusern im Wesentlichen individuelle Basisfallwerte im Rahmen des Schweizer DRG-Systems. Ein selektiver Leistungseinkauf wird nur in Ausnahmefällen vorgenommen.

4.4 Strategien für qualitätsbezogene Planung und Leistungseinkauf

Das Interesse an einer konstanten Qualitätsentwicklung spiegelt sich in den untersuchten Ländern in den Reformen zur Krankenhausplanung und dem Leistungseinkauf der vergangenen Jahre deutlich wider. Jedoch nutzen die Länder eine Mischung unterschiedlicher Strategien, um ihre gesetzten Ziele zu verfolgen. Diese reichen von gesetzgeberischen Maßnahmen auf nationaler Ebene über konkrete Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Leistungen bis hin zur selektiven Auswahl von Krankenhäusern mit definiertem Qualitätsniveau. Insbesondere für hochspezialisierte Leistungen existieren in manchen Ländern zudem nationale Pläne, um Ressourcen zu zentralisieren und seltene medizinische Prozeduren und Verfahren auf hohem Niveau anbieten zu können.

Gesetzliche Maßnahmen

Alle fünf Länder beschritten in der Vergangenheit unterschiedliche Wege, um Kompetenzen der Versorgungsplanung auf nationaler und regionaler Ebene gesetzlich zu verankern. Dabei haben die Regionen verschiedene Spielräume, um nationale Vorgaben umzusetzen. In Frankreich und Italien haben die Zentralregierungen regionale Gesundheitssysteme mit nachgelagerten Behörden geschaffen und ihnen weitreichende Kompetenzen gegeben. In Österreich und der Schweiz hingegen besitzen die Bundesländer und Kantone traditionell große Freiheitsgrade, von denen einige auf die nationale Ebene verlagert wurden.

Im Jahr 2009 wurden in Frankreich mit dem Krankenhaus-, Patienten-, Gesundheit- und Territorien-Gesetz (loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires, HPST) Gesundheitsregionen mit regionalen Agenturen (ARS) geschaffen und mit planerischen Befugnissen ausgestattet, um regionale Gegebenheiten besser in der Planung des Gesundheitssystems berücksichtigen zu können. Die ARS sind nunmehr rechtlich für regionale Versorgung verantwortlich und steuern diese über detaillierte Pläne (SROS) mit ausgewiesenen Qualitätsvorgaben. Außerdem wurden im Jahr 2016 die bestehenden über 850 Krankenhäuser in 135 regionalen Krankenhausnetzwerken zusammengefasst, mit dem Ziel einer besseren regionalen Versorgungssteuerung.

rung. In Italien haben die Regionen seit der Verfassungsreform 2001 die Möglichkeit, eigene Qualitätsstandards zur Akkreditierung und Autorisierung von Krankenhäusern zu setzen. Spätestens seitdem sind die regionalen Gesundheitssysteme auch hinsichtlich der geforderten Qualitätsniveaus sehr unterschiedlich. Auch in Österreich wurde die Beziehung zwischen der nationalen und regionalen Ebene sowie den Krankenkassen insbesondere hinsichtlich einer integrierten Planung der Versorgung mit dem Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG) im Jahr 2013 neu geordnet. Dabei wurde die Verantwortung zur Erreichung national vereinbarter Qualitätsziele auf die Regionen übertragen. In der Schweiz wurden in jüngster Vergangenheit qualitätsfördernde Maßnahmen stärker auf nationaler Ebene mit einer Reform des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und der vom Bundesrat verabschiedeten Strategie Gesundheit2020 fixiert. Im Gegensatz zu den anderen Ländern verfolgt die niederländische WTZi-Reform von 2008 eher das Ziel, den Krankenversicherungen und Krankenhäusern mehr Freiheitsgrade zu geben. Jedoch sind die Krankenhäuser einerseits verpflichtet, die Versorgung sicherzustellen, und tragen andererseits das unternehmerische Risiko, die Leistungen anzubieten, die von den Krankenversicherungen im Rahmen selektiver Verträge nachgefragt werden.

Qualitätsvorgaben

Die untersuchten Länder setzen verschiedene Instrumente ein, um Qualitätsstandards zu definieren, unter denen Krankenhäuser ermächtigt werden, Leistungen zu erbringen. Dazu zählen Lizenzierung, Autorisierung, Zertifizierung und Akkreditierung. Lizenzierung ist rechtlich verpflichtend, in allen Ländern verbreitet und definiert grundlegende infrastrukturelle Standards, um Krankenhäuser betreiben zu dürfen (vgl. § 30 GewO für private Kliniken in Deutschland). Die Autorisierung zur Leistungserbringung, d. h. die Ermächtigung, Leistungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherungsträger zu erbringen, bezieht in manchen Ländern neben operativen und technischen Voraussetzungen auch politische Entscheidungen mit ein (vgl. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser in Deutschland). So werden in Frankreich auch kleinere Krankenhäuser mit geringen Fallzahlen und ungeachtet problematischer Qualitätsniveaus aufgrund von politischen Erwägungen autorisiert. In allen untersuchten Ländern, abgesehen von den Niederlanden, werden im Zuge der Autorisierung detaillierte Pläne verknüpft mit Qualitätsanforderungen aufgestellt. Diese Pläne sind verbindlich und erlauben den autorisierten Krankenhäusern, nur die dort aufgeführten Leistungen zu erbringen.

Zertifizierungen oder Akkreditierungen werden meist freiwillig von Krankenhäusern erworben, um zu signalisieren, dass sie ein hohes Qualitätsniveau erreicht oder sich intensiv mit der erbrachten Versorgungsqualität auseinandergesetzt haben (vgl. KTQ oder ISO 9001 in Deutschland). Der Gebrauch beider Terme ist jedoch international nicht einheitlich. In Frankreich werden interessanterweise Zertifizierungen für öffentliche und private Krankenhäuser von der staatlichen Gesundheitsbehörde (Haute Autorité de Santé, HAS) unternommen. Diese haben einen verpflichtenden Charakter, da sie bei der Autorisierung zur Leistungserbringung berücksichtigt werden. In Italien ist ein Akkreditierungsprozess verpflichtend, jedoch regional mit unterschiedlichen Qualitätsanforderungen verbunden. In beiden Ländern werden Akkreditierungen und Zertifizierungen genutzt, um eine Art Minimal-

standard sicherzustellen und somit Qualitätsunterschiede national und regional zu minimieren.

Selektive Verträge

Obwohl die selektive Vertragsgestaltung zur Auswahl bestimmter Leistungserbringer nach definierten Prioritäten ein mächtiges Instrument zur Steuerung der Versorgung darstellt, wird dieses Instrument nicht zuletzt auch wegen einiger Nachteile (z. B. hohe Transaktionskosten, mangelnde Transparenz, schwierige Sicherstellung der Versorgung) und mangelnder politischer Kontrolle nur selten eingesetzt. Nur in den Niederlanden und teilweise in der Schweiz werden derzeit selektive Verträge vereinbart. In den Niederlanden wird dies durch Marktanreize für die Versicherer aufgrund gesetzlicher Vorgaben zu bilateralen Verträgen unterstützt. Die im Wettbewerb stehenden Krankenversicherer können die besten Krankenhäuser, sei es wegen des Qualitäts- oder Preisniveaus, des Renommées, der Erreichbarkeit oder der Serviceorientierung, für ihre bestehenden und potenziell neuen Versicherten auswählen und sich somit im Markt von ihren Wettbewerbern abgrenzen. Um jedoch keine Versicherten zu verlieren und möglichst für neue Kunden interessant zu bleiben, bestehen de facto zwischen allen Krankenhäusern und Versicherern bilaterale Verträge, deren konkreter Inhalt jedoch nicht veröffentlicht wird. In der Schweiz gibt es einen quasi-selektiven Vertragsprozess. Hier können sich Krankenhäuser für die Aufnahme auf die Spitalliste für einzelne Leistungsgruppen bewerben. Nur Krankenhäuser, welche die personellen und technischen Kapazitäten haben und zudem die Leistungen anbieten wollen, beantragen die Aufnahme auf die Liste.

Hochspezialisierte Versorgung

Die Autorisierung zur Erbringung hochspezialisierter Leistungen ist besonders in den Niederlanden, Österreich und der Schweiz auf nationaler Ebene organisiert. In der Schweiz haben die Kantone die Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) einem interkantonalen Beschlussorgan übertragen, welches die Bereiche der hochspezialisierten Medizin definiert sowie Planungs- und Zuteilungsentscheidungen für eine Zentralisierung von Leistungen über die interkantonale Spitalliste trifft. In den Niederlanden ist mit der Autorisierung spezialisierter Leistungen das für Gesundheit zuständige Ministerium betraut. Auf Grundlage des 1997 eingeführten Gesetzes für besondere medizinische Verfahren (*Wet bijzondere medische verrichtingen, Wbmv*) benennt das Ministerium die Standorte, deren Ausstattung und Qualitätsniveau es zulassen, spezialisierte Leistungen zu erbringen. So sind derzeit beispielsweise je drei Standorte für Herz-, Lungen- und Lebertransplantationen oder 30 für PTCA/PCI zugelassen. In beiden Ländern werden die Entscheidungen über die Zulassung von Standorten von einem interdisziplinären Gremium unter Einbezug aktueller internationaler Evidenz getroffen. Auch die Leistungen, die für die gesonderte Autorisierung in beiden Ländern identifiziert wurden, ähneln sich. Dabei handelt es sich zumeist um komplizierte, risikoreiche und kostenintensive Leistungen wie Transplantationen und neuro- oder herzchirurgische Eingriffe. Eine 2012 veröffentlichte Evaluation bestätigte u. a., dass die gezielte Steuerung der spezialisierten Leistungen effektiv anderen (ökonomischen) Anreizen entgegentritt und somit die Effizienz des Krankenhaussystems verbessert, die Qualität der Leistungserbringung durch Konzentration steigt und die medizinische Aus- und Weiterbildung gestärkt

wird (Bouman et al. 2012). In Österreich wird die Ressourcen- und Leistungsangebotsplanung ausgewählter hochspezialisierter komplexer Leistungen im Rahmen einer überregionalen Versorgungsplanung (ÜRVP) als Teil des ÖSG sichergestellt. In der ÜRVP werden die Leistungsstandorte mit deren Zuständigkeit für Versorgungsgebiete auf Ebene der Versorgungsregionen definiert. Unter anderem werden Schwerbrandverletzten-Zentren, Standorte für Stammzelltransplantation (allogen), Transplantations-, Neuro- und Herzchirurgie gesondert ausgewiesen.

4.5 Qualitätsbezogene Informationen für Planung und Leistungseinkauf

Qualitätsinformationen werden in den untersuchten Ländern sehr unterschiedlich genutzt, um Krankenhausstrukturen zu planen oder Leistungen gezielt zu vergeben bzw. einzukaufen. Tabelle 4–2 gibt einen Überblick und verdeutlicht, dass in erster Linie Struktur-, aber auch Prozess- und zu einem sehr geringen Anteil Ergebnisindikatoren eingesetzt werden. Patientenerfahrungen werden bisher nur in Italien regional verwendet, um Krankenhäuser für einzelne Leistungsbereiche zu autorisieren.

Krankenhausplanung

Informationen zur Struktur- und Prozessqualität werden am häufigsten für die Planung in den untersuchten Ländern verwendet. Dabei werden die Abweichungen vom geforderten zum beobachteten Qualitätsniveau herangezogen und bewertet, ob die Krankenhäuser mit den ausgewiesenen Leistungsbereichen in die Planung einbezogen werden können oder ob Maßnahmen zur Qualitätssteigerungen auferlegt werden, sofern einzelne Standorte für die Sicherstellung der Versorgung relevant sind. Die Anforderungen werden meist weit im Vorfeld anhand von Gesetzen und Verordnungen festgelegt und über Indikatoren operationalisiert. Exemplarisch werden im Folgenden die Planungsansätze von Österreich und der Schweiz vorgestellt.

Tabelle 4–2

Überblick über die eingesetzten Qualitätsindikatoren

	Frankreich	Italien	Niederlande	Österreich	Schweiz
Strukturqualität	A/P/L	A/P/L	P (spez. Leistungen) L	P	P
Mindestmengen	L	P (spez. Leistungen)	P (spez. Leistungen) L	P	P
Prozessqualität	A/P/L	A/P/L	P (spez. Leistungen) L	P	P
Ergebnisqualität	Zertifizierung (HAS)	A (regional)	–	–	–
Patientenerfahrungen	–	A (regional)	–	–	–

A= Autorisierung, Akkreditierung; P= Planung; L = Leistungsvergabe/-einkauf

In **Österreich** trägt die Planung maßgeblich zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern bei. Auf Grundlage von Artikel 15a der Verfassung und des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes (G-ZG) geben der ÖSG und die RSGs planungsrelevante Qualitätskriterien für Krankenhäuser vor. Auf Bundesebene werden strukturell Vorgaben zur technischen Ausstattung, Personalverfügbarkeit und -qualifikation sowie Erbringung essentieller Dienstleistungen und Mindestmengen zur Bewertung herangezogen. Prozesskriterien orientieren sich an der Implementierung von Qualitätssicherungskonzepten (z. B. Durchführung interdisziplinärer Tumorboards), Qualitätsmessungsaktivitäten und Einhaltung von Bundesqualitätsstandards (z. B. Aufnahme und Entlassung, Hygiene, patientenorientiertes Blut-Management). Zusätzlich zu den im ÖSG spezifizierten Kriterien können die Länder individuelle Qualitätsvorgaben machen. Daneben werden mehr als 200 Indikatoren in über 50 Leistungsbereichen im Rahmen der Austrian Inpatient Quality Indicators, kurz: A-IQI (vergleichbar mit IQM in Deutschland), bundesweit standardisiert analysiert und bei Auffälligkeiten im Rahmen eines kollegialen Peer-Review-Verfahrens von Einzelfällen aufgearbeitet. Jedoch werden die Indikatoren des A-IQI nicht routinemäßig für die Krankenhausplanung verwendet, sondern zielgruppenspezifisch als Expertenbericht und auf KLINIKSUCHE.AT veröffentlicht.

Dem Krankenversicherungsgesetz folgend sind in der **Schweiz** seit 2007 Qualitätskriterien für die kantonale Krankenhausplanung (Spitalliste) zu nutzen. Dabei sollen die Kantone Qualitätsstandards unter Berücksichtigung verfügbarer Datenquellen definieren. Die Nutzung struktureller Indikatoren überwiegt und beinhaltet organisatorische, technische und personelle Vorgaben. Der Kanton Zürich nahm dabei eine Vorreiterrolle ein und entwickelte für den Spitalplan 2012 ein Planungsmodell, das seither von vielen anderen Kantonen adaptiert wurde. Im Kern wurden dafür 140 Leistungsgruppen mit Hilfe des Schweizer Prozeduren Katalogs (CHOP) und der internationalen Diagnoseklassifikation (ICD) nebst leistungsgruppenspezifischen Anforderungen definiert. So wurden beispielsweise für die Urologie zehn Leistungsgruppen erstellt – von der Behandlung von Steinen bis zur Harnblasenentfernung (Zystektomie). Die Aufnahme in die Spitalliste erfolgt mehrstufig. Zunächst werden nach Beantragung der Krankenhäuser zur Aufnahme grundlegende Vorgaben geprüft: Qualität (z. B. QM-Programm vorhanden), Effizienz (z. B. Anteil administrativer Ausgaben) und geografische Verfügbarkeit. Im zweiten Schritt werden die leistungsgruppenspezifischen Anforderungen, insbesondere Notfall- und intensivmedizinische Vorgaben, Verfügbarkeit und Qualifikation von Fachärzten sowie Mindestfallzahlen von der Gesundheitsdirektion Zürich bewertet.

Für Krankenhäuser mit der Basis-Leistungsgruppe (alle medizinischen und chirurgischen Leistungen, die nicht zu den fachspezifischen Leistungsgruppen gehören) ist eine adäquate Notfallstation vorgeschrieben. In Abhängigkeit von der Dringlichkeit der Notfallbehandlungen pro Leistungsgruppe werden die Anforderungen an Notfallstationen in Level 1 bis 3 unterschieden. Für die Geburtshilfe sind im Level 4 zusätzlich spezifische Anforderungen vorgeschrieben. Die Level unterscheiden sich dabei im Wesentlichen in der Verfügbarkeit der Fachärzte und ihrer Wegezeit zur Notfallstation je nach Tages- und Nachtzeit und am Wochenende. Für Leistungsgruppen, die relativ oft eine Verlegung der Patienten auf die Intensivstation erfordern, wird das Führen einer Intensivstation vorgeschrieben. Dabei wird zwischen drei Levels von Intensivstationen unterschieden, die je nach Komplexität

der Intensivbehandlung pro Leistungsgruppe vorgeschrieben werden. Für die Level 2 und 3 sind die Richtlinien der schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) einzuhalten, nach denen Intensivstationen in der Schweiz zertifiziert werden. Für jede Leistungsgruppe wird zudem vorgeschrieben, welche Fachärzte nach Fachgebieten in welchem Umfang zur Verfügung stehen müssen. Je nach Komplexität wird unterschieden in: Facharzt unter 1 Std. erreichbar oder Patient unter 1 Std. verlegt, Facharzt jederzeit erreichbar und Intervention unter 1 Std., Facharzt jederzeit erreichbar und Intervention unter 30 min.; Facharzt Geburtshilfe unter 10 min. im Krankenhaus bzw. Facharzt Neonatologie oder Facharzt Pädiatrie mit Erfahrung in Neonatologie unter 15 min. vor Ort.

Die Spitalliste wird jährlich fortgeschrieben, um einerseits Änderungen im Leistungsangebot der Krankenhäuser zu berücksichtigen und andererseits Modifikationen der Leistungsgruppen abbilden zu können. Leistungsaufträge anhand der Spitalliste werden zumeist unbefristet, aber auch befristet für ein bis drei Jahre erteilt. Für das Jahr 2018 sind 27 Krankenhäuser in der Züricher Spitalliste aufgeführt, wobei eins außerhalb des Kantons in Schaffhausen liegt. Während die meisten Krankenhäuser mit ausgewählten Leistungsgruppen in der Spitalliste zu finden sind, besitzt das Universitätsspital Zürich die Genehmigung, fast alle Leistungen zu erbringen.

Leistungseinkauf

Qualitätsinformationen werden im Rahmen des Leistungseinkaufs und der Leistungsvergabe genutzt, um Leistungserbringer zu autorisieren oder um geeignete Vertragspartner für selektive Verträge zu identifizieren. Weitergehend können während der kollektiven oder selektiven Vertragsgestaltung Qualitätsziele vereinbart werden. Vorbedingung ist in allen untersuchten Ländern eine gültige Zulassung zur Versorgung, die impliziert, dass grundlegende Qualitätsstandards eingehalten werden.

In Frankreich können autorisierte Krankenhäuser mehrjährige Verträge zu Zielen und Ressourcen (CPOM) mit den regionalen ARS schließen. Für die Autorisierung werden Qualitätsindikatoren, von denen viele auf Prozessebene sind, berücksichtigt. Beispielsweise gibt es für den Bereich der endovaskulären kardialen Interventionen in der Region Rhône-Alpes 43 Indikatoren, von denen 14 Prozessindikatoren sind (ARS Auvergne-Rhône-Alpes 2016). Ähnlich ist es in Italien. Dort wird die Qualität in zwei separaten Evaluationen bewertet. Zunächst werden Krankenhäuser autorisiert, wenn sie ein Minimum an strukturellen, technologischen und organisatorischen Standards vorweisen können. Zusätzlich müssen Krankenhäuser für die Leistungserbringung akkreditiert werden. Die Akkreditierung ist die Voraussetzung, um Leistungen zu erbringen (für Krankenhäuser, die in Besitz der lokalen Gesundheitsbehörden (ASL) sind) oder um Verträge mit den lokalen Gesundheitsbehörden zu schließen (für unabhängige öffentliche und private Krankenhäuser). Die Kriterien für die Autorisierung werden regional unterschiedlich determiniert, beinhalten aber meist stringente Vorgaben auf Struktur- (z. B. zum Personal und zur technischen Ausstattung) und Prozessebene (z. B. Führen einer Patientenakte) sowie für manche Regionen und Fachgebiete Ergebnisindikatoren und Patientenerfahrungen.

In den Niederlanden tragen die Krankenversicherungen maßgeblich zur Qualitätssicherung bei, da sie den Leistungseinkauf direkt über selektive Verträge

steuern. Manche Krankenversicherungen veröffentlichen jährlich ihre Vertragsgrundlagen für jede Art von Leistungserbringer. Spezifische Struktur- und Prozessindikatoren für die Vertragsgestaltung werden oftmals in den Anhängen zu diesen Dokumenten veröffentlicht und verwendet, um Leistungserbringer auszuwählen. Die Krankenversicherung Zilveren Kruis (Silbernes Kreuz) gibt beispielweise generelle Qualitätsvorgaben (z. B. zur Patientensicherheit oder Geburtenbetreuung) und Vertragsbedingungen vor. Letztere beziehen sich auf Qualitätsmanagement-Zertifizierungen, Angaben zur Leitlinienadhärenz und spezifische Protokolle zur Autorisierung von Leistungen. Einzelne Qualitätsindikatoren werden eingesetzt, um entweder zukünftige Qualitätsziele zu vereinbaren oder als Eingangskriterien für die Auswahl adäquater Krankenhäuser genutzt. Für einige Fachgebiete werden dabei die Indikatoren aus den Standards und Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften eingesetzt. Dies führt dazu, dass verschiedene Krankenversicherer oftmals die gleichen Qualitätskriterien für den Leistungseinkauf nutzen.

4.6 Zusammenfassung

Die Qualität der Leistungserbringung, insbesondere von Krankenhäusern, nimmt einen immer größeren Raum in der gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland ein. Dabei wird oftmals thematisiert, mit welchen Instrumenten die Versorgung so gesteuert werden kann, sodass einerseits der Zugang sichergestellt ist und andererseits die Leistungen nur an Standorten mit entsprechender Ausstattung und Erfahrung erbracht werden. Diese Diskussion ist umso dringender, da in Deutschland bisher wenige Leistungen gezielt gesteuert (zentralisiert) wurden und dies unter anderem zu nicht mehr hinnehmbaren Qualitätsunterschieden von Krankenhäusern geführt hat (Dormann et al. 2018).

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass diese Auseinandersetzung in anderen europäischen Ländern schon etwas weiter vorangeschritten ist, manche Länder in der jüngeren Vergangenheit entscheidende Reformen zur Leistungssteuerung durchgeführt haben und einige Ansätze durchaus im deutschen Kontext diskutiert werden können.

Der Aufbau der Gesundheitssysteme der untersuchten Länder ist zwar teils sehr unterschiedlich, jedoch lassen sich generelle Ähnlichkeiten in der Krankenhausplanung und Leistungsvergabe erkennen. So nutzen alle Länder Qualitätsinformationen, um die Leistungserbringung an den dafür geeigneten Standorten mithilfe von Planungsinstrumenten zu etablieren. Dafür gibt es oft eine nationale Rahmenplanung, die konkret durch eine regionale Leistungsplanung und -vergabe behördlich umgesetzt wird. Die Niederlande sind in diesem Zusammenhang ein interessantes und tendenziell mehr marktorientiertes Gegenbeispiel, da dort nur für hochspezialisierte Leistungen eine detaillierte Planung erfolgt. Die Steuerung der akutstationären Krankenhausversorgung für alle anderen Leistungen geschieht durch die Leistungsvergabe der Krankenversicherungen über selektive Verträge.

Vier Strategien lassen sich zusammenfassend ableiten. Erstens haben die untersuchten Länder über Gesetzesinitiativen verbindlich einen Qualitätsbezug in sämtlichen Planungs- und Vergabeverfahren auf nationaler Ebene implementiert. Mehr

noch, in vielen Ländern wurden nationale Gesundheitsstrategien entwickelt (z. B. Gesundheit2020 in der Schweiz, Strukturplan Gesundheit in Österreich, Piano sanitario nazionale in Italien), in denen die Qualität der Versorgung im Mittelpunkt steht und die Verknüpfung der Leistungserbringer gefördert wird (Nolte 2017). Dies hat auch zu einer Anhebung der minimalen Qualitätsstandards und der stetigen Evaluation der Krankenhäuser geführt. In Deutschland sind derartige Bestrebungen bislang nicht vorhanden. Vielmehr ist es so, dass bundeslandübergreifende Initiativen, etwa in der Krankenhausplanung, durch rechtliche Hürden behindert werden. In manchen deutschen Regionen sind sogar Abstimmungen zwischen angrenzenden Landkreisen hinsichtlich ihres stationären Leistungsangebots rar. Daher wäre eine bundesweite sektorenübergreifende Strategie mit einheitlichen Zielen und Vorgaben mehr als wünschenswert und Erfahrungen aus Ländern mit vergleichbarer föderaler Struktur (z. B. Österreich) zeigen, dass dies möglich und umsetzbar ist.

Zweitens zeigt sich in vielen Ländern, dass die Bewertung der Qualität von Krankenhäusern ein wichtiges Instrument für deren Einbezug in die Leistungserbringung ist. Zwar ist es auch in den beobachteten Ländern eher selten der Fall, dass ganze Standorte aufgrund mangelnder Qualität nicht mehr berücksichtigt werden, jedoch wurden in der Vergangenheit schon vielen Krankenhäusern vor allem komplexere Leistungen nicht mehr zugestanden, wenn sie nicht die erforderliche Ausstattung besitzen (Facharztstandard), zu wenig Erfahrung haben (Mindestmengen) oder lokal ein Überangebot in einem Leistungsbereich vorhanden ist. Von einem derartigen Verfahren ist Deutschland weit entfernt, da hier in den meisten Bundesländern nicht auf Leistungsebene geplant wird und die Mindestmengenregelung bisher auch aufgrund zu vieler Ausnahmeregelungen keine Steuerungswirkung entfalten konnte. Daher ist ein grundsätzlicher Paradigmenwechsel in der Krankenhausplanung nötig. Ausgehend von einer validen Bedarfsrechnung unter Einbezug des ambulanten Sektors und je Leistungsbereich (siehe auch Scheller-Kreinsen et al. in diesem Band) sowie unter Beachtung der wichtigsten Ressource in einem Krankenhaus – dem ärztlichen und pflegerischen Personal – könnte das abgeschätzte Fallaufkommen und -spektrum auf eine adäquate Anzahl von Standorten mit guter Erreichbarkeit im Bundesgebiet verteilt werden. Dieser Ansatz würde zu einer Reduzierung der in Deutschland vorhandenen Überkapazitäten führen, das knappe medizinische Personal besser einsetzen, die Qualität steigern und durch Effizienzsteigerungen potenziell Ausgaben reduzieren.

Drittens zeigen einige Beispiele in den Niederlanden oder der Schweiz, dass selektive Vertragsmodelle geeignet sind, um Anreize für Qualitätssteigerungen zu setzen und diese zu honorieren. Selektive Verträge sind auch in Deutschland möglich und wurden bei ihrer Einführung von vielen Seiten der Selbstverwaltung mit großen Erwartungen begrüßt. Heute zeigt sich, dass diese Erwartungen insbesondere für Krankenhausbehandlungen nicht erfüllt wurden. Die Gründe dafür sind vielschichtig und z. B. in der kostenintensiven Vertragsgestaltung (Transaktionskosten), dem potenziellen Ausschluss von Leistungserbringern (mangelnde Akzeptanz) und der temporären Einschränkung der freien Arztwahl für Versicherte zu suchen. Laufende Projekte des Innovationsfonds demonstrieren jedoch, wie selektive Verträge zukünftig vielleicht doch zu einer Qualitätssteigerung führen können. So könnten z. B. Leistungen, die über die Regelversorgung hinausgehen und sowohl in der medizinischen Praxis als auch in wissenschaftlichen Studien einen Qualitätszugewinn

gezeigt haben (z.B. weniger Komplikationen, kürzere Anschlussbehandlungen, weniger Medikamentenverbrauch), im Sinne einer selektiven Leistung zusätzlich vergütet werden und im Gegenzug zukünftige Ausgaben reduzieren. Dies wäre vergleichbar mit den seit 2010 in England eingesetzten best practice tariffs, die nunmehr die ersten positiven Evaluationen für einzelne Leistungsbereiche aufzeigen (OECD 2016).

Viertens erlaubt die Zentralisierung von hoch komplexen und spezialisierten Methoden eine Bündelung von Ressourcen für tendenziell seltene Fälle, die besondere Anforderungen hinsichtlich technischer und personeller Ausstattung aufweisen. Eine bundesweite Planung für derartige Fälle mit dem Ziel einer Zentralisierung existiert bisher nicht. Dabei würden davon nicht nur Patienten, sondern auch die in Weiterbildung befindlichen Assistenzärzte profitieren. Modelle aus anderen Ländern wie z.B. der Schweiz oder Frankreich zeigen, wie interdisziplinäre Kommissionen einerseits potenzielle Leistungsbereiche identifizieren und definieren, aber auch die Verteilung auf ausgewählte Standorte unter Berücksichtigung der Erreichbarkeit bestimmen können. Derartige Initiativen könnten Teil einer zukünftigen bundesweiten Rahmenplanung werden und die deutsche Krankenhauslandschaft zielorientiert weiterentwickeln.

Literatur

- ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Dossier promoteur pour une demande d'autorisation relative aux «activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie». Lyon 2016. <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/autorisations-sanitaires-3> (12 Dezember 2017).
- Bauer H. Mindestmengen in der Chirurgie – sind wir weit genug? In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2017. Schwerpunkt: Zukunft gestalten. Stuttgart: Schattauer 2017; 107–31.
- Bouman G, Keizer R, Batterink M, Thijssen E. Evaluatie van de WBMV. Een onderzoek naar de effecten en doeltreffendheid van de WBMV. Barneveld 2012. https://www.kcwj.nl/sites/default/files/research/evaluatie-van-de-wet-op-bijzondere-medische-verrichtingen-wbmv_2013.pdf (12 Dezember 2017).
- Braun J, Robbers J, Lakomek HJ. Qualität in der Medizin in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. Zeitschrift für Rheumatologie 2016, 75 (1): 97–102. DOI: 10.1007/s00393-015-0021-y.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2017. Wien 2017. https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Der_Oesterreichische_Strukturplan_Gesundheit_ndash_OeSG_2017 (12 Dezember 2017).
- Chevrel K, Berg Brigham K, Durand-Zaleski I, Hernandez-Quevedo C. France: Health System Review. Health Systems in Transition 2015; 17 (3): 1–218, xvii.
- Dormann F, Klauber J, Kuhlen R (Hrsg). Qualitätsmonitor 2018. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2018.
- Ferre F, de Belvis AG, Valerio L, Longhi S, Lazzari A, Fattore G et al. Italy: health system review. Health Systems in Transition 2014; 16 (4): 1–168.
- GDK/CDS. Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Bern 2017a. <https://www.gdk-cds.ch/index.php?id=822> (12 Dezember 2017).

- GDK/CDS. Spitalplanungs – Leistungsgruppen (SPLG) Akutsomatik. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Bern 2017b. <https://www.gdk-cds.ch/index.php?id=623> (12 Dezember 2017).
- Geissler A, Busse R. Stationäre Kapazitätssteuerung im internationalen Vergleich. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2015. Schwerpunkt: Strukturwandel. Stuttgart: Schattauer 2015; 13–22.
- Geissler A, Quentin W. Umgestaltung der Notfallversorgung: Internationale Erfahrungen und Potenziale für Deutschland. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2017. Schwerpunkt: Zukunft gestalten. Stuttgart: Schattauer 2017; 41–59.
- Hofmarcher MM, Quentin W. Austria: health system review. *Health Systems in Transition* 2013; 15 (7): 1–292.
- Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2011: Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb. Stuttgart: Schattauer 2011.
- Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, Jong J de; van Ginneken E. Netherlands: Health System Review. *Health Systems in Transition* 2016; 18 (2): 1–240.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Regeling aanwijzing bijzondere medische verichtingen. Den Haag 2014. <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035311/2014-08-01> (12 Dezember 2017).
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2017): Overzicht vergunningen in het kader van de Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv). Den Haag 2014. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/vergunningen/2013/02/20/overzicht-vergunningen-in-het-kader-van-de-wet-bijzondere-medische-verrichtingen-wbmv> (12 Dezember 2017).
- Mossialos E, Djordjevic A, Osborn R, Sarnak D (Hrsg). *International Profiles of Health Care Systems: Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, Taiwan, and the United States*. New York: Commonwealth Fund 2017.
- Nimptsch U, Mansky T. Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: observational study using complete national data from 2009 to 2014. *BMJ open* 2017; 7 (9): e016184. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-016184.
- Nolte E. Kooperation und Integration im Ländervergleich. In: Brandhorst A, Hildebrandt H, Luthé EW (Hrsg). *Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems*. Wiesbaden: Springer Fachmedien 2017K; 553–69.
- OECD. *Better Ways to Pay for Health Care*: OECD Publishing 2016.
- OECD. *Health at a Glance*: OECD Publishing 2017.
- Pietro C de; Camenzind P, Sturny I, Crivelli L, Edwards-Garavoglia S, Spranger A et al. Switzerland: Health System Review. *Health Systems in Transition* 2015; 17 (4): 1–288, xix.
- Pross C, Busse R, Geissler A. Hospital quality variation matters – A time-trend and cross-section analysis of outcomes in German hospitals from 2006 to 2014. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)* 2017; 121 (8): 842–52. DOI: 10.1016/j.healthpol.2017.06.009.
- Toniolo F, Mantoan D, Maresso A. Veneto Region, Italy. Health system review. *Health Systems in Transition* 2012; 14 (1): i-xix, 1–138.