Dr. med. Jürgen Malzahn
Prof. Dr. med. Jochen Schmitt MPH

Was bringt die Krankenhausreform für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Krebs?

Eine Auswirkungsanalyse zur Umsetzung der WiZen-Studie mittels des im Kabinettsentwurf zum KHVVG vorgesehenen § 40 KHG (neu)

Zusammenfassung

Gemäß Nationalem Krebsplan sollen alle an Krebs erkranken Personen eine qualitativ hochwertige Versorgung entsprechend evidenzbasierten Behandlungsleitlinien in einheitlich qualifizierten Zentren erhalten. Die WiZen-Studie konnte für alle 11 untersuchten Krebsarten relevante Überlebensvorteile bei Erstbehandlung in einem durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) zertifizierten Zentrum gegenüber nicht zertifizierten Krankenhäusern zeigen. Dennoch wird ein hoher Anteil an Krebserkrankten in nicht-zertifizierten Krankenhäusern behandelt. Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) sieht für den Bereich der onkologischen Chirurgie eine Konzentration vor; dabei sollen die die Krankenhausstandorte, die bei einer Krebsentität zusammen die wenigsten und zusammen 15% der Fälle mit entsprechenden onkochirugischen Leistungen erbringen, von der Vergütung ausgenommen werden.

Wir untersuchten mittels einer Auswirkungsanalyse basierend auf Daten nach § 21 KHEntgG des Jahres 2022, inwieweit die vorgesehene Leistungskonzentration zur Umsetzung des Nationalen Krebsplans und der Ergebnisse der WiZen-Studie führt. Betrachtet wurden die Entitäten Mammakarzinom, Pankreaskarzinom, Bronchialkarzinom, Kolonkarzinom, Rektumkarzinom, Magenkarzinom und Ösophaguskarzinom.

Von den Standorten, die die Kriterien des KHVVG erfüllen würden, sind zwischen 17,9% (Mammakarzinom) und 85,5% (Magenkarzinom) nicht gemäß den Kriterien der DKG zertifiziert. Somit würde bei Umsetzung des § 40 KHG (neu) ein beträchtlicher Anteil an Patientinnen und Patienten weiterhin außerhalb zertifizierter Zentren behandelt werden und entsprechende Qualitätspotenziale ungehoben bleiben. Dazu kommt, dass durch die vorgesehene Neuregelung nur die operativen Eingriffe pro (Karzinom)Entität adressiert wird – und damit alle nicht onkochirurgischen Krebsbehandlungen von der qualitätsbasierten Leistungskonzentration ausnehmen.

Insgesamt erscheint es zur Erreichung des Ziels der Krankenhausreform, nämlich Morbidität und Mortalität von Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung zu verbessern, wesentlich zielführender, die onkologische Versorgung wie im Nationalen Krebsplan vorgesehen exklusiv auf diejenigen Einrichtungen zu begrenzen, die den Zertifizierungsbedingungen der Deutschen Krebsgesellschaft entsprechen und damit nachweislich eine leitlinienkonforme, evidenzbasierte Versorgung von Krebserkrankten sicherstellen. Entsprechend einer Analyse der Regierungskommission, würde dadurch die Erreichbarkeit für die Bevölkerung nicht in relevantem Maße eingeschränkt werden.

Schlüsselwörter

Onkologie, Krebs, Krankenhausreform, evidenzbasierte Gesundheitspolitik, Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), WiZen, Auswirkungsanalyse, Zertifizierung

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.04.24.1866-0533.2634

Ein wesentliches Ziel der aktuellen Krankenhausreform ist die Steigerung der Versorgungsqualität durch die Konzentration komplexer Behandlungen auf entsprechend qualifizierte Leistungserbringer. In diesem Kontext ist auch eine Konzentration der onkologischen Behandlung geplant. Der im Jahr 2008 verabschiedete Nationale Krebsplan fordert, dass alle Menschen, die an Krebs erkranken, eine qualitativ hochwertige Versorgung entsprechend evidenzbasierten Behandlungsleitlinien in einheitlich qualifizierten Zentren erhalten. Zur Umsetzung des Nationalen Krebsplans wurde durch die Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG) in Zusammenarbeit mit allen onkologisch tätigen Fachgesellschaften ein Zertifizierungssystem eingerichtet, das diese Vorgaben sicherstellt. Die durch den Innovationsfonds geförderte WiZen-Studie konnte anhand kontrollierter Kohortenstudien für 11 Krebsentitäten auf Basis von bundesweiten GKV-Routinedaten und regionalen Daten Klinischer Krebsregister zeigen, dass die Erstbehandlung von Menschen mit Krebs in Krankenhäusern mit DKG-Zertifikat mit einem verlängerten Gesamtüberleben und rezidivfreien Überleben einhergeht (Abb. 1) [1]. Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wertete die WiZen-Studie als einen Beleg, dass eine Behandlung in zertifizierten onkologischen Zentren die Überlebenschancen für Patientinnen und Patienten deutlich erhöhen kann und bat den G-BA zu prüfen, ob die Erkenntnisse aus der WiZen-Studie zeitnah z. B. bei der Festlegung von Mindestanforderungen für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigt werden können [2]. Die empfohlene Implementierung der Ergebnisse der WiZen-Studie in die Regelversorgung blieb bisher aus. Weiterhin werden in zahlreichen Entitäten hohe Anteile von Patientinnen und Patienten außerhalb zertifizierter Zentren behandelt.

>> Im Rahmen ihrer 5. Stellungnahme berechnete die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausreform (Regierungskommission) ein Potenzial der Konzentration der onkologischen Erstbehandlung in zertifizierte Zentren auf jährlich über 20.000 Lebensjahre und zeigte, dass die Leistungskonzentration der Erstbehandlung von Krebs in zertifizierte Zentren keine relevanten Einschränkungen der Erreichbarkeit für die Bevölkerung hätte. [3]

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) soll nun entsprechend des Kabinettsentwurfs für den Bereich der onkologischen Chirurgie eine Konzentration um 15% vorgenommen werden. Konkret sollen entsprechend des Kabinettsentwurfs zu § 40 KHG (neu) den Krankenhausstandorten, die im Bezugsjahr 2023 die wenigsten und zusammen 15 Prozent der Fälle mit onkochirurgischen Leistungen in einem onkochirurgischen Indikationsbereich aufweisen, die Abrechnung bestimmter Entgelte bei diesen Fällen untersagt werden. Für die Umsetzung dieses Vorhabens arbeiten das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM),

das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und die Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG) eng zusammen. Zunächst erstellt das BfArM unter Einbezug der Deutschen Krebsgesellschaft eine Liste der ICD-/OPS-Kodes, die für die einzelnen Krebsentitäten (z. B. Mammakarzinome) benötigt werden. Das BfArM passt diese Liste jährlich bzgl. eventueller Änderungen der ICD-/OPS-Kodes an. Basierend auf der ICD-/OPS-Liste des BfArM erstellt das InEK bis zum 31.05.2025 eine Liste der Krankenhausstandorte, die von 2027 bis 2032 die onkochirurgischen Leistungen erbringen dürfen, weil sie im Jahr 2023 ausreichend hohe Fallzahlen behandelt hatten.
Aus Sicht der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung sind mehrere wichtige Fragen offen:

1. Inwieweit führt die die Leistungskonzentration nach § 40 KHG (neu) zur Umsetzung des Nationalen Krebsplans und der Ergebnisse der WiZen-Studie?
2. Welche Effekte können durch die vorgesehene Leistungskonzentration in der Onkochirurgie erwartet werden?
3. In welchem Verhältnis stehen die für einige Indikationen geltenden Mindestmengen des G-BA und die sich aus der Umsetzung des § 40 KHG (neu) ergebenden neuen rechnerischen Mindestfallzahlen?

In diesem Beitrag wird auf Basis von Krankenhausdaten des Jahres 2022 untersucht, wie sich die, entsprechend den Vorgaben des Kabinettsentwurfs zum KHVVG identifizierten Krankenhausstandorte von den DKG-zertifizierte Zentren unterscheiden. Ziel dieses Vergleichs ist es dazustellen, wie die beiden unterschiedlichen Qualitätskriterien auf die Krankenhauslandschaft wirken. Auch die Interaktion mit bestehenden Mindestmengen nach § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V werden dargestellt.

Methodik

Grundlage der Auswirkungsanalyse waren alle deutschen Krankenhausfälle in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern mit Entlassung im Jahr 2022 mit Ausnahme von BG-Fällen in BG-Kliniken und Bundeswehrangehörigen in Bundeswehrkrankenhäusern (Daten nach § 21 KHEntgG). Die Indikationen wurden mit entsprechenden ICD-/OPS-Kodes als Kombinationen von Hauptdiagnose und Prozedur festgelegt. Bei den Operationen an Ösophagus und Magen wurden die operativen Eingriffe (gemäß den Zertifizierungsvorschriften der Deutschen Krebsgesellschaft) in offen chirurgische und endoskopische Behandlungen unterteilt.

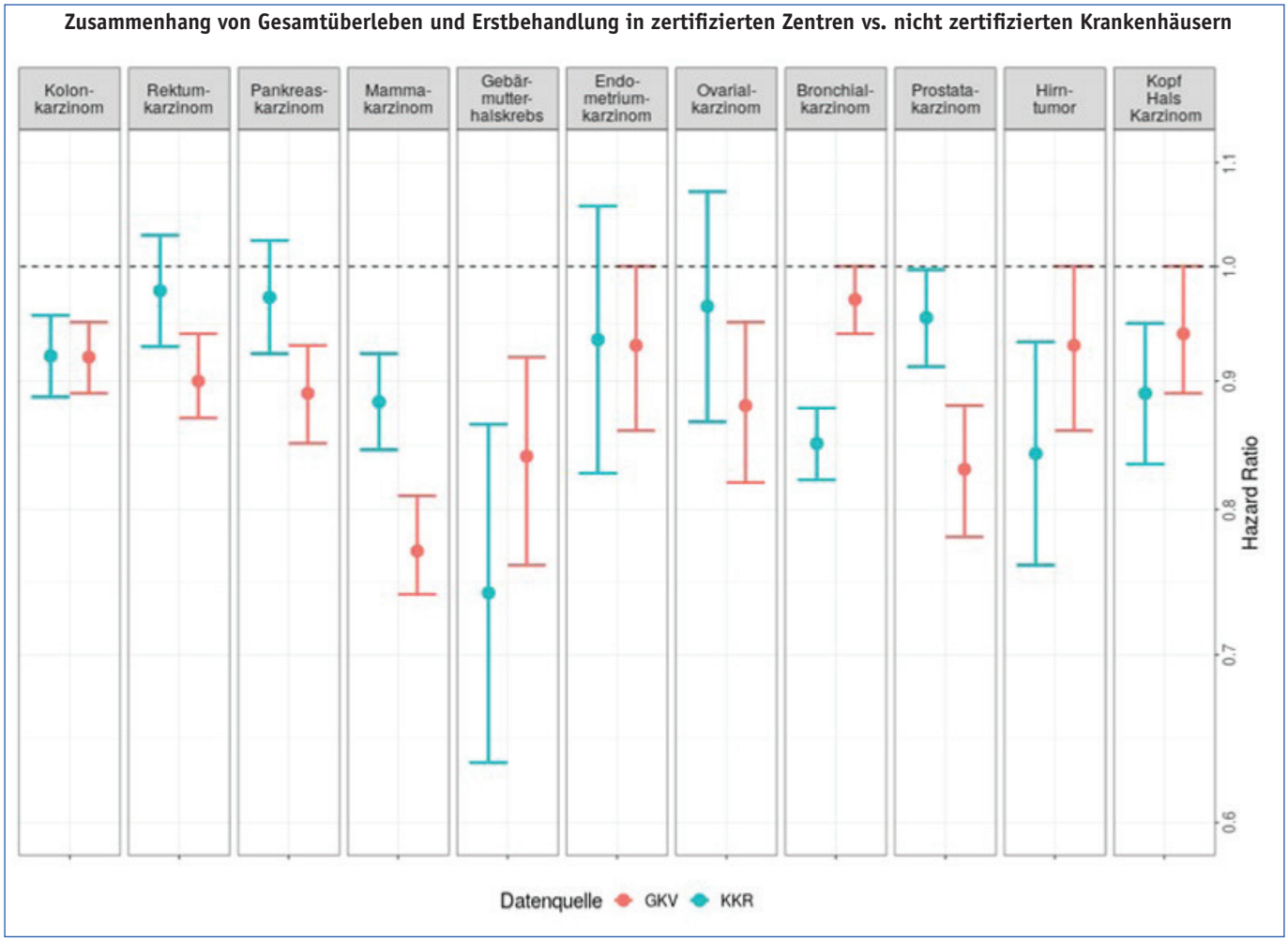


Abb. 1: *Zusammenhang von Gesamtüberleben und Erstbehandlung in zertifizierten Zentren vs. nicht-zertifizierten Krankenhäusern für die 11 in der WIZEN-Studie untersuchten Krebsentitäten (Zeitraum 2009 – 2017). Legende: GKV-Daten: Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung; KKR-Daten: Daten Klinischer Krebsregister*

Die Standortzuordnung der Fälle erfolgte auf Grundlage des zum Zeitpunkt der Operation behandelnden Standorts. Die 15%-Perzentilsgrenze wurde anhand der Vorgaben im Kabinettsentwurfs des KHVVG Artikel 3 Nr.12 (§ 40 Abs. 2 KHG) ermittelt. Dort heißt es: *„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus identifiziert auf Grundlage der Leistungsdaten nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2023 alle Krankenhausstandorte, die Leistungen der Liste nach Absatz 1 Satz 4 erbracht haben, und sortiert diese Krankenhausstandorte aufsteigend entsprechend der Anzahl ihrer Fälle, bei denen Leistungen der Liste nach Absatz 1 Satz 4 erbracht worden sind, je Indikationsbereich nach Absatz 1 Satz 3. Bis zum 31. Mai 2025 veröffentlicht das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus barrierefrei auf seiner Internetseite eine nach Leistungsgruppen und Indikationsbereichen nach Absatz 1 Satz 3 differenzierte Liste mit den Krankenhausstandorten, die nach der Sortierung nach Satz 1 die wenigsten Fälle und zusammen 15 Prozent der Fälle aller Krankenhausstandorte in dem jeweiligen Indikationsbereich aufweisen, bis einschließlich aller Krankenhausstandorte, deren Fallzahl zur Erreichung der 15% führt.“*

Erfüllungsstatus der Qualitätskriterien und Mindestfallzahlen nach § 40 KHG (neu)

				DKG-zertif. Zentren		Mindestfallzahl n. § 40 (neu) erfüllt	
Entität	**Gesamtzahl Standorte 2022**	**Mindestfallzahl nach § 40**	**Mindestmenge nach G-BA (gültig 2022 / gültig 2025)**	**Anzahl Standorte**	**Anzahl (Anteil) unterhalb Mindestfallzahl nach § 40**	**Anzahl Standorte (Anteil aller Standorte)**	**Anzahl (Anteil) ohne DKG-Zertifizierung**
Mammakarzinom	640	123	0 / 100	283	49 (17,3%)	285 (44,5%)	51 (17,9%)
Pankreaskarzinom**	429	9	10 / 20	139	9 (6,5%)	221 (51,5%)	91 (41,2%)
Lungenkarzinom	303	34	0 / 75	74	3 (4,1%)	131 (43,2%)	60 (45,8%)
Ösophaguskarzinom *;**	237	11	10 / 26	37	0	105 (44,3%)	68 (64,8%)
Magenkarzinom*	739	6	0 / 0	44	1 (2,3%)	293 (39,6%)	250 (85,3%)
Kolonkarzinom*	1005	20	0 / 0	291	2 (0,7%)	613 (60,9%)	324 (52,9)
Rektumkarzinom*	886	9	0 / 0	291	5 (1,7%)	453 (51,1%)	167 (36,9%)

Tab. 1: Erfüllungsstatus der Qualitätskriterien und Mindestfallzahlen nach § 40 KHG (neu), gemäß G-BA und gemäß Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft für 7 Krebsarten. Legende: * offen; ** Der G-BA hat bei den Mindestmengenregelungen für Ösophagus- und Pankreaseingriffe keinen Diagnosebezug beschlossen.

Für die Analyse wurden alle im Jahr 2023 zertifizierten Zentren einbezogen. Zur Bearbeitung der oben genannten Fragestellungen wurden für die Entitäten Mammakarzinom, Pankreaskarzinom, Bronchialkarzinom, Kolonkarzinom, Rektumkarzinom, Magenkarzinom und Ösophaguskarzinom die rechnerischen Mindestfallzahlen gemäß § 40 KHB (neu) ermittelt und diese den jeweiligen Mindestmengen des G-BA gegenübergestellt. Alle Krankenhausstandorte, die im Untersuchungsjahr 2022 Leistungen in den jeweiligen Indikationen erbracht haben, wurden nach Zertifizierungsstatus gemäß DKG (vorliegend/nicht vorliegend) und gemäß Fallzahl oberhalb/unterhalb der rechnerischen Mindestfallzahlen gemäß § 40 KHG (neu) stratifiziert. Anschließend wurden die Anteile zertifizierter und nicht-zertifizierter Kliniken berechnet, die nach Umsetzung von § 40 KHG (neu) weiterhin an der Versorgung teilnehmen würden.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen für die untersuchten sieben onkochirurgischen Indikationen zwischen 237 (Ösophaguskarzinom) und 1.005 (Kolonkarzinom) Standorte an der Versorgung im Untersuchungsjahr 2022 teil. Für diese Indikationen ergab sich eine rechnerische Mindestfallzahl nach § 40 KHG (neu) zwischen sechs (Magenkarzinom) und 123 (Mamakarzinom). Die vollständigen Informationen finden sich in Tabelle 1.

Durch die mit § 40 KHG (neu) vorgesehene Umverteilung der 15% der Patientinnen und Patienten, die in den fallzahlschwäch-

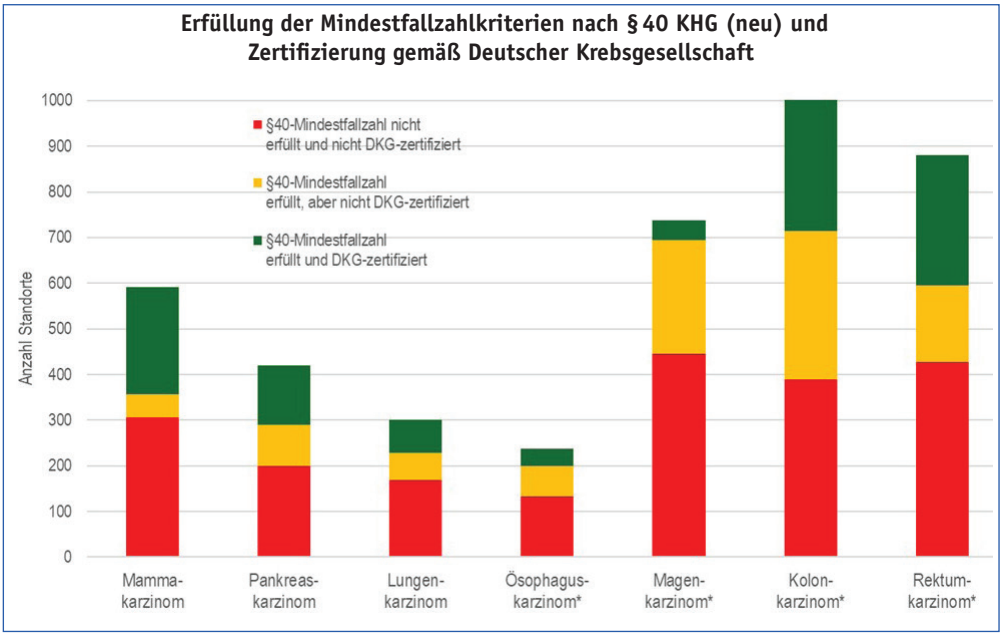


Abb. 2: *Erfüllung der Mindestfallzahlkriterien nach § 40 KHG (neu) und Zertifizierung gemäß Deutscher Krebsgesellschaft. Legende: * offene Operationen; ** Standorte, die die rechnerische Mindestfallzahl nach § 40 KHG (neu) nicht erreichen, jedoch zertifiziert sind, sind in dieser Grafik nicht aufgeführt, finden sich in Tabelle 1.*

sten Häusern behandelt wurden, würden für die untersuchten Indikationen zwischen 39,6% (Magenkarzinom) und 60,9% (Kolonkarzinom) der Krankenhäuser oberhalb der rechnerischen Mindestfallzahl nach § 40 KHG (neu) liegen. Dies unterstreicht das Ausmaß der momentanen Gelegenheitschirurgie im Bereich der Krebsmedizin entgegen der vorliegenden, klaren Studienevidenz.

Von den Standorten, die die Mindestanzahl nach § 40 KHG (neu) erfüllen würden, sind zwischen 17,9% (Mamakarzinom) und 85,5% (Magenkarzinom) nicht gemäß den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert (siehe Tab. 1 und Abb. 2).

Von den DKG-zertifizierten Krankenhausstandorten wären wiederum zwischen 0%, (Ösophaguskarzinom) und 17,3% (Mammakarzinom) unterhalb der Mindestfallzahl nach § 40 KHG (neu) und könnten somit keine Vergütung für ihre Versorgungsleistungen gegenüber der GKV abrechnen.

Für die vier Entitäten mit Mindestmengen Vorgabe des GBA nach § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V im Jahr 2025 bestanden deutliche Abweichungen zur rechnerischen Mindestfallzahl nach § 40 KHG (neu). Beim Mammakarzinom ist die rechnerische Mindestfallzahl nach § 40 KHG (neu) mit 123 höher als die Mindestmengenvorgabe nach § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V mit 100 Eingriffen pro Jahr. Die Vorgabe nach § 40 KHG (neu) wäre also beim Mammakarzinom strenger als die Mindestmengenvorgabe des G-BA. Umgekehrt verhält es sich beim Pankreaskarzinom, Lungenkarzinom und Ösophaguskarzinom. Hier ist die rechnerische Mindestfallzahl nach § 40 KHG (neu) jeweils deutlich kleiner als die Mindestmengenanforderung des GBA nach § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V. Bei diesen 3 Entitäten erfüllt jeweils mehr als die Hälfte der Kliniken, die die Mindestfallzahl nach § 40 KHG (neu) erfüllen, die Mindestmengenvorgabe nach § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V nicht. (siehe Abb. 3)

Diskussion

Das Ziel der Krankenhausreform ist eine Verbesserung der Versorgungsqualität durch Konzentration auf entsprechend qualifizierte Leistungserbringer. Für die Zertifizierung nach Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft und für die Mindestmengen nach § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V gibt es wissenschaftliche Evidenz, die eine Verbesserung der Versorgungsqualität zeigt. Für die Regelung nach § 40 KHG (neu) gibt es diese nicht.

Die Auswertungen zeigen, dass aufgrund der Regelung nach § 40 KHG (neu) in allen Indikationen mit Ausnahme des Mammakarzinoms wesentlich mehr Krankenhausstandorte in der onkologischen Versorgung verbleiben, als Krankenhausstandorte nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert sind (Abb. 2). Die positiven Aspekte bzgl. der Morbidität und Mortalität sind in der WiZeN-Studie für die Zertifizierungsbedingungen der Deutschen Krebsgesellschaft belegt. [1, 2] Es liegen also Zusammenhänge zwischen diesen umfassenden Kriterien und einer besseren Ergebnisqualität vor. Das Argument, eine Mengenvorgabe allein, die zudem nicht evidenzbasiert ist, sei aus Gründen des geringen Bürokratieaufwands eine angemessene Umsetzung der Ergebnisse der WiZeN-Studie, kann aufgrund der erheblichen Unterschiede zwischen der Anzahl der Krankenhausstandorte nicht überzeugen. Vielmehr kann vermutet werden, dass die Effekte auf Morbidität und Mortalität ausbleiben, weil nach den Regelungen nach § 40 KHG (neu) eben auch weiterhin viele Patientinnen und Patienten außerhalb zertifizierter Zentren behandelt werden.

Die Regelung nach § 40 KHG (neu) beinhalten wie die Mindestmengen nach § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V nur die operativen Eingriffe pro (Karzinom)-Entität – und lassen damit relevante andere Strukturen, Prozesse und Therapieschritte wie „Entscheidungen im Tumorboard“ oder Vorhandensein psychoonkologischer Ressourcen oder adjuvante Chemotherapien unberücksichtigt. Folgerichtig werden mit der vorgesehenen Regelung nach § 40 KHG (neu) und den Mindestmengen nach § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V nur die operativen Eingriffe konzentriert, während die gesamte sonstige Krebshandlung weiterhin überall stattfinden kann. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor der Zertifizierung des Deutschen Krebsgesellschaft ist jedoch die komplette Behandlung in den zertifizierten Netzwerkstrukturen, bestehend aus Krankenhausstandorten und ambulant tätigen Behandlungspartnern [4,5]. Dies ist besonders bedeutsam, weil wesentliche Fortschritte in der Krebsbehandlung im medikamentösen Bereich stattfinden und die operativen Verfahren tendenziell abnehmen. Gleichwohl ist aber gerade für die Anwendung neuer medikamentöser Therapien eine umfangreiche Expertise und Interdisziplinarität erforderlich, wie sie die von Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Krebszentren vorhalten müssen.

Das bedeutet nicht, dass jeder einzelne Behandlungsschritt nur

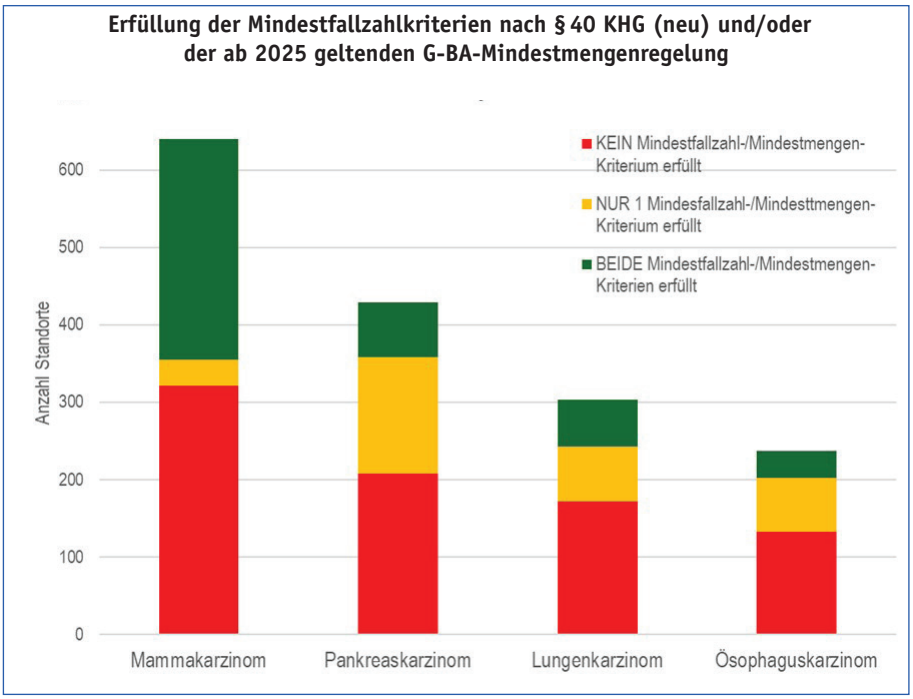


Abb. 3: *Erfüllung der Mindestfallzahlkriterien nach § 40 KHG (neu) und/oder der ab 2025 geltenden G-BA-Mindestmengenregelung nach § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V.*

am Krankenhausstandort eines zertifizierten Zentrums vorgenommen werden darf, dies kann vielmehr auch dezentral durch Partner des Netzwerkes erfolgen. Jedoch verbleibt die therapeutische Koordination in den Krankenhausstandorten der zertifizierten Zentren, indem etwa bei relevanten Therapieentscheidungen die Tumorboards eingebunden werden.

Die Mindestmengen des G-BA 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V liegen außer beim Mammakarzinom deutlich oberhalb der Mindestfallzahlen nach § 40 KHG (neu). Für diese Mindestmengen hat der G-BA eine qualitativ hochwertige Begründung anhand der wissenschaftlichen Literatur vorgenommen. Es erscheint nicht nachvollziehbar, diese gut begründeten Mindestvorgaben ohne ausreichende wissenschaftliche Begründungen außer Kraft zu setzen indem mittels Festlegung eines Prozentsatzes für eine Krankheitsgruppe ein zufälliger Wert generiert wird. Wenn für Krankheitsgruppen Evidenz aus Studien wie WiZeN bzw. der G-BA Richtlinie vorliegen, sollte dieses Vorgehen unterlassen werden. Für Krankheitsgruppen, für die es keine vergleichbaren, auf Qualität basierenden Vorgaben wie die G-BA-Mindestmengen bzw. die DKG-Zertifizierung gibt, kann zur Beendigung von Gelegenheitschirurgie die Festlegung eines prozentualen Wertes besser als „Nichthandeln" sein. Dafür spricht die sehr homogene Evidenz zu Mengen-Outcome Beziehungen in weiten Teilen der Medizin. [6] Für die Auswirkungen der Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft hat die Regierungskommission eine Auswirkungsanalyse mit Bezug auf die Fahrzeiten vorgelegt. Eine entsprechende Leistungskonzentration wäre ganz überwiegend nur mit geringfügigen Fahrzeitverlängerungen verbunden [3].

Bei einer Umsetzung des § 40 KHG (neu) in der Fassung des Kabinettsentwurfs kommen noch weitere Aspekte hinzu, die rechtliche Angriffsflächen bieten. Da nur die Fallzahl im Jahr 2023 für die Fortführung der Abrechnung der Krebsfälle im 2027 entscheidend ist, ist es möglich, dass ein KH Standort im Jahr 2023 besonders geringe Fallzahlen hatte, die sich aber 2024 oder 2025 deutlich erhöhen. Ggf. liegen die Fallzahlen in diesen Jahren erheblich über den Mindestmengen des G-BA nach § 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V. In diesen Fällen wird der Entzug einer Abrechnungserlaubnis schwer zu begründen sein. Änderungen der Leistungsstruktur von Kliniken in eine positive, aber auch eine negative Richtung sind in einem Vierjahreszeitraum durchaus zu erwarten.

Limitationen

Die finale Liste der ICD-/OPS-Codes zur Identifikation der für § 40 KHG (neu) relevanten onkochirurgischen Eingriffe liegt noch nicht vor, so dass wir hier eine aus Sicht der Autoren und deren Institutionen plausible Einteilung vorgenommen haben. Für die Mindestmengen des G-BA nach § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V gehen auch teilweise nicht-onkologische Indikationen ein, die wir im Rahmen dieser Analyse nicht berücksichtigen konnten. Die überwiegende Mehrzahl der Eingriffe an Pankreas und Ösophagus resultiert jedoch aus onkologischer Indikation. Dennoch wird es aufgrund dieser Limitation zu einer geringfügigen Unterschätzung des Anteils an Kliniken gekommen sein, die die jeweilige Mindestmenge des G-BA erfüllt haben. Insoweit ist die Betrachtung möglicherweise für einzelne Standorte quantitativ nicht korrekt, es werden aber insgesamt wichtige Muster und qualitative Auswirkungen dargestellt.

Da in der Regelung nach § 40 KHG (neu) Abrechnungsdaten genutzt werden, ist die Nutzung von Abrechnungsdaten keine Limitation. Die Abrechnungsdaten werden jährlich aktualisiert und lagen uns für das Jahr 2023 noch nicht vor, so dass mit den Daten 2022 gearbeitet werden musste. Auch wenn sich die Fallzahlen und damit die Anteile an Klinikstandorten, die bestimmte Mindestfallzahlen erfüllen, über die Jahre leicht verändern, sind die beschriebenen Muster und die damit verbundenen Schlussfolgerungen dennoch valide.

Take Home Messages – Fazit

Für die qualitätsfördernde Anwendung relevanter Zertifizierungsbedingungen der Deutschen Krebsgesellschaft als Grundlage zur Leistungskonzentration bei der Behandlung onkologischer Krankheiten gibt es hochwertige wissenschaftliche Evidenz [1, 2]. Dies gilt hinsichtlich der operativen Ergebnisse auch für die Mindestmengen nach § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V.

Im Gegensatz dazu ist für die rechnerischen Mindestfallzahlen nach § 40 KHG (neu) ein Zusammenhang mit der Ergebnisqualität nicht beschrieben. Die von den unterschiedlichen Regelungen betroffenen Krankenhausstandorte und die betroffenen Krankenhausleistungen unterscheiden sich erheblich voneinander. Eine mit der Zertifizierung bzw. G-BA Mindestmengenregelung vergleichbare wissenschaftliche Fundierung fehlt für die geplante Regelung nach § 40 KHG (neu). Die Erfahrungen mit rechtlichen Schritten von Krankenhausträgern zu Mindestmengen nach § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V sind zu beachten. Danach bedürfen Eingriffe in die Berufsfreiheit einer ausreichenden Legitimation und wurden ansonsten in

Literatur

1. Schmitt J, Klinkhammer-Schalke M, Bierbaum V, Gerken M, Bobeth C, Rößler M, Dröge P, Ruhnke T, Günster C, Kleihues-van Tol K, Schoffer O; WiZen Study Group. (2023) Initial Cancer Treatment in Certified Versus Non-Certified Hospitals. Dtsch Arztebl Int. 120(39):647-654. doi: 10.3238/arztebl.m2023.0169
2. https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1076/; letzter Zugriff 24.5.2024
3. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023): Fünfte Stellungnahme der Regierungskommission – Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung Potenzialanalyse anhand exemplarischer Erkrankungen. Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung Potenzialanalyse anhand exemplarischer Erkrankungen. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/regierungskommission-krankenhausversorgung, letzter Zugriff 24.5.2024
4. Utzig M, Rückher J, Wesselmann S. (2023). Die zertifizierten Krebszentren der DKG. In: Deerberg-Wittram J, Kirchberger V, Rüter F (Hrsg.). Das Value-Based Health Care Buch. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin: 75-83. ISBN: 978-3-95466-794-9.
5. Rückher J, Follmann M, Utzig M, Wesselmann S. (2023). Zertifizierung mit Leitlinienkomponente: das Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG). In: Günster C, Klauber J, Klemperer D, Nothacker M, Robra BP, Schmuker C (Hrsg.). Versorgungs-Report. Leitlinien – Evidenz für die Praxis. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin: 198-206. DOI: 10.32745/9783954668007.
6. Nimptsch U, Mansky T. (2017) 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;7:e016184. doi:10.1136/bmjopen-2017-016184

der Vergangenheit von den Sozialgerichten abgelehnt. Eine analoge Bewertung von Klagen gegen auf § 40 KHG (neu) fußende Entscheidungen sind daher keineswegs auszuschließen.

Insgesamt erscheint es zur Erreichung des Ziels der Krankenhausreform, nämlich Morbidität und Mortalität von Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung zu verbessern, wesentlich zielführender, die onkologische Versorgung wie im Nationalen Krebsplan vorgesehen exklusiv auf diejenigen Einrichtungen zu begrenzen, die den Zertifizierungsbedingungen der Deutschen Krebsgesellschaft entsprechen und damit nachweislich eine leitlinienkonforme, evidenzbasierte Versorgung von Krebserkrankten sicherstellen. Dabei wären aus rechtlichen Gründen die wesentlichen Qualitätskriterien aus den Zertifizierungsverfahren heranzuziehen – und damit eine entsprechende Ausdehnung von der operativen auf die konservative und damit die gesamte onkologische Versorgung zu realisieren. Eine Berücksichtigung der Netzwerkstrukturen für einzelne Behandlungsschritte ist bei der Leistungskonzentration auf die zertifizierten Zentren sicherzustellen, so dass wohnortnahe Therapien trotzdem möglich bleiben. <<

Autorenerklärung

Jürgen Malzahn ist Abteilungsleiter im AOK-Bundesverband. Jochen Schmitt ist Universitätsprofessor der TU Dresden und Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Die Aufbereitung der Daten, Analyse und Interpretation der Daten und die Manuskripterstellung erfolgte einzig durch die Autoren ohne die Beteiligung oder finanzieller Unterstützung Dritter

Danksagung

Wir danken dem GKV-SV für die Unterstützung bei der Datenaufbereitung und Frau PD Dr. Wesselmann für zahlreiche Anregungen und Hinweise.

Zitationshinweis

Malzahn, J., Schmitt, J.: „Was bringt die Krankenhausreform für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Krebs? Eine Auswirkungsanalyse zur Umsetzung der WiZen-Studie mittels des im Kabinettsentwurf zum KHVVG vorgesehenen § 40 KHG (neu)“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (Online First zu MVF 04/24), S. 45–50. http://doi.org/10.24945/MVF.04.24.1866-0533.2634

What does the hospital reform mean for the care of patients with cancer? – An impact analysis of the implementation of the WiZen study by means of § 40 KHG (new) provided for in the cabinet draft of the KHVVG

According to the German National Cancer Plan, all people suffering from cancAccording to the National Cancer Plan, all people suffering from cancer should receive high-quality care in accordance with evidence-based treatment guidelines in uniformly qualified centres. The WiZen study was able to show relevant survival benefits for all 11 types of cancer examined for initial treatment in a centre certified by the German Cancer Society (DKG) compared to non-certified hospitals. Nevertheless, a high proportion of cancer patients are treated in non-certified hospitals. The Hospital Care Improvement Act (KHVVG) provides for a concentration in the area of oncological surgery; the hospital sites that together provide the fewest and 15% of cases with corresponding oncosurgical services for a cancer entity are to be exempted from remuneration.

Using an impact analysis based on data in accordance with Section 21 KHEntgG for 2022, we investigated the extent to which the planned concentration of services will lead to the implementation of the National Cancer Plan and the results of the WiZen study. The entities considered were breast carcinoma, pancreatic carcinoma, bronchial carcinoma, colon carcinoma, rectal carcinoma, gastric carcinoma and oesophageal carcinoma.

Of the locations that would fulfil the criteria of the KHVVG, between 17.9% (breast cancer) and 85.5% (stomach cancer) are not certified according to the DKG criteria. This means that if Section 40 KHG (new) is implemented, a considerable proportion of patients would continue to be treated outside of certified centres and the corresponding quality potential would remain untapped. In addition, the proposed new regulation only addresses surgical procedures per (carcinoma) entity - and thus excludes all non-onsurgical cancer treatments from the quality-based concentration of services.

Overall, in order to achieve the objective of the hospital reform, namely to improve the morbidity and mortality of patients with cancer, it would appear much more expedient to limit oncological care exclusively to those facilities that meet the certification requirements of the German Cancer Society, as provided for in the National Cancer Plan, and thus demonstrably ensure guideline-compliant, evidence-based care for cancer patients. According to an analysis by the Government Commission, this would not restrict accessibility for the population to any relevant extent.

Keywords

Oncology, cancer, hospital reform, evidence-based health policy, WiZen, impact analysis, certification

Dr. med. Jürgen Malzahn ORCID: 0009-0006-2165-6684

studierte in Berlin und Frankfurt am Main Humanmedizin. Seit 1997 ist er im AOK-Bundesverband tätig, bis zum Jahr 2000 im Referat Krankenhaus-Fallmanagement. Danach wechselte er ins Referat Krankenhäuser. Seit 2007 leitet er die Abteilung Stationäre Versorgung/Rehabilitation.
Kontakt: Juergen.Malzahn@bv.aok.de



Prof. Dr. med. Jochen Schmitt MPH ORCID: 0000-0003-0264-0960

war nach dem Medizin- und Public-Health-Studium zunächst rund zehn Jahre (ober)ärztlich an der Klinik und Poliklinik für Dermatologie am Universitätsklinikum Dresden tätig. 2011 erhielt er den Ruf auf die Professur für Sozialmedizin und Versorgungsforschung an der TU Dresden und ist seit 2012 Gründungsdirektor des Zentrums für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) der Dresdner Hochschulmedizin. Er ist Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Mitglied im Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege und Stellvertretender Vorsitzender des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e. V. (DNVF). Kontakt: Jochen.Schmitt@ukdd.de

