

360° Onkologie 11

Krebs und Politik – eine Publikation
der Deutschen Krebsgesellschaft
Ausgabe 11 | September 2020

WISSEN AUS ERSTER HAND

Krankenhausplanung

DKG
KREBSGESELLSCHAFT

Planen – jetzt aber wirklich!

Eigentlich sollte es einfach sein: Krankenhäuser behandeln nur die Erkrankungen, für die sie personell und technisch qualifiziert sind – und Patient*innen mit komplexen Erkrankungen wie etwa Krebs werden ausschließlich in solchen Krankenhäusern behandelt. Die Zahl der Erkrankten bzw. die Erfahrung mit ihrer Behandlung spielt bei der Planung eine wesentliche Rolle. Epidemiologisches Basiswissen ist dabei eine entscheidende Voraussetzung: So gibt es zum Beispiel pro Jahr knapp 70.000 Neuerkrankungen an Brustkrebs (also 85 pro 100.000 Einwohner*innen), 60.000 an Darm- oder Prostatakrebs (70/100.000) und 20.000 an Pankreaskrebs (25/100.000).¹

In der Realität mangelt es der deutschen Krankenhaus- und Versorgungslandschaft an einer gezielten Planung: De facto kann jedes Krankenhaus alles behandeln, es gibt keine Versorgungssteuerung, etwa hin zu spezialisierten Zentren. Stattdessen werden selbst komplexeste Eingriffe in viel zu vie-

len (kleinen) Krankenhäusern durchgeführt. Als Resultat zeigt sich eine deutlich höhere bevölkerungsbezogene Krebssterblichkeit als im Durchschnitt westeuropäischer Länder.² An fehlenden Krebszentren kann es jedenfalls nicht liegen, denn die Abdeckung ist für manche Entitäten flächendeckend sogar sehr gut.³ Brustkrebszentren sind etwa für 84 Prozent der über 18-jährigen Frauen innerhalb von 30 Minuten erreichbar.⁴

Dabei muss diskutiert werden, inwiefern bei der Erreichbarkeit spezialisierter Krebszentren die gleichen Maßstäbe anzusetzen sind wie bei Krankenhäusern der Grundversorgung. Warum braucht Wiesbaden drei Brustkrebszentren für unter 300.000 Einwohner, also für eine Neuerkrankung pro Werktag? Und Dortmund oder Düsseldorf je vier Darmkrebszentren für eine Neuerkrankung pro Tag? Und Dresden oder Frankfurt/Main sogar je drei Pankreaskrebszentren?⁵ Inwiefern das Vorhalten solch spezialisierter Strukturen in diesem

Umfang tatsächlich angemessen ist und ob ihre Verteilung nicht besser am Versorgungsbedarf ausgerichtet werden sollte, muss auch in Anbetracht der jährlichen Mehrkosten im Vergleich zur nicht zertifizierten Standardbehandlung zwischen

Inhalt

Titelthema	
Planen – jetzt aber wirklich!	1
Editorial Dr. Johannes Bruns	2
Nachgefragt	3
Qualitätsbasierte Klinikreform – ein Muss	4
Steuern und verbessern – ein Interview mit C. Veit, IQTIG, und S. Wesselmann, DKG	5
Herausforderung Pflegebudgets	6
Engpässe in der Krebsversorgung vermeiden	7
Welche Krankenhäuser brauchen wir?	7
DKG Spezial/Impressum	8

Dr. Johannes Bruns

Generalsekretär
Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Berlin
bruns@krebsgesellschaft.de



© Georg Koithier

Liebe Leserinnen und Leser,

erst im letzten Jahr mahnte ein vom Land Nordrhein-Westfalen (NRW) in Auftrag gegebenes Gutachten an, dass sich die Krankenhäuser im Land zu wenig an den tatsächlichen Bedarfen und der Behandlungsqualität orientierten. Auf Basis dieser Analyse stößt das Land NRW derzeit die wohl größte Reform der Krankenhausplanung seit Jahrzehnten an.

In der Entwicklung der Behandlungsqualität verfügt die Deutsche Krebsgesellschaft über vielfältige Erfahrung. Mehr als 1.000 Zentren tragen ein DKG-Zertifikat – sie unterwerfen sich bestimmten Struktur- und Prozessvorgaben auf der Basis aktueller medizinischer Evidenzen. Beim Aufbau dieses auf Freiwilligkeit beruhenden Systems ging es mitnichten um den Entwurf eines Instruments zur Versorgungssteuerung. Dennoch liefert die Zertifizierung Daten, die mit denen der klinischen Krebsregistrierung verbunden und zur Qualitätssicherung und Versorgungsforschung herangezogen werden können.

Wie steht es um die Krankenhausplanung in Deutschland? Ich freue mich, wenn wir mit diesem Thema Ihr Interesse wecken. Schreiben Sie mir, wenn Sie Anregungen, Kommentare oder Kritik haben. Eine Infografik und ein ergänzendes Videointerview finden Sie auf www.krebsgesellschaft.de/360-grad-onkologie.

Beste Grüße

Dr. Johannes Bruns

200.000 Euro für ein Organkrebszentrum und 10–11 Mio. Euro für ein onkologisches Spitzenzentrum thematisiert werden.⁶

Auch die Vermutung, Krebspatient*innen würden in Deutschland zu wenig stationär behandelt, bestätigt sich nicht. Denn jeder neue inzidente Krebsfall („Primärfall“ in der Terminologie der Deutschen Krebsgesellschaft) wird in Deutschland im Schnitt viermal stationär behandelt, im EU-12-Schnitt jedoch nur zweimal.⁷ Statt über „stationäre Fälle“ zu reden, sollten vielmehr Patient*innen die Grundlage für eine zielführende Krankenhausplanung bilden. Für eine bundesweite Planung könnten etwa die vom Robert Koch-Institut veröffentlichten Angaben zur Krebsinzidenz genutzt werden.

Dass trotz der guten Abdeckung immer noch allzu viele Patient*innen außerhalb spezialisierter Zentren behandelt werden, resultiert möglicherweise auch aus der Unwissenheit von Betroffenen (und Einweisern), was die Auswahl des geeig-

neten Krankenhauses angeht. So zeigen diverse Studien, dass öffentlich berichtete Qualitätsdaten von Krankenhäusern nur selten zur Auswahl des geeigneten Krankenhauses genutzt werden, was u. a. auch mit einer Überforderung angesichts der Masse an Qualitätsinitiativen mit zum Teil widersprüchlichen Aussagen zusammenhängt.⁸ Bei der Auswahl des Krankenhauses kommt, wie gesagt, erschwerend hinzu, dass jedes Krankenhaus Krebspatient*innen behandeln darf – auch wenn es die personellen oder technischen Voraussetzungen dafür nicht erfüllt. Dass eine im ganzen Land vergleichbare Behandlungsqualität für alle Krebspatient*innen so nicht sichergestellt werden kann, ist augenscheinlich. Hier muss der Gesetzgeber zwingend nachbessern und die Behandlung komplexer Krankheitsbilder auf spezialisierte Zentren beschränken. Auch den Erkrankten würde es helfen, wenn sie sich in der ohnehin schon belastenden Situation ohne lange Recherchen darauf verlassen können, die bestmögliche Behandlung im nächstgele-

gen spezialisierten Zentrum zu erhalten. Der in 2008 formulierte Nationale Krebsplan hat bereits viele der genannten Aspekte aufgegriffen und z. T. vielversprechende Lösungsansätze genannt – an der Umsetzung mangelt es jedoch bisher in vielen Punkten.⁹ Hier könnte das Nachbarland Dänemark durchaus als Vorbild fungieren: Dort konnte die Krebsversorgung bei damals gleichen Ausgangsbedingungen drastisch umstrukturiert und die Behandlungsqualität so verbessert werden. Zusammenfassend ist zu sagen, dass eine gezielte und konsequente Versorgungssteuerung durch eine bedarfsorientierte Krankenhausplanung dazu beitragen könnte, die Qualität zu verbessern und deren Variation zu minimieren.

1–9: Die Referenzliste zu diesem Beitrag finden Sie unter <https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrtl/deutsche-krebsgesellschaft/gesundheitspolitik/360-grad-onkologie.html>.

Prof. Dr. Reinhard Busse und Elke Berger, MPH
TU Berlin
rbusse@tu-berlin.de