



STUDIE

# Qualität verbessern durch Leistungskonzentration

In der Diskussion um Reformen im Krankenhaus-Sektor stehen vor allem Leistungskonzentration und Zentrenbildung im Fokus. Wie stark diese Prozesse bereits stattgefunden haben, ist bisher kaum untersucht. Eine im Auftrag des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) durchgeführte Studie zeigt nun: Anders als gesundheitspolitisch gewünscht, gibt es in einigen Leistungsbereichen sogar eine stark abnehmende Konzentration.

/Text/ Dr. Martin Albrecht

**M**ehr Leistungskonzentration gilt als entscheidender Hebel für Qualitätsverbesserungen in der stationären Versorgung. Eine zentrale Kritik an den gegenwärtigen Krankenhausstrukturen ist, dass zumindest in Ballungsgebieten zu viele Kliniken auf engem Raum vergleichbare Leistungen anbieten.

Bei komplexeren Eingriffen sollte die Versorgung stattdessen auf weniger Klinikstandorte verteilt sein. Dort können dann höhere Fallzahlen erreicht werden. Neben möglichen betriebswirtschaftlichen Vorteilen (z. B. aufgrund von Fixkostendegression)

sind vor allem Verbesserungen der Versorgungsqualität zu erwarten. Für zahlreiche komplexere Eingriffe sind positive „Volume-Outcome-Zusammenhänge“ nachgewiesen. Das heißt, dass die gemessene Qualität der Behandlung dort höher ist, wo eine größere Anzahl dieser Behandlungen durchgeführt wird. Größeren Versorgungseinheiten gelingt es zudem meist besser, qualifizierte (ärztliche und pflegerische) Fachkräfte zu gewinnen und ein hochwertiges Versorgungsangebot personell rund um die Uhr vorzuhalten.

Es gibt aber auch Argumente gegen eine stärkere Leistungskonzentration in der Krankenhausversorgung. Im Vordergrund stehen dabei längere Wege zum nächsten Krankenhaus sowie die Entstehung regionaler Monopolmacht von Krankenhäusern. Wenn Patienten weniger Auswahlmöglichkeiten haben, verringert sich die Wettbewerbsintensität. Da die Preise für Krankenhausleistungen in Deutschland weitgehend reguliert sind, würde ein verminderter Wettbewerb primär zu geringeren Qualitätsanreizen führen. Schließlich legen auch besondere Versorgungsrisiken (Ausfall von IT-Systemen, Keimbefall, Pandemie) nahe, ein gewisses Maß an „Überkapazitäten“ für die stationäre Versorgung vorzuhalten.

Was bedeutet dies nun für die zukünftige Entwicklung der Krankenhausstrukturen? Während zum Zusammenhang zwischen den Fallzahlen einer Klinik und deren medizinischen Outcomes zahlreiche Studien vorliegen, gibt es für Deutschland kaum empirische Erkenntnisse zu der Frage, wie Konzentrationsprozesse auf Krankenhausmärkten die Versorgungsqualität beeinflussen. Tatsächlich fehlt es bereits an Wissen über den Stand und die Entwicklung der Leistungskonzentration in der Krankenhausversorgung.

Die allgemeinen statistischen Daten erwecken zwar den Eindruck einer bundesweit zunehmenden Konzentration: Die Zahl der allgemeinen Krankenhäuser hat sich seit dem Jahr 2010 um rund zehn Prozent verringert, die durchschnittliche Bettenzahl je Einrichtung um rund acht Prozent erhöht. Eine Betrachtung auf dieser Ebene bleibt aber zu grob, denn die vorliegende empirische Evidenz zu höherer Qualität in Einrichtungen mit größeren Fallzahlen bezieht sich jeweils auf einzelne Leistungen.



Foto: IGES Institut

Dr. Martin Albrecht  
Geschäftsführer IGES  
Institut

**I**n einer neuen Studie hat das IGES Institut daher für ausgewählte Leistungen Ausmaß und Veränderung der Konzentration untersucht. Dabei handelt es sich um Leistungen, für die sich nach Studienlage positive Qualitätswirkungen einer Konzentration der Behandlungsfälle erwarten lassen: minimalinvasive Aortenklappenimplantation (darunter primär Transkatheter-Aortenklappenimplantation – TAVI), anatomische Lungenresektion und die Implantation von Hüft-Totalendoprothesen (Hüft-TEP). Für keine dieser drei Leistungen wurde bislang eine gesetzliche Mindestfallzahl festgelegt, für TAVI und Lungenresektionen wird darüber aber beraten. Für alle Bereiche lassen sich zudem Mindestfallzahlen aus Zertifizierungsvorgaben oder aus Studien ableiten.

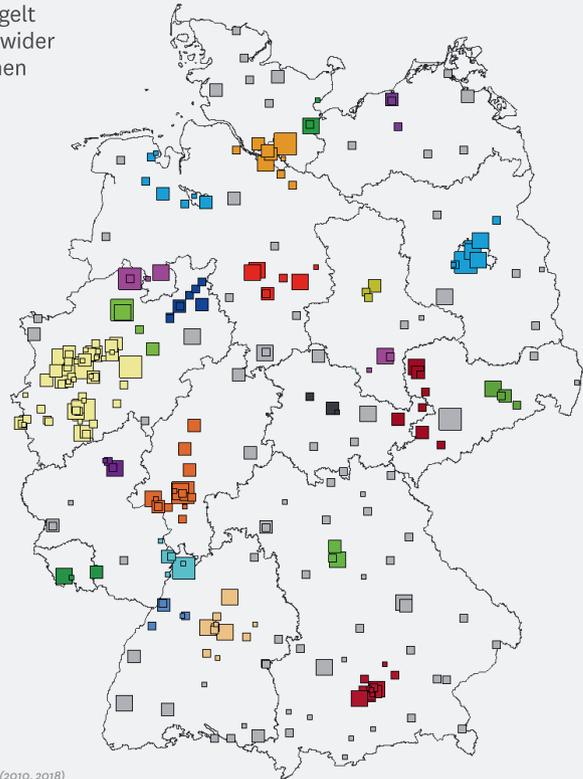
Die Ergebnisse für den Zeitraum 2010 bis 2018 zeigen, dass sich in keinem der drei Bereiche die Leistungskonzentration erhöht hat. Für die beiden kleineren Leistungsbereiche TAVI und Lungenresektion hat sich – im Gegenteil – die Leistungskonzentration sogar deutlich verringert. Dies gilt bei bundesweiter Betrachtung, aber ganz überwiegend auch auf regionaler Ebene. Knapp ein Drittel der Leistungsfälle mit anatomischer Lungenresektion wurde an Klinikstandorten behandelt, welche die Mindestfallzahl für eine Zertifizierung (75 pro Jahr) nicht erreichten. Bei TAVI ist der entsprechende Anteil – legt man studienbasiert eine Mindestfallzahl von 157 pro Jahr zugrunde – mit knapp zehn Prozent deutlich niedriger. Ein Großteil der Kliniken (87 Prozent), die Hüft-TEP implantierten, erreichte im Jahr 2018 die Mindestfallzahl für eine Zertifizierung von 50 pro Jahr.

Davon unabhängig ist die Leistungskonzentration bei den Implantationen einer Hüft-TEP im Vergleich zu den beiden anderen Leistungsbereichen deutlich geringer. Für alle drei Leistungsbereiche zeigen sich schließlich regionale Unterschiede: Neben geringer Leistungskonzentration in Ballungsgebieten gibt es einige ländliche Regionen, in denen die Krankenhausversorgung hochgradig konzentriert ist.

Für die Gesundheitspolitik folgt hieraus, dass die mit einer Zunahme der Leistungskonzentration verbundenen Potenziale zur Qualitätssteigerung stärker genutzt werden sollten. Allerdings unterscheiden sich diese

## Regionale Cluster von Klinikstandorten im Leistungsbereich Lungenresektionen (2018)

Kästchengröße spiegelt jährliche Fallzahlen wider (Spannbreite zwischen 3 und 400)



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Qualitätsberichte der Krankenhäuser (2010, 2018)

**Für jede Leistung sollte Qualität zuverlässig messbar und transparent sein.**

Potenziale: Nicht jeder Leistungsbereich mit geringer Konzentration benötigt Zentren. Für jeden Leistungsbereich sollte Qualität aber zuverlässig messbar und transparent sein. Hierzu kann bereits die Einführung moderater Mindestmengen beitragen. Entsprechend sollten weitere bundeseinheitliche Qualitätsvorgaben entwickelt und im Rahmen der Krankenhausplanung umgesetzt werden. Außerdem sollten Qualitätsaspekte stärker in die kartellrechtliche Bewertung von Klinikfusionen und -kooperationen einfließen. Die Konzentration der Krankenhausversorgung sollte zugleich stärker für spezifische Leistungsmärkte gemessen werden und nicht nur für das gesamte Leistungssortiment von Krankenhäusern. Schließlich wählen auch Patienten eine Klinik jeweils für eine bestimmte Behandlung aus. ■

Die komplette Studie zum Download finden Sie unter: [www.vdek.com/fokus/zukunftsforum-2021](http://www.vdek.com/fokus/zukunftsforum-2021)