



Daten, Analysen, Perspektiven | Nr. 3, 2016

## Krankenhausstruktur

Spezialisierung erhöht die Behandlungsqualität,  
ohne die wohnortnahe Versorgung zu gefährden

- In Deutschland wird zu oft in wenig spezialisierten Krankenhäusern operiert
- Die Qualität ist besser in Kliniken, die viele gleichartige Behandlungen durchführen
- Die Konzentration von planbaren Eingriffen in spezialisierten Krankenhäusern verlängert die Fahrzeiten der Patienten nur geringfügig
- Die Vorteile der Spezialisierung dürfen nicht durch wirtschaftlich motivierte Fallzahlerhöhungen konterkariert werden
- Mindestmengen führen in wichtigen Leistungsbereichen zu höherer Versorgungsqualität. Sie sollten konsequent durchgesetzt werden
- Qualitätskriterien müssen systematisch in die Krankenhausplanung implementiert werden

## Autoren



Dr. Jan Böcken  
Senior Project Manager  
jan.boecken@  
bertelsmann-stiftung.de



Dr. Thomas Kostera  
Project Manager  
thomas.kostera@  
bertelsmann-stiftung.de

Wenn Menschen eine medizinische Behandlung in Anspruch nehmen müssen, sind sie zuallererst an einer guten Versorgungsqualität interessiert. Das gilt ganz besonders für gravierende Eingriffe, bei denen Komplikationen oft schwerwiegende und langfristige Folgen haben. Die Frage, wie man eine hohe Qualität herbeiführt, ist für den Krankenhausbereich von zentraler Bedeutung, weil dort viele planbare Eingriffe mit direkten Auswirkungen auf Morbidität und Mortalität der Patienten durchgeführt werden. Welche Bedeutung in diesem Zusammenhang eine stärkere klinische Spezialisierung haben könnte, hat ein „Faktencheck Gesundheit“ der Bertelsmann Stiftung untersucht.

Hohe Behandlungsqualität hängt nicht zuletzt von der Ausstattung der Kliniken und der Erfahrung ihrer Mitarbeiter ab. Die Erfahrung steigt, wenn eine Behandlung häufig durchgeführt wird – also in Häusern, die hohe Fallzahlen aufweisen. Dazu müssen sich Krankenhäuser stärker auf bestimmte Eingriffe spezialisieren, die dann nicht mehr in jeder Klinik angeboten werden.

In der deutschen Krankenhauslandschaft hat sich diese Erkenntnis noch nicht niedergeschlagen: Hier machen häufig „alle alles“. Auch die Bürger wollen nicht nur in Notfällen wohnortnah versorgt werden, sondern sogar bei planbaren stationären Eingriffen – und zwar qualitativ hochwertig und fachgerecht. Selbst für die Politik ist die wohnortnahe Versorgung ein wichtiges Ziel, das oft mit der Wirtschaftlichkeit kollidiert: Viele Krankenhäuser, insbesondere kleinere und kommunale Kliniken, kämpfen ums Überleben.

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG), das Anfang 2016 in Kraft trat, ist der Aspekt „Qualität“ wieder verstärkt ins Zentrum der Krankenhausplanung gerückt. Mit dem KHSG wollen Bund und Länder die qualitativen Standards der Krankenhausversorgung weiterentwickeln und die Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser nachhaltig sichern. Die Ziele „wohnortnah“ und „wirtschaftlich“ sollen darunter nicht leiden.

Die Bertelsmann Stiftung hat für diesen „Faktencheck Gesundheit“ die Folgen der Konzentration bestimmter Leistungen in spezialisierten Krankenhäusern vom Berliner Forschungsinstitut IGES untersuchen lassen. Es ging dabei insbesondere um die Fragen,

- › ob die Qualität der Versorgung wirklich steigt, wenn Fachabteilungen in Krankenhäusern sich auf bestimmte Eingriffe spezialisieren,
- › ob sich Fahrzeiten von Patienten verlängern, wenn planbare Operationen nur noch in Krankenhäusern erfolgen, die bestimmte Behandlungszahlen erreichen, und
- › wie sich eine stärkere Spezialisierung der stationären Versorgung auf die Kosteneffizienz auswirkt.

### Zu viele OPs in nicht spezialisierten Kliniken

Die Auswertung internationaler wissenschaftlicher Literatur zeigt für viele Behandlungen einen deutlichen Zusammenhang zwischen Fallzahl und Versorgungsqualität. Mit der Anzahl der Behandlungen in einer Klinik oder eines Operateurs steigt in der Regel die Qualität: So sterben zum Beispiel nach einer Brustkrebs-Operation in Krankenhäusern mit niedriger Fallzahl dreimal mehr Patientinnen als in Kliniken, für die derartige Operationen Routine sind. Auch beim Einsetzen künstlicher Kniegelenke ist ein solcher Zusammenhang zu erkennen: In kleinen Krankenhäusern, in kleinen Fachabteilungen und bei Operateuren mit wenig Erfahrung ist die Gefahr größer, dass es zu Komplikationen kommt oder Patienten bei dem Eingriff sterben.

Im Vergleich mit anderen OECD-Ländern gibt es in Deutschland nicht nur die meisten Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner in Europa; auch die Zahl der Kliniken (siehe Abbildung 1) ist überdurchschnittlich hoch: Mit 40,4 Krankenhäusern pro eine Million Einwohner hat Deutschland deutlich mehr als der Durchschnitt der OECD-Länder (29,9) und mehr als doppelt so viele wie die USA (18,9). Die Konsequenz: In Deutschland wird häufig in kleinen und nicht spezialisierten Kliniken

## Krankenhauslandschaft und Spezialisierung in Europa

Das European Observatory on Health Systems and Policies der WHO hat mit Unterstützung der Bertelsmann Stiftung untersucht, wie die Krankenhauslandschaft in europäischen Ländern gesteuert wird. Viele Länder geben die Steuerung an regionale oder lokale Behörden ab. Ein eindeutiges Muster ist nicht erkennbar. Dafür zeigt sich jedoch ein gemeinsamer Trend zur Verbesserung von Qualität und Patientenzufriedenheit durch Spezialisierung. So hat Dänemark spezialisierte und planbare Behandlungen in wenigen Krankenhäusern konzentriert. In den Niederlanden gibt es mittlerweile unabhängige Behandlungszentren, die auf bestimmte Eingriffe spezialisiert sind.

Die Untersuchungsergebnisse sind in einem Policy Brief veröffentlicht. Dieser kann Mitte Oktober 2016 auf der Website des Observatory heruntergeladen werden.

<http://tinyurl.com/jj2bjra>

### Anzahl Krankenhäuser je 1 Million Einwohner, 2010 (oder aktuellstes verfügbares Jahr)

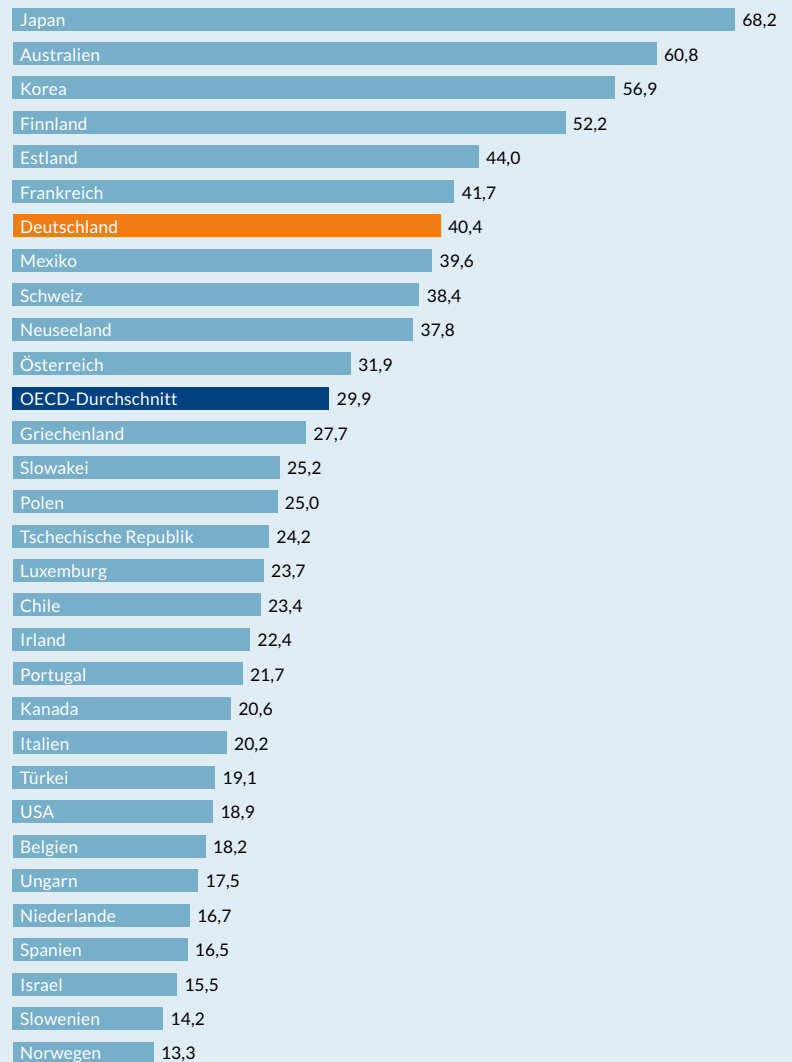


Abbildung 1 | Quelle: OECD Health Data 2012

| BertelsmannStiftung

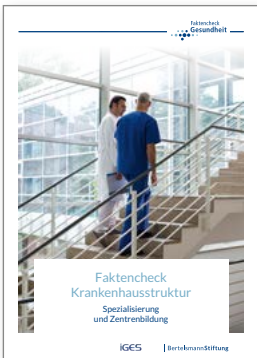
operiert. In diesen sind die Fallzahlen pro Eingriff oft gering, so dass es vermehrt zu Komplikationen kommt.

Die Analyse der stationären Versorgung in Deutschland belegt die Qualitätsunterschiede zwischen großen und kleinen Krankenhäusern eindeutig zum Beispiel bei Hüft-Totalendoprothesen (Hüft-TEPs) und Prostata-Entfernungen. Hüft-TEPs bietet praktisch jedes Krankenhaus an, das eine chirurgische oder orthopädische Fachabteilung hat. Deshalb erreichen trotz hoher Gesamtfallzahl – fast 229.000 Hüft-TEPs wurden 2014 in Deutschland vorgenommen – viele Kliniken nur vergleichsweise niedrige Fallzahlen: In 176 Kliniken wurden weniger als 30 neue Hüften eingesetzt,

in 311 Kliniken weniger als 50. Nur rund die Hälfte der Kliniken kam auf mehr als 150 Hüft-TEPs. Von den 414 deutschen Kliniken, die Prostata-Entfernungen vornehmen, machten dies 43 Kliniken seltener als fünfmal im Jahr. Nur zehn der 414 Kliniken kamen auf mehr als 300 Fälle im Jahr.

### Mehr Qualität ist machbar – Fallzahl ist entscheidend

Die Qualität ist in Kliniken mit hohen Fallzahlen besser als in Krankenhäusern mit niedrigen Fallzahlen. Das ist nicht nur eine landläufige Meinung. Das ergab auch dieser „Faktencheck Gesundheit“, bei dem fünf Leistungsbereiche –



Weitere Informationen finden Sie in der Studie „Faktencheck Krankenhausstruktur – Spezialisierung und Zentrenbildung“ des IGES Instituts.

Download der Studie auf [faktencheck-krankenhausstruktur.de](http://faktencheck-krankenhausstruktur.de)

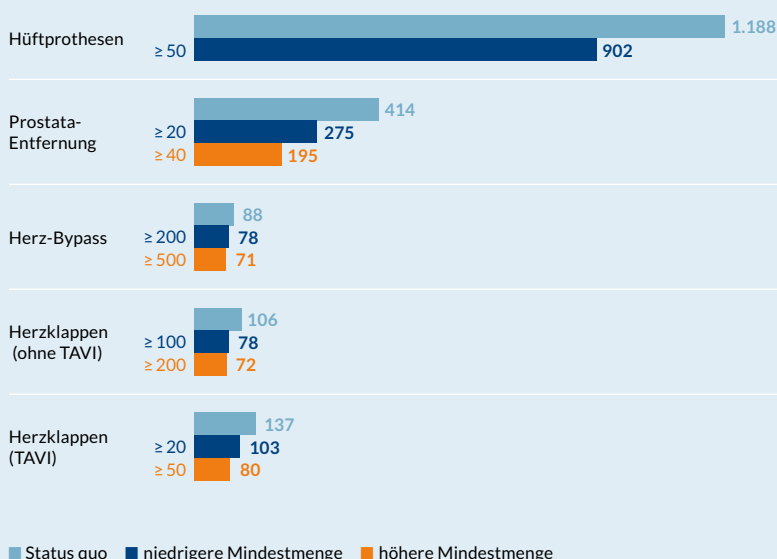
Hüft-TEPs, Prostata-Entfernungen, Herz-Bypässe sowie klassische Herzklappen-OPs oder minimalinvasive mit TAVI – untersucht wurden. Die Literaturanalyse zeigt, dass eine Spezialisierung der Kliniken auf diese Eingriffe die Qualität der Behandlung verbessert.

Bei Hüft-TEPs lassen Studien einen Zusammenhang zwischen Fallzahl und Ergebnisqualität erkennen. Je größer die Klinik und je höher die Fallzahl, desto geringer sind Komplikations- und Sterberaten. Die Wahrscheinlichkeit, wegen einer Hüft-TEP in einer deutschen Klinik mit weniger als 70 solcher Operationen pro Jahr zu sterben, ist nach einer 2012 veröffentlichten Studie um 0,7 Prozent höher als in Kliniken mit mehr als 176 solcher Operationen. Das scheint wenig, heißt aber: Wären alle 19.420 Patienten der kleinen Kliniken in den großen operiert worden, wären in einem Jahr 140 Patienten weniger nach einer Hüft-TEP gestorben.

Bei Prostata-Entfernungen führen höhere Fallzahlen je Operateur zu kürzeren Verweildauern in der Klinik, zu einer höheren Lebensqualität und zu weniger Komplikationen. Zudem erzielen Einrichtungen mit hohen Fallzahlen eine höhere Überlebenschancen.

Bei Häusern, die mehr als 200 Herz-Bypässe pro Jahr einsetzen, ließ sich anhand von Studien eine deutliche Reduktion der Sterblichkeit ermitteln.

### Simulation 1: Wie wirken sich Mindestmengen auf die Zahl der leistungsberechtigten Kliniken aus?



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Strukturierten Qualitätsberichte (SQB)

| BertelsmannStiftung

» Nicht alles kann in gleicher Weise überall in gleicher Qualität geleistet werden. Deswegen ist es richtig, zu einer vernünftigen Arbeitsteilung zwischen ortsnahe und gut erreichbarer Grund- und Regelversorgung und Spezialisierung zu kommen. Das wird auch zu einem Umbau in der Krankenhauslandschaft führen.«

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe in seiner Bundestagsrede zum Krankenhausstrukturgesetz vom 5.11.2015

### Mindestmengen können Versorgung verbessern

Der vielfach belegte Zusammenhang zwischen großen Fallzahlen und hoher Behandlungsqualität legt nahe, verbindliche Vorgaben für die Zahl von Behandlungen zu machen. In den fünf für diesen Faktencheck ausgewählten Indikationen sind in Deutschland bisher keine Mindestmengen vorgeschrieben, obwohl die internationale Literaturlage dies stützen würde. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat für bestimmte stationäre Behandlungen jährliche Mindestmengen festgelegt, z. B. für Knie-TEPs (50), Nierentransplantationen (25), Lebertransplantationen (20) und komplexe Eingriffe an der Speiseröhre (10). Wenn Krankenhäuser diese Fallzahlen nicht erreichen, dürfen sie die entsprechenden Leistungen im Prinzip nicht mit den Krankenkassen abrechnen.

Was passiert, wenn für weitere Indikationen Mindestmengen festgesetzt werden? Wie verändert sich die Krankenhauslandschaft? Welche Folgen hat das für die wohnortnahe Versorgung? Wie verringert sich die Anzahl der für eine bestimmte Operation zugelassenen Krankenhäuser? Dies wurde mit eigens für diesen Faktencheck entwickelten Simulationen berechnet. Die dabei verwendeten Mindestmengen pro Jahr – 50 für Hüft-TEPs, 20 bzw. 40 für Prostata-Entfernungen, 200 bzw. 500 für Herz-Bypässe, 100 bzw. 200 für Herzklappen-OPs ohne TAVI und 20 bzw. 50 für solche mit TAVI – wurden aus der vorliegenden Literatur als plausibel für die jeweilige Indikation abgeleitet.

Bei strikter Einhaltung der genannten Mindestmengen sank die Anzahl der für die entsprechenden Eingriffe leistungsberechtigten Kliniken teilweise merkbar: Bei Hüft-TEPs dürften dann

knapp ein Viertel der Kliniken, bei Prostata-Entfernungen je nach Mindestmenge ein Drittel bis gut die Hälfte der Kliniken diese Eingriffe nicht mehr durchführen. Auch bei den anderen drei Indikationen würde die Zahl der Kliniken deutlich sinken, die diese Leistungen erbringen (siehe Simulation 1).

### Spezialisierung verlängert Fahrzeiten kaum

Kritiker einer stärkeren Konzentration einzelner stationärer Leistungen in darauf spezialisierten Krankenhäusern oder Zentren führen an, dass Patienten dann längere Wege in Kauf nehmen müssten. Das ist jedoch für viele Leistungsbereiche nicht der Fall. Für die im Faktencheck untersuchten Indikationen ergab eine Simulation keine nennenswerte Verlängerung der Fahrzeiten für Patienten, wenn sich Kliniken stärker spezialisieren, um vorgeschriebene Mindestfallzahlen zu erreichen.

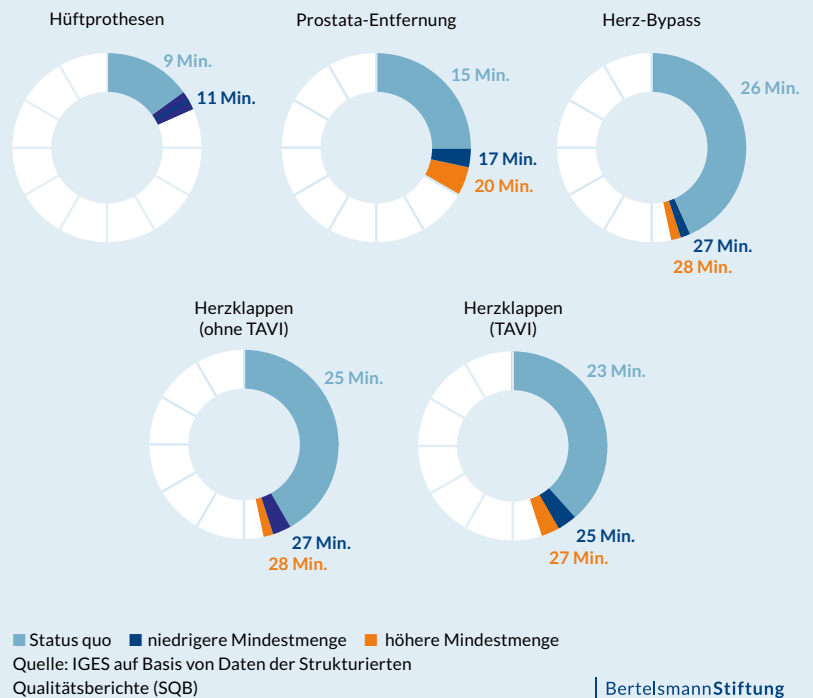
Die Einführung von Mindestmengen für die genannten fünf Leistungen führt zwar zu einer Verringerung der Anzahl der Kliniken, die diese Leistungen erbringen dürfen. Die durchschnittliche Fahrzeit in die nächstgelegene geeignete Klinik verlängert sich allerdings selbst bei Einführung der jeweils höheren Mindestmengen nur um zwei bis fünf Minuten. Eine Klinik für Hüft-TEPs wäre durchschnittlich in elf statt bisher neun Minuten zu erreichen, für eine Prostata-Entfernung wären es durchschnittlich 20 Minuten, für einen Herz-Bypass oder eine Herzklappen-OP 28 Minuten (siehe Simulation 2).

Der Anteil der Bevölkerung, der mehr als 60 Minuten Fahrzeit benötigt, nimmt durch neue

»Andere Länder wie beispielsweise die Niederlande machen insbesondere hinsichtlich der Zentralisierung komplexer Behandlungen viel striktere Vorgaben als Deutschland, um die Qualität der Versorgung zu erhöhen. Und das mit Erfolg, wie man an Komplikations- und Mortalitätsraten einiger Indikationen gut erkennen kann.«

Prof. Dr. Thomas Mansky, Leiter des Fachbereichs Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin

### Simulation 2: Wie wirken sich Mindestmengen auf die durchschnittlichen Fahrzeiten zur nächstgelegenen Klinik aus?



### Simulation 3: Wie viel Prozent der Bürger brauchen mehr als 60 Minuten in die nächste geeignete Klinik, wenn Mindestmengen vorgegeben werden?

	Status quo	niedrigere Mindestmenge	höhere Mindestmenge
Hüftprothesen	0,02%	≥ 50 0,06%	-
Prostata-Entfernung	0,06%	≥ 20 0,2%	≥ 40 0,7%
Herz-Bypass	3,4%	≥ 200 4,1%	≥ 500 6,0%
Herzklappen (ohne TAVI)	3,2%	≥ 100 4,1%	≥ 200 6,0%
Herzklappen (TAVI)	1,7%	≥ 20 2,8%	≥ 50 5,7%

Die Berechnung wurde als über alle Gemeinden durchschnittliche, bevölkerungsgewichtete Anzahl Fahrminuten zur nächsten Klinik durchgeführt. Quelle: IGES auf Basis von Daten der Strukturierten Qualitätsberichte (SQB) | BertelsmannStiftung

286  
Kliniken kamen auf weniger als 50 Hüft-TEPs pro Jahr, 176 davon sogar auf weniger als 30.

2  
Minuten länger wäre die durchschnittliche Fahrzeit zur nächsten Klinik, wenn es für Hüft-TEPs eine Mindestmenge von 50 Fällen gäbe.

1.188  
von 1.191 Kliniken, an denen 2014 ein Chirurg beschäftigt war, führten Hüft-TEPs durch.

» Bündelung von Kapazitäten und Kooperation zwischen den Kliniken ermöglichen mehr Spezialisierung und größere Behandlungsvolumina. Dieser Weg sollte im Sinne der Patienten konsequent gegangen werden.«

Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Leiter Hamburg Center for Health Economics, Universität Hamburg

Mindestmengen bei allen fünf Indikationen zu. Bei Hüft-TEPs und Prostata-Entfernung sind aber immer noch weniger als ein Prozent der Bevölkerung betroffen, bei den anderen drei betrachteten Leistungen sind es je nach Höhe der Mindestmengen 2,8 bis sechs Prozent (siehe Simulation 3). Lange Fahrzeiten gibt es allerdings schon heute, vor allem in entlegenen Gebieten. Diese Situation würde sich auch bei einer stärkeren Spezialisierung nicht wesentlich ändern. Ihr muss mit adäquaten Versorgungsansätzen Rechnung getragen werden.

In diesem Zusammenhang ist interessant, dass nach einer Bevölkerungsumfrage der Betriebskrankenkassen aus dem Jahr 2015 sich zwar ein Viertel der Befragten auch für planbare Operationen ein Krankenhaus in unmittelbarer Nähe wünscht, mehr als die Hälfte der Befragten aber auch eine Fahrzeit bis zu einer Stunde für vertretbar hält. Und wenn die Qualität medizinischer und pflegerischer Leistungen in einem weiter entfernten Krankenhaus gewährleistet ist, nahmen 46 Prozent der Befragten sogar mehr als eine Stunde zusätzliche Fahrzeit in Kauf.

#### Spezialisierung nicht um jeden Preis

Häufig sind es kleine Krankenhäuser, die in finanzielle Schieflagen geraten. Sie könnten von der Bündelung von Behandlungsfällen in einer spezi-

#### Zentren für besonders komplexe Behandlungen

Die Spezialisierung der Krankenhauslandschaft bezieht sich letztendlich nicht nur auf eine Fokussierung des Versorgungsangebotes einzelner Krankenhäuser. Es gibt auch die Möglichkeit, Versorgungsangebote für besonders komplexe Eingriffe wie bei Tumorerkrankungen in einer Region in hochspezialisierten Zentren anzubieten, die ein umfassendes Spektrum an Behandlungskompetenzen integrieren. Gerade bei Krebserkrankungen ist es wichtig, ein spezialisiertes – und nicht unbedingt das nächstgelegene – Krankenhaus aufzusuchen. Die Weisse Liste bietet in ihrer Krankenhaussuche Informationen zu mehr als 1.200 von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Krebszentren. Zusätzlich weist das Portal die Fallzahl pro Eingriff und die behandlungsrelevante Ausstattung der jeweiligen Abteilung aus.

[weisse-liste.de](http://weisse-liste.de)

alisierten Krankenhauslandschaft profitieren, ihre Kosteneffizienz steigern und zugleich – durch mehr Qualität in spezialisierten Fachabteilungen – dazu beitragen, dass den Krankenkassen weniger Ausgaben aufgrund von Komplikationen entstehen. Wenn kleine Krankenhäuser in Teilbereichen auf Behandlungsangebote verzichten und sich dafür auf andere Indikationen spezialisieren, ist das in der Regel wirtschaftlich erfolgreich.

Die Gesamtzahl der Behandlungsfälle sollte durch Spezialisierungen von Kliniken oder Fachabteilungen nicht steigen. Eine mögliche Steigerung von Behandlungsfällen und auch eine Zunahme der Verhandlungsmacht spezialisierter Einrichtungen etwa bei Preisverhandlungen mit den Krankenkassen sind in gesamtgesellschaftlichem Interesse sinnvoll zu begrenzen. Die Spezialisierung der Krankenhauslandschaft sollte also nicht um jeden Preis vorangetrieben werden. Vor allem dürfen Spezialisierungsprozesse nicht durch wirtschaftlich motivierte Fallzahlerhöhungen – also medizinisch nicht notwendige Behandlungen – konterkariert werden.

### Qualitätskriterien in Krankenhausplanung implementieren

Die deutsche Krankenhauslandschaft hat lange das Leitbild eines möglichst engmaschigen Versorgungsnetzes verfolgt: Knapp 96 Prozent der Bevölkerung erreichen das nächstgelegene Krankenhaus der Grundversorgung in weniger als 20 Minuten. Die Krankenhausplanung der Länder hat diese Strukturen bis heute weitgehend beibehalten und fortgeschrieben. Das seit Anfang des Jahres geltende KHSG bietet den Ländern jetzt die Chance, ihre jeweiligen Krankenhausplanungen neu auszurichten.

Das KHSG sieht unter anderem vor, dass Qualität als zusätzliches Kriterium der Krankenhausplanung eingeführt wird. Leider sind die Länder nicht verpflichtet, die vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) entwickelten Qualitätskriterien zu verwenden. Zudem erlaubt das von Bundestag und Bundesrat beschlossene Gesetz Zu- und Abschläge für bestimmte Qualitätsaspekte bei der Vergütung stationärer Leistungen. Eine Spezialisierung von Krankenhäusern und damit eine Konzentration von Behandlungen auf leistungsfähigere Fachabteilungen würde dem Ziel des Gesetzes, die Versorgungsqualität zu sichern und zu erhöhen, entsprechen – und auch die wohnortnahe Versorgung nicht gefährden, wie dieser Faktencheck zeigt.



## Beispiel Hamm: Spezialisierung statt Konkurrenz

Das St. Marien-Hospital und das Evangelische Krankenhaus (EVK) in Hamm / Westfalen sind neue Wege gegangen und haben einen Gesundheitsverbund gebildet. Die mit 584 und 464 Betten größten Kliniken der 180.000-Einwohner-Stadt am Ostrand des Ruhrgebietes haben von sechs bislang doppelt geführten Fachabteilungen jeweils drei in einem Haus gebündelt. Das St. Marien-Hospital hat sich auf Kardiologie, Gefäßerkrankungen sowie Orthopädie / Unfallchirurgie spezialisiert, das EVK auf Onkologie, Chirurgie und Gastroenterologie.

Grund für die Neustrukturierung war der Krankenhausplan 2015 des Landes NRW, der vorsieht, die regionalen Leistungsangebote neu zu ordnen und Überkapazitäten abzubauen. Die beiden Hammer Kliniken haben sich deshalb zu einer Kooperation entschlossen. „Wir bündeln unsere Kompetenzen, bleiben wirtschaftlich aber unabhängig“, betonen die Verwaltungschefs. 130 Mitarbeiter, darunter viele Ärzte, wechselten von einer Klinik in die andere, die sich auf ihre Fachbereiche spezialisierte.

Die Spezialisierung soll vor allem den Patienten zugutekommen, aber auch die Auslastung der Kliniken verbessern. „Durch die Zusammenlegung ist jetzt eine große und schlagkräftigere Mannschaft entstanden. Wir können jetzt sämtliche Untersuchungsmethoden anbieten, die es in unserem Fachbereich gibt“, so Prof. Dr. Alexandra von Herbay, Chefarztin der Gastroenterologie, die vom St. Marien-Hospital ins EVK wechselte. Ihre vergrößerte Fachabteilung habe bessere Geräte und arbeite jetzt praktisch auf dem Niveau einer Universitätsklinik. Prof. Klaus Pethig, Chefarzt der Kardiologie, ergänzt: „Wir sind jetzt in der Lage, zu jedem Zeitpunkt eine hervorragende Qualität anzubieten. Gerade unsere spezielle Versorgung und operative Kompetenz bedeutet für die Patienten eine gewaltige Verbesserung.“

## Handlungsempfehlungen

## Spezialisierung fördern – Qualität transparenter machen

Es gibt kein Patentrezept, um die Spezialisierung der Krankenhauslandschaft zu fördern. Allerdings können einerseits Lösungen aus dem Gesundheitssystem selbst z. B. durch Kooperationen von Krankenhäusern entstehen, andererseits können Gesetzgeber und Behörden Spezialisierung unterstützen und voranbringen. Dazu gehören vor allem Maßnahmen, die Patienten die Entscheidung für eine qualitativ hochwertige Behandlung in einem spezialisierten Krankenhaus erleichtern. Aber es sollten auch die gesetzlich vorgesehenen Maßnahmen zur Qualitätssteigerung umgesetzt und im Falle der Mindestmengen erweitert werden.

### Qualitätsberichte verständlich machen

- › Um den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern und die Qualitätstransparenz zu fördern, sollten die Strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser verbessert werden. Sie müssen, wie im KHSG vorgegeben, übersichtlicher und für Patienten und niedergelassene Ärzte verständlicher werden sowie mehr patientenrelevante Informationen bieten.

### Zertifikate-Dschungel beseitigen

- › Qualitätstransparenz muss auch für Zertifikate und Qualitätssiegel gelten, mit denen Zentren für komplexe Eingriffe werben. Das IQTiG muss dafür zügig Bewertungskriterien erstellen. Auch sollten Zentren in den Krankenhausplänen der Länder ausgewiesen werden.

### Qualitätskriterien verbindlich in die Krankenhausplanung einführen

- › Die vom KHSG vorgesehene Qualitätsorientierung der Krankenhausplanung muss konsequent implementiert werden. Die vom IQTiG zu entwickelnden Qualitätskriterien für die Krankenhausplanung sollten von den Ländern verpflichtend eingeführt werden.

### Festlegung von Mindestmengen erleichtern und überwachen

- › Die Festlegung von Mindestmengen sollte erleichtert werden. Der G-BA sollte die durch das KHSG erweiterten Möglichkeiten nutzen. Die Mindestmengen sollten stringenter überwacht sowie regelmäßig evaluiert und an den medizinischen Fortschritt angepasst werden.

### Regionale Kooperationen für komplexe Eingriffe schaffen

- › Komplexe elektive Eingriffe sollten möglichst nur noch in spezialisierten Fachabteilungen erfolgen. Gerade für kleinere Krankenhäuser sollten die Möglichkeiten regionaler Kooperationen geprüft werden.



SPOTLIGHT GESUNDHEIT ist ein Impulspapier des Programms „Versorgung verbessern – Patienten informieren“ der Bertelsmann Stiftung. Es erscheint in unregelmäßigen Abständen mehrmals pro Jahr und beschäftigt sich mit aktuellen Themen und Herausforderungen im Gesundheitswesen. Die Bertelsmann Stiftung setzt sich für ein Gesundheitssystem ein, das sich an den Bürgern orientiert. Mit ihren Projekten zielt sie auf eine konsequent am Bedarf ausgerichtete und hochwertige Versorgung sowie stabile finanzielle Grundlagen. Patienten sollen durch verständliche Informationen in ihrer Rolle gestärkt werden.

Im Projekt „Faktencheck Gesundheit“ des Programms wird mehrmals jährlich ein Versorgungsthema genauer beleuchtet. Der „Faktencheck Gesundheit“ will dazu beitragen, dass die begrenzten Ressourcen sachgerechter verwendet werden und Gesundheitsleistungen sich stärker am tatsächlichen Bedarf der Patienten orientieren.

[Weitere Informationen auf faktencheck-gesundheit.de](http://www.faktencheck-gesundheit.de)

#### Impressum

Herausgeber:  
Bertelsmann Stiftung  
Carl-Bertelsmann-Str. 256  
33311 Gütersloh  
[www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)  
[www.faktencheck-gesundheit.de](http://www.faktencheck-gesundheit.de)

Bildnachweis:  
Halfdark /Fstop/Strandperle, EVK Hamm, Fotostudio Clemens, krinke-fotografie  
Gestaltung: Dietlind Ehlers  
Redaktion: Claudia Haschke, Burkhard Rexin  
Druck: Druckhaus Rihn

Verantwortlich:  
Uwe Schwenk  
Director des Programms  
„Versorgung verbessern – Patienten informieren“

ISSN (Print): 2364-4788  
ISSN (Online): 2364-5970  
Veröffentlichung:  
September 2016

Kontakt:  
Sonja Lütke-Bornefeld  
[sonja.luetke-bornefeld@bertelsmann-stiftung.de](mailto:sonja.luetke-bornefeld@bertelsmann-stiftung.de)  
Tel: + 49 5241 81-81431