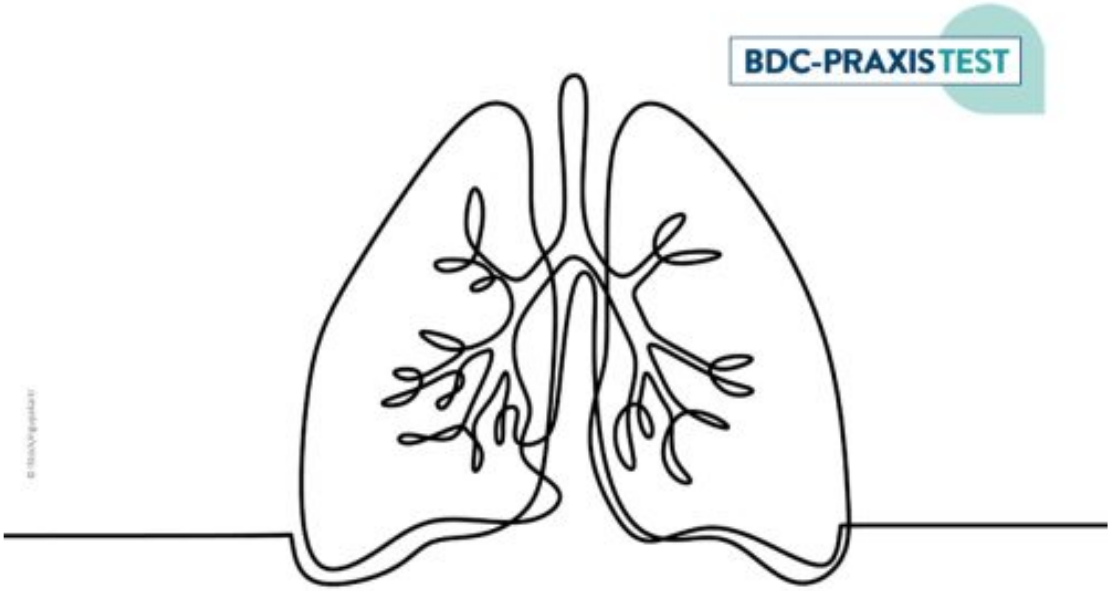
STATIONÄR 01.09.2022

BDC-Praxistipp: Mindestmengen bei der chirurgischen Behandlung von Lungenkrebs



Vorwort

Mindestmengen bei der chirurgischen Behandlung von Lungenkrebs

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Die Einführung von Mindestmengen vor allem in operativen Fächern wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in den letzten Jahren akribisch vorangebracht. Und jetzt wurde „wieder richtig aufs Gaspedal" gedrückt. Ende letzten Jahres wurde neben der neuen Mindestmenge bei Brustkrebsoperationen (mindestens 100 Eingriffe pro Standort und Jahr) auch eine neue Mindestmenge in der Thoraxchirurgie eingeführt: 75 anatomische Resektionen pro Jahr und Standort müssen ab dem Jahr 2025 im Karzinomfall erbracht werden.

Der G-BA sieht in den Mindestmengen das wichtigste Instrument der Qualitätssicherung. Doch neben der reinen Ergebnisqualität, die durch das Instrument der Mindestmengenregelung sicher positiv beeinflusst wird, sollten auch andere mögliche Folgen bei diesem Vorgehen betrachtet werden.

Wie sieht es mit der praktischen Realisierbarkeit im klinischen Alltag aus? Was ändert sich in der Weiterbildung? Wird das Recht des Patienten auf freie Arztwahl weiterhin respektiert? Werden die verbleibenden Häuser den hohen Caseload bewältigen können? Bleibt Lungenkarzinom-Chirurgie universitär? Wird die Anzahl an Keilresektionen vielleicht signifikant sinken, und die Anzahl an anatomischen Resektionen signifikant steigen?

Das Bemühen um eine Qualitätsverbesserung allein an den Fallzahlen auszurichten hat unbestritten auch Nachteile, die bei der Durchsetzung gerne bagatellisiert werden, oder nonchalant unter den Tisch fallen. Aber die Betrachtung ist auch einfach zu schlicht. Eine clevere Alternative wäre, Qualität endlich in Leistung statt in Zahlen zu denken. Leistungsstärke definiert sich weit komplexer. In der Bundesliga treten jedes Jahr 18 Mannschaften an. Am Ende wird ein Team Meister, und drei steigen ab. An der Zahl der Spiele liegt das nicht. Alle kicken 34-mal und immer über 90 Minuten.

Spannende Lektüre – auf Kommentare sind wir sehr gespannt

Prof. Dr. med. C. J. Krones



Prof. Dr. med. D. Vallböhmer



In einigen Fachbereichen sind sie bereits Alltag, nun haben sie auch die Thoraxchirurgie erreicht: die Mindestmengen von chirurgischen Eingriffen. Mit Datum vom 23.02.2022 wurde die bestehende Mindestmengenregelung in einer Veröffentlichung im Bundesanzeiger durch eine Anlage Nummer 10 ergänzt, welche die betroffenen Leistungen in Verbindung mit einem OPS-Code konkretisiert: es handelt sich um anatomische Lungenresektionen in Kombination mit der Diagnose einer bösartigen Neubildung von Bronchien und Lunge [1]. Künftig können Kliniken diese Leistungen nur noch dann abrechnen, wenn sie eine Mindestanforderung von 75 solcher Eingriffe pro Jahr erfüllen.

Mindestmengenregelung: Der lange Weg von der Idee zum Beschluss

Die aktuelle Entwicklung der Mindestmengenregelung stützt sich auf eine Studie von Nimptsch et al. aus dem Jahr 2017. Hier wurde eine Abhängigkeit der Krankenhaussterblichkeit von der Behandlungshäufigkeit belegt. Zur Therapie des Lungenkarzinoms wurde in dieser Publikation festgestellt, dass ab 108 Operationen die Krankenhaussterblichkeit unter den bundesweiten Durchschnitt von 2,9 % sinkt [2].

Auf dieser Grundlage stellte der GKV-Spitzenverband im Mai 2018 den Antrag auf Vorlage im Unterausschuss für Qualitätssicherung beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Als Voraussetzung für die Festlegung einer Mindestmenge in einem Fachgebiet ist es erforderlich, dass die Qualität des Therapie-Ergebnisses von der Menge der erbrachten Leistung abhängig ist und dass es sich um hochkomplexe sowie planbare Leistungen handelt. Dies ist für die thoraxchirurgischen Eingriffe gegeben [3].

Im Zeitraum bis zum Beschluss durch das Plenum des G-BA am 16.12.2021 wurde nicht nur die Begründung der Notwendigkeit einer Mindestmenge für die Thoraxchirurgie herausgearbeitet, sondern auch deren Verhältnismäßigkeit und der Einfluss auf konkrete Krankenhausstandorte analysiert. Als Basis dafür diente zum einen eine Literaturrecherche des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zum Thema der Mindestmengen bei der Therapie des Lungenkarzinoms [4]. Zum anderen erfolgte eine umfangreiche Folgenabschätzung zu Mindestmengen durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) [5].

Es gilt eine Mindestmenge von 75 anatomischen Resektionen pro Jahr

Die konkrete Mindestmenge von 75 Eingriffen pro Jahr wurde erst in der Sitzung des Plenums des G-BA am 16.12.2021 abschließend festgelegt und eine stufenweise Einführung beschlossen, sodass in den Jahren 2022 und 2023 übergangsweise noch keine Mindestmenge gültig ist. Für das Jahr 2024 ist die Mindestmenge von 40 Leistungen pro Standort einer Klinik vorgegeben. Somit muss die endgültige Zahl von 75 Eingriffen erst im Jahr 2025 erbracht werden. Diese Regelung ist mit 01.01.2022 in Kraft getreten [1].

Bei der konkreten Festlegung auf die Zahl von 75 Eingriffen pro Jahr handelt es sich um das Ergebnis einer umfangreichen Abwägung: es wird davon ausgegangen, dass bei einer Durchführung von thoraxchirurgischen Operationen des Lungenkarzinoms in dieser Größenordnung eine Routine entsteht, welche zu einer Verbesserung der Behandlungsergebnisse führen wird. Zum anderen bleiben bei dieser Mindestmenge noch genügend leistungserbringende Kliniken übrig, die eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung sicherstellen [3].

Mit der beschlossenen Mindestmenge wiederholt sich die Zahl 75, die die Deutsche Krebsgesellschaft bei der Zertifizierung zum Lungenkrebszentrum als Anzahl von Eingriffen definiert, die eine Expertise auf dem Gebiet der Thoraxchirurgie und der beteiligten Fachabteilungen (Anästhesie, Intensivmedizin etc.) ausweist. Die Regelung des G-BA gestattet jedoch, die anatomische Resektion einer einzelnen Lungenmetastase einzubeziehen, da gelegentlich zum Zeitpunkt der Entlassung die endgültige Histologie bei schwieriger Unterscheidung von Primärtumor oder Lungenmetastase noch nicht vorliegt.

Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang, dass die Kliniken bereits heute gefordert sind, sich Gedanken zu machen, ob und wie sie die Mindestmenge 2024 erreichen können, denn im August 2023 müssen sie die Prognose dazu gegenüber den Kassen abgeben, auch auf der Basis ihrer 2022 und 2023 erbrachten Leistungen [3].

In der Kliniklandschaft sind wesentliche Veränderungen zu erwarten

Gemäß Folgenabschätzung des IQTIG werden thoraxchirurgische Eingriffe, welche in Deutschland aktuell an 328 Krankenhausstandorten durchgeführt werden, bei einer Mindestfallzahl von 75 in nur 91 Kliniken erfolgen [5]. Dies bedeutet zwangsläufig für zahlreiche thoraxchirurgische Abteilungen, dass sie ab 2025 keine anatomischen Resektionen der Lunge in Verbindung mit der Diagnose einer bösartigen Neubildung mehr erbringen bzw. abrechnen können. Operationen bei gutartigen Veränderungen oder Entzündungen können dagegen weiterhin abgerechnet werden. Durch eine Verschiebung von Eingriffen in Kliniken, die heute die geforderten Mengen noch nicht erfüllen, werden sich dagegen lokale Zentren herausbilden, die dann die Chance haben, geforderte Voraussetzungen, z. B. auch der DKG zu erreichen. Die größte Verschiebung findet von Abteilungen statt, die aktuell weniger als zehn anatomische Resektionen bei bösartigen Erkrankungen vornehmen [3]. Von einem bedeutsamen finanziellen Verlust ist aufgrund der geringen Fallzahl allerdings eher nicht auszugehen. Demzufolge werden viele kleinere thoraxchirurgische Einheiten ihre Größe weiter reduzieren oder in letzter Konsequenz keinerlei Operationen mehr an Lunge und Bronchien anbieten.

Anders sieht es aus bei Kliniken, deren Leistungen dann nur knapp unter der geforderten Mindestmenge liegen, hier bedeutet es einen essenziellen Einschnitt in die vorhandenen Strukturen und Finanzen. Daher kommt künftig der Kooperation zwischen Abteilungen eine besondere Bedeutung zu, um rechtzeitig nach Lösungen zu suchen. In den Tragenden Gründen des G-BA-Beschlusses kann die Verschiebung zwischen den Zentren aufgrund der IQTIG-Berechnungen nachgelesen werden [3, 5].

Dass von politischer Seite eine stärkere Konzentration hochkomplexer medizinischer Leistungen und damit letztendlich auch Neuordnung der Krankenhauslandschaft angestrebt wird, zeigen die Ansätze der Gesundheitsministerien u. a. in Niedersachsen [6]. Unabhängig von den Mindestmengen in der Thoraxchirurgie oder anderen chirurgischen Disziplinen sind gerade kleinere Häuser in Ballungszentren folglich gut beraten, sich mit Kooperationen für die Zukunft aufzustellen.

Die neue Mindestmengenregelung ist jedoch nicht nur für die Kliniken mit kleinerer Fallzahl eine Herausforderung, sondern auch für die größeren Einheiten. Diese müssen sich nun auf eine Steigerung der Fallzahlen mit allen Konsequenzen zu Personal, Bettenzahl, OP-Kapazität und Intensivbetten einstellen. Unter dem Gesichtspunkt des aktuellen Mangels an Pflegekräften und ärztlichem Personal steht nun manchen Häusern sicherlich eine gewaltige Aufgabe in den kommenden Jahren bevor, auch im Hinblick auf notwendige Investitionen.

Aus der neuen Mindestmengenvorgabe ergeben sich jedoch auch große Chancen und Vorteile für das Fachgebiet: vermutlich wird die Thoraxchirurgie in Zukunft häufiger in Form einer eigenständigen Abteilung in Erscheinung treten anstatt als angegliederter Nebenzweig einer größeren Klinik. Die Bedeutung und die öffentliche Wahrnehmung des Faches werden dadurch künftig eine Steigerung erfahren. Durch die Höhe der Mindestmenge von 75 Eingriffen hebt sich die Thoraxchirurgie schon jetzt von den eher niedrigen Fallzahlen bei anderen hochkomplexen operativen Leistungen ab.

Ein spezieller Aspekt ist die universitäre Thoraxchirurgie. Anders als in den europäischen Nachbarländern hatte die Lungenmedizin selten den Stellenwert, der das Ausmaß der Erkrankungen der Atmungsorgane in der Bevölkerung abbildet. Historisch ist dies durch die Auslagerung dieser Entitäten in die Lungenkliniken bedingt. So

könnten sich nun durch die Mindestmengenregelung für die Thoraxchirurgie an Universitätsstandorten Verbesserungen ergeben. Denn sobald mehr Patientinnen und Patienten dort behandelt werden, stehen sie häufiger für den Einschluss in Studien zur Verfügung. Solche Studien benötigen die entsprechende wissenschaftliche Ausstattung und Expertise, möglichst am selben Standort. Auch die Zentrierung der Weiterbildung in den Zentren kann sich durchaus positiv auf die wissenschaftliche Rekrutierung des Nachwuchses auswirken und bestärkt damit die Sonderrolle der Universitätsmedizin [7]. Auch wenn Weiterbildung dann an den kleinen Häusern, die die Mindestmenge nicht erfüllen, nicht mehr möglich sein wird, so eröffnet die Zentrierung der Ausbildung den Assistenten Zugang zu einer größeren Zahl an Operationen aus dem OP-Katalog sowie Einblicke in ein breiteres Spektrum an Krankheitsbildern. Ob damit insgesamt die Zahl an verfügbaren Weiterbildungsstellen sinkt, bleibt abzuwarten. Sicherlich ist eine Überarbeitung des bisherigen Weiterbildungskonzeptes im Laufe der Zeit erforderlich.

Die Festlegung der Mindestmengen bringt sehr wahrscheinlich in Zukunft eine vermehrte Anfrage nach Zertifizierung von thoraxchirurgischen Zentren mit sich. Die dafür erforderlichen Voraussetzungen werden von der Deutschen Krebsgesellschaft wie auch der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) für Kompetenz- und Exzellenzzentren vorgegeben. Gerade eine solche Zertifizierung ist eine Auszeichnung für eine thoraxchirurgische Klinik und im Zusammenhang mit der Mindestmengenvorgabe ein besonderes Qualitätsmerkmal. Es gibt erste Überlegungen, die Akzeptanz der Mindestmengen durch eine gleichzeitige obligate Zertifizierung zu erhöhen [8].

Was ändert sich für die Patientinnen und Patienten?

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten sind die Vorteile der neuen Mindestmengenregelung offensichtlich: in der behandelnden Klinik kann künftig eine entsprechende Expertise erwartet werden und umfassende Erfahrungen sind im gesamten behandelnden Team nun voraussetzbar. Der oder die Einzelne nimmt dafür etwas mehr Fahrzeit in Kauf, welche in den Ballungszentren jedoch kaum ins Gewicht fällt, in Flächenländern durchaus deutlicher zum Tragen kommt. Gemäß den Berechnungen des IQTIG beträgt bei einer Mindestmenge von 75 die durchschnittliche Fahrzeit zum nächstgelegenen Zentrum durchschnittlich 31 Minuten, bei einer mittleren Wegstrecke von 35 km. Nach den konkreten Modellrechnungen bedeutet dies für die Hälfte aller Patientinnen und Patienten eine Verlängerung der bisherigen Fahrzeit von 9 Minuten, während sich für 1 % eine Verlängerung der Fahrzeit von mehr als 31 Minuten ergibt [5].

Fazit: ein sinnvolles Instrument zur Qualitätssicherung

Die neue Mindestmengenregelung im Fachgebiet der Thoraxchirurgie ist eine große Chance für eine weitere Verbesserung der Behandlungsqualität in diesem Fachgebiet. Sie bietet sogar die Möglichkeit einer Stärkung der Thoraxchirurgie als eigenständige Abteilung durch die zu erwartende Zentrenbildung. Es werden künftig noch weitere Fachgebiete mit einer Mindestmenge ausgestattet werden, denn die Bedeutung der Mindestmengen wird weiter zunehmen. Die Mindestmengenregelung hat bereits in die S3 Leitlinie Pankreaskarzinom Einzug gehalten [9]. Eine Veränderung der Kliniklandschaft wird somit in den kommenden Jahren in zahlreichen weiteren Fächern zu erwarten sein.

Literatur

[1] Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Mindestmengenregelungen: Ergänzung der Anlage – Nummer 10 vom: 16.12.2021, BAnz AT 23.02.2022 B1

[2] 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

[3] G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss): Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen gemäß § 136b Absatz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenregelungen – Mm-R): Ergänzung um eine Nummer 10 der Anlage, [Stand:] 16.12.2021. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8347/2021-12-16_Mm-R_Lungenkarzinom-Thoraxchirurgie_TrG.pdf (abgerufen am: 07.06.2022).

[4] IQWiG-Bericht – Nr. 824, Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Qualität des Behandlungsergebnisses bei der chirurgischen Behandlung des Lungenkarzinoms, Rapid Report, Auftrag: V18-03, Version: 1.0, Stand: 08.10.2019, enthalten als Anlage 4 in: URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8347/2021-12-16_Mm-R_Lungenkarzinom-Thoraxchirurgie_TrG.pdf (abgerufen am: 07.06.2022)

[5] Folgenabschätzungen zu Mindestmengen. Chirurgische Behandlung des Bronchialkarzinoms (Thorax-Chirurgie bei Lungen-Ca), IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, 01.10.2021, enthalten als Anlage 6 in: URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8347/2021-12-16_Mm-R_Lungenkarzinom-Thoraxchirurgie_TrG.pdf (abgerufen am: 07.06.2022)

[6] Bericht der Enquetekommission des niedersächsischen Landtags vom 22.02.2021, Drucksache 18/8650, https://www.landtag-niedersachsen.de/fileadmin/user_upload/redaktion/hauptseite/downloads/gremien/kommissionen/enquete_abgeschlossen/enquetebericht_medv_18-08650.pdf, (abgerufen am 20.06.2022)

[7] Krautz C, Grützmann R, Mindestmengen aus der Sicht des universitären Versorgers, Chirurg 2022, 93: 349–355

[8] Nüssler N et al, Mindestmengen aus der Sicht einer Klinik der Schwerpunktversorgung, Chirurg 2022, 93: 356–361

[9] S3-Leitlinie zum exokrinen Pankreaskarzinom, Kurzversion 2.0 – Dezember 2021, AWMF-Registernummer: 032/010OL

Leschber G, Menges P: BDC-Praxistest: Mindestmengen bei der chirurgischen Behandlung von Lungenkrebs. Passion Chirurgie. 2022 September; 12(09): Artikel 05_01.

Leserbrief von Wolfgang Klemm ↗ Anzeigen

Autor:innen des Artikels



Gunda Leschber

Berlin

✉ Kontakt



Pia Menges

Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie
Robert-Koch-Platz 9
10115 Berlin