VISZERALCHIRURGIE 01.04.2024

Was bleibt, wenn die Mindestmenge in der kolorektalen Karzinomchirurgie kommt?



Situation

Mit Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes am 01.01.2016 wurde der Prozess der Reformierung der Krankenhauslandschaft in Deutschland eingeleitet. Ziele des Gesetzes sollen die Entökonomisierung, die Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität und die Entbürokratisierung des Systems sein. Im Juli 2023 haben sich Bund und Länder hierzu auf ein Eckpunktepapier geeinigt [1]. Das Bundesgesundheitsministerium hat hieraus konkrete Gesetzesänderungsvorschläge erarbeitet. Diese wurden als erster Entwurf für ein Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) im September 2023 bekannt gegeben. Seitdem streiten Bund und Länder über die inhaltliche Ausgestaltung. Aktuell liegt ein mehrfach angepasster Arbeitsentwurf vor. Dieser ist jedoch wegen anhaltender Vorbehalte der Länder nicht beschlussfähig. Ein neuer Referentenentwurf hierzu ist derzeit in Arbeit. [2]. Kern des Gesetzes ist die Verbesserung der Versorgungsqualität und die Reform der Krankenhausvergütungsstrukturen [3]. Letztere sieht eine Klinikfinanzierung nach drei Kriterien vor: Vorhalteleistungen, Versorgungsstufen und Leistungsgruppen. Mit den Vorhalteleistungen soll die bisherige Finanzierung über Fallpauschalen abgelöst werden, da diese einen wirtschaftlichen Druck zur Fallzahlsteigerung erzeugt hat. Künftig sollen die Kliniken einen definierten Betrag für die Bereitstellung bestimmter Leistungen, unabhängig von der erbrachten Fallzahl, erhalten. Weiterhin ist eine Einteilung der Kliniken in Versorgungsstufen (sog. Level) in der Diskussion. Für jedes Level sollen dann klar definierte Mindestvoraussetzungen geschaffen werden. Im Wesentlichen handelt es sich hierbei um die Level 1-Grundversorgung, Level 2-Regel- und Schwerpunktversorgung und Level 3-Maximalversorgung. Weiterhin wird im Zuge der Reform die Etablierung von Leistungsgruppen (LG) geprüft. Diese LG sollen nach den geltenden ICD-10 und OPS-Codes definiert werden. In der Chirurgie könnte nach diesem Plan beispielsweise die LG 2.0 Basisbehandlung Allgemeine Chirurgie, die LG 2.7 Viszeralchirurgie und die LG 2.7.4 Pankreaseingriffe eingeführt werden. Die Zuweisung der LG an die Krankenhäuser würde durch die Länder erfolgen. Als Entscheidungsgrundlage für die Zuweisung soll die Erfüllung genau definierter Voraussetzungen hinsichtlich personeller und apparativer Ausstattung sowie vorhandener Struktur- und Prozesskriterien dienen. Je nach Komplexität wird für jede LG festgelegt, welche Versorgungsstufe das Krankenhaus für die Erbringung (und damit Vergütung) aufweisen muss. Im o. g. Beispiel kann somit die LG 2.0 in allen Krankenhäusern (Level I-III), die LG 2.7 nur in Level II+III- und die LG 2.7.4 nur in Level III-Kliniken erbracht werden. Hierdurch soll die Behandlungsqualität der Patienten maßgeblich verbessert werden. Ein weiteres Element, um die Qualität der Krankenhausbehandlung zu verbessern, ist die Einhaltung von Mindestmengen. Diese werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) weiterhin erarbeitet, wobei als wissenschaftliche Grundlage der Zusammenhang zwischen der Leistungsmenge und der Qualität eines Eingriffes berücksichtigt wird.

Mindestmengen in der Viszeralchirurgie

In der Viszeralchirurgie wurde auf dieser Grundlage 2020 die jährliche Mindestmenge für komplexe Eingriffe an der Speiseröhre von zehn auf 26 erhöht. Die wissenschaftliche Grundlage für eine Mindestmengenregelung in der Chirurgie kolorektaler Karzinome wurde durch das IQWIG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) im Auftrag des G-BA bereits im April 2023 vorgelegt [4]. In der Auswertung 19 retrospektiver Kohortenstudien konnte der Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Behandlungsqualität zugunsten der Krankenhäuser mit höherer Leistungsmenge nachgewiesen werden. Es kann daher mit großer Sicherheit von der Einführung einer Mindestmengenregelung für kolorektale Karzinome ausgegangen werden.

Über die Höhe der jährlich zu erbringenden Eingriffe an Kolon und Rektum sind bisher keine offiziellen Informationen bekannt. Die Einführung einer Mindestmenge bedeutet für die Krankenhäuser, sie dürfen eine Leistung nur dann erbringen, wenn sie die erforderliche Mindestmenge im nächsten Kalenderjahr voraussichtlich erreichen werden. Hierdurch ist eine tiefgreifende und nachhaltige Veränderung der viszeralchirurgischen Versorgungsstrukturen zu erwarten, welche auch wesentlichen Einfluss auf die chirurgische Aus- und Weiterbildung haben wird.

KLK und BDC initiieren Befragung an 730 chirurgischen Kliniken in Deutschland

Auf Initiative des KLK (Konvent leitender Krankenhauschirurginnen und -chirurgen) in Zusammenarbeit mit dem BDC (Berufsverband der Deutschen Chirurgie) wurden diese anstehenden Veränderungen zum Anlass genommen, die derzeitige Versorgungsrealität in der kolorektalen Chirurgie in Deutschland zu hinterfragen. Im Januar 2023 wurde hierzu eine Umfrage an den 730 chirurgischen Kliniken Deutschlands durchgeführt. Neben wenigen weiteren Parametern sollten für das Jahr 2022 (bzw. für

einen Zeitraum von 12 Monaten innerhalb der letzten drei Jahre) jeweils die Anzahl der Kolon- und Rektumresektionen, unterteilt nach gutartigen und bösartigen Befunden, angegeben werden (Abb. 1). 201 Kliniken nahmen an der Umfrage teil (Rücklaufquote 27,5 %). Die geografische Verteilung war bundesweit ausgeglichen. (Abb. 2) [5].

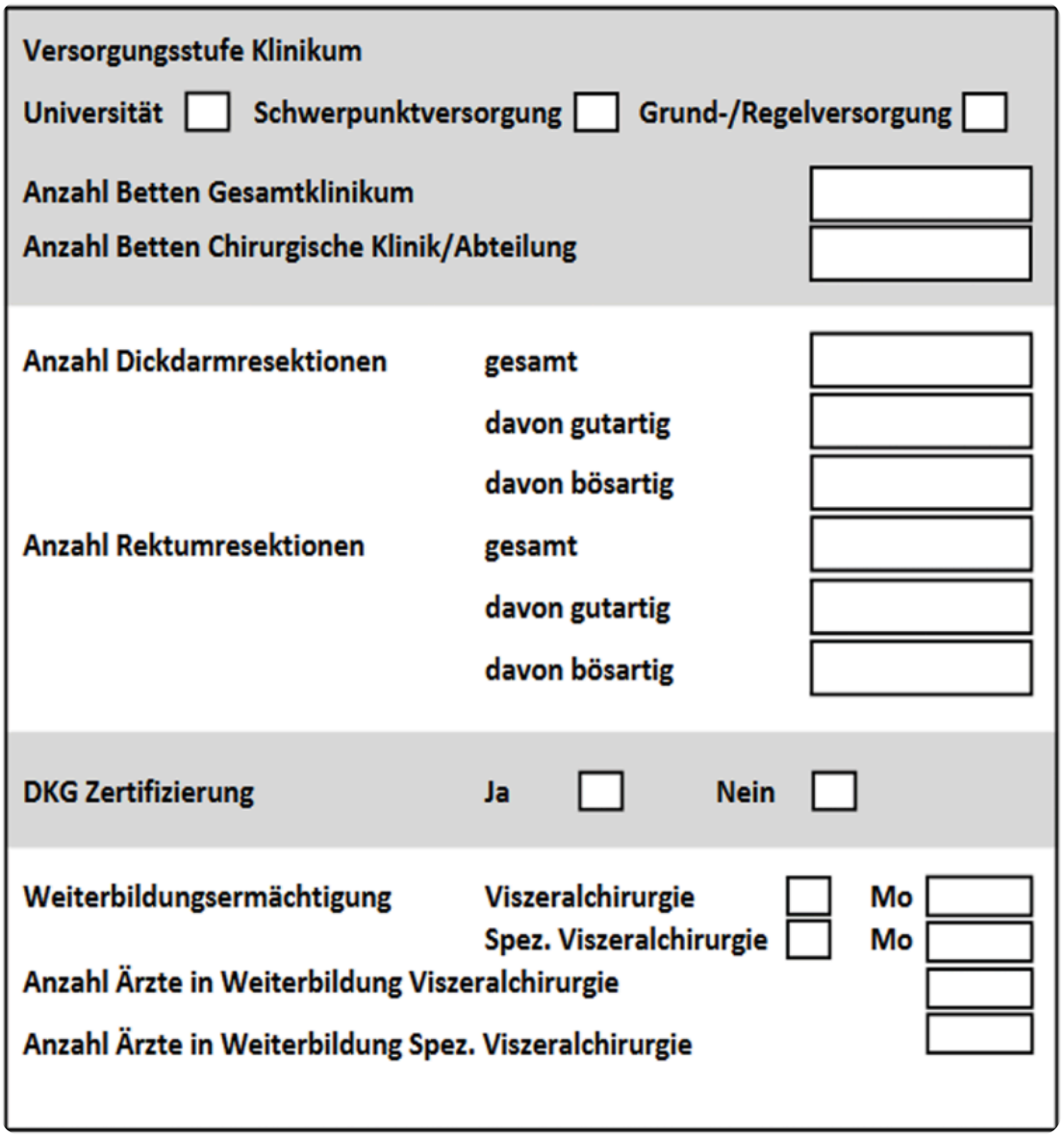


Abb. 1: Umfragebogen



Abb. 2: Teilnehmende Kliniken je Bundesland

Die Hälfte der antwortenden Kliniken waren DKG-zertifizierte Darmkrebszentren (Abb. 3). Die Wichtung der Krankenhäuser hinsichtlich ihrer Versorgungsstruktur ist in der Umfrage zwischen Grundversorgern (Ø 250 Betten) und Schwerpunktversorgern (Ø 540 Betten) mit 49 % zu 45 % nahezu ausgeglichen. Maximalversorger (Ø 850 Betten) waren mit 5 % tendenziell leicht unterrepräsentiert (Abb. 4).

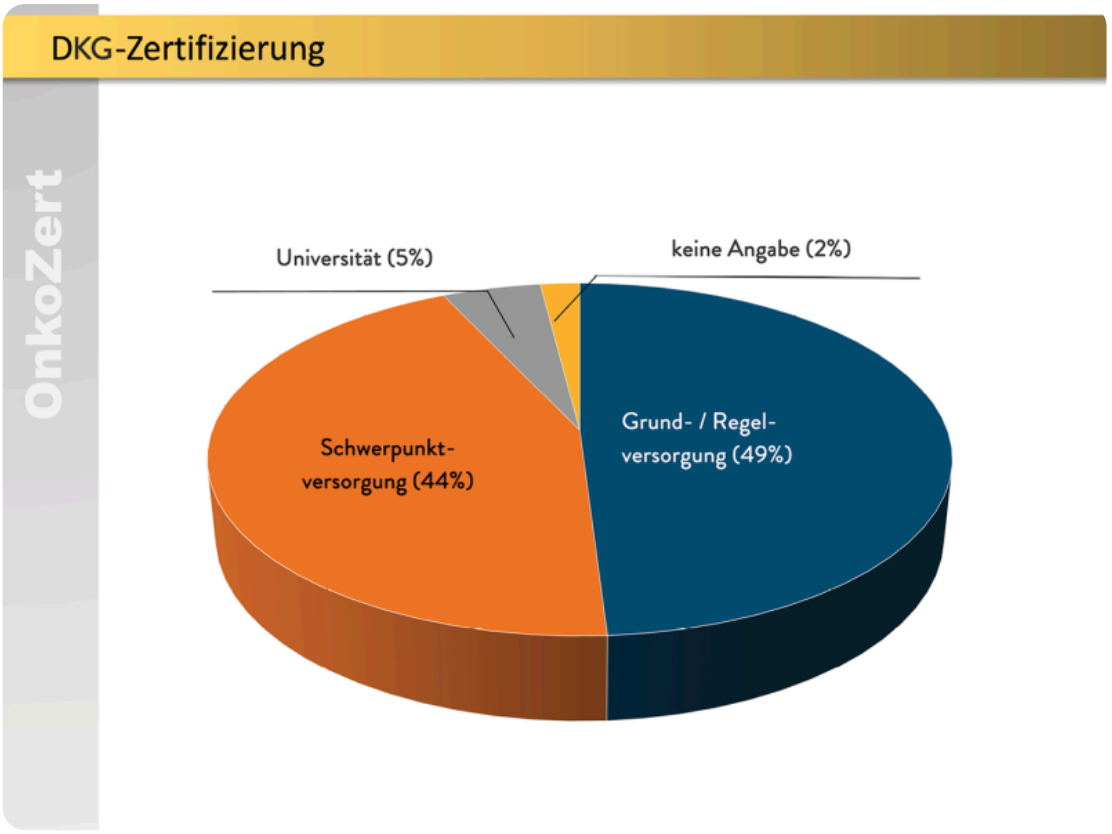


Abb. 3: DKG-Zertifizierung

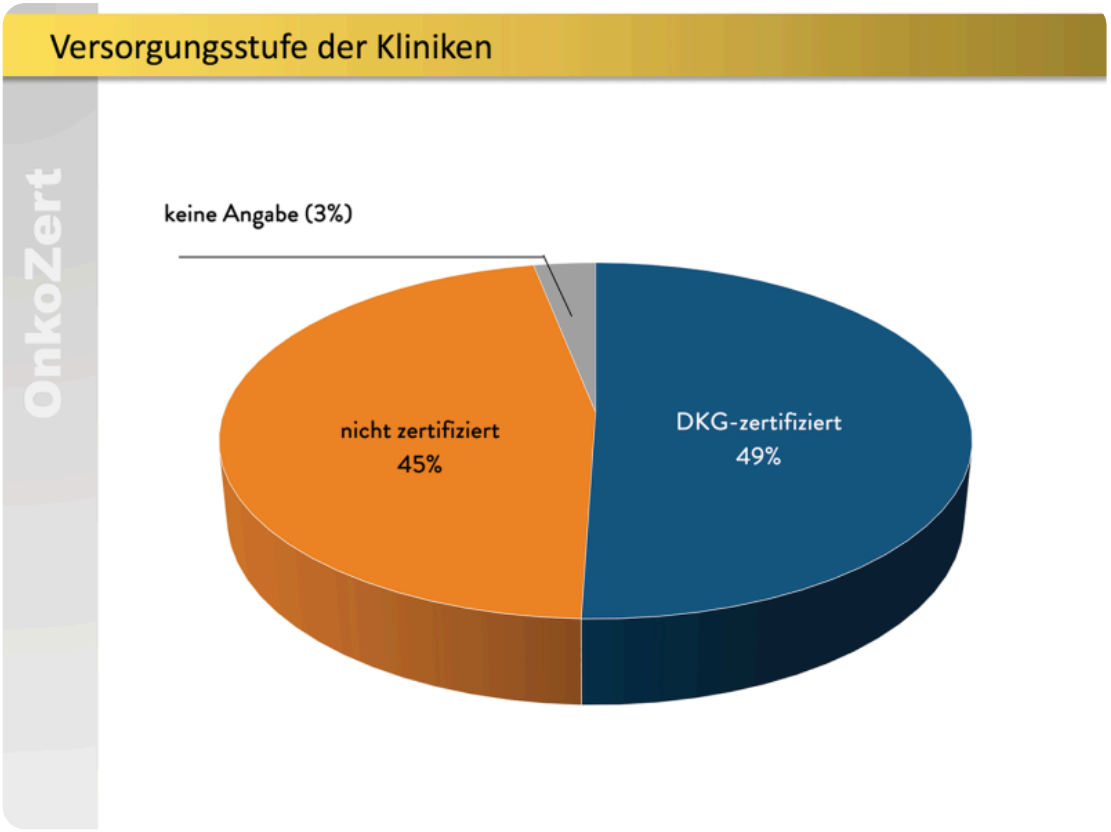


Abb. 4: Versorgungsstufe der Kliniken

Die in den Abbildungen dargestellten Zahlen stellen Durchschnittswerte dar. Die Auswertung erfolgte gestaffelt, abhängig von der angegebenen Versorgungsstufe des Krankenhauses, was mit der Höhe der durchschnittlichen Bettenzahl korrelierte. Während die Eingriffszahlen am Kolon mit knapp 80/Jahr auch an den Grundversorgerkliniken noch hoch war und sich zwischen Schwerpunkt- und Maximalversorgern mit 122 bzw. 128/Jahr nicht wesentlich unterschied, zeigte sich bei den Rektumoperationen eine erhebliche Differenz. Hier lag der Fokus klar auf den großen Häusern, von deren Eingriffszahlen die Schwerpunktversorger nur ≈ 75 % und die Grundversorger nur ≈ 40 % erreichten (Abb. 5). Werden die Eingriffe hinsichtlich der Dignität des Grundleidens differenziert (Abb. 6) zeigt sich, dass bei den Koloneingriffen der Maximalversorger die onkologische Chirurgie im Vordergrund steht. In den anderen beiden Versorgungsstufen sind hingegen benigne Befunde in der Überzahl, welche sich vermutlich im Wesentlichen aus der Sigmadivertikulitis, den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und der Notfallchirurgie generieren. Etwas überraschend war die hohe Anzahl an benignen Eingriffen am Rektum. Hier ist zu vermuten, dass es sich nicht in erster Linie um Resektionsoperationen gutartiger Befunde, sondern eher um Eingriffe aus dem Bereich der Proktologie bzw. Beckenbodenchirurgie handelt (STARR, Transtar™, Rektopexie u. ä.). Dafür spricht eine relativ deutliche Inhomogenität der Eingriffszahlen, was vermutlich auf wenige spezialisierte Zentren schließen lässt. Unter Einbezug aller Kliniken liegt der Durchschnitt bei 15 und der Median bei 8 benignen Rektumeingriffen pro Jahr (Abb. 7). Nur ca. ein Viertel der Kliniken führt jährlich > 20 dieser Operationen aus. Für alle DKG-zertifizierten Zentren sind Mindestmengen in der Chirurgie kolorektaler Karzinome bereits jetzt ein bekanntes und relevantes Thema.

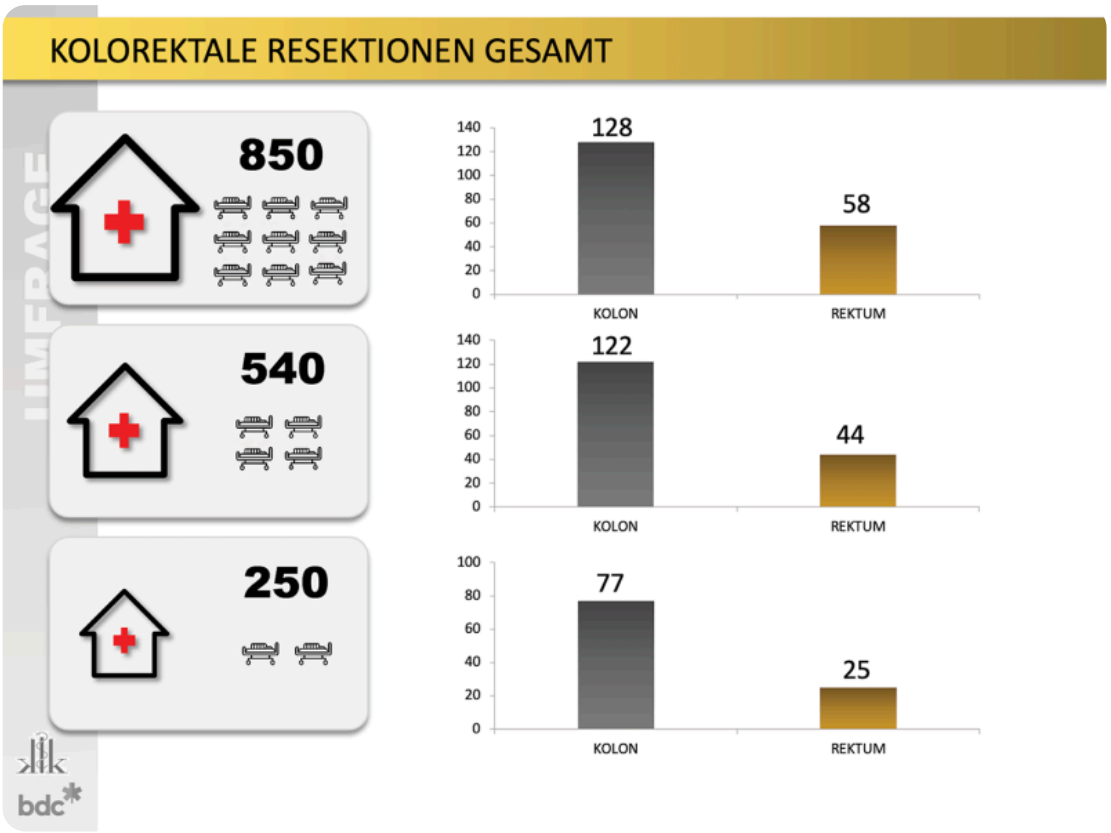


Abb. 5: Kolorektale Resektionen je Versorgungsstufe

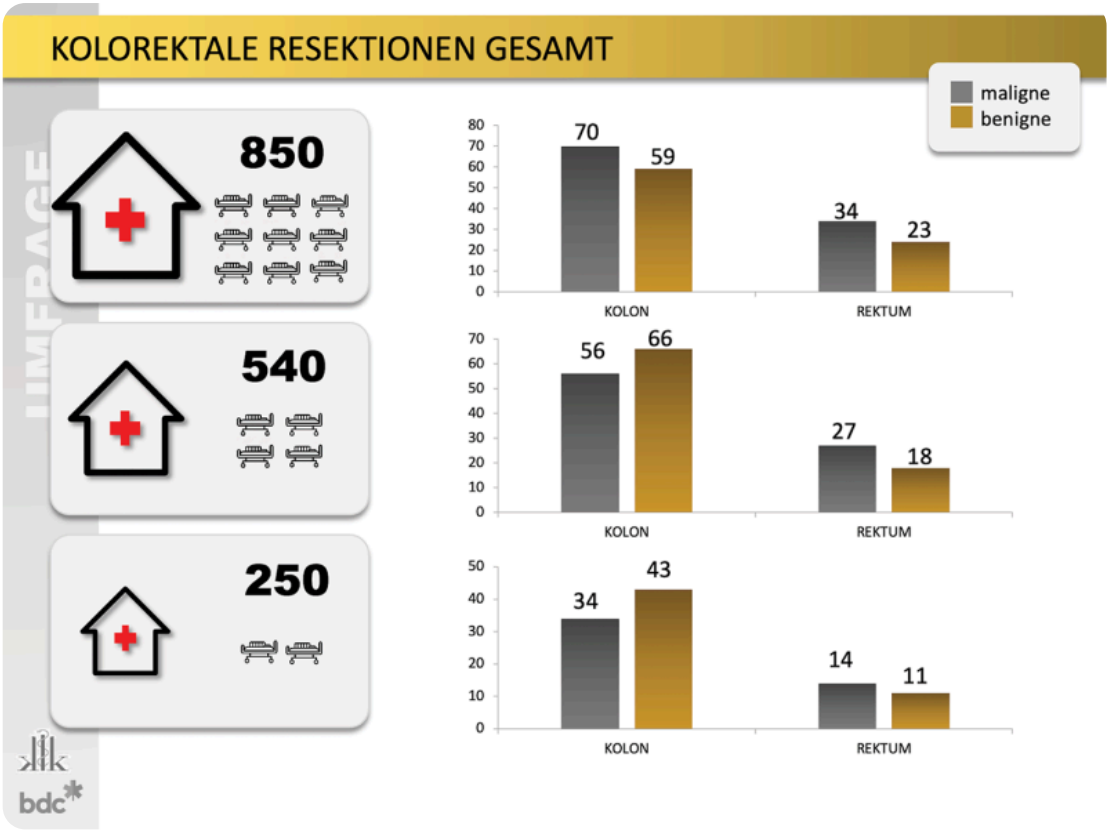


Abb. 6: Eingriffe differenziert nach Dignität

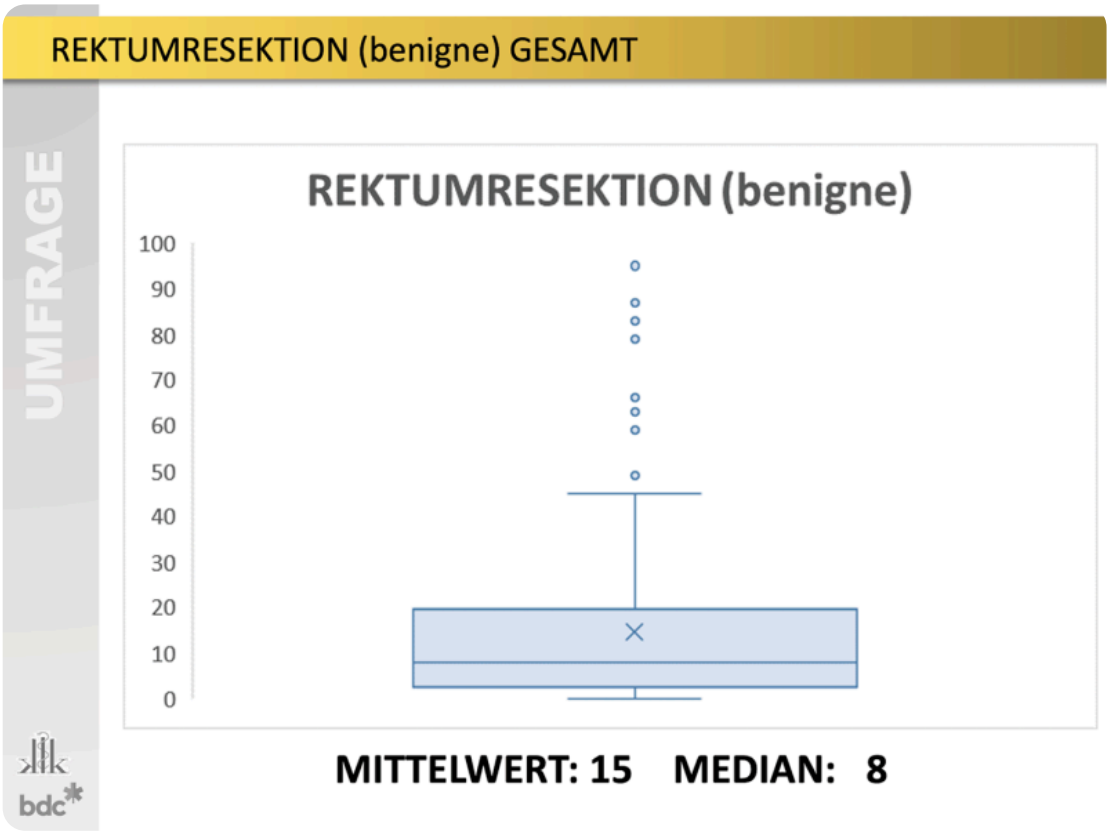


Abb. 7: Statistische Verteilung benigner Rektumresektionen

Über den „Jahresbericht Darm“ sind die Eingriffszahlen der 297 Zentren einsehbar. Bereits die derzeit geforderten Mindestmengen (Kolon 30/a und Rektum 20/a) können von einigen Zentren nicht erreicht werden. Im aktuellen Bericht von 2023 konnten für das Kolon 12 (4 %) und für das Rektum 61 (20 %) Zentren die Sollvorgabe nicht erfüllen (Abb. 8 und 9) [6].

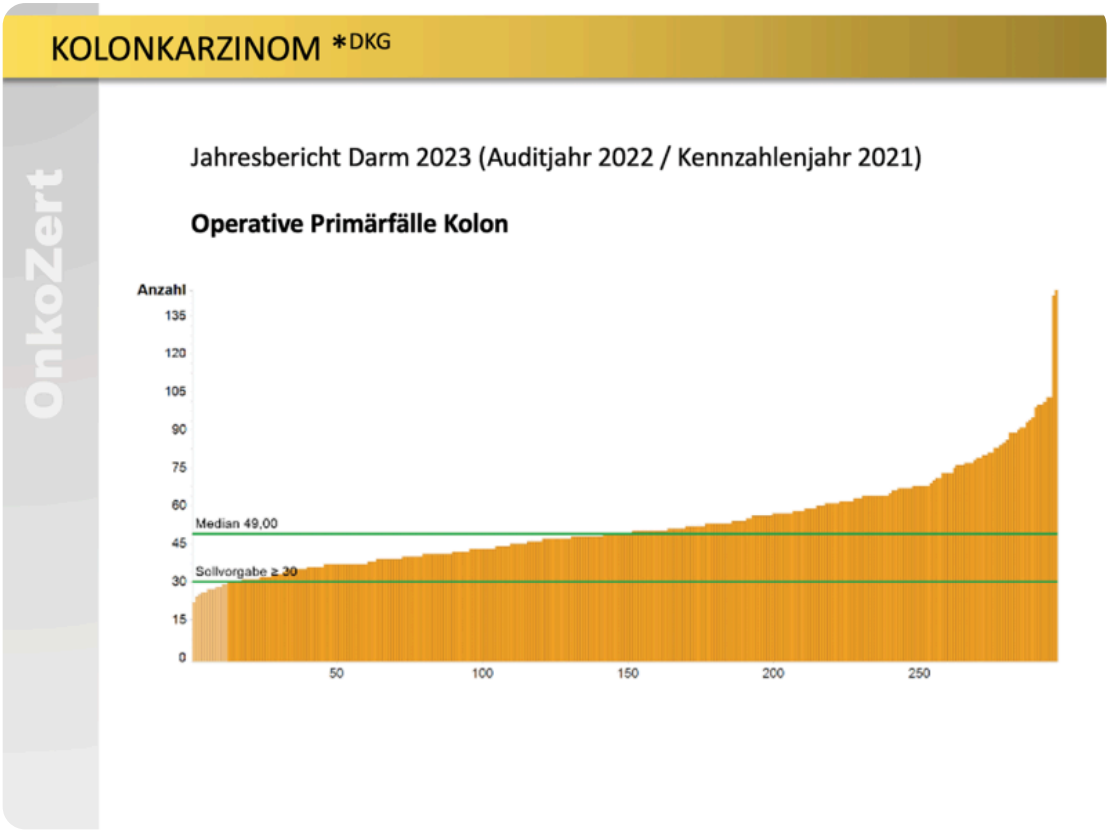


Abb. 8: DKG Jahresbericht 2023 Kolon [6]

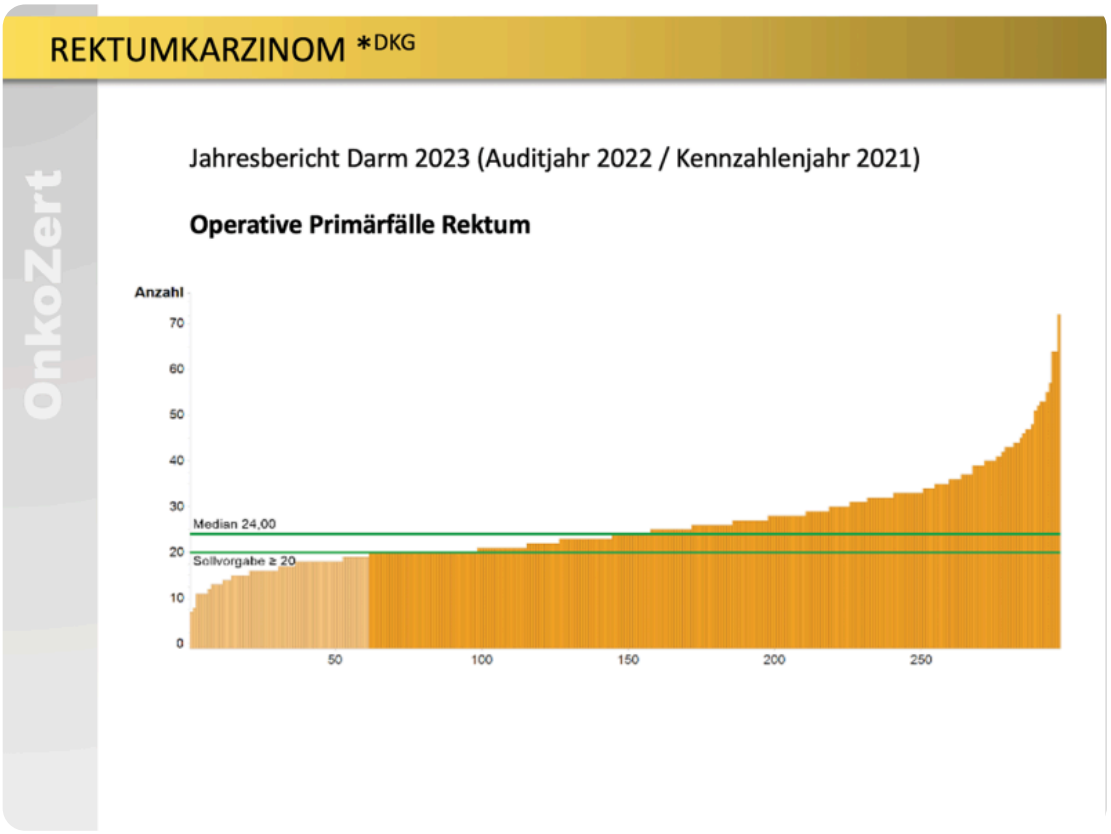


Abb. 9: DKG Jahresbericht 2023 Rektum [**6**]

Konsequenzen möglicher zukünftiger Mindestmengen für die Kliniken

Über die Höhe der anstehenden Mindestmengen gibt es bisher keine offiziellen Angaben. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass mindestens die derzeit gültigen Sollvorgaben der DKG für kolorektale Karzinome gefordert werden. Auch eine deutlich größere Menge wäre, nach der Erfahrung mit der Mindestmenge Ösophagus, nicht unwahrscheinlich. In den folgenden Diagrammen wird anhand der Umfragedaten exemplarisch veranschaulicht, welche Konsequenzen die jeweilige Neuregelung für die Kliniken hätte. Eine Vorgabe von 30 Kolonkarzinomen/a könnte von 26 % der Kliniken nicht erfüllt werden. Bei einer Steigerung auf 50 Eingriffe/a wären schon 62 % der Kliniken betroffen (Abb. 10 und 11). Noch deutlicher wird es beim Rektumkarzinom. Hier würden 46 % der Kliniken an einer Vorgabe von 20 Eingriffen/a und 70 % an einer Vorgabe von 25 Eingriffen/a scheitern (Abb. 12 und 13).

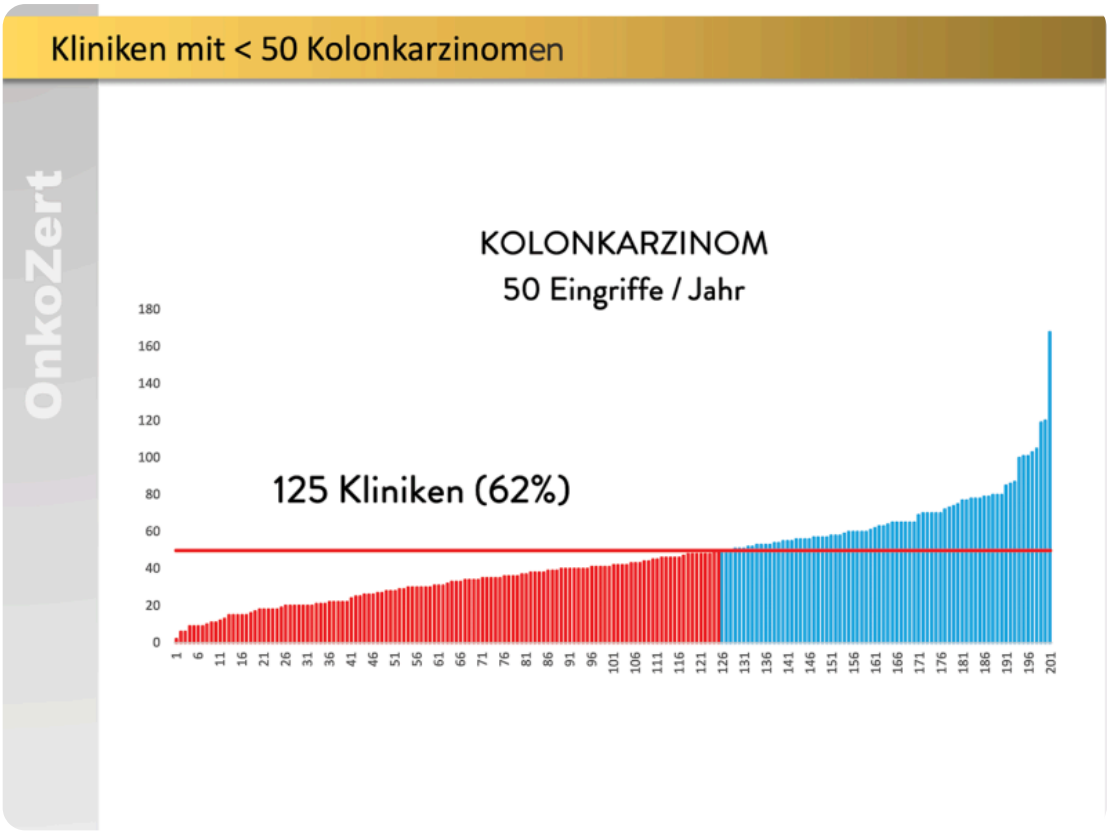


Abb. 10: 10 Kliniken mit < 30 Kolonkarzinome

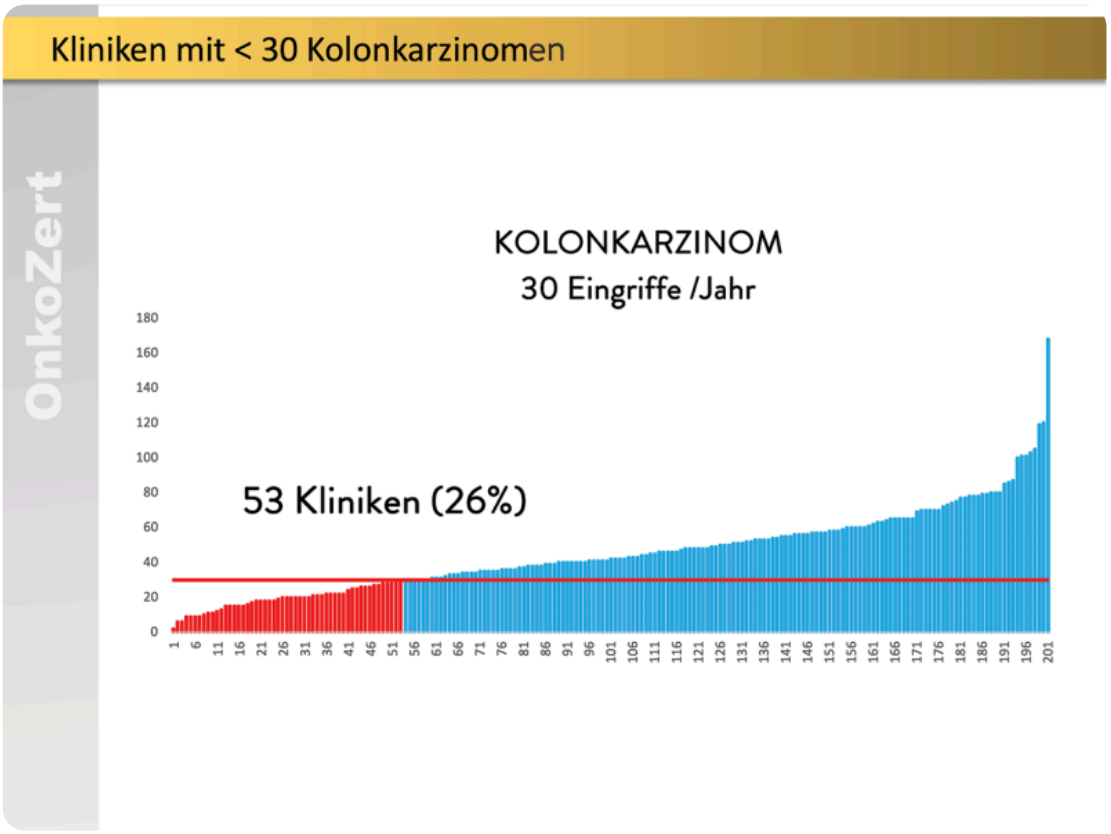


Abb. 11: Kliniken mit < 50 Kolonkarzinome

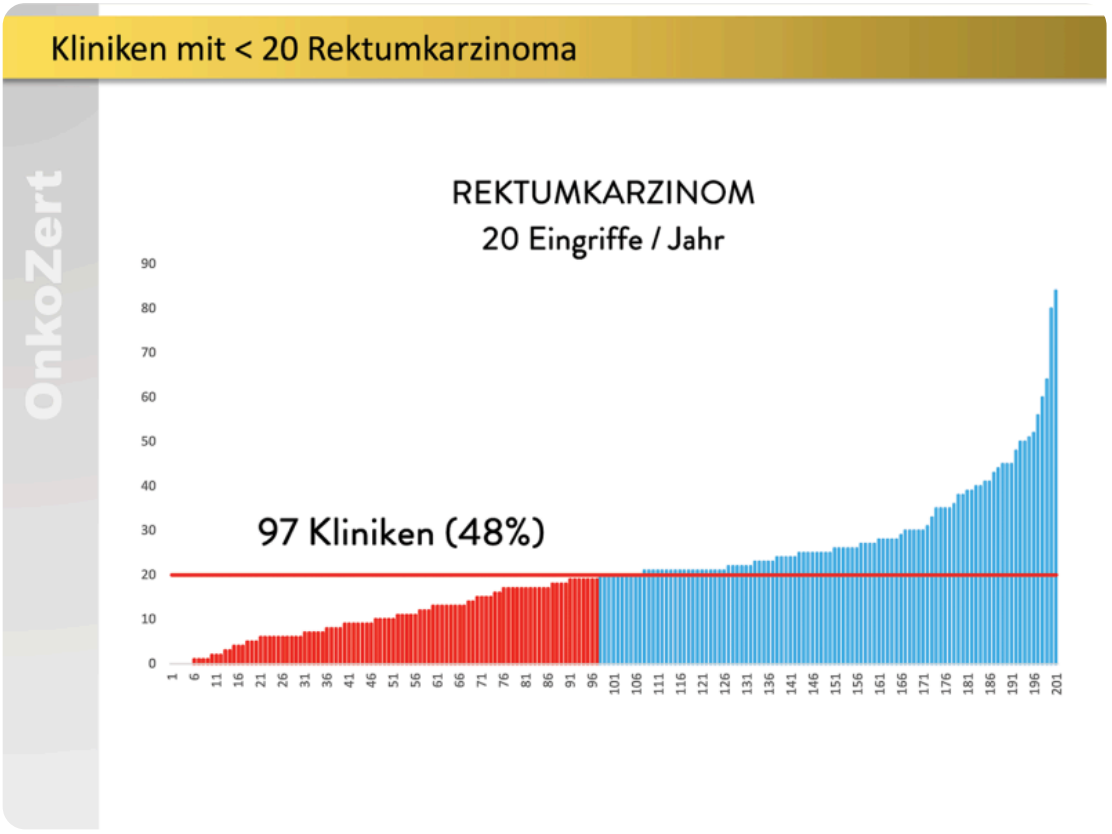


Abb. 12: Kliniken mit < 20 Rektumkarzinomen/a

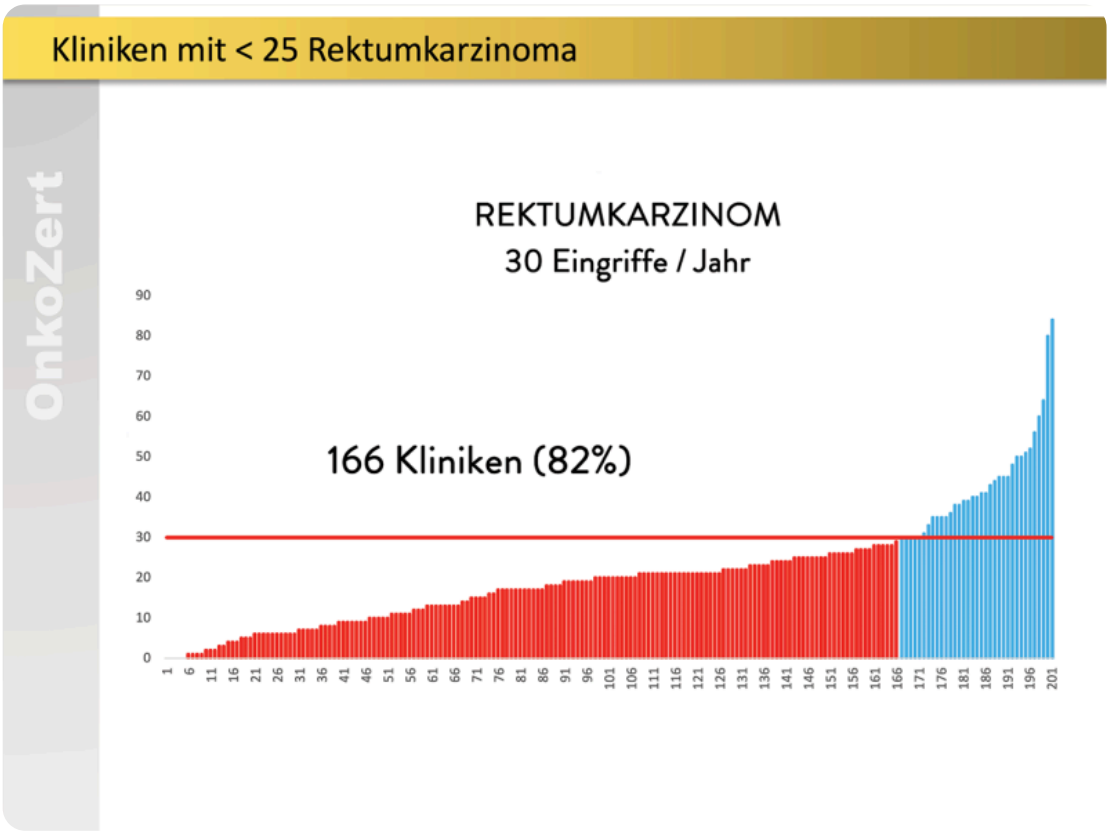


Abb. 13: Kliniken mit <25 Rektumkarzinomen/a

Auswirkungen für Kliniken sowie auf die Weiterbildung

Für diese Häuser, welche die Vorgaben nicht erfüllen können, bliebe somit ausschließlich die kolorektale Chirurgie benigner Befunde und die Notfallversorgung. In Abbildung 14 sind isoliert nochmal die Eingriffsmengen benigner Befunde dargestellt. Die chirurgische Aus- und Weiterbildung in diesen Kliniken wäre eine neue Herausforderung und ohne Rotationen in die entsprechenden Zentren in der nötigen Breite gar nicht abzudecken. Nach Auswertung der Daten werden an den Häusern der Grund- und Regelversorgung im Durchschnitt drei und an denen der Schwerpunktversorgung vier Weiterbildungsassistenten beschäftigt. Bei vorgeschriebenen 30 Koloneingriffen für den Facharzt für Allgemeinchirurgie bzw. Viszeralchirurgie müssen über eine Weiterbildungszeit von sechs Jahren pro Assistent fünf Eingriffe/a gerechnet werden. Sowohl für Grund- als auch Schwerpunktversorger ergibt sich daraus die Konsequenz, dass jeder dritte Eingriff am Kolon zum Ausbildungseingriff wird. Die Gewährleistung einer fundierten Weiterbildung des chirurgischen Nachwuchses wird somit eine weitere der zahlreichen Aufgaben, welche auf die chirurgischen Kliniken zukommen werden.

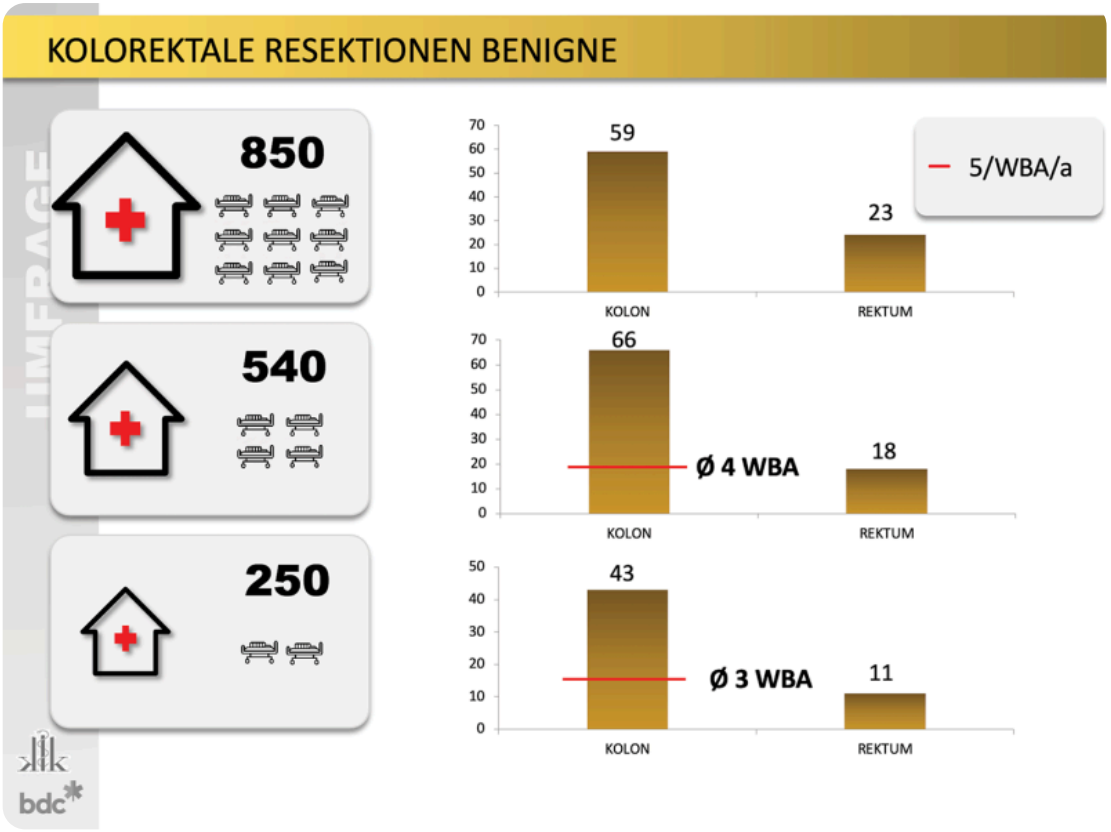


Abb. 14: Anteil der Ausbildungs-OP's bei benignen Befunden

Ausblick

Es muss Klarheit darüber bestehen, dass die Einführung von Mindestmengen in der Chirurgie kolorektaler Karzinome zu erheblichen Veränderungen in der allgemein- und viszeralchirurgischen Versorgungsstruktur führen wird. Ein ganz wesentlicher Aspekt hierbei wird sein, ob die Entitäten Kolon und Rektum getrennt gewertet oder zusammengefasst werden. Bedeutet ein Unterschreiten der Rektum-Mindestmenge auch ein Aus für die Koloneingriffe? Wie die Daten gezeigt haben, kann fast die Hälfte aller Kliniken keine 20 Rektumkarzinomresektionen pro Jahr erreichen. Auch für Zentren wird ein Erreichen der Mindestmenge durch sinkende Inzidenzen [7] und Zunahme multimodaler Therapien (total neoadjuvante Therapie-TNT) zunehmend zur Herausforderung. Es herrscht Konsens darüber, dass die Behandlungsqualität der Patienten gesichert und verbessert werden soll. Inwieweit Mindestmengen hier der richtige Weg sind, muss jedoch sehr genau und differenziert abgewogen werden. Wenn Mindestmengen zum Zweck der verbesserten Versorgung onkologischer Patienten in der Folge vor allem im ländlichen Raum zu Klinikschließungen führen, ist für die Gesamtheit der regionalen Bevölkerung eher ein negativer Effekt auf die Versorgungsqualität zu befürchten. Auf der anderen Seite gibt es für eine gute medizinische Versorgung von Patienten mit kolorektalen Karzinomen mit den zertifizierten Darmzentren bereits jetzt Strukturen, deren Effekt mit der WiZen-Studie wissenschaftlich belegt werden konnte [8]. Neben den bereits genannten Mindestmengen werden hier zahlreiche weitere Parameter in der Prozess- und Strukturqualität stetig geprüft und optimiert. Eine Umstrukturierung der Kliniken hinsichtlich dieser Qualitätsparameter anzustreben steigert die Behandlungsqualität wahrscheinlich mehr, als die Umsetzung einer Mindestmenge.

Es ist unstrittig, dass es in Ballungsräumen ein Überangebot an Kliniken gibt und hier eine gewisse Bereinigung hinsichtlich der angebotenen Leistungen sinnvoll ist. Eine Übertragung auf die dünner besiedelten ländlichen Regionen ist jedoch nicht ohne weiterreichende Folgen denkbar. Es sollte zudem nicht unterschätzt werden, wie komplex ein solcher Neuordnungsprozess sein kann. Kliniken mit sehr geringen Zahlen werden zweifellos aus der Versorgung gehen müssen, solche mit hohen Zahlen werden hingegen allenfalls eine weitere Zunahme der Fallzahlen organisieren müssen. Dazwischen gibt es jedoch eine große Anzahl von Kliniken mit mittleren Eingriffszahlen, was die flach verlaufende Kurve der Diagramme veranschaulicht. Die Annahme, das von drei Kliniken knapp unter der Mindestmenge die Eingriffe einer Klinik einfach auf die anderen beiden übertragen werden, ist theoretisch nachvollziehbar. In der Realität wird jedoch kaum eine Klinik freiwillig auf diesen wichtigen Teil des Spektrums verzichten. So sind in der Übergangsphase ethisch fragwürdige „Kämpfe" um die Patienten zu befürchten. Zudem können die Kliniken in dieser Zeit kaum zukunftsorientiert planen da unklar ist, ob demnächst mehr oder gar keine kolorektale Karzinomchirurgie stattfinden wird.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine Einführung von Mindestmengen für die Chirurgie kolorektaler Karzinome zu erheblichen Umstrukturierungsprozessen lokal, regional und überregional führen wird, welche die Kliniklandschaft, wie wir sie heute kennen, nachhaltig verändern und die chirurgische Ausbildung vor neue Herausforderungen stellen wird. Insbesondere für die Weiterbildung steht die Forderung nach unverzüglichen und sinnvollen Anpassungen im Vordergrund.

Literatur

[1] „Eckpunktepapier – Krankenhausreform", 2023, [Online]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform_final.pdf

[2] „Lauterbach: Krankenhausreform ist ein gutes Stück vorangekommen". [Online]. Zugegriffen: 13. Januar 2024; Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/lauterbach-krankenhausreform-ist-ein-gutes-stueck-vorangekommen.html

[3] „Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung", [Online]. Zugegriffen: 13. Januar 2024; Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf

[4] „Chirurgie kolorektaler Karzinome: Die Erfolgsaussichten steigen mit höheren Fallzahlen", Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). [Online]. Zugegriffen: 13. Januar 2024; Verfügbar unter: https://www.iqwig.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-detailseite_91840.html

[5] „Krankenhäuser 2022 nach Trägern und Bundesländern", Statistisches Bundesamt. [Online]. Zugegriffen: 13. Januar 2024; Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/eckzahlen-krankenhaeuser.html

[6] Deutsche Krebsgesellschaft e.V., „Jahresbericht der zertifizierten Darmkrebszentren Kennzahlenauswertung 2023 Auditjahr 2022 / Kennzahlenjahr 2021". [Online]. Zugegriffen: 13. Januar 2024; Verfügbar unter: https://www.onkozert.de/wordpress/wp-content/uploads/2023/11/qualitaetsindikatoren_darmkrebs_2023-A1_230629.pdf?v=64142134

[7] Inzidenz und Mortalität proximaler und distaler kolorektaler Karzinome in Deutschland Trends in der Ära der Vorsorgekoloskopie Cardoso R et. al. Dtsch Arztebl Int 2021; 118: 281–7; DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0111

[8] Krebserstbehandlung in zertifizierten versus nichtzertifizierten Krankenhäusern Ergebnisse der vergleichenden Kohortenstudie WiZen. Schmitt J et al. Dtsch Arztebl Int 2023; 120: 647–54; DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0169

Autor:in des Artikels



Prof. Dr. med. habil. Kaja Ludwig

Chefarzt
Hanse- und Universitätsstadt Rostock
Eigenbetrieb „Klinikum Südstadt Rostock“
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Rostock
Südring 81
18059 Rostock

Kontakt

Scholz M, Steffen H, Möller D, Krones CJ, Meyer HJ, Ludwig K: Was bleibt, wenn die Mindestmenge in der kolorektalen Karzinomchirurgie kommt? Passion Chirurgie. 2024 April; 14(04): Artikel 04_03.