

Pressekonferenz Arbeitsprogramm G-BA 2023

am 14. Februar 2023

Eingangsstatement Karin Maag

Meine Damen und Herren,

besten Dank für Ihr Kommen. Wie Sie vermutlich wissen, verantworte ich den Bereich Qualitätssicherung. Aus diesem sehr breiten Aufgabenspektrum möchte ich das Instrument der Mindestmengen herausgreifen. Außerdem werde ich Ihnen den aktuellen Stand zu unserem Projekt aufzeigen, das eine schlankere Dokumentation bei der Qualitätssicherung etablieren soll. Und abschließend skizziere ich Ihnen unser Vorgehen, um zu einer besseren Versorgung für Patientinnen und Patienten mit Long-COVID bzw. Post-COVID und vergleichbaren Erkrankungen zu kommen.

1. Qualitätssicherung/Mindestmengen

Im Arbeitsprogramm 2023 finden Sie beim Stichwort Qualitätssicherung u. a. die Aussage, dass der G-BA entsprechend seinem gesetzlichen Auftrag weitere planbare Leistungen in den Katalog der Mindestmengen aufnehmen will. Da Sie Details dazu in der Pressemitteilung nachlesen können, nutze ich die Chance, für einen eher systemischen Blick auf dieses Instrument. Gerade in der Qualitätssicherung, die ja oft nicht selbsterklärend ist, lohnt sich immer wieder die prüfende Sicht darauf, wozu bestimmte Vorgaben dienen sollen.

Ausgangspunkt bei der Mindestmengen-Regelung ist der Auftrag des Gesetzgebers, schwierige, aber planbare operative Eingriffe – also keine Notfälle – auf solche Kliniken zu konzentrieren, in denen die Ärztinnen und Ärzte nachgewiesen eine besondere Erfahrung für den Eingriff besitzen. Damit wird einer „Gelegenheitsversorgung“ entgegengewirkt, denn die Behandlungsergebnisse sind messbar besser. Und zugleich setzen wir wirkungsvoll Qualitätssicherung um.

Betone: Mindestmengen dienen der Qualitätssicherung, sie sind kein Instrument zur Strukturbereinigung, um womöglich fehlgeleitete Krankenhausplanung zu ersetzen.

Das heißt, der erste Aufschlag, um den „kalten Strukturwandel“ zu beenden, liegt deshalb nicht beim G-BA, sondern beim Gesetzgeber und auch bei den Bundesländern, die für die Krankenhausplanung verantwortlich sind. Ansätze einer notwendigen Reform sind mit dem Vorschlag der Regierungskommission zur Krankenhausfinanzierung und der begonnenen Arbeit der Bund-Länder-Arbeitsgruppe seit kurzem erkennbar. Auf den Punkt Krankenhausreform wird Prof. Hecken in seinem Statement eingehen.

Wie setzt der G-BA diesen Arbeitsauftrag beim Thema Mindestmengen nun konkret um?

Der G-BA wählt in Frage kommende komplexe/anspruchsvolle Leistungen aus und prüft in einem ersten Schritt, ob es einen Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Qualität gibt – nur dann macht eine Mindestmenge Sinn.

Wenn es diesen belegbaren Zusammenhang gibt, geht es im zweiten Schritt um die Höhe der Mindestmenge: Sie muss hoch genug sein, um Qualität sicherzustellen, darf aber zugleich ein ausreichendes Leistungsangebot nicht gefährden.

Um die Auswirkungen künftiger Mindestmengen auf die Patientenversorgung vor Ort einzuschätzen und beim Festsetzen zu berücksichtigen, beauftragt der G-BA regelhaft eine Folgeabschätzung. Aufgezeigt wird, wie viele Krankenhäuser voraussichtlich aus der Versorgung für den entsprechenden Eingriff herausfallen würden und wie sich beispielsweise der Anfahrtsweg für Patientinnen und Patienten womöglich verlängern würde.

Diese Schritte sind wir beispielsweise auch vor etwa einem guten Jahr bei der Mindestmenge für Brustkrebsoperationen gegangen:

- Wenn ab 2025 eine Mindestmengen von 100 Eingriffen (pro Standort) gilt, wird die Versorgungsdichte weiter hoch sein. Bei der Brustkrebschirurgie, die bei der Neuregelung noch an 732 Krankenhausstandorten durchgeführt wurde, verbleiben nach Einführung der 100er-Mindestmenge voraussichtlich noch 355 Häuser in der Versorgung. Von den nicht mehr versorgenden Häusern erbringen gut 170 pro Jahr weniger als 10 Operationen, d. h. im Durchschnitt nicht einmal eine Operation pro Monat!
- Die durchschnittliche Anfahrtszeit für die Patientinnen zum Krankenhaus wird sich mit der Einführung der Mindestmenge dabei durchschnittlich lediglich von 15 auf 18 Minuten, d. h. um 3 Minuten erhöhen.

Wir wissen mittlerweile als zentrale Aussage aus dem vom Innovationsausschuss beim G-BA geförderten Projekt WiZen („Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren“), dass die Behandlung in zertifizierten onkologischen Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft die Überlebenschance von Krebspatientinnen und -patienten um bis zu 26 Prozent erhöht! Auch das gibt uns Rückenwind, um beim Thema Mindestmengen weiter voranzugehen. Denn mit unseren Mindestmengen liegen wir exakt bei der Forderung der Deutschen Krebsgesellschaft, die Behandlung an bestimmten Zentren zu konzentrieren.

2. Schlankere Qualitätssicherung mit Daten

Vor einem Jahr habe ich Ihnen berichtet, dass wir uns im G-BA der Kritik aus der Praxis stellen, Qualitätssicherung sei oft mit einem hohen Dokumentationsaufwand verbunden. Das betrifft vor allem jene Bereiche, bei denen für die Qualitätssicherung zusätzliche Daten erhoben werden müssen, die sogenannte datengestützte Qualitätssicherung. Hier sind wir auf dem Weg, um Krankenhäusern und Praxen handhabbare Verfahren zur Verfügung zu

stellen, mit denen zugleich aussagekräftige Ergebnisse über die Qualität in der Versorgung möglich sind.

Noch im letzten Jahr hatte der G-BA beschlossen, drei Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung in Hinblick auf Aufwand und Nutzen modellhaft durch das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen überprüfen lassen. Und vor wenigen Tagen, im Januar 2023, haben wir bereits die Überarbeitung aller 12 Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung beschlossen. Das wird in zwei Tranchen passieren: Die ersten Ergebnisse erwartet der G-BA in diesem Sommer. Ergebnisse für die weiteren Verfahren werden dann im Frühjahr 2025 vorliegen.

Die Prämisse, dass nur wirklich relevante Informationen erhoben werden – also Daten, die den Krankenhäusern und Praxen möglichst genau zurückspiegeln, an welchen Stellen es noch Handlungsbedarf gibt – ist bei allen Beteiligten im G-BA unstrittig. Daher gehen wir noch einen Schritt weiter: Dieser neue systematische Ansatz muss auch jenseits der datengestützten Qualitätssicherung unser Maßstab sein. Wenn Sie z. B. auf die letzten Änderungen bei den Mindestpersonalvorgaben in der Psychiatrie schauen, sehen Sie, dass wir damit bereits begonnen haben. Dort testen wir, ob benötigte Daten zum tatsächlichen Personaleinsatz, die sogenannten stations- und monatsbezogenen Nachweispflichten, nur noch von einer repräsentativen Stichprobe und nicht mehr von allen Einrichtungen erhoben werden müssen.

Lassen Sie mich zu meinen dritten und letzten Punkt kommen:

3. Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Long-COVID bzw. Post-COVID

Der Gesetzgeber hat den G-BA beauftragt die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Long-COVID bzw. Post-COVID erstmals zu regeln. Dazu erarbeiten wir bis zum Jahresende eine eigenständige Richtlinie. Sie soll vor allem eine standardisierte Diagnostik und ein spezielles Therapieangebot für diese Patientengruppe inklusive Behandlungspfade definieren.

Long-COVID bzw. Post-COVID zeigt sich mit vielen Symptomen und in unterschiedlicher Ausprägung. Daher wird es u. a. eine besondere Herausforderung für uns sein, sowohl die Diagnose als auch die Therapie von Anfang an interdisziplinär zu gestalten. So können verschiedene Spezialistinnen und Spezialisten eingebunden und die Behandlung in einem Netzwerk koordiniert werden. Der G-BA wird sich bei dieser Aufgabe auf die verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse stützen. Eine evidenzbasierte Leitlinie zu Long-COVID bzw. Post-COVID gibt es aktuell aber noch nicht.

Auch wir wissen, diese Patientinnen und Patienten brauchen schnell Hilfe. Deshalb haben wir unsere Arbeiten eng getaktet. Der nur für diese Richtlinie gebildete neue Unterausschuss trifft sich alle 14 Tage; Auftakt war gestern. Ein Stellungnahmeverfahren, bei dem wir das

Wissen von Expertinnen und Experten in die Beratungen einbinden wollen, wird es nach derzeitiger Planung im September geben. Danach fließen die Erkenntnisse aus dem Stellungnahmeverfahren in die Beratungen ein, um spätestens im Dezember die Richtlinie per Plenumsbeschluss zu verabschieden. Diese Zeitschiene ist anspruchsvoll, aber dieser Herausforderung stellen wir uns gerne.