



University of St.Gallen

School of Medicine

Adipositaschirurgie in einer zentrumsorientierten Krankenhausplanung

Vortrag 11. Adipositassymposium, 23. Juni 2022

Dr. Justus Vogel

Management im Gesundheitswesen, School of
Medicine, Universität St. Gallen

Beteiligung an der zweistufigen Entwicklung einer neuen Krankenhausplanung in NRW

1 Gutachten «Krankenhauslandschaft NRW»

Teil des Gutachterteams (TU Berlin)

Erstellung von Juli 2018 bis September 2019

Methodik ausserdem im KH-Report 2020 veröffentlicht:
«Paradigmenwechsel in der Krankenhausplanung»

2 Erarbeitung der Rahmenvorgaben

Co-Projektleiter der externen Begleitung (Lohfert & Lohfert)
der Umsetzung im Rahmenplan

Erarbeitung des Rahmenplans von Januar 2020 bis September
2021 bzw. April 2022, externe Begleitung von Mai 2020 bis
August 2021



Krankenhausplanung wird
dieses Jahr «scharf gestellt»
Es könnten sich **Änderungen**
in den Wettbewerbs-
strukturen und
Fallzahlströmen ergeben –
gerade auch im Bereich
Adipositaschirurgie!

Krankenhausplanung | Definition und Ziele sowie Relevanz für Adipositaszentren

Definition

Föderal geregelter Prozess zur Zuteilung und Feststellung von Versorgungsaufträgen und Versorgungskapazitäten

Nur bei Aufnahme in den KH-Plan **ist ein KH zur Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassen und besteht Anspruch auf Investitionsmittel**

Zweistufig: (1) Rahmenvorgaben, (2) Regionale Planungskonzepte: Verhandlung, Zuteilung und Feststellung der Versorgungsaufträge

Ziele

Stationäre Versorgung soll

- **qualitativ hochwertig**
- **patientengerecht und**
- **bedarfsgerecht sein**
- und durch **eigenverantwortliche wirtschaftende Krankenhäuser** erbracht werden.



Auch Zentren brauchen einen **Versorgungsauftrag**
Zentren können von einer **qualitätsorientierten KH-Planung** profitieren

Fokus: NRW

Früher und Heute | Neue Methodik bildet alle Planungsdimensionen detailliert ab

	Leistungsorientierung	Bedarfsorientierung	Qualitätsorientierung	Planungsgrösse
Bisher	<p>Fach- und Teilgebiete, z.B. «Chirurgie» oder «HNO»</p> <p>Heterogene medizinische Planungsebene, z.B. Pankreaskopfresektion, Sleeve Gastrektomie, Appendektomie, Knie-TEP alle Teil der «Chirurgie»</p>	<p>Hill-Burton-Formel</p> <p>Hauptsächlich durch Entwicklung der absoluten Einwohnerzahl beeinflusst</p>	<p>Vorgaben selten und selektiv eingesetzt</p> <p>z.B. Brustkrebszentrum</p>	<p>Planbetten je Fach- bzw. Teilgebiet</p>
Ab 2022	<p>Leistungsbereiche und Leistungsgruppen (LG)</p> <p>«Spezifisch» durch ICD- und/oder OPS-Codes definiert, z.B. Bariatrische Chirurgie</p> <p>«Allgemein» durch WBO bzw. Fachabteilungscodes definiert, z.B. Allgemeine Chirurgie</p>	<p>Status Quo: Versorgungsanalyse zur Identifizierung von Unter-, Über- und Fehlversorgung</p> <p>Zukunft: Bedarfsprognose mit demografischer Entw. und Ambulantisierung</p> <p>Kombination: Planerischer Handlungsbedarf</p>	<p>Vorgaben für Struktur- und Prozessqualität müssen für jede LG eingehalten werden</p> <p>z.B. 3,0 Vollzeitkräfte Facharzt Viszeralchirurgie beschäftigt</p>	<p>Fallzahl mit Bandbreite je LG</p> <p>Deklaratorisch: Betten je LG</p>

Zukunft: Ähnliche Methodik in weiteren Bundesländern?

Vor diesem Hintergrund stellen sich für die Adipositaschirurgie folgende Fragen

- 1 Leistungsorientierung: Wie ist «Adipositaschirurgie» definiert?
- 2 Bedarfsorientierung: Welcher Versorgungsbedarf besteht (Status Quo vs. Zukunft)? Welcher planerische Handlungsbedarf ergibt sich hieraus?
- 3 Qualitätsorientierung: Welche Vorgaben müssen zur Zuteilung erfüllt werden?

Leistungsorientierung | Leistungsgruppe Bariatrische Chirurgie relevant für Zentren

DGAV-Zentrum Adipositas- und metabolische Chirurgie

- 1) Sleeve Gastrektomie (OPS 5-434.51, 5-434.50, 5-434.52)
- 2) Roux-Y-Magenbypass (OPS 5-445.41, 5-445.51, 5-445.4, 5-445.11, 5-445.x1)
- 3) Omega-Magenbypass (OPS 5-445.51, 5-445.52)
- 4) Biliopancreatic Diversion-Duodenal Switch (BDP-DS) (OPS 5- 434.41, 5-434.61)
- 5) Biliopancreatic Diversion (BDP) (OPS 5-434.31)
- 6) Gastric Banding (OPS 5-448.c0-3, 5-448.b2)
- 7) Revisionsoperationen (ohne Portkorrekturen) (OPS 5-448.e2, 5-448.d2, 5-448.d0, 5-447.6-7, 5-467.5, 5-439, 5-445.30-31, 5-454.11, 5-447.7)
- 8) Redoeingriffe (OPS 5-447.6, 5-445.41, 5-445.51, 5-445.4, 5-434.31, 5-434.41, 5-434.61, 5-447.5, 5-445.21, 5-448.03)
- 9) Andere Eingriffe am Magen mit metabolischer Indikation (Magenschrittmacher/Gastroplikatür) (OPS 5-449.n, 5-448.x2)

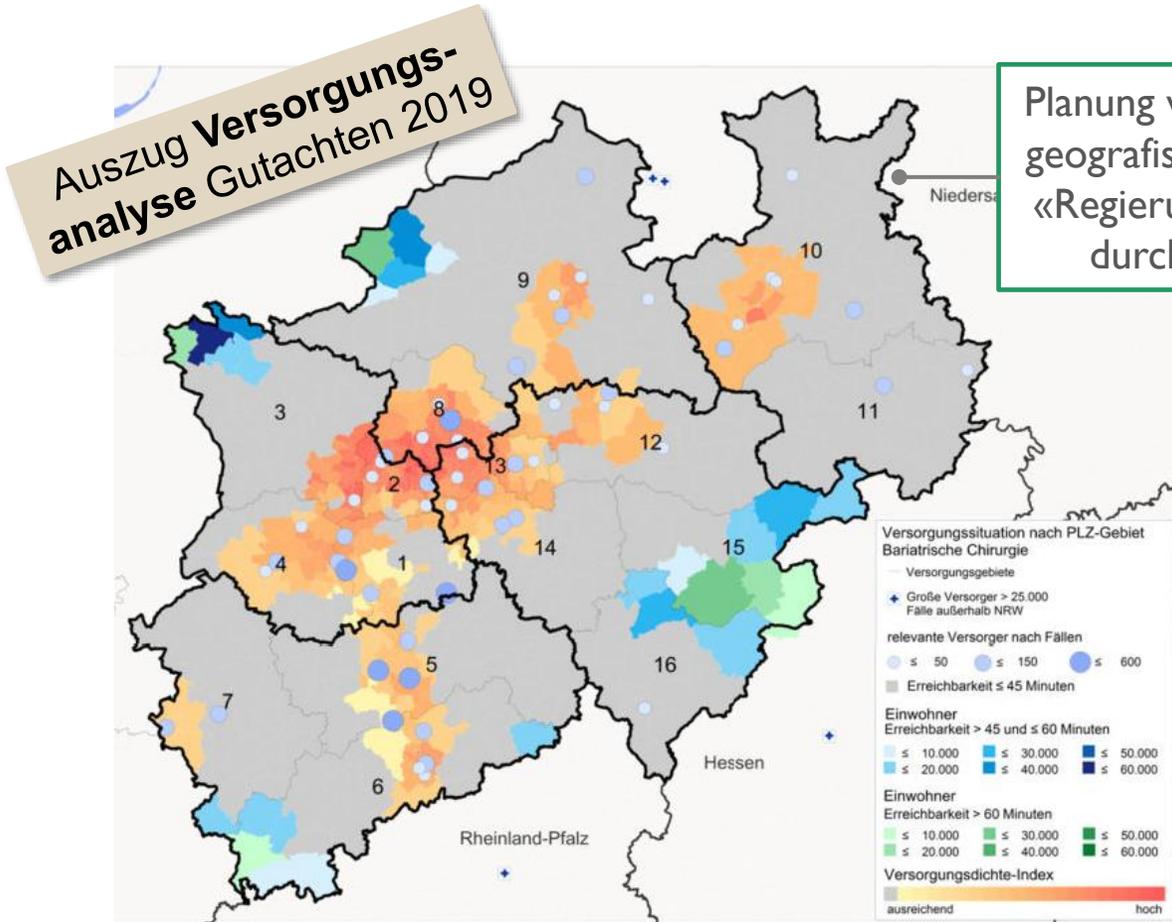
Leistungsgruppe «Bariatrische Chirurgie» KH-Planung NRW

Code	Bezeichnung
E66	Adipositas (nur Hauptdiagnose) in Verbindung mit
5-434.3	Biliopankreatische Diversion nach Scopinaro
5-434.4	Biliopankreatische Diversion mit Duodenal-Switch
5-434.5	Herstellung eines Schlauchmagens [Sleeve Resektion]
5-434.6	Duodenal-Switch mit Bildung eines gemeinsamen Dünndarmschenkels [Common Channel] nach Herstellung eines Schlauchmagens
5-445.4	Gastroenterostomie ohne Magenresektion (Bypassverfahren): mit Staplernaht oder Transektion (bei Adipositas), mit Gastrojejunostomie durch Roux-Y-Anastomose
5-445.5	Gastroenterostomie ohne Magenresektion (Bypassverfahren): mit Staplernaht oder Transektion (bei Adipositas), mit Gastrojejunostomie analog Billroth II

Überschneidungen in den Definitionen

Bedarfsorientierung | Handlungsbedarf aufgrund Informationsmangels nicht ableitbar

Kartografische Analyse LG Bariatrische Chirurgie (Gutachten)



Aus der Versorgungsanalyse und der Bedarfsprognose des Gutachtens sind leider keine direkten Rückschlüsse für den planerischen Handlungsbedarf möglich, da **andere LG-Definition (DRG-basiert)**

Versorgungsanalyse mit finaler LG-Systematik nicht veröffentlicht, Ergebnisse der **Bedarfsprognose** nur auf NRW-Ebene (4.257 Fälle im Jahre 2024)

Methodik des Gutachtens und des Rahmenplans für **eigenständige, regional abgegrenzte Versorgungsanalyse und Bedarfsprognose** nutzbar

Qualitätsorientierung | Ggf. «kritische» Vorgaben beschränken sich auf Fachärzte

Relevante Vorgaben LG «Bariatrische Chirurgie»

Werden Vorgaben durch Zentrumsvorgaben abgedeckt?

1 Geräte

Mindestanforderung: CT 24/7 oder MRT 24/7

Auswahlkriterium: Mind. ein Schwerlast-OP-Tisch (mind. 225 kg)

2 Fachärzte

Mind. 3 Vollzeitäquivalente Facharzt Viszeralchirurgie beschäftigt,
mind. Rufbereitschaft 24/7

3 Erbringung med. verwandter LG

Am Standort¹: Allg. Chir., Allg. Innere Med., Intensivmedizin

In Kooperation: Komplexe Gastroenterologie

Auswahl: Kompl. Gastroenterol. (Standort), Psychiatrie (Koop.)

4 Weitere

z.B. diabetologische Kompetenz mind. in Kooperation amb. o.
stationär

Abgedeckt durch § 64 Apparative Ausstattung und diagnostische/therapeutische Verfahren

Abgedeckt durch §§ 5 und 6 Anforderungen u. Anzahl Chirurgen und § 63 Abteilungsorganisation
Zu beachten: Kompetenzzentrum (2 Ärzte) und Ausnahme «Spezielle Erfahrung Adipositaschirurgie»

Abgedeckt durch § 65 Kooperationen bzw. Teil der Grundversorgung

Zentren erfüllen eine Reihe weiterer Vorgaben!

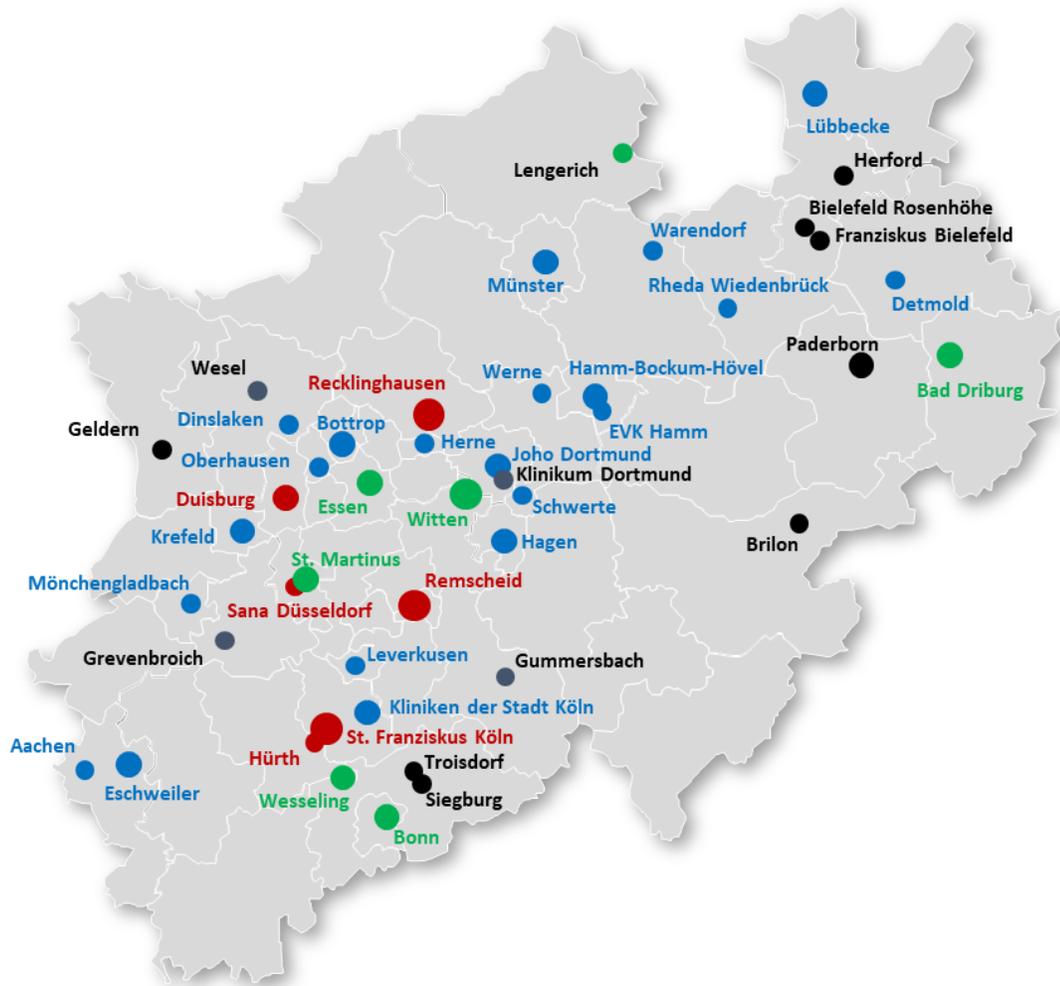
Teil einer multimodalen Adipositaschirurgie vgl. § 61 Abs. 2 Zertifizierungsstufen der zertifizierten Zentren für Adipositas- und metabolischen Chirurgie

¹) Qualitätsvorgaben der am Standort zu erbringenden LG müssen ebenfalls eingehalten werden. Die aufgelisteten LG gehören zur Grundversorgung, deshalb sind diese Vorgaben eher keine Herausforderung für Zentren.
Quellen: Rahmenvorgaben Krankenhausplanung NRW (2022), verfügbar unter [Aktueller Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen](#) | [Arbeit.Gesundheit.Soziales \(mags.nrw\)](#); Zertifizierungsordnung der DGAV (2020)

Zusammenfassung | (Zertifizierte) Adipositaszentren könnten profitieren

- 1 Leistungsorientierung: Zentren benötigen einen Versorgungsauftrag für die LG «Bariatrische Chirurgie», Planung findet je Regierungsbezirk statt
- 2 Qualitätsorientierung: Vorgaben sollten Zentren vor keine Herausforderung stellen, Facharztvorgaben im Einzelfall zu prüfen
- 3 Bedarfsorientierung (1/2): Planerischer Handlungsbedarf muss durch eigene Analysen abgeschätzt werden
- 4 Bedarfsorientierung (2/2): Zentren können mit Fallzahlwachstum durch Ausscheiden nicht-spezialisierter Versorger rechnen

Medizinstrategie | Fallzuwächse hängen von Lage und Wettbewerb ab



Analyse der Auswirkungen auf das eigene Haus und das Wettbewerbsumfeld sind angezeigt – und nicht nur für die LG Bariatrische Chirurgie!
Die Verhandlungen starten noch dieses Jahr!

- Exzellenzzentren
- Referenzzentren
- Kompetenzzentren
- ohne Zertifizierung

Stufe 2 | Vorbereitung und Verhandlungen regionaler Planungskonzepte

Vereinfachte Darstellung



Vorbereitung

Verhandlungen

Prüfung und Feststellung der Versorgungsaufträge

Inhalte

Medizinstrategische Abwägung, welche Leistungsgruppen selbst erbracht werden können (und sollten) pro Standort
 Meldung der **Absichtserklärungen** und Selbstangaben zu Qualitätsvorgaben nach Aufforderung durch Bezirksregierungen

Verteilung des **Bedarfs** je geografischem Gebiet und Leistungsgruppe zwischen den Standorten, argumentieren / verhandeln; ggf. Einhaltung der Qualitätsvorgaben und **Auswahlkriterien** nachweisen
 Weiterleitung des **Ergebnisses der regionalen Planungskonzepte** an zuständige Behörde (Bezirksregierung)

«**Rechtliche und inhaltliche Prüfung**», d.h. u.a. Einhaltung der Rahmenvorgaben prüfen (Bedarfsdeckung, Qualitätsvorgaben)
 Versorgungsauftrags wird im **Feststellungsbescheid** durch Bezirksregierung festgestellt

Beteiligte

Krankenhausträger
 Meldung an Bezirksregierung

Krankenhausträger
 Verbände der Krankenkassen

Bezirksregierungen und Ministerium
 Stellungnahmen / Anhörungen (Gemeinden, Kreise / kreisfreie Städte, Landesausschuss, Krankenhäuser, etc.)

Für einen weiteren Austausch stehen wir gerne zur Verfügung!



Dr. Justus Vogel
Wissenschaftlicher Projektleiter
justus.vogel@unisg.ch
Universität St.Gallen
School of Medicine (MED-HSG)
St.Jakob-Strasse 21
9000 St.Gallen
Schweiz



Prof. Dr. Alexander Geissler
Lehrstuhlinhaber
alexander.geissler@unisg.ch
Universität St.Gallen
School of Medicine (MED-HSG)
St.Jakob-Strasse 21
9000 St.Gallen
Schweiz

