

Analyse der Vorgabe von Mindestmengen planbarer Leistungen nach dem Fallpauschalengesetz

1. Ungeklärter ordnungspolitischer Rahmen

Das Fallpauschalensystem gilt derzeit nur für den Leistungssektor Krankenhaus. Es wurde eingeführt, ohne dass die Auswirkungen auf die anderen Leistungssektoren geklärt wurden. Bei den verschiedenen Leistungssektoren (vertragsärztliche Versorgung, Krankenhausbehandlung, medizinische Rehabilitation) gelten damit auch in den nächsten Jahren unterschiedliche Finanzierungs- und Abrechnungssysteme. Dennoch werden in der gesundheitspolitischen Diskussion ununterbrochen verwaltungsaufwendige sektorenübergreifende Lösungen gefordert.

Die zu erwartende kürzere Verweildauer wird eine merkliche Reduzierung des Pflegebereiches d.h. der Bettenkapazität zur Folge haben. Dies trifft vergleichsweise nicht für die Zahl der stationär zu behandelnden Fälle und schon gar nicht für die Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhausbehandlung zu.

Auch die künftige Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser ist bisher nicht geklärt worden. Bei der gegenwärtigen Diskussion über die Senkung der Lohnnebenkosten durch die Ausgliederung versicherungsfremder Leistungen und einer höheren Eigenbeteiligung der Versicherten wird im Gegensatz zu früheren gesundheitspolitischen Diskussionen kein Zusammenhang mit der Einführung der seit Jahren vom Bund aber auch anderen geforderten monistischen Krankenhausfinanzierung hergestellt. Dies lässt eigentlich nur die Schlussfolgerung zu, dass unterstellt wird, entweder durch die Einführung des Fallpauschalensystems im Krankenhausbereich Wirtschaftlichkeitsreserven in Milliardenhöhe wecken zu können, die dann von den Krankenkassen für Krankenhausinvestitionen zur Verfügung gestellt würden, oder dass die Länder künftig in ausreichendem Umfang ihrer Finanzierungsverpflichtung nachkommen werden. Beides sind völlig unrealistische Annahmen.

Auch die künftige Steuerung der Krankenhäuser über Wettbewerb (Dienstleistung) oder Daseinsfürsorge ist noch völlig offen und bedarf dringend einer Entscheidung.

2. Keine Kongruenz zwischen Planungs- und Vergütungseinheit

Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) wurde 1973 die Krankenhausplanung eingeführt. Gegenstand der Krankenhausplanung war und ist das Krankenhaus und nicht die Erfüllung der Leistungsansprüche der Versicherten in Form einer Leistungsplanung. Das Krankenhaus soll wirtschaftlich gesichert werden, das Krankenhaus wird in den Krankenhausplan aufgenommen, das Krankenhaus wird zugelassen, das Krankenhaus hat Anspruch auf Förderung, der Versorgungsvertrag mit dem Krankenhaus wird gekündigt usw.

1973 bestand Kongruenz zwischen Planungs- und Vergütungseinheit (Krankenhaus). Mit der Einführung einzelner Fallpauschalen 1992 wurde diese Kongruenz zwischen Planungs- und Vergütungseinheit zunehmend aufgelöst. Mit der Einführung des Fallpauschalensystems spätestens ab 2007 wird die Kongruenz von Planungs- und Vergütungseinheit vollständig beseitigt. Tendenziell zeichnet sich eine Leistungsarten- und Leistungsmengensteuerung („Einkaufsmodell“) durch die Vertragsparteien bei noch ungeklärter Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser ab. Die dabei zu erwartenden Probleme des Vergabe- und Wettbewerbsrechtes sind noch ungeklärt.

Ein Eingriff in Grundrechte, beispielsweise in Form einer Leistungsplanung, erfordert allerdings eine erweiterte gesetzliche Grundlage. Die geltenden gesetzlichen Grundlagen bieten nur eine eingeschränkte Ermächtigung, in das Grundrecht der Krankenhausträger aus Art. 12 GG einzugreifen (derzeit nur für die Transplantationen durch das Transplantationsgesetz gegeben).

Geringe Fallzahlen bei vielen Indikationen sind für die Krankenhäuser sowohl aus Gründen der Wirtschaftlichkeit als auch aus Gründen der Qualitätssicherung existenzbedrohend. Je geringer die Fallzahl, desto mehr sind die betroffenen Abteilungen auf „Ausgleichszahlungen“ aus anderen Fallpauschalen, aus anderen Abteilungen oder auf rechtswidrige Subventionen außerhalb des GKV- Systems angewiesen. Andererseits ist jede Klinik, die die vorhandene apparative und personelle Ausstattung nicht voll auslasten kann als tendenziell unwirtschaftlich anzusehen. Bei den gegebenen Mechanismen ist deshalb eine Konzentration systemimmanent vorgezeichnet. Verstärkt wird dieser Effekt durch die Mindestmengenregelung, die einen monokausalen Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Qualität unterstellt.

3. Vorgabe von Mindestmengen planbarer Leistungen

3.1. Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern - § 137 SGB V

Die von der Selbstverwaltung abzuschließenden Vereinbarungen nach § 137 Satz 1 SGB V regeln insbesondere „..... 3. einen Katalog planbarer Leistungen nach den §§ 17 und 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, Mindestmengen für die jeweiligen je Arzt oder Krankenhaus und Ausnahmetatbestände“.

In der Begründung zum Regierungsentwurf des Fallpauschalengesetzes (FPG) ist dazu ausgeführt. *„Es besteht ein in verschiedenen Studien nachgewiesener Zusammenhang zwischen der Häufigkeit durchgeführter Operationen und der Qualität des Behandlungsergebnisses. ... Operationen oder Prozeduren zu suchen und zu bestimmen, bei denen ein Zusammenhang zwischen der Zahl der durchgeführten Eingriffe und der Qualität der Leistung in besonderem Maße vorliegt... Für diese Leistungen sollen Empfehlungen zu der Mindestzahl gegeben werden.“*

Wenn die *„erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen ab dem Jahr 2004 entsprechende Leistungen nicht erbracht werden“*. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann jedoch von der Mindestmengenregelung d.h. von den Maßstäben der vorgesehenen Qualitätssicherung abweichen, wenn die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährdet sein könnte („Sicherstellung vor Qualität?“).

Die widersprüchliche Rechtslage in Verbindung mit der Mindestmengenregelung wird noch zusätzlich erschwert, indem von der Selbstverwaltung nunmehr auch innerhalb der vorgesehenen Disease-Management-Programme (DMP), d.s. strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten, Mindestmengen mit der Wirkung eines Leistungsausschlusses für Dritte vorgegeben werden. Leicht beieinander wohnen offensichtlich die Gedanken, doch hart im Raume stoßen sich die Sachen. Die Vorgabe von Mindestmengen führt letzten Endes systemimmanent zur Vorgabe von Mindestbesetzungen unter Berücksichtigung des Arbeitszeitgesetzes und zu Mindestkapazitäten (bauliche und apparative Vorgaben). Ob dann noch von einem freien Gesundheitswesen gesprochen werden kann?

3.2. Strategische Überlegungen zur Qualitätssicherung

Hinter dem Bestreben, durch die Vorgabe von Mindestmengen planbarer Leistungen die Ergebnisqualität medizinischer Leistung zu steigern bzw. zu sichern, wird auch das bewusste oder unbewusste Ziel erkennbar, die zunehmend kritisierte Varianz ärztlichen Handelns („Halbgötter in weiß“) mit Hilfe der Gesundheitsökonomie durch ein maschinenorientiertes Menschenbild auf der Basis statistischer Signifikanzen („der PC als Götze“), der Anwendung von Leitlinien sowie des Einsatzes evidenzbasierter Medizin zu ersetzen. Der positiv besetzte Begriff „Qualität“ - niemand wird sich grundsätzlich gegen eine Verbesserung der „Ergebnisqualität“ aussprechen - wird von einem Bündnis aus Politik und interessenorientierter Wissenschaft vorangetrieben. Dahinter steht die Erfahrung, dass mathematisch begründeten Thesen (siehe Faust: „nur was du schwarz auf weiß besitzt...“) a priori grundsätzlich ein höherer Wahrheitsgehalt unterstellt wird. Kritisches Hinterfragen, da meist aufwendig und mögliche Gutachten gefährdend, unterbleibt häufig.

3.3. Qualität ein wirksames Instrument zur Ausgabenreduktion?

Der eigentliche Grund für die plötzlich auftretende „Qualitätseuphorie“ in Verbindung mit der Forderung nach Mindestmengen ist erfahrungsgemäß nicht primär das Wohl des Patienten (vordergründige Argumentation), sondern die bisher allerdings nicht bewiesene „Hoffnungsthese“, dass durch Zentralisierung und Qualifizierung bestimmter Leistungen die Ausgaben der Krankenkassen gesenkt werden können (hintergründige Motivation).

Wenn sich wie zu erwarten herausstellen sollte, dass als Folge einer überwiegend mit Argumenten der statistischen Signifikanz geführten Qualitätskampagne (Mindestmengen, Leitlinien, Evidence Based Medicine usw.) und den dadurch ausgelösten Unklarheiten, Konflikten, Rechtsstreitigkeiten, Konzentrationen, Schließungen usw. die erhoffte Ausgabenreduzierung für die Krankenkassen nicht erreicht wird, ist erfahrungsgemäß davon auszugehen, dass das „Qualitätsargument“ politisch vermutlich sehr schnell an Bedeutung verlieren wird. Qualität wird nunmal von den Leistungserbringern als wirkungsvolles Marketinginstrument zum Zwecke der Leistungsausweitung und Gewinnsteigerung, von den Krankenkassen jedoch als Mittel zur Ausgabenreduzierung angesehen.

Sobald überdies das Qualitätsargument als Selektionsinstrument für die Leistungserbringer durch Erfüllung der geforderten Bedingungen ausfällt, muss ein überprüfbares Auswahlverfahren (z.B. Anwendung vergaberechtlicher Vorschriften) an seine Stelle treten. Die Notwendigkeit einer Entscheidung als Folge der begrenzten Mittel (Beitragssatzstabilität) und der Forderung nach Qualitätssicherung findet dann auf einer qualitativ höheren Ebene mit vermehrtem bürokratischem Aufwand statt.

3.4. Annahmen des Gesetzgebers und tatsächliche Probleme

Der Gesetzgeber unterstellt im Fallpauschalengesetz (FPG) aufgrund „verschiedener Studien“ und sachverständiger Beratung einen linearen und rechtlich umsetzbaren monokausalen Zusammenhang zwischen Operationshäufigkeit (Menge) und Qualität des Behandlungsergebnisses. Die Realität ist jedoch hochkomplex. So gibt es Unterschiede im Patientenalter, bei den Hygienevoraussetzungen, der Personalbesetzung, den Operationsmethoden, der Erfahrung, dem Arzneimiteleinsatz, usw.

Es gibt in Deutschland überdies ein statistisches Erfassungsproblem, da leistungssektorbezogen der Fall und nicht der Patient erfasst wird. Damit entstehen Datenschutzprobleme für sektorenübergreifende Lösungen und Unwägbarkeiten bei internationalen Vergleichen der statistischen Signifikanz.

Nicht geklärt ist das Problem der Kausalzusammenhänge zwischen der ärztlichen Behandlungspflicht und dem Recht der freien Arztwahl. Ebenfalls ungeklärt und nicht angesprochen ist die Auswirkung der Mindestmengenregelung auf die ärztliche Weiterbildung und die ärztliche Weiterbildungsordnung. Durch den tendenziellen Ausschluss der Grundversorgungskrankenhäuser von den so genannten „Qualitätseingriffen“ wird die Attraktivität des ärztlichen Berufes und auch die Weiterbildungsattraktivität erheblich eingeschränkt, so dass die Frage erlaubt sein darf, wie lange diese Häuser den verbleibenden Bereich der Grundversorgung abdecken werden.

Die eigentliche Brisanz der vorgegebenen Mindestmengenregelung liegt in der Verrechtlichung und der dadurch verstärkten Komplexität des Gesamtsystems mit dem damit verbundenen massiven Ausbau der Bürokratie. Es gibt offensichtlich kein Vertrauen in den Markt und den mittelbar steuernden Auswirkungen der angestrebten verpflichtenden Leistungstransparenz über die Patientennachfrage.

3.5. Ziel der Mindestmengenregelung ist die Verbesserung der Ergebnisqualität

Wichtige Kriterien für die „Ergebnisqualität“ einer Operation sind beispielsweise

- eine möglichst geringe Letalität (Operationsletalität, 30-Tage Letalität)
- eine geringe Reinterventionsquote
- eine geringe kurzfristige Wiedereinweisungsquote
- eine geringe Wundinfektionsrate
- möglichst geringe Nebenwirkungen
- eine Verbesserung der Lebensqualität.

Aus der Sicht des Patienten zählt zweifellos die Vermeidung der Letalität in Verbindung mit einer Operation zu den „harten“ Kriterien der Ergebnisqualität. In Verbindung mit einem Leistungsausschluss oder einer Einschränkung der Berufsausübung als Folge der Vorgabe von Mindestmengen planbarer Leistungen müssen die zugrunde gelegten Mindestmengenregelungen jedoch gerichtlich überprüfbar sein. Man wird hier zwischen „harten“ (Letalität) und „weichen“ (z.B. statistisch höhere Lebenserwartung) Kriterien unterscheiden müssen.

3.6. Rechtliche und andere Auswirkungen der Definition für die unter die Mindestmengenregelung fallenden planbaren Leistungen

- Sie bestimmt den Umfang des Leistungsausschlusses
- Sie führt zur Einschränkung der Berufsausübung
- Sie führt zur Wettbewerbsverzerrung (Anwendung des Vergaberechtes?)
- Sie führt zur Einschränkung der Weiterbildungsinhalte
- Sie beeinflusst die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses
- Sie verändert die Angebotsstruktur und steigert den Investitionsbedarf
- Sie beeinflusst die Krankenhausplanung (Fehlinvestition)
- Sie verstärkt den Druck auf eine Leistungs(Fallpauschalen)planung
- Sie steigert die Macht der Krankenkassen („Einkaufsmodell“)
- Sie führt zur Bildung von „formellen“ Mindestmengenkooperationen
- Sie führt zu einem Sicherstellungszuschlag für unqualifizierte Leistungen
- Sie erhöht die Motivation zur kurzfristigen Steigerung der indizierten Leistungen durch großzügige Indikationsstellung vor Ort im Sinne eines Überlebenskampfes
- Sie steigert vor allem enorm den bürokratischen Aufwand.

3.7. Auswirkungen der Mindestmengenregelung auf die Angebotsstruktur

Wenn tatsächlich die Leistungsmenge die Letalität und die Qualität des Behandlungsergebnisses wesentlich mitbestimmt, müssten eigentlich vor allem die zahlreichen selten vorkommenden Operationen zentralisiert werden. Offensichtlich sind jedoch die derzeitigen „sachverständigen“ Überlegungen auf die häufigsten Operationen gerichtet (siehe Krankenhausumfrage von Lauterbach/Capital).

Erfahrungsgemäß ist davon auszugehen, dass die häufigsten Operationen zusätzlich zentralisiert werden, da mit dem Qualitätsargument von den Krankenhäusern und den betroffenen Ärzten gleichzeitig ökonomische Interessen verfolgt werden können. In Verbindung mit Preisnachlässen werden sich hier außerdem Koalitionen von Krankenhäusern und Krankenkassen bilden („tatsächlicher Rabatt geht vor möglicher Qualitätssteigerung“). So kann nicht ausgeschlossen werden, dass z.B. das Interesse an einem Preisnachlass für den Fall einer Steigerung einer bestimmten Operation von 200 auf 300 jährlich bei den Krankenkassen größer ist als eine zudem möglicherweise schwer nachweisbare Steigerung der Lebenserwartung durch die Zentralisierung von insgesamt 30 Operationen einer selten vorkommenden Operationsart. Je seltener die pro Krankenhaus bzw. Arzt vorkommenden Operationen, desto komplexer sind die Auswirkungen der geforderten Zentralisierung. Sie können beispielsweise in Einzelfällen durch größere Entfernungen die Ergebnisqualität sogar negativ beeinflussen.

3.8. Ungeklärte Definitions- und Bezugsprobleme

ungeklärte Definition

Basis	Umfang der Positionen für Operationen bzw. Prozeduren
ICD9 3stellig (Diagnosen)	869
ICD10 3stellig (Diagnosen)	1511
OPS	rd. 23.000
GDRGs`	mind. 341
Neudefinition	??

Transparenz ist für den Patienten nur hilfreich,
wenn die verwendeten Begriffe allgemeinverständlich sind

ungeklärter Bezug

Krankenhaus
Gebietsarzt
Arzt in Weiterbildung ??

Tab. 1: Vorschlag Lauterbach; Neun ausgewählte Interventionen

	Art der Intervention	Mindestmenge pro KH
1.	Perkutane transluminale koronare Angioplastie	400
2.	Karotisthrombendarteriektomie	101
3.	Operation einer arteriellen Verschlusskrankheit des Beines	20
4.	Herztransplantation	13
5.	Radikale Prostatektomie wegen Prostatakarzinom	55
6.	Pankreatektomie	11
7.	Kniegelenkersatz	107
8.	Cholezystektomie	31
9.	Lebertransplantation	90

"Unabhängig von der Diskussion um die Mindestmengenvorgabe ist es jedoch bereits heute für Patienten durchschnittlich von Vorteil, sich für die neun analysierten Interventionen an Krankenhäuser mit ausreichender Fallzahl zu wenden" (Lauterbach/Krankenhausreport 2002)

Quelle: Krankenhausreport 2002

Tab. 2: Aktuelle Krankenhausumfrage nach Operationshäufigkeit von Prof. Lauterbach gemeinsam mit Capital, Januar 2003

	Art der Operation
1.	Cholezystektomie
2.	Totalendoprothese des Hüftgelenkes
3.	Kniegelenkersatz
4.	Mammakarzinom
5.	Radikale Prostatektomie wegen Prostatakarzinoms
6.	Meniskus-OP
7.	Prolaps-LWS
8.	Prolaps-HWS
9.	Leistenhernie
10.	Hysterektomie

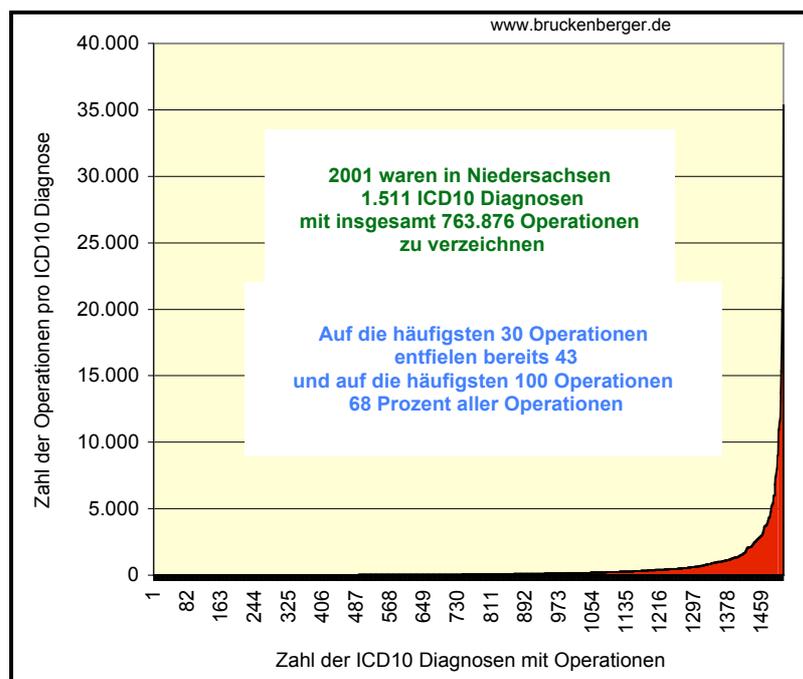
Für rechtlich relevante Schlussfolgerungen zur Mindestmengenregelung mangels klarer OP-Definition nicht brauchbar (der Verf.)

4. Operationen am Beispiel Niedersachsens 2001

Für die folgende Analyse wurden die Daten der Krankenhausdiagnosestatistik 2001 des Landes Niedersachsen verwendet (dreistellige ICD-10 Klassifikation). „Als Operationsmerkmal ist angegeben, ob der Patient während des Krankenhausaufenthaltes im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose operiert wurde. Als Operation wird ein selbständiger ärztlicher therapeutischer und/oder diagnostischer Eingriff verstanden, der im OP-Saal oder unter OP-Bedingungen vorgenommen wurde“.

4.1. Mengenverteilung

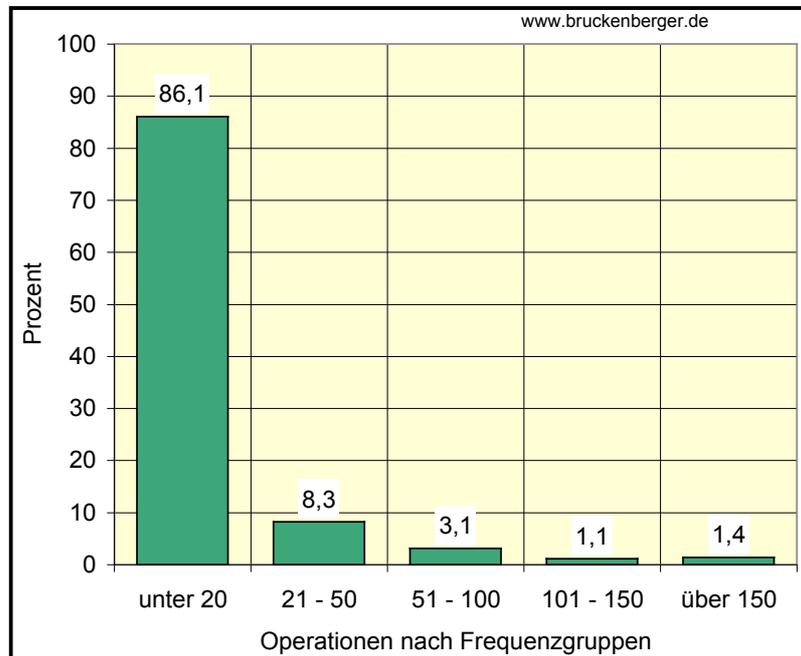
Abb.1: Mengenverteilung der Operationen auf der Basis der Krankenhausdiagnosestatistik nach ICD10



Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik 2001, eigene Darstellung und Berechnung

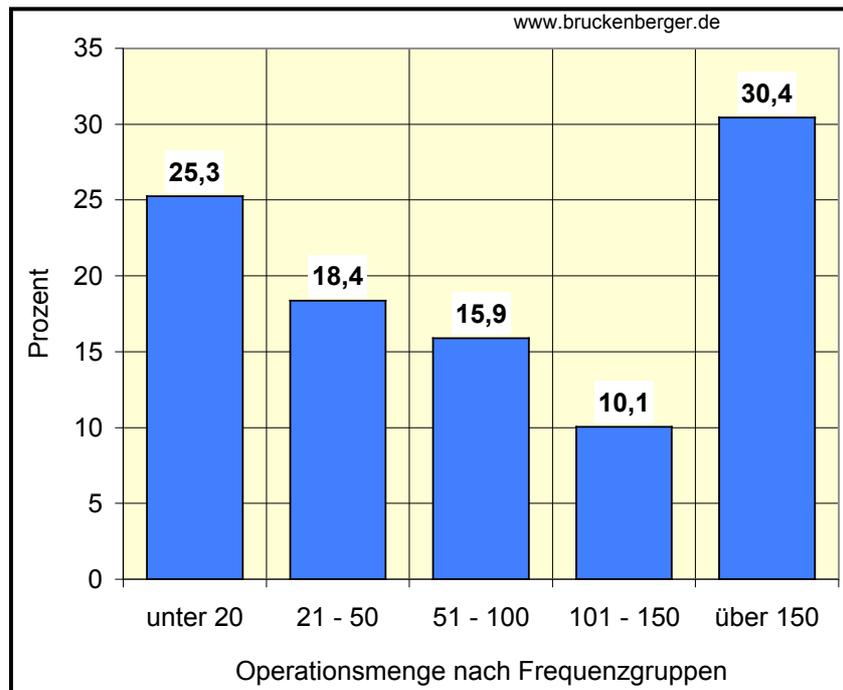
86 Prozent aller Operationen je Diagnose wurden in den niedersächsischen Krankenhäusern im Jahr 2001 weniger als 20 mal, 1,4 Prozent häufiger als 150 mal durchgeführt. Auf die 86 Prozent entfielen rd. 25 Prozent, auf die 1,4 Prozent rd. 30 Prozent aller Operationen (siehe Abb. 2 und 3). Bei rd. zwei Drittel aller Krankenhäuser betrug der Anteil der Indikationen mit einer jährlichen OP-Frequenz von weniger als 20 mehr als 85 Prozent. Davon betroffen waren allerdings nur rd. 14 Prozent aller Operationen der niedersächsischen Krankenhäuser.

Abb. 2: Mengenverteilung der Operationen (nach Indikation) nach Frequenzgruppen



Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik 2001, eigene Darstellung und Berechnung

Abb. 3: Mengenverteilung der Operationen (nach Fallzahl) nach Frequenzgruppen



Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik 2001, eigene Darstellung und Berechnung

Tab. 3: Mengenverteilung der Operationen in Niedersachsen (Fallzahl)
- Die zwanzig häufigsten Operationen (diagnosebezogen ICD10) -

ICD	Diagnoseschlüssel (ICD10)	Tote	Operationen	Todesrate
I25	Chron. ischämische Herzkrankheit	305	22.360	1,4
H25	Cataracta senilis	5	20.699	0,0
J35	Chron. Krht. d. G.- und R.mandeln	0	19.851	0,0
K40	Hernia inguinalis	26	17.102	0,2
K80	Cholelithiasis	55	15.336	0,4
M17	Gonarthrose	8	13.700	0,1
M23	Binnenschädigung d. Kniegelenkes	2	13.090	0,0
M16	Koxarthrose	23	11.804	0,2
S72	Fraktur des Femurs	621	11.584	5,4
I83	Varizen der unteren Extremitäten	3	11.457	0,0
S82	Fraktur des Unterschenkels	21	10.970	0,2
K35	Akute Appendizitis	20	10.842	0,2
I20	Angina pectoris	82	9.015	0,9
S52	Fraktur des Unterarmes	9	8.051	0,1
J34	Sonstige Krankheiten der Nase	0	7.856	0,0
N20	Nieren- und Ureterstein	7	7.645	0,1
D25	Leiomyom des Uterus	1	7.447	0,0
C50	Bösartige Neubildung d. Brustdrüse	94	7.332	1,3
I50	Herzinsuffizienz	687	6.808	10,1
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	2	6.030	0,0
C67	Bösartige Neubildung d. Harnblase	90	6.016	1,5

Tab. 4: Mengenverteilung der Operationen in Niedersachsen (Fallzahl)
- Die zwanzig häufigsten Todesursachen (operationsbezogen ICD10) -

ICD	Diagnoseschlüssel (ICD10)	Tote	Operationen	Todesrate
I50	Herzinsuffizienz	687	6.808	10,1
S72	Fraktur des Femurs	621	11.584	5,4
I21	Akuter Myokardinfarkt	457	5.960	7,7
J18	Pneumonie, Erreger n.n.bezeichnet	395	3.872	10,2
K56	Ileus (paralytisch u. mechanisch)	338	3.674	9,2
C34	BN d. Bronchien u.d. Lunge	333	3.961	8,4
A41	Sonstige Sepsis	320	903	35,4
I25	Chron. ischämische Herzkrankheit	305	22.360	1,4
C18	BN d. Dickdarms	289	5.444	5,3
I63	Hirninfarkt	283	4.096	6,9
I64	Schlaganfall	272	2.761	9,9
I61	Interzerebrale Blutung	235	908	25,9
K55	Gefäßkrankheiten d. Darms	174	530	32,8
R99	nicht näher bez. Todesursache	172	174	98,9
I46	Herzstillstand	165	318	51,9
C16	BN d. Magens	163	2.120	7,7
I70	Atherosklerose	160	5.942	2,7
C25	BN d.Pankreas	136	1.148	11,8
I26	Lungenembolie	130	1.028	12,6
I71	Aortenaneurysma	129	1.296	10,0
R57	Schock, andernorts n.klassifiziert	129	312	41,3

Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik 2001, eigene Darstellung und Berechnung

4.2. Operationsletalität bei ausgewählten Operationen

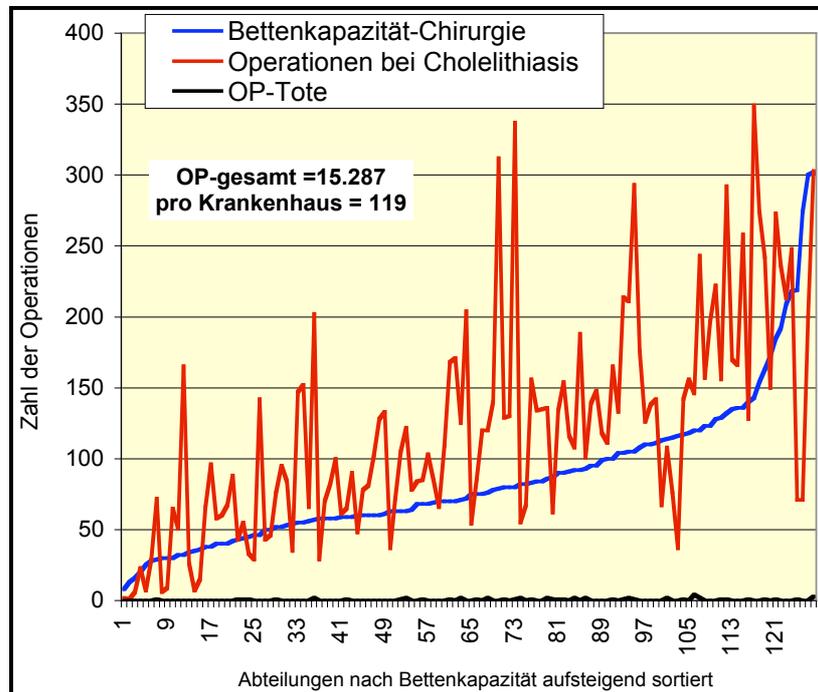
Die bei den ausgewählten Operationen für bestimmte Indikationen ermittelten Werte beziehen sich nur auf die Operationsletalität (Todesfall in Verbindung mit einem operationsbedingtem Krankenhausaufenthalt). Die Operationsletalität zwischen den verschiedenen Frequenzgruppen ist bei den folgenden ausgewählten ICD-10 Diagnosen, wie zu erwarten, höchst unterschiedlich (siehe Tab. 5 und Abb. 4 bis 13). Sie liegt bei der Diagnose Cholelithiasis im Landesdurchschnitt bei 0,4 und bei der Diagnose Gonarthrose bei 0,1. Wesentlich höher liegt sie bei den ausgewählten bösartigen Neubildungen. So beträgt sie bei Pankreas im Landesdurchschnitt 11,8, bei Bronchien/Lunge 8,4, bei Ösophagus 8,1, bei der Brustdrüse und der Prostata je 1,3. Bei diesen Indikationen unterscheidet sich auch die Operationsletalität zwischen den Frequenzgruppen deutlich. So schwankt sie beispielsweise bei der Indikation bösartige Neubildung der Bronchien/Lunge von 15,4 bei weniger als 20 Operationen jährlich bis 5,4 bei mehr als 150 Operationen jährlich.

Tab. 5: Operationsletalität bei ausgewählten ICD-10 Diagnosen nach Frequenzgruppen

ICD10 Diagnose	Operationshäufigkeit nach Frequenzgruppen					alle
	bis 20	21 - 50	51 - 100	101 - 150	über 150	
Cholelithiasis						
Zahl der KH	8	13	37	36	35	129
Letalität	0,0	0,4	0,4	0,5	0,3	0,4
Gonarthrose						
Zahl der KH	37	30	24	18	30	139
Letalität	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
BN Pankreas						
Zahl der KH	92	10	2	-	-	104
Letalität	14,7	9,6	6,8	-	-	11,8
BN Bronchien/Lunge						
Zahl der KH	72	19	8	2	6	107
Letalität	15,4	11,9	8,3	6,5	5,4	8,4
BN Ösophagus						
Zahl der KH	76	8	1	1	-	86
Letalität	11,7	6,5	1,6	3,8	-	8,1
BN Brustdrüse						
Zahl der KH	45	38	26	7	13	129
Letalität	1,9	1,9	1,7	0,9	0,7	1,3
BN Prostata						
Zahl der KH	14	6	12	11	9	52
Letalität	7,5	1,9	1,3	1,0	1,1	1,7

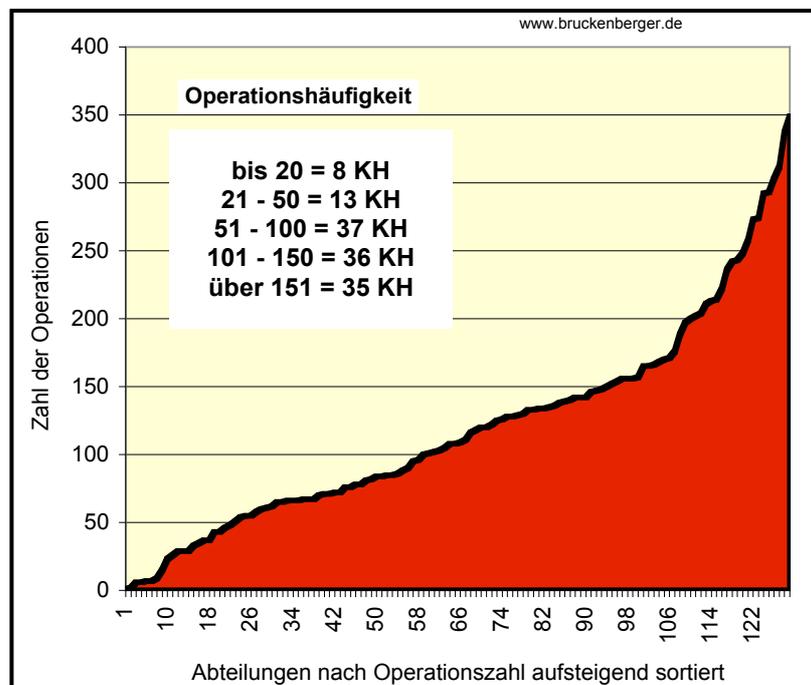
Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik 2001, eigene Darstellung und Berechnung

Abb. 4: Mengenverteilung der Operationen bei Cholelithiasis in Niedersachsen



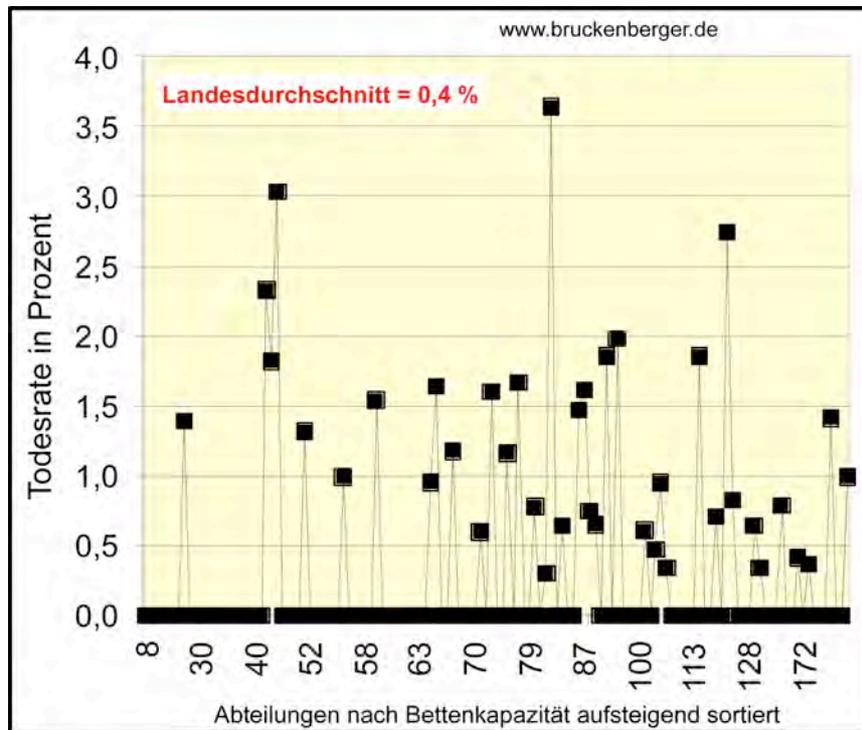
Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik 2001, eigene Darstellung und Berechnung

Abb. 5: Mengenverteilung der Operationen bei Cholelithiasis in Niedersachsen



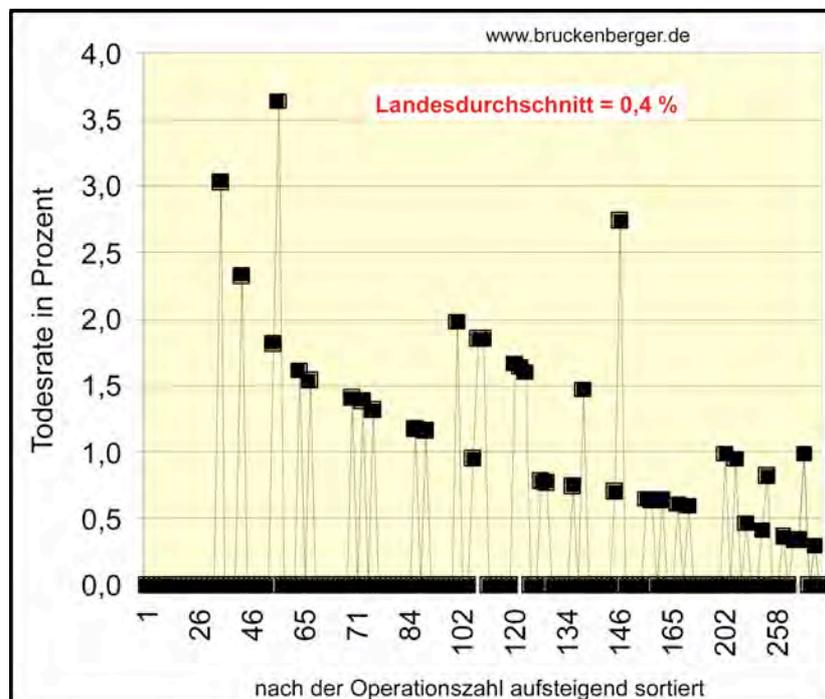
Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik 2001, eigene Darstellung und Berechnung

Abb. 6: Operationsletalität in Prozent bei Operationen an Cholelithiasis



Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik 2001, eigene Darstellung und Berechnung

Abb. 7: Operationsletalität in Prozent bei Operationen an Cholelithiasis



Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik 2001, eigene Darstellung und Berechnung

Abb. 8: Mengenverteilung der Operationen bei Brustkrebs

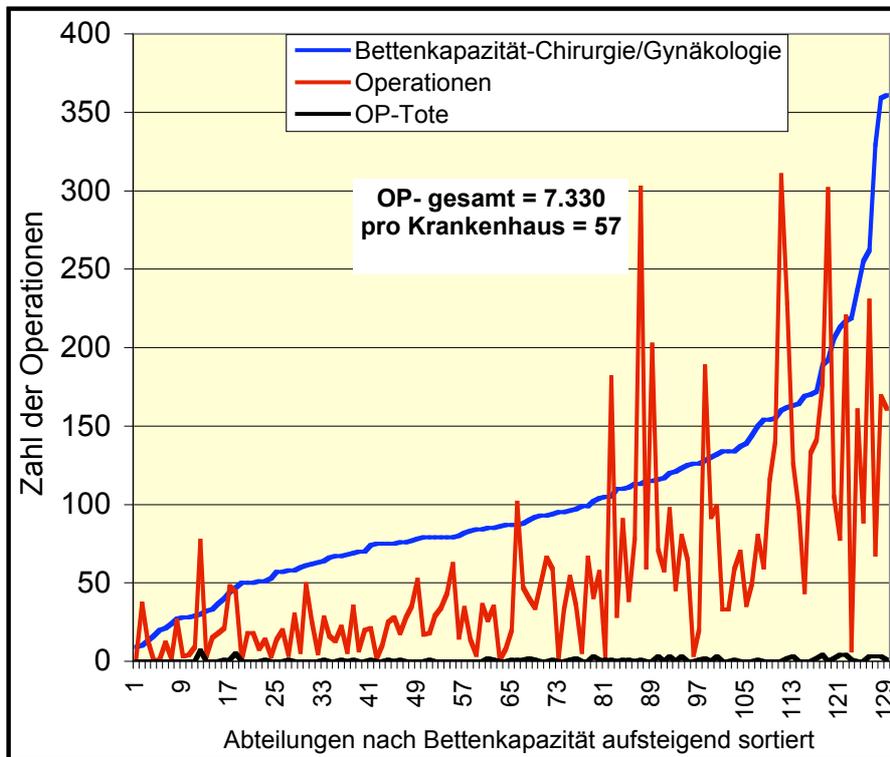
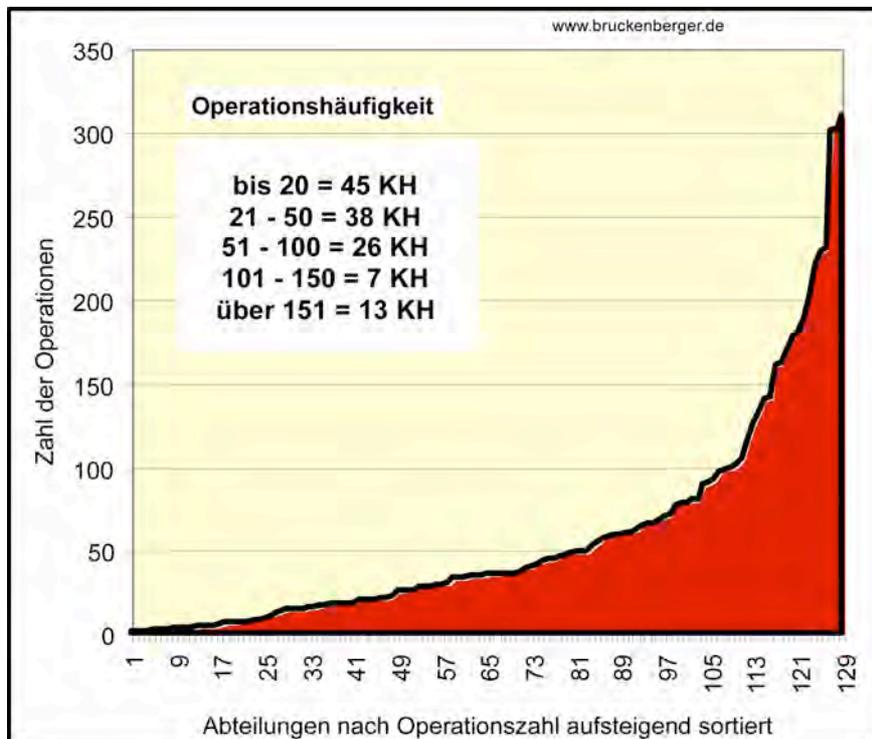


Abb. 9: Mengenverteilung der Operationen bei Brustkrebs

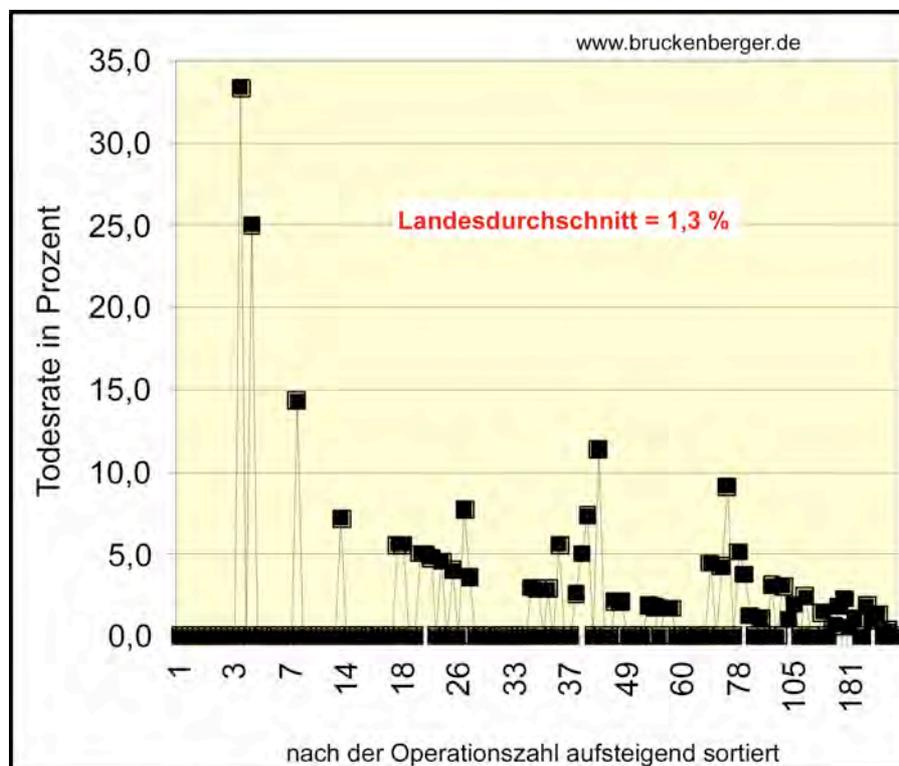


Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik 2001, eigene Darstellung und Berechnung

Abb. 10: Operationsletalität in Prozent bei Operationen an Brustkrebs



Abb. 11: Operationsletalität in Prozent bei Operationen an Brustkrebs



Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik 2001, eigene Darstellung und Berechnung

Abb. 12: Operationsletalität bei Brustkrebs (nur Operationen) nach Frequenzgruppen

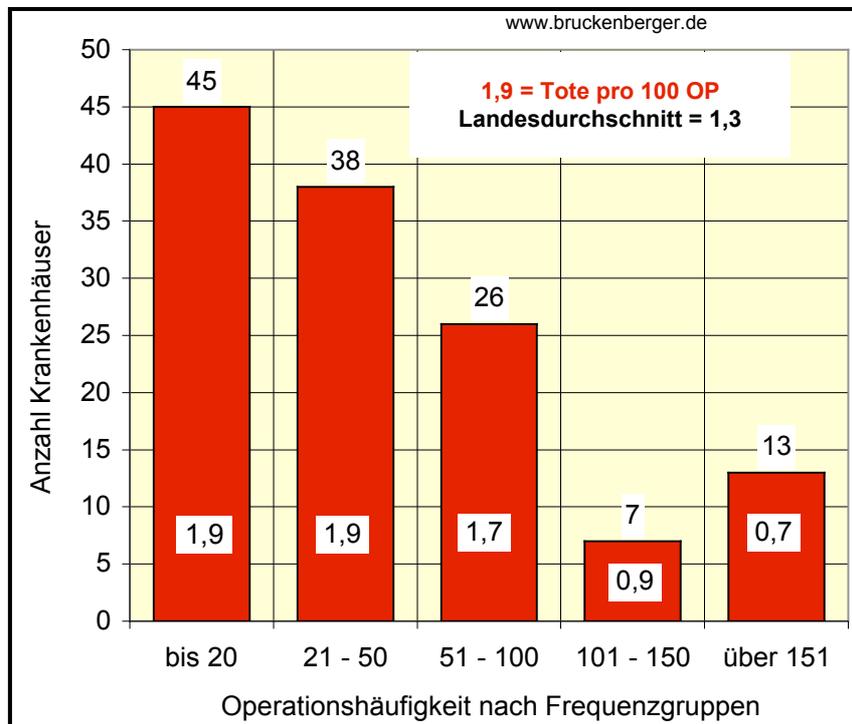
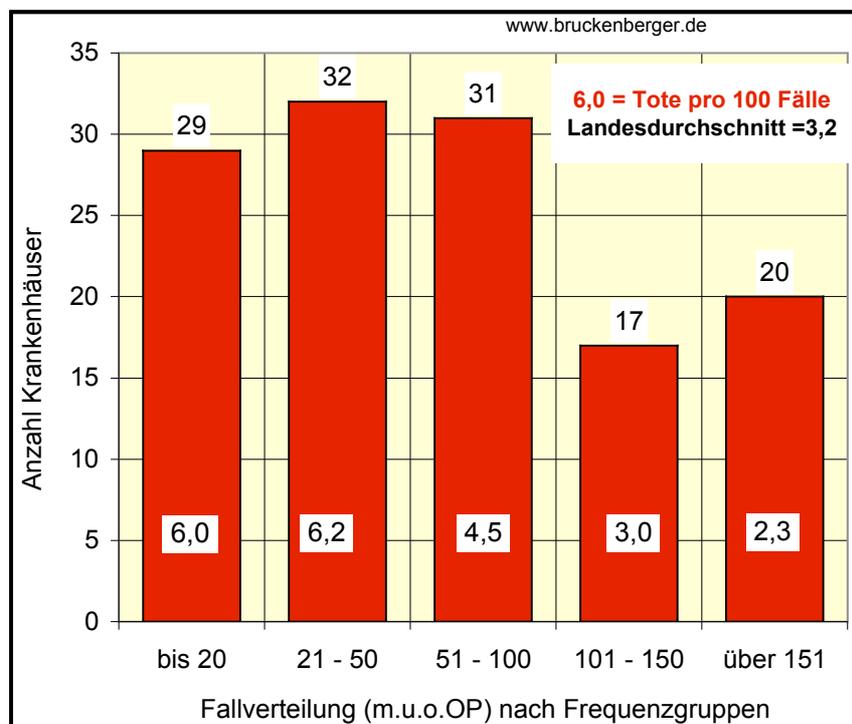


Abb. 13: Operationsletalität bei Brustkrebs (mit und ohne Operation) nach Frequenzgruppen



Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik 2001, eigene Darstellung und Berechnung

5. Ergebnis der Analyse

Mit der Mindestmengenregelung wird ein weiteres Mal eine gesetzliche Regelung mit hohen sachverständigen Vorschusslorbeeren nach dem Prinzip Hoffnung eingeführt (siehe auch die integrierte Versorgung und die hundertprozentige Fallpauschalenregelung), um bei der Umsetzung festzustellen, dass beispielsweise die dafür benötigten verlässlichen Daten und rechtlich verwertbaren Beweise trotz der in den letzten Jahren verwaltungsaufwendigen Datenanhäufung nicht vorhanden sind. Also wird nach der Einführung der Mindestmengenregelung der sachverständige Ruf nach einer umfänglichen Forschung laut. Ein Schelm, wer Böses dabei denkt.

Die Vorgabe von Mindestmengen planbarer Operationen in Verbindung mit einem rechtlich durchsetzbaren Leistungsausschluss für die betroffenen Krankenhäuser kommt bisher international nur in Einzelfällen zum Einsatz. In der öffentlichen Diskussion wird von Sachverständigen ständig ein anderer Eindruck hervorgerufen. In den übrigen Mitgliedsstaaten der EU ist eine derart verbindliche Leistungssteuerung offensichtlich nicht vorgesehen. Abgesehen davon gelten in den überwiegend staatlich gesteuerten Gesundheitssystemen der EU andere Rechtsgrundlagen.

Wie will man übrigens in Deutschland beispielsweise private oder freigemeinnützige Krankenhausträger zwingen, seltene Operationen ob mit oder ohne Kosten deckenden Fallpauschalen zu zentralisieren? Eine überregionale Zentralisierung wäre auch durch den kommunalen Sicherstellungsauftrag, der nur den eigenen Wirkungskreis umfassen kann, nicht gedeckt. Der Sicherstellungsauftrag müsste deshalb bei Berücksichtigung der Mindestmengenregelung auf die Länder übertragen werden. Je mehr Operationen der Kategorie „planbar“ zugeordnet werden, desto mehr ist überdies eine rechtsstaatlich steuerbare Krankenhausplanung in Frage gestellt.

Gerichtlich überprüfbare Qualitätskriterien, die einen generellen Leistungsausschluss rechtfertigen würden, liegen bisher nicht vor. Die derzeitigen Begriffe für Operationen und Prozeduren sind für die Mindestmengenregelung des FPG entweder zu unpräzise oder unpraktikabel. Die unterstellte lineare Monokausalität zwischen Menge und Letalität ist generell bisher nicht bewiesen. Die nach Diagnosen höchst unterschiedliche, tatsächlich feststellbare, Tendenz rechtfertigt keinen generellen Leistungsausschluss.

Minimale Differenzen in der Operationsletalität nach Frequenzgruppen (z.B. 0,1 bis 0,3 auf 100 Operationen bei Cholelithiasis und Gonarthrose) dürften sich nur bedingt für einen rechtlich durchsetzbaren Leistungsausschluss eignen. Bei den bösartigen Neubildungen ist die statistische Signifikanz zwischen Operationsmenge und Operationsletalität zwischen verschiedenen Frequenzgruppen wesentlich stärker ausgeprägt. Andererseits ist die Operationsletalität in diesem Zusammenhang nur bedingt als wesentliches Qualitätskriterium geeignet, da rd. 80 Prozent der Todesfälle nicht bei dem operationsbedingten Krankenhausaufenthalt, sondern erst bei der Nachbehandlung (Chemotherapie, Strahlentherapie usw.) auftreten.

Es zeichnet sich bereits ab, dass die gesetzliche Vorgabe von Mindestmengen planbarer Operationen und die Diskussion darüber die Zentralisation von Operationen mit hoher Frequenz vor allem aus ökonomischen Gründen deutlich verstärkt, während die Zentralisation von Operationen mit niedriger Frequenz mangels wirtschaftlichem Interesse aber auch aus anderen Gründen sehr schnell an Grenzen stößt. Bei der vorgesehenen Mindestmengenregelung handelt es sich bei konsequenter Umsetzung um ein bürokratisches Monster. Je höher die vorgegebene Mindestmenge für die planbaren Operationen, desto größer wäre zudem bei der gegebenen Mengerverteilung die notwendige Veränderung der Angebotsstruktur. Die dafür kurzfristig notwendigen Investitionsmittel stehen jedoch überhaupt nicht zur Verfügung.

Bei dem Disease-Management-Programm für Brustkrebs werden 150 Operationen pro Krankenhaus bzw. 50 Operationen pro Operateur vorausgesetzt. Bei der Operation der bösartigen Neubildung einer Brustdrüse – politisch als chronische Krankheit definiert - handelt es sich zweifelsohne um eine planbare Operation im Sinne der Mindestmengenregelung. Da rechtlich nicht durchsetzbar sein dürfte für die Qualitätssicherung innerhalb eines Disease-Management-Programms andere Mindestmengen an planbaren Operationen als verbindlich zu erklären als außerhalb, dürfen bei Zugrundelegung dieses Maßstabes mehr als dreiviertel aller gynäkologischen Abteilungen derartige Operationen ab 2004 nicht mehr erbringen.

Mit 150 Operationen jährlich bei der bösartigen Neubildung einer Brustdrüse wird für eine vergleichsweise häufige Operation eine sehr hohe Mindestmenge pro Krankenhaus vorgegeben. Nur 1,4 Prozent aller Operationsarten erreichen beispielsweise in Niedersachsen, sicherlich aber auch in den anderen Flächenländern, einen derartigen Wert. Eine konsequente Umsetzung dieser durch die Selbstverwaltung vorweggenommenen „Mindestmengenregelung“ für Brustkrebsoperationen auch für die anderen planbaren Operationen noch im Jahr 2003 würde deshalb zwangsläufig zur Schließung zahlreicher Abteilungen bzw. ganzer Krankenhäuser führen, da diese Operationen entsprechend der gesetzlichen Ausschlussregelung in den davon betroffenen Krankenhäusern ab 2004 nicht mehr erbracht werden dürfen.

Eine derartige Entwicklung könnte wiederum nur verhindert werden,

- wenn für die anderen planbaren Operationen, mit welcher Begründung auch immer, wesentlich niedrigere Mindestmengen für die Qualitätssicherung als ausreichend angesehen werden oder die Vorgaben für das Disease-Management-Programm Brust nochmals überprüft werden. Wenn die „Übung“ aber andererseits ein wesentliche Voraussetzung für eine niedrige Operationsletalität darstellt, ist es schwer vermittelbar warum bei anderen planbaren Operationen die angestrebte qualitätssichernde Fertigkeit bereits bei beispielsweise 20 Operationen jährlich erreicht werden kann, obwohl die Operationsletalität vergleichsweise wesentlich höher liegt (z.B. bei Pankreas, Lunge/Bronchien, Ösophagus, usw.).
- wenn von den Ländern der Standpunkt vertreten würde, zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung sei auch eine mindere Qualität von Operationen, die sogar durch einen Sicherstellungszuschlag subventioniert werden sollen, als vertretbar anzusehen. Auch diese Haltung dürfte gesundheitspolitisch schwer zu vermitteln sein.

Das Fallpauschalensystem - die Mindestmengenregelung ist eine logische Konsequenz - wird nach Meinung der dafür Verantwortlichen als „lernendes System“ eingesetzt. Fragt sich nur, wer dabei lernen soll und zu wessen Lasten und Kosten. Andererseits würden derartige Vorstellungen den im Zusammenhang mit der Gesetzgebung in der letzten Zeit öfters verwendeten Begriff des „handwerklichen Fehlers“ erklären. Er wird ja gemeinhin nicht mit einem Meister in Verbindung gebracht.

6. Zusammenfassung

Prof. Lauterbach im Krankenhausreport 2002:

„In Deutschland bedarf es einer umfänglichen Forschung, um Zusammenhänge zwischen Fallzahl und Ergebnisqualität hinsichtlich der Richtung der Kausalität zu untersuchen bzw. den Stellenwert des Qualitätsindikators Mindestmenge im Verhältnis zu den anderen Ergebnis determinierenden Indikatoren zu klären.“

Fazit des Verfassers:

Sehr richtig. Da diese sachverständige Schlussfolgerung sicherlich zutrifft, wäre es angebracht gewesen, mit einer gesetzlichen Regelung der Mindestmengen im Hinblick auf die damit verbundenen rechtlichen, wirtschaftlichen und existentiellen Auswirkungen für Krankenhäuser und Ärzte zu warten und die zahlreichen offenen Fragen vorher zu klären. Vor allem wäre eine Mindestkenntnis über die derzeitige konkrete Mengenverteilung der Operationen nach Krankenhäusern und Frequenzgruppen in Deutschland hilfreich gewesen. Internationale Studien helfen hierbei nur wenig.

Unter den oben geschilderten tatsächlichen Voraussetzungen ist es als unwahrscheinlich anzusehen, dass von der Selbstverwaltung die Mindestmengenregelung für planbare Operationen wie vorgesehen bis Ende 2003 in einer rechtsstaatlichen Ansprüchen genügenden Art und Weise zufriedenstellend geklärt wird. Nur so könnte aber die gesetzliche Vorgabe erfüllt werden, dass Krankenhäuser, welche die jeweils vorgegebene Mindestmenge voraussichtlich nicht erreichen, ab 2004 derartige Leistungen zu Lasten der GKV nicht mehr erbringen dürfen. Auch mögliche Konsequenzen für die künftige Angebotsstruktur der Krankenhäuser durch die zuständigen Planungsbehörden der Länder können erst dann gezogen werden.

Bei einem nachgewiesenen Zusammenhang wäre überdies die Qualitätssicherung über den Markt bzw. das Nachfrageverhalten der Patienten mit Hilfe der gesetzlich vorgesehenen Leistungstransparenz wesentlich sinnvoller, weniger bürokratisch und vor allem im Interesse der Beitrags- und Steuerzahler weniger aufwendig. Hätte man diese Art der Lösung dem Mindestmengenproblem zugrunde gelegt, anstelle der gewählten Verrechtlichung, hätte man den größten Teil der sich jetzt abzeichnenden, vorhersehbaren und teilweise nicht lösbaren, Schwierigkeiten vermeiden können.

Über den Verfasser

Geboren am 2.4.1940 in Gmunden/ Oberösterreich. Nach dem Studium der Rechtswissenschaften tätig in der Industrie und in der Sozialversicherung (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt Linz). Von 1971 bis 1979 wissenschaftlicher Berater und Gutachter beim Deutschen Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf, Institut in Zusammenarbeit mit der Universität Düsseldorf.

Seit 1979 Referatsleiter für Krankenhausplanung, -finanzierung und -bauplanung sowie ärztliche Weiterbildungsstätten im Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, Leitender Ministerialrat, Lehrbeauftragter der Medizinischen Hochschule Hannover, Vorsitzender des Großgeräteausschusses für Niedersachsen (1989 bis 1997), Mitglied des Krankenhausausschusses der obersten Landesgesundheitsbehörden und Mitglied im deutschsprachigen Arbeitskreis für Krankenhaushygiene.

Zahlreiche Veröffentlichungen über Krankenhausfinanzierung und -planung, die Abstimmung medizinisch-technischer Großgeräte, die künftige Rolle der medizinischen Rehabilitation, bundesweite jährliche Berichte über Versorgungsstrukturen, wie z. B. der Kardiologie/Herzchirurgie, der Radioonkologie und der Nuklearmedizinischen Therapie.

Zwei Bücher: „Planungsanspruch und Planungswirklichkeit im Gesundheitswesen“ (1978) und „Dauerpatient Krankenhaus“(1989). Mitarbeit an der „Studie über die Entwicklung des österreichischen Krankenhauswesens bis zum Jahre 2010“, erstellt von der VAMED ENGINEERING-Krankenhausplanungs- und Errichtungsgesellschaft m.b.H., Wien (1988). Stellungnahme zum „Oberösterreichischen Krankenanstaltenplan 1990“.

Erarbeitung der Grundlagen für die Krankenhausplanung, die Standortplanung medizinisch-technischer Großgeräte und die Investitionsplanung des Landes Sachsen-Anhalt (1991) und des Landes Thüringen (1992).

Flächendeckende Strukturgespräche in Niedersachsen über die ambulanten, teilstationären und stationären Angebotsstrukturen (Praxen, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeeinrichtungen) in Niedersachsen (1995), Umsetzung von flächendeckenden integrierten Versorgungskonzepten für Geriatrie, Schwer-Schädel-Hirnverletzte und Herzchirurgie.

Ausbau der sektorenübergreifenden Kooperationen zwischen den verschiedenen Leistungssektoren in Form der kooperativen Regionalisierung durch Regionalverbände und Managements GmbH's.

© Dr. Ernst Bruckenberger
Lehrbeauftragter der Medizinischen
Hochschule Hannover
Hitzackerweg 1a
30625 Hannover

Telefon und Fax:
privat:
Telefon: 0049/511-574553
Fax: 0049/511-574553
Email: ernst@bruckenberger.de
Internet: www.bruckenberger.de



25.3.2003