

Dr. Karl Blum/Dr. Matthias Offermanns

Umverteilungswirkungen der Mindestmengenregelung

Repräsentativerhebung des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI)

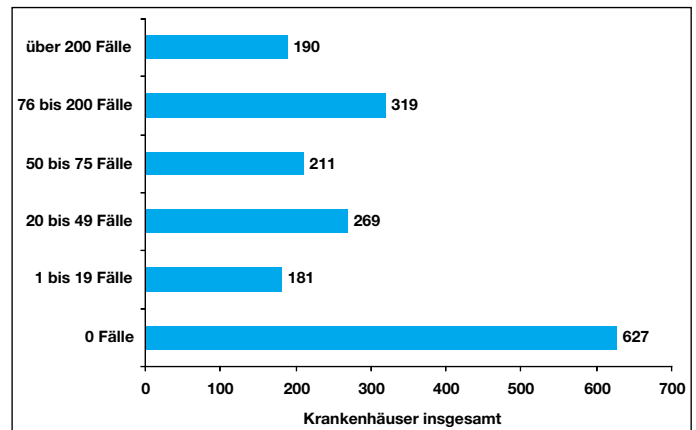
Die GKV-Spitzenverbände haben im Gemeinsamen Bundesausschuss die Aufnahme von 5 weiteren Leistungsbereichen in den Mindestmengenkatalog gemäß § 137 Absatz 1 SGB V beantragt und hierfür konkrete Mindestmengen vorgeschlagen. Auf Anregung der DKG hat das DKI im Rahmen seiner Untersuchungsreihe „Krankenhaus Trends“ ermittelt, welche Auswirkungen die entsprechenden Mindestmengen vorgaben auf die stationären Versorgungsstrukturen und mögliche Patientenwanderungen haben würden.

An der Krankenhauserhebung des DKI, in der die Fallzahlen der 5 Leistungskomplexe für das Jahr 2003 erfasst wurden, beteiligten sich 471 Krankenhäuser (Rücklaufquote: 46,2 Prozent). Die Ergebnisse sind repräsentativ für die nach § 108 SGB V zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland.

Nachfolgend sind wesentliche Ergebnisse für 4 Leistungsbereiche zusammengefasst. Für den fünften Leistungsbereich – die Behandlung von Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht – waren die Ergebnisse aufgrund unvollständiger Leistungsschlüssel im Antrag der Kostenträger, welche der Erhebung zugrunde lagen, letztlich nicht verwertbar. Eine ausführliche Ergebnisdarstellung der „Krankenhaus Trends“ zu den Mindestmengen ist auf der Homepage des DKI verfügbar (www.dki.de unter Downloads).

Ausdrücklich sei betont, dass bei der Fertigstellung der „Krankenhaus Trends“ der Gemeinsame Bundesausschuss noch keine Entscheidungen zu den entsprechenden Leistungsbereichen gefällt hatte! Die folgenden Aus-

Abbildung 1: Verteilung von Knie-TEP nach Krankenhäusern



wertungen basieren insofern lediglich auf den Mindestmengen vorgeschlägen der Kostenträger.

Kniegelenk-Totalendoprothesen (OPS-301: 5-822.1[2,3,4,6,7,9])

Für Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP) schlugen die Kostenträger eine Mindestmenge von 20 Eingriffen pro Krankenhaus und Jahr vor – mit der zusätzlichen Option, diese jährlich um 10 Eingriffe bis zu einer Mindestmenge von 50 Knie-TEP pro Krankenhaus und Jahr steigen zu lassen. Dementsprechend gehen die folgenden Analysen von 2 Mindestmengen szenarien aus.

Abbildung 1 zeigt die Verteilung unterschiedlicher Leistungsmengen von Knie-TEP auf die Krankenhäuser. 627 Häuser (34,9 Prozent) erbringen überhaupt keine Knie-TEP. In 181 Häusern mit entsprechender Leistung (10,1 Prozent) liegt die Anzahl der Knie-TEP unterhalb des Mindestmen-



Ich brauche eine OP-Management-Software, bei der ich sofort sehe, wie die aktuelle Auslastung ist.

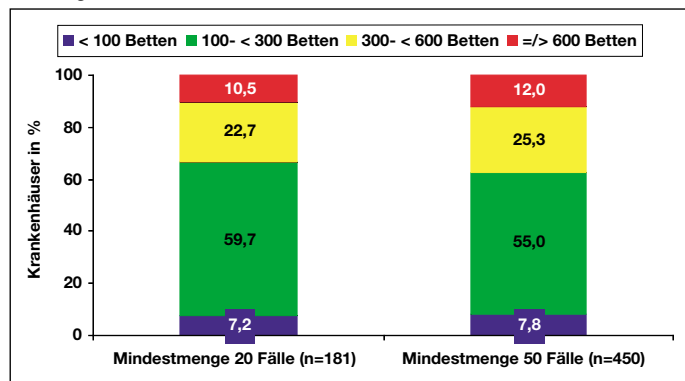
Dr. Martin Prüßmann,
Oberarzt der Anästhesiologie im UK S-H
Campus Lübeck (OP-Koordinator)



Die Kunden-Versteher.

c.a.r.u.s. HMS GmbH | fon +49. (0)40. 514 35-0
contact.health@carus-it.com | www.carus-it.com/health/

Abbildung 2: Ausgeschlossene Krankenhäuser bei Knie-TEP nach Bettengrößenklassen in Prozent



genvorschlags von 20 Eingriffen pro Krankenhaus und Jahr. Weitere 269 Häuser (15 Prozent) erbringen die Leistung in einem Volumen von 20 bis 49 Eingriffen. In relativer Nähe (50 bis 75 Fälle) zum kritischen Mindestmengenwert liegen immerhin noch 211 Häuser (11,7 Prozent).

- Bei einer Mindestmenge von 20 Knie-TEP würden 181 Häuser, welche bislang diese Leistung erbringen, also künftig von der entsprechenden Versorgung ausgeschlossen. Das entspricht 10,1 Prozent der Krankenhäuser insgesamt bzw. 15,5 Prozent der Häuser mit Knie-TEP.
- Bei einer Mindestmenge von 50 Knie-TEP würde sich die entsprechende Anzahl ausgeschlossener Krankenhäuser bundesweit auf 450 Einrichtungen erhöhen. Das sind 25,1 Prozent aller Häuser und immerhin 38,5 der Einrichtungen mit Knie-TEP.

Mehr als die Hälfte der ausgeschlossenen Kliniken entfällt auf kleinere Häuser zwischen 100 und 300 Betten, also Krankenhäuser, die primär der Grund- und Regelversorgung zuzuordnen sind. Vor diesem Hintergrund würde die Mindestmengenregelung zwangsläufig zu Einschränkungen in der flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung sowie zu weniger Wahlfreiheit von Patienten und Einweisern führen. Rund ein Viertel der ausgeschlossenen Häuser würde auf die Kategorie 300 bis < 600 Betten entfallen und jeweils ca. 10 Prozent auf sehr kleine und sehr große Häuser (Abbildung 2).

Berücksichtigt man nur die Häuser, die bereits heute Knie-TEP erbringen, dann hätte die Mindestmengenregelung die in Abbildung 3 gezeigten Auswirkungen auf die einzelnen Bettengrößenklassen.

Abbildung 3: Ausgeschlossene Krankenhäuser mit Knie-TEP je Bettengrößenklasse in Prozent

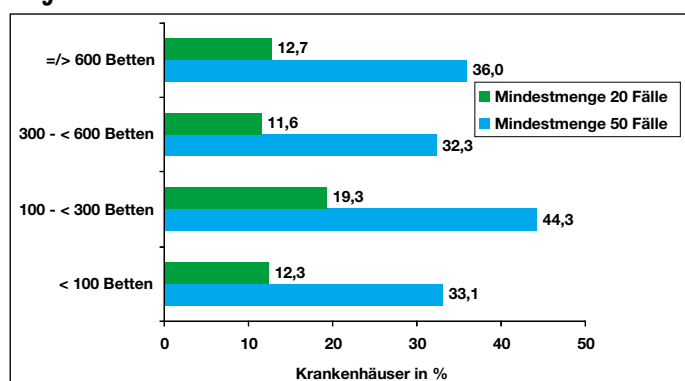
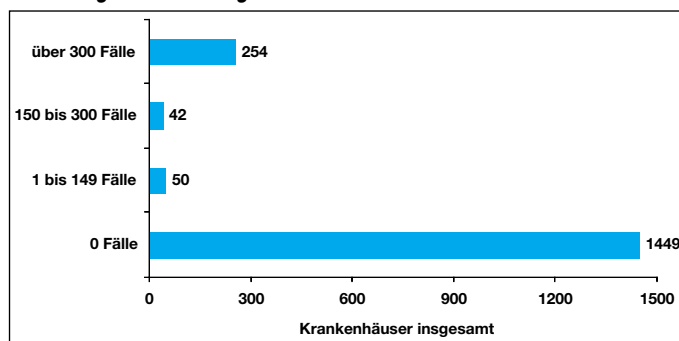


Abbildung 4: Verteilung von PTCA nach Krankenhäusern



- Bei einer Mindestmenge von 20 Fällen müssten von den Häusern, die derzeit noch diese Leistung erbringen, in der Bettengrößenklasse 100 bis <300 Betten fast 20 Prozent der Häuser aus der entsprechenden Leistungserbringung ausscheiden. In den übrigen Kategorien wären es jeweils rund 12 Prozent der Einrichtungen.

- Bei einer Mindestmenge von 50 Fällen wären in der Bettengrößenklasse 100 bis <300 Betten 44,3 Prozent, also fast jedes zweite Haus, nicht mehr an der Versorgung für Knie-TEP beteiligt. In den anderen Klassen wäre es jeweils rund ein Drittel aller Häuser, die heute noch Knie-TEP erbringen.

Eine weitergehende Regionalanalyse zeigt, dass die Mindestmengenregelung insbesondere zu Lasten ländlich strukturierter Kreise gehen würde: Demnach würden bei einer Mindestmenge von 50 Knie-TEP in ländlichen Kreisen durchschnittlich die Hälfte bis 2 Drittel der Häuser mit Knie-TEP aus der Versorgung ausscheiden.

Über das Ausmaß der mit der Mindestmengenregelung bei Knie-TEP potenziell verbundenen Patientenwanderungen informiert die Analyse der Fallumverteilungen:

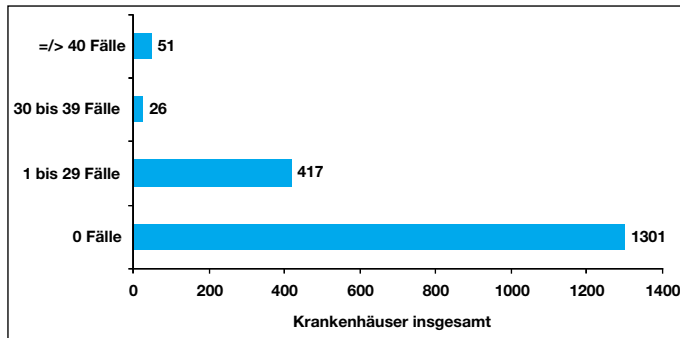
- Demnach würden bei einer Mindestmenge von 20 Knie-TEP 1,1 Prozent der Fälle mit entsprechender Indikation zugunsten von Häusern umverteilt, welche diese Mindestmengenvorgabe erfüllen.
- Bei einer Mindestmenge von 50 Knie-TEP läge das Umverteilungsvolumen schon bei 8,1 Prozent aller Fälle mit Knie-TEP.
- Differenziert nach Krankenhausgröße wären in der Bettengrößenklasse 100 bis <300 Betten mit 10,5 Prozent die stärksten Umverteilungseffekte zu erwarten. Unter regionalen Gesichtspunkten weisen abermals die ländlichen Räume die größten Umverteilungseffekte auf. Hier müssten 9,4 Prozent der Fälle mit Knie-TEP in anderen Krankenhäusern erbracht werden als bislang.

Percutane transluminale Coronarangioplastien (PTCA) (OPS-301: 8-837.0)

Die von den Kostenträgern vorgeschlagene Mindestmenge für Percutane transluminale Coronarangioplastien (PTCA) beträgt 150 Fälle pro Krankenhaus und Jahr.

1 449 Krankenhäuser, also gut 80 Prozent aller zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser, wären hier von der Mindestmengenregelung nicht betroffen, weil sie keine PTCA er-

Abbildung 5: Verteilung der Bauchaortenaneurysma-OP nach Krankenhäusern



bringen (Abbildung 4). Sofern PTCA überhaupt durchgeführt werden, liegen die Fallzahlen überwiegend deutlich oberhalb des Mindestmenvorschlags. 254 Kliniken und damit knapp 3 Viertel der Häuser mit dieser Leistung erbringen mehr als 300 PTCA pro Jahr. Selbst die Anzahl der Häuser in relativer Nähe zum kritischen Wert (150 bis 300 Fälle) ist mit 42 Einrichtungen vergleichsweise gering.

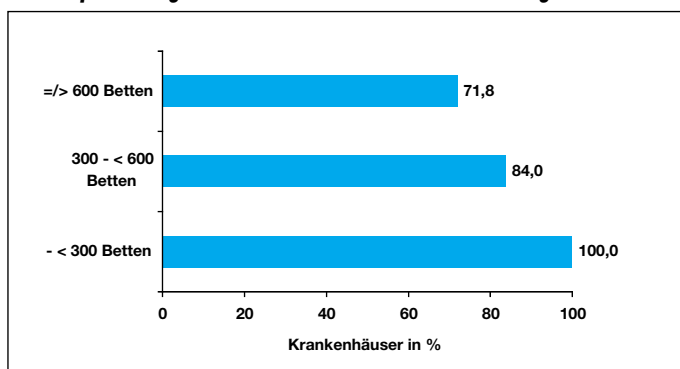
- Bei einem Mindestmenvorschlag von 150 Fällen würden insgesamt 50 Häuser aus der Versorgung ausscheiden. Das sind 2,8 Prozent aller Häuser bzw. 14,5 Prozent der Häuser mit PTCA.
- Auf diese Häuser entfallen 1 Prozent aller Fälle mit PTCA. Infolge der Mindestmengenregelung müssten also in dieser Größenordnung Patienten in anderen Krankenhäusern als bislang behandelt werden.

Elektive Operationen bei Bauchaortenaneurysma (OPS-301: 5-384.5-7)

Die seitens der Kostenträger in Vorschlag gebrachte Mindestmenge für elektive Operationen bei Bauchaortenaneurysma liegt bei 30 Fällen pro Krankenhaus und Jahr.

Die Leistungsart weist schon heute einen vergleichsweise hohen Zentralisierungsgrad auf (Abbildung 5). Denn in 1 301 Krankenhäusern (72,5 Prozent) wird die Leistung überhaupt nicht vorgehalten. 417 Häuser (23,2 Prozent) haben eine jährliche Fallzahl, die unterhalb des Mindestmenvorschlags liegt, wären also nicht mehr zur Leistungserbringung berechtigt. Lediglich 77 Häuser (4,3 Prozent) würden die Mindestmenge erreichen, wobei 26 Häu-

Abbildung 6: Ausgeschlossene Krankenhäuser mit Bauchaortenaneurysma-OP je Bettengrößenklasse in Prozent (Mindestmenge: 30 Fälle)



NEUAUFLAGE

Buchhaltung und Bilanzierung in Krankenhaus und Pflege

Finanzbuchführung mit EDV

Von JOACHIM KOCH

3., neu bearbeitete Auflage
2004, XVII, 408 Seiten, mit
zahlreichen Abbildungen und
Tabellen, mit Aufgaben und
Lösungen, € (D) 36,-/sfr. 62,-.
ISBN 3 503 07871 1



▼ Immer stärker wird das Gesundheitswesen wirtschaftlichem Denken unterzogen. Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen verlangt den Einsatz geeigneter Informations- und Dokumentationssysteme. Eine zentrale Basis bildet hierfür die Finanzbuchführung und Bilanzierung mit deren EDV-technischer Unterstützung.

▼ Diese Neuauflage liefert die grundlegenden Kenntnisse über die EDV-orientierte Finanzbuchhaltung und deren Einbindung in das Gesamtsystem des Rechnungswesens für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Die Vorschriften für nach KHG geförderte Krankenhäuser, Kur- und Rehabilitationskliniken, Pflegeinstitutionen u.ä. werden – einschließlich des IKR, KHBV- und PBV-Kontenrahmens – beachtet. Der Jahresabschluss nach Handels- und Steuerrecht sowie den Spezialgesetzen wird integriert. Abschlussbuchungen, Bilanzansatz, Bilanzbewertung, eine Einführung in die Methodik der Bilanzanalyse und die Beschreibung einer Anlagenverwaltung bilden die Schwerpunkte.

▼ Das Buch bezieht insbesondere die mit den Steuerreformen verbundenen Änderungen mit ein. Es ist für Praktiker sowie als Lehrbuch gleichermaßen einsetzbar. Praktikern vermittelt das umfangreiche Werk Grundlagen im Bereich der Finanzbuchhaltung mit EDV, der dazugehörigen Programmierung und IT-Organisation. Als Lehrbuch dient es der qualifizierten Aus- und Fortbildung sowie der Lehre an (Fach-)Hochschulen. Aufgaben und Lösungen vertiefen zuzüglich zahlreicher Abbildungen das Wissen. Die Lösungen zu den Aufgaben können beim Erich Schmidt Verlag online abgerufen werden.

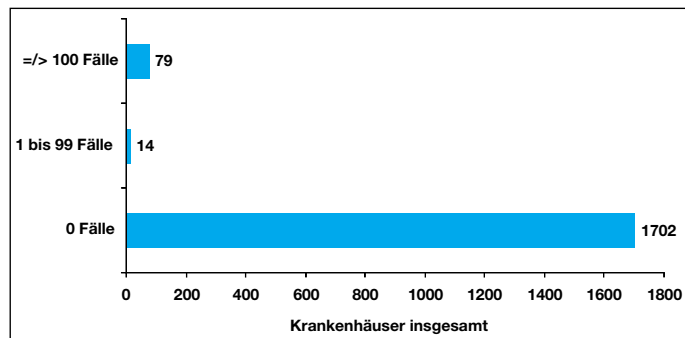
ERICH SCHMIDT VERLAG

Postf. 30 4240 • 10724 Berlin
Fax 030/25 00 85 - 275

www.ESV.info

E-Mail: ESV@ESVmedien.de

Abbildung 7: Verteilung von koronarchirurgischen Eingriffen nach Krankenhäusern



ser (1,4 Prozent) die Vorgabe nur relativ knapp überschreiten (30 bis 39 Fälle).

- Unter den Krankenhäusern mit elektiven Operationen bei Bauchaortenaneurysma würden bei einer Mindestmenge von 30 Fällen folglich 84,4 Prozent der Häuser aus der Versorgung ausscheiden.
- Die Mindestmengenregelung würde zu einer massiven Konzentration entsprechender Eingriffe in bundesweit nur noch ca. 75 Standorten mit sehr großem Einzugsgebiet führen.

Jedes kleinere Haus unter 300 Betten, das heute noch an der Versorgung beteiligt ist, würde künftig hier nicht mehr teilnehmen (Abbildung 6). Auch unter den größeren Häusern könnten 84,0 Prozent (300 bis <600 Betten) bzw. 71,8 Prozent (>= 600 Betten) diese Operationen nicht mehr durchführen. Weitergehende Regionalanalysen nach Kreistypen zeigen sogar, dass in fast allen ländlichen Kreisen 100 Prozent der heute noch beteiligten Krankenhäuser Bauchaortenaneurysmen nicht mehr operieren könnten.

Auf Patientenebene wären gleichfalls massive Umverteilungseffekte zu erwarten:

- Bei einer Mindestmenge von 30 Fällen müssten bundesweit 42,5 Prozent aller elektiven Operationen bei Bauchaortenaneurysma in anderen Krankenhäusern als bislang durchgeführt werden.
- Dabei müssten – analog zur Krankenhausebene – aus Häusern mit weniger als 300 Betten alle Patienten mit entsprechender Indikation umverteilt werden. In der mittleren Kategorie bis 600 Betten läge das Umverteilungsvolumen bei 45,9 Prozent und in großen Häusern ab 600 Betten noch bei 32,6 Prozent; also selbst hier wäre etwa jeder zweite bzw. dritte Patient betroffen.
- Differenzierte Regionalanalysen zeigen zudem, dass in fast allen ländlichen Kreisen die Fallumverteilungen bei 100 Prozent lägen. Demnach müssten hier nahezu alle Patienten mit entsprechender Indikation Krankenhäuser außerhalb ihres Kreises in Anspruch nehmen.

Koronarchirurgische Eingriffe (OPS-301: 5-361, 5-363)

Bei den erfassten koronarchirurgischen Eingriffen beläuft sich der Mindestmengenvorschlag der Kostenträger auf 100 Eingriffe pro Krankenhaus und Jahr. Wie aus der Ab-

bildung 7 ersichtlich, weisen diese Leistungen schon heute einen außerordentlich hohen Zentralisierungsgrad auf.

1 702 Krankenhäuser bzw. 94,8 Prozent führen überhaupt keine koronarchirurgischen Eingriffe durch. Lediglich 14 Kliniken und damit weniger als 1 Prozent erreichen die fragliche Mindestmenge nicht. Allerdings liegen die Fallzahlen hier durchweg deutlich unterhalb des Mindestmengenvorschlags, sind also unter allgemeinen Versorgungsaspekten von untergeordneter Bedeutung.¹⁾

Die koronarchirurgische Versorgung konzentriert sich mithin auf die 79 deutschen Herzzentren bzw. 4,4 Prozent der Krankenhäuser, die fast durchweg deutlich mehr als die vorgeschlagenen 100 Eingriffe pro Jahr erbringen.

Vor diesem Hintergrund sind die Umverteilungseffekte der Mindestmengenregelung sowohl auf der Krankenhausebene als auch auf der Patientenebene eher gering:

- Bei einer Mindestmenge von 100 koronarchirurgischen Eingriffen pro Krankenhaus und Jahr würde nur ca. ein Dutzend Häuser mit zudem zu vernachlässigenden Fallzahlen aus der Versorgung ausscheiden.
- Die Anzahl der umzuverteilenden Fälle läge bei etwa 0,1 Prozent. Nennenswerte Patientenwanderungen sind folglich nicht zu erwarten.

Insgesamt würde die Mindestmengenregelung bei koronarchirurgischen Eingriffen die heutigen Versorgungsstrukturen also festschreiben.

Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass die Mindestmengenregelung – je nach betrachtetem Leistungsbereich – höchst unterschiedliche Auswirkungen hat. Teilweise werden bestehende Versorgungsstrukturen festgeschrieben oder modifiziert; teilweise würde die Mindestmengenregelung zu massiven Umverteilungseffekten führen, entweder auf der Krankenhaus- oder der Patientenebene oder sogar auf beiden Ebenen. Eine differenzierte Betrachtung von Umverteilungswirkungen der Mindestmengenregelung nach Leistungsbereichen ist deswegen auch künftig angezeigt, um möglichen Einschränkungen in der flächendeckenden bzw. wohnortnahen Versorgung der Patienten vorbeugen zu können.

Anmerkungen

- 1) Da faktisch nur Herzzentren koronarchirurgische Eingriffe durchführen, dürfte es sich bei den übrigen Einrichtungen entweder um einzelne „Dependancen“ von Herzzentren handeln, die in der Krankenhausstatistik als eigenständige Betriebsstätten geführt sind, oder aber um Erfassungs- bzw. Dokumentationsfehler, Fremdleistungen im Rahmen einer Verbringung etc.

Anschrift der Verfasser:

Dr. Karl Blum/
Dr. Matthias Offermanns,
Deutsches Krankenhausinstitut e.V.,
Hansaallee 201,
40549 Düsseldorf ■