

## **Jenseits von Mindestmengen – Optimierte Versorgung über Kriterien der Strukturqualität und Effizienz**

*Kommentar 13.09.2012*

Rüdiger Strehl, Generalsekretär VUD

Es war das hoffnungsvollste Projekt der Gesundheitspolitik. Qualität und Effizienz schwieriger medizinischer Leistungen hatten als Thema der Krankenhauspolitik nur eine begrenzte Bedeutung. Da erschienen Mindestmengen als isolierte monokausale Erklärung für eine höhere Ergebnisqualität als Rettung: immun gegen politische und sonstige Einflussnahmen sowie einfach und eindeutig in der Handhabung.

Als Gesetz beschlossen hat sich dieses Konzept aber praktisch nicht durchsetzen können und sollte für die Zukunft so nicht weiterverfolgt werden. Die Mediziner selbst haben in einer Vielzahl von Studien mit uneinheitlichen Befunden dazu maßgeblich beigetragen. Die Justiz wird nun mit rechtlichen Erwägungen diesem Konzept ein Ende bereiten, bevor es überhaupt für die Leistungsplanung wirksam werden konnte. Verlierer sind neben den Patienten zunächst die verantwortlichen Gesetzgeber in Ministerien und Politik, aber auch der Gemeinsame Bundesausschuss. Sie alle hatten große Hoffnungen daran gesetzt, dass über Mindestmengen sinn- und überfällige Zentralisierungen und Konzentrationen etwa bei der kostenintensiven neonatologischen Versorgung Frühgeborener oder der operativen Behandlung von Brustkrebs durchgesetzt werden könnten.

Dies hatten Patientenorganisationen, Kostenträger, bestimmte Leistungsanbieter wie der VUD, und hochrangige Fachvertreter immer wieder gefordert, ohne dass sie bei den zuständigen Landessozialministern auf Verständnis und Handlungsbereitschaft gestoßen wären. Im planungsfreien Wettbewerb der Krankenhäuser hatte im Gegenteil das Preissystem der DRG hinreichende Anreize für neue Anbieter mit extrem kleinen Fallzahlen gegeben. Hinzu kamen strategische Erwägungen unterschiedlicher Art. Frühgeborene wurden versorgt, um Risikoschwangere in der eigenen Geburtshilfe zu halten. Virtuelle „Brustzentren“ wurden definiert, um durch die Addition der OP-Zahlen an zwei Standorten die Mindestmenge zu erreichen und das Leistungsangebot zu sichern. Wer nicht mitmachte, bekam Fälle anderer Fachdisziplinen aus den kleineren Krankenhäusern nicht mehr zugewiesen. Aufsicht über diese Fehlentwicklungen fand nicht statt. Örtliche Vertragspartner zeigten Verständnis und kniffen beide Augen zu.

Dies hätte man durch einen komplexeren Ansatz vermeiden können, bei dem auch Mindestmengen eine Rolle spielen, ohne dass sie in ihrer Erklärungs- und Bestimmungskraft überfordert werden. Soweit es um Einrichtungen wie die Intensivmedizin oder Neonatologie geht, müssen zunächst unabwiesbare strukturqualitative Anforderungen definiert werden. Hier ist an erster Stelle der Facharztstandard rund um die Uhr an allen Tagen zu nennen. Dies erfordert eine Mindestbesetzung von nahezu 7 Fachärzten in Präsenz und nicht Bereitschaft oder gar bloßer Rufbereitschaft. Ähnliche Faktoren sind das nichtärztliche

medizinische Fachpersonal, eine medizintechnische Fachbetreuung des Geräteparks sowie interdisziplinäre Verfügbarkeiten. Je nach durchschnittlicher Verweildauer wäre eine derart hochwertige Ressourcenausstattung zum Beispiel in der Neonatologie nur adäquat ausgelastet und damit effizient vertretbar zu betreiben, wenn mindestens 50 Fälle pro Jahr versorgt würden. Dies ist deutlich mehr, als die obsoleten bisherigen Empfehlungen des G-BA bisher vorsahen. Organisatorisch würde dies eine deutliche Reduktion der bisher 180 Leistungsanbieter zur Folge haben. Auch weil die Zahl der Fachkräfte sonst nicht ausreichend wäre. Damit würde über einen mehrdimensionalen Definitionssatz von **Struktur- und Ergebnisqualität, Mindestkapazität und Effizienz** auch die Bedeutung von **Mindestmengen** in einem neuen Zusammenhang erscheinen. Bessere Versorgung würde sich zusätzlich mit mehr Wirtschaftlichkeit paaren. Ein ähnliches Vorgehen bietet sich für bestimmte operative Eingriffe an. Hier müssen neben Strukturqualitätsvorgaben für die durchführende Einrichtung auch Mindestzahlen pro Operateur und Jahr normativ durch die verantwortliche Politik gesetzt werden.

Auch dieser sehr viel komplexere Ansatz wäre allerdings nicht vor Missbrauch gefeit. Deshalb sind strikte Regularien geboten, mit denen die Einhaltungskriterien von Strukturqualität und Effizienz überwacht werden können. Das beginnt mit Dokumentationspflichten der Leistungsanbieter, deren Auswertung und Überprüfung durch fachlich befähigte und autorisierte Stellen, sowie Berichtspflichten gegenüber den zuständigen Zulassungs- und Planungsbehörden.

Damit gewinnt eine qualitäts- und effizienzorientierte Zulassungs- und Planungspolitik wieder mehr Einfluss. Denn Wettbewerb als Steuerungsinstrument, teilweise unterstützt durch falsche Anreize und die Ausnützung von Umgehungsspielräumen, hat versagt.

Auftragnehmer für einen solchen Ansatz ist die Gesundheitspolitik von Bund und Ländern. Sie hätte damit die Gelegenheit, die richtigen Schlussfolgerungen aus dem verfehlten monokausalen Mindestmengenkonzept zu ziehen.