

In Zukunft einheitliche Rahmenvorgaben?

Die Instrumente des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes – einheitlicher Beitragssatz, Gesundheitsfonds, steigende Bundeszuschüsse usw. – werden nach Meinung des Autors zwangsläufig zu bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben für die stationäre Versorgung führen. Er zeigt am Beispiel der Versorgung der wesentlichen Herzkrankheiten die derzeit bestehenden deutlichen Versorgungsunterschiede auf.

Unterschiedliche Strukturen sind nicht schicksalhaft: Beispiel Herzkrankheiten

Die öffentlich zugängliche Transparenz über das Leistungsspektrum der Krankenhäuser hat in den letzten Jahren laufend zugenommen. Die wichtigsten Daten stehen über die Krankenhausstatistik, die Diagnosestatistik und die DRG-Statistik öffentlich zur Verfügung. Die jedermann zugänglichen strukturierten Qualitätsberichte für das Jahr 2006 geben demnächst nicht nur einen Einblick in das Leistungsspektrum und den Leistungsumfang der einzelnen Krankenhäuser, sondern erstmals auch Auskunft über die Krankenhaussterblichkeit bei bestimmten Operationen. Durch die Analyse der Wanderbewegungen

der Patienten (Wohnort und Behandlungsort sind bekannt) können auch die Versorgungsstrukturen der einzelnen Länder oder einzelner Regionen hinterfragt werden.

Die bisher diskutierten Finanzierungs- und Planungsansätze für die Zeit nach der Konvergenzphase sind nach wie vor überwiegend sektoral geprägt und tragen der systemimmanenten Entwicklung zur integrierten Versorgung nur unzureichend Rechnung. Vor allem werden die teilweise enormen Versorgungsunter-

schiede zwischen und in den einzelnen Ländern bei der Diskussion über den künftigen ordnungspolitischen Rahmen für die stationäre Krankenversorgung bisher nicht genügend berücksichtigt. Der vorgesehene morbiditätsorientierte Finanzausgleich wird dazu zwingen, die Ursachen für die nachweisbaren deutlichen Unterschiede bei der Morbidität und Mortalität zwischen den Ländern zu hinterfragen und nicht nur einfach finanziell auszugleichen. Die unterschiedlichen Werte in den einzelnen Ländern sind nicht schicksalhaft ►

vorgegeben, sondern werden durch Verhaltensweisen und Angebotsstrukturen beeinflusst.

Anfang vom Ende des bestehenden Systems

Die staatliche Festsetzung eines für alle Krankenkassen einheitlichen Beitragssatzes unabhängig von der Bedarfslage bedeutet de facto den Anfang vom Ende des bestehenden Versicherungssystems. Ab 2009 wird zudem ein Gesundheitsfonds eingeführt. Der außerdem vorgesehene, jährlich steigende Bundeszuschuss erzwingt auf Dauer bundeseinheitliche Rahmenvorgaben für die vollstationäre Krankenhausbehandlung auch zur Rechtfertigung der Verwendung öffentlicher Mittel. Die Sektor übergreifende Ausrichtung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bedeutet den Beginn dieser Entwicklung.



Dr. Ernst Bruckenberger

Der Ausbau der flächendeckenden integrierten Versorgung als Mittel einer zentralstaatlichen Einflussnahme auf die Gesundheitsversorgung relativiert immer stärker die bisher dominierende stationäre Versorgung und damit den Einfluss der Länder bei der originären Gestaltung der Krankenhausstruktur. Eine durchgehende Behandlungskette wird wich-

tiger als die sektoral geprägte Institution Krankenhaus. Die Träger integrierter Versorgungsstrukturen gewinnen Oberhand gegenüber reinen Krankenhausketten. Überdies wird strategisch die Beseitigung des pluralen Versicherungssystems (gesetzliche und private Vollversicherung) eingeleitet.

Nicht die Konvergenz, sondern der einheitliche Beitragssatz wird die künftige Rolle und Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenhäuser entscheidend beeinflussen. Der Gesundheitsfond eröffnet auch völlig neue Möglichkeiten für die vom Bundesgesundheitsministerium und anderen angestrebte Einführung der monetarischen Krankenhausfinanzierung. Ob die dadurch verstärkt gegebenen Möglichkeiten für eine zentralstaatliche Steuerung des Krankenhauseswesens allen, die dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zugestimmt haben, bewusst waren, soll hier nicht näher analysiert werden.

Wo, wie im sozialen Bereich, absolute Maßstäbe fehlen, ist bei manchen Gruppierungen die Neigung, unter dem Begriff „soziale Gerechtigkeit“, numerische Gleichheit bei den Versorgungsstrukturen zu schaffen, stark ausgeprägt. Für die Krankenhäuser bzw. die integrierten Leistungsanbieter ist es deshalb künftig von essentieller Bedeutung zu wissen, ob die Region in der man die eigenen Leistungen anbietet, durch ein Überangebot oder durch einen Mangel in diesem Leistungsbereich gekennzeichnet ist.

Umfangreicher Klärungsbedarf

Am Beispiel ausgewählter Herzkrankheiten (ischämische Herzkrankheiten, Klappenkrankheiten, Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz und angeborene Herzfehler) wird die unterschiedliche Versorgungssituation zwischen den Ländern, aber auch zwischen den kreisfreien Städten und Landkreisen, kurz analysiert und aufgezeigt, welcher umfangreicher Klärungsbedarf bei der Anpassung der Versorgungsstrukturen zu erwarten ist. Monokausale Beziehungsgeflechte sind jedenfalls nicht erkennbar.

Länderbezogene Versorgungsanalyse

Von einer auch nur in etwa gleichmäßigen Versorgungslandschaft für die ausgewählten Herzkrankheiten kann in Deutschland nicht gesprochen werden. Das Ausmaß der Abweichung der folgenden für die Analyse verwendeten wesentlichen Faktoren vom jeweiligen Bundesdurchschnittswert ist beachtlich.

So schwankt zwischen den einzelnen Ländern, gemessen am jeweiligen Bundesdurchschnittswert, die prozentuale Abweichung

- bei den vollstationären Fällen von -21,2% in Bremen bis +21,9% im Saarland,
- bei den Gestorbenen von -22,7% in Hamburg bis +17,3% in Sachsen-Anhalt,
- bei den Linksherzkatheter-Untersuchungen von -21,2% in Sachsen-Anhalt bis +36,7% in Hamburg,
- bei den PCI's (Percutane coronare Intervention) von -31,3% in Sachsen-Anhalt bis +32,6% in Berlin und
- bei den Herzoperationen von -16,4% in Sachsen bis +23,3% im Saarland.

Die altersbereinigten und wohnortbezogenen (d.h. nur für die jeweiligen „Landesbürger“) Vergleichswerte wurden jeweils pro 100.000 Einwohner ermittelt. Die verwendeten Daten beziehen sich, da bei einigen Faktoren die Werte des Jahres 2006 noch nicht vorliegen, der Vergleichbarkeit willen, ausnahmslos auf das Jahr 2005.

Bei einem Länderranking in Form einer Platzziffernrechnung (niedrigs-

Land	vollstationäre Fälle	Linksherzkatheter-Untersuchungen	PCI's	Herzoperationen	Gestorbene
Baden-Württemberg	-16,1	-7,5	0,6	-14,5	-12,6
Sachsen	-14,6	-10,0	-21,1	-16,4	9,4
Bremen	-21,2	0,7	-1,0	-3,1	-11,2
Rheinland-Pfalz	8,9	-8,7	-12,3	4,5	-2,7
Schleswig-Holstein	-10,6	-12,9	-8,6	13,5	-0,6
Bayern	-7,9	-4,5	-3,8	-12,6	2,8
Niedersachsen	-7,0	-6,6	-23,7	8,9	4,3
Sachsen-Anhalt	5,8	-21,2	-31,3	10,3	17,3
Berlin	10,6	-2,3	32,6	-4,0	-20,8
Thüringen	13,0	-1,3	-5,3	-5,8	12,2
Hessen	-0,4	0,9	24,0	2,2	-2,7
Hamburg	-19,9	36,7	32,0	22,1	-22,7
Nordrhein-Westfalen	14,2	14,7	7,9	8,2	1,9
Brandenburg	18,7	1,5	4,4	4,5	13,1
Mecklenburg-Vorpommern	13,1	11,2	12,4	9,8	15,9
Saarland	21,9	15,1	22,6	23,3	0,5

Über- und Unterschreitung ausgewählter Bundesdurchschnittswerte – Länderranking 2005.

Eigene Darstellung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes und des Herzberichtes 2006.

ter Wert = 1, höchster Wert = 16) schneiden, bezogen auf das Jahr 2005, die Länder Baden-Württemberg, gefolgt von Sachsen, Bremen und Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Bayern am besten und das Saarland, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Nordrhein-Westfalen am ungünstigsten ab (Tabelle).

Kreisbezogene Versorgungsanalyse für den akuten Myokardinfarkt

In der folgenden Analyse wird beispielhaft untersucht, ob in Kreisen mit einer vergleichsweise niedrigeren Sterbeziffer (Gestorbene pro 100.000 Einwohner) für den akuten Myokardinfarkt ein oder mehrere Linksherzkatheter-Messplätze betrieben werden.

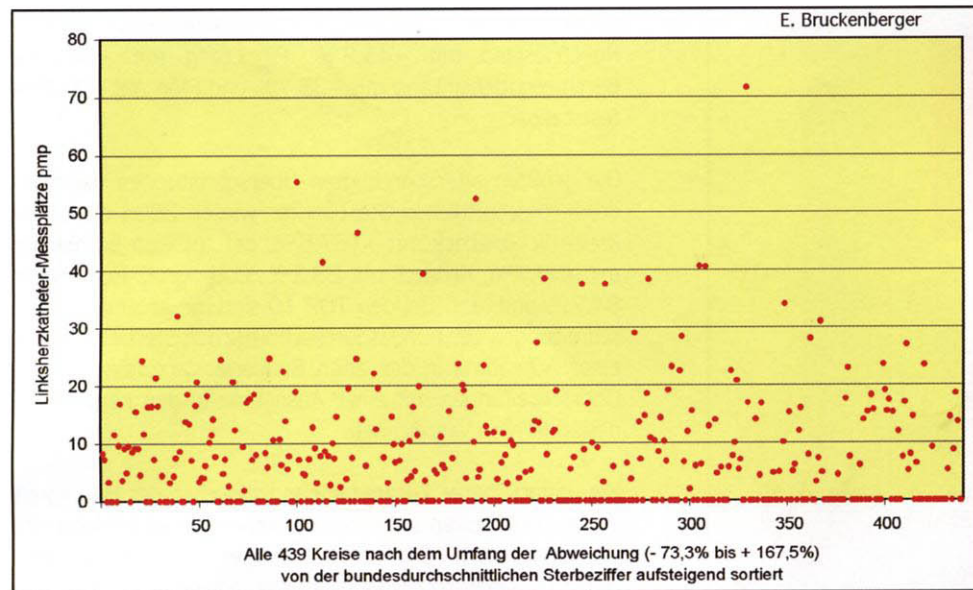
Von den 439 kreisfreien Städten und Landkreisen Deutschlands verfügten 193 bzw. 44,0% im Jahr 2005 über keinen Linksherzkatheter-Messplatz, an dem eine sofortige wohnortnahe Behandlung eines Myokardinfarktes mit Hilfe einer PCI möglich gewesen wäre. Tendenziell ist in diesen Kreisen die Entfernung zum nächsten Linksherzkatheter-Messplatz größer als in den Kreisen mit einem Linksherzkatheter-Messplatz.

Für den Kreisvergleich der Sterbeziffer wurde die jeweilige altersbereinigte Über- oder Unterschreitung der bundesdurchschnittlichen Sterbeziffer des akuten Myokardinfarktes für alle Kreise ermittelt. In 141 Kreisen wurde 2005 der Bundesdurchschnittswert von 74,1 um 0,0% bis 25,0% und in 97 Kreisen um 25,0% bis 167,5% überschritten. In 36 Kreisen wurde der Bun-

desdurchschnittswert um 25,0% bis 73,3% und in 165 Kreisen um 0,0% bis 25% unterschritten.

Ein offensichtlicher Zusammenhang zwischen der Gerätedichte an Linksherzkatheter-Messplätzen pro 1 Mio. Einwohner (pmp) und der altersbereinigten Über- oder Unterschreitung der bundesdurchschnittlichen Sterbeziffer für den akuten Myokardinfarkt in den Kreisen ist nicht ersichtlich (Abbildung). Die Ursachen für die altersbereinigten Über- oder Unterschreitungen der bundesdurchschnittlichen Sterbeziffer zwischen den einzelnen Kreisen sind, wie nicht anders zu erwarten, vielfältiger Natur. Das Argument für den öfter behaupteten Zusammenhang zwischen Angebot und Sterbeziffer für die Notwendigkeit der Anschaffung eines Linksherzkatheter-Messplatzes ist offensichtlich nur bedingt beweisbar und sollte im konkreten Einzelfall sorgfältig überprüft werden.

Die Gegenüberstellung der zehn Kreise mit der jeweils größten altersbereinigten Abweichung von der bundesdurchschnittlichen Sterbeziffer des akuten Myokardinfarktes (positive und negative TOP 10) und der Gerätedichte an Linksherzkatheter-Messplätzen ergibt beispielsweise, dass sehr hohe Abwei-



Zusammenhang von Gerätedichte an Linksherzkatheter-Messplätzen und Sterbeziffer – 2005.

Eigene Darstellung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes und des Herzberichtes 2006.

Der 19. Herzbericht erscheint dieser Tage. Er enthält die bisher umfangreichste Sektor übergreifende Versorgungsanalyse zur Kardiologie und Herzchirurgie in Deutschland für das Jahr 2006. Schwerpunkte sind dieses Mal die Diskussion um Perkutane Intervention oder Bypass-Operation und ein Länderranking zur Versorgung der Herzkrankheiten. Der Bericht enthält auch eine deutschlandweite, kreisbezogene Analyse zur regionalen Sterblichkeit des akuten Myokard-infarktes – spannende Lektüre!

Zu bestellen unter: info@bruckenberger.de

chungen vom Bundesdurchschnittswert der Sterbeziffer sowohl in Kreisen mit als auch in Kreisen ohne Linksherzkatheter-Messplatz zu verzeichnen sind. Die größten altersbereinigten Unterschreitungen der bundesdurchschnittlichen Sterbeziffer waren 2005 mit -73,3% in Berlin, gefolgt von den Landkreisen Dithmarschen mit -57,1%, Nordfriesland mit -45,8%, Pinneberg mit -40,4%, Berchtesgadener Land mit -38,7% und Plön mit -38,0% feststellbar.

Die größten altersbereinigten Überschreitungen der bundesdurchschnittlichen Sterbeziffer wiesen 2005 die Landkreise Schönebeck mit +167,5%, gefolgt vom Bördekreis mit +89,7%, Kronach mit 88,2%, Ostprignitz-Ruppin mit 84,7% und, auf. Bei den TOP 10 sind die größten Unterschreitungen der bundesdurchschnittlichen Sterbeziffer mit einer Ausnahme in den alten Bundesländern, die größten Überschreitungen mit einer Ausnahme in den neuen Bundesländern zu verzeichnen.

Ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der in den Kreisen mit einem Linksherzkatheter-Messplatz durchgeführten PCI's pro Einwohner und der altersbereinigten Über- oder Unterschreitung der bundesdurchschnittlichen Sterbeziffer in diesen Kreisen ist ebenfalls nicht nachweisbar. Von den 69 Kreisen in denen eines oder mehrere der 80 herzchirurgischen Zentren betrieben werden, weisen 40 bzw. 58% eine unterdurchschnittliche und 29 bzw. 42% eine überdurchschnittliche Sterbeziffer auf. ■

Dr. Ernst Bruckenberger
Hitzackerweg 19
30625 Hannover
www.bruckenberger.de