

DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

Auswirkungen der DMP Brustkrebs auf die Krankenhäuser

- Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI)

im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) -

Dr. Karl Blum
Dr. Matthias Offermanns

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Institut in Zusammenarbeit mit der
Universität Düsseldorf
Hansaallee 201
40549 Düsseldorf

Düsseldorf, im August 2006

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
Zusammenfassung	5
1 Einleitung	9
1.1 Grundlagen der DMP Brustkrebs	9
1.2 Forschungsziele	12
1.3 Analyse der Rahmenvereinbarungen	13
2 Methodik	18
2.1 Stichproben und Rücklauf	18
2.2 Erhebungsinstrumente	19
2.3 Ablauf der Erhebung	20
3 Vergleich von DMP- und Nicht-DMP-Krankenhäusern	21
3.1 Bettenzahlen des Krankenhauses	21
3.2 Bettenzahlen in der Gynäkologie	22
3.3 Arztzahlen	23
3.4 Anzahl der Pflegekräfte	24
3.5 Fallzahlen in der Gynäkologie	25
3.6 Fälle mit der Hauptdiagnose Brustkrebs	26
3.7 Fälle mit Mamma-Operationen	28
3.8 Ambulante Therapien	30
3.9 Fallzahlentwicklung	32
3.10 Schwerpunkt „Hämatologie und internistische Onkologie“	33
3.11 Onkologischer Schwerpunkt laut Krankenhausplan	34
3.12 Zertifikat als Brust- oder Tumorzentrum	35
3.13 Fazit	36
4 Ambulante Versorgung von DMP-Patienten	39
4.1 DMP-Krankenhäuser mit ambulanter Behandlung	39
4.2 Arbeitsteilung zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Arzt	40
4.3 Ambulante Nachsorge durch das Krankenhaus	41

4.4	Art der Ermächtigung	43
4.5	Ambulante Behandlung nach § 116 b Abs. 1 SGB V	44
5	Mindestmengen im DMP Brustkrebs	46
5.1	Mindestmengen laut Rahmenvereinbarungen	46
5.2	Mindestmengen pro Krankenhaus laut DMP-Vertrag	49
5.3	Mindestmengen pro Operateur laut DMP-Vertrag	50
5.4	Erreichen der Mindestmengen je Krankenhaus	50
5.5	Erreichen der Mindestmenge je Operateur	53
5.6	Kooperationen zum Erreichen von Mindestmengen	55
6	Organisation der DMP Brustkrebs im Krankenhaus	56
6.1	Vertragliche Grundlagen	56
6.2	Zuständigkeit für die Einschreibung	56
6.3	Anzahl der eingeschriebenen DMP-Patientinnen	57
6.4	Vereinbarung höherer Fallzahlen	59
6.5	Behandlungskoordination im DMP	59
6.6	Kooperationen mit anderen Krankenhäusern	61
6.7	Entfernung zwischen kooperierenden Krankenhäusern	62
6.8	Arbeitsteilung zwischen den Krankenhäusern	63
7	Erfahrungen mit den DMP Brustkrebs	65
7.1	Gründe für die DMP-Teilnahme	65
7.2	Zusätzliche Investitionen durch DMP	67
7.3	Zuweisungen von DMP-Vertragsärzten	67
7.4	Erwartung höherer Fallzahlen	70
7.5	Einführung/Veränderung schriftlich fixierter Behandlungspfade	71
7.6	Änderungen in der Versorgung	71
7.7	Zufriedenheit mit den DMP Brustkrebs	74
8	Auswirkungen auf Nicht-DMP-Krankenhäuser	77
8.1	Gründe für die Nicht-Teilnahme am DMP	77
8.2	Änderungen im Einweisungsverhalten	79
8.3	Folgen der Nicht-Teilnahme	81
8.4	Beabsichtigte Maßnahmen	83

8.5	Entfernung zum nächstgelegenen DMP-Krankenhaus	84
9	Diskussion – Steuerungswirkungen der DMP Brustkrebs	86
9.1	Umsetzung der DMP Brustkrebs im Krankenhaus	86
9.2	Anspruch und Wirklichkeit von Mindestmengen	88
9.3	Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung	89
9.4	Auswirkungen auf die Versorgungsqualität	91
9.5	Empfehlungen	93

Zusammenfassung

Hintergrund und Methodik

Im Jahre 2002 wurden die gesetzlichen Grundlagen für die Einführung von sog. „Strukturierter Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten“ oder Disease Management Programmen (DMP) geschaffen. Die DMP sollen den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker gezielt verbessern. Über die DMP sollen insbesondere eine systematische Kooperation der Leistungserbringer, eine dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechende Versorgung und eine aktive Mitarbeit der Patienten an der Behandlung erreicht werden.

Allgemeine Grundlage für die DMP bilden die §§ 137 f und g SGB V, die das Procedere für die Entwicklung und Zulassung der DMP enthalten. Auf Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses sind die konkreten Anforderungen an die DMP in den Anlagen zur Risikostruktur-Ausgleichsverordnung festgelegt. Zur Durchführung der DMP schließen die Landesverbände der Krankenkassen zwei- oder dreiseitige Verträge mit den Landeskrankenhausesgesellschaften bzw. den Kassenärztlichen Vereinigungen. Darüber hinaus sind Verträge des Krankenhauses mit den Kostenträgern zur Teilnahme am DMP erforderlich. Für die Versicherten ist die Teilnahme am Programm freiwillig.

Auswirkungen der Programme im Krankenhausbereich sind am ehesten beim DMP Brustkrebs zu erwarten bzw. zu analysieren, weil hier ein Großteil der Behandlung im Krankenhaus erfolgt. Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) beauftragt, eine erste Bestandsaufnahme zur Umsetzung der DMP Brustkrebs im Krankenhaus vorzunehmen. Zu diesem Zweck sollten im Rahmen von zwei Repräsentativbefragungen Strukturen und Entwicklungen in DMP-Kliniken und Nicht-DMP-Krankenhäusern und somit erste Auswirkungen der DMP Brustkrebs auf die stationäre Versorgung insgesamt ermittelt werden.

Umsetzung der DMP Brustkrebs

Bundesweit beteiligen sich rund 400 Krankenhäuser am DMP Brustkrebs (Stand: Jahresmitte 2005), womit die große Teilnahmebereitschaft der Krankenhäuser belegt wird. Verglichen mit den nicht teilnehmenden Einrichtungen sind DMP-Krankenhäuser überproportional häufig als Brust- oder Tumorzentrum zertifiziert bzw. im Krankenhausplan als onkologischer Schwerpunkt ausgewiesen. Gemessen an Betten-, Fall- oder Personalzahlen sind größere Häuser bzw. Fachabteilungen im DMP Brustkrebs deutlich überrepräsentiert. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass größere Einrichtungen die Teilnahmevoraussetzungen der DMP eher als andere erfüllen.

Bislang haben die DMP in den Krankenhäusern hinsichtlich Umfang, Inhalt und Ablauf des Versorgungsgeschehens kaum Veränderungen bewirkt. Der Anteil der DMP-Patienten an den vollstationären Brustkrebspatientinnen fällt mit rund einem Viertel eher gering aus, u.a. weil die Einschreibung in das DMP schwerpunktmäßig beim niedergelassenen Arzt im Rahmen der ambulanten Nachsorge erfolgt. Auch die Behandlungskoordination für die Patienten im DMP obliegt eher dem DMP-Vertragsarzt. In den DMP-Häusern sind die Fallzahlen bei Patientinnen mit Mamma-Karzinom nahezu konstant geblieben. Infolge der DMP haben erst relativ wenige Krankenhäuser neue Einweiser hinzugewonnen.

Auf die nicht teilnehmenden Krankenhäuser haben die DMP Brustkrebs bislang eher moderate Auswirkungen. Die entsprechenden Fallzahlen bleiben – zumindest im statistischen

Durchschnitt – nahezu konstant. Für die Zukunft erwartet indes die Hälfte der Nicht-DMP-Häuser weitere Rückgänge und ein Drittel sogar einen Ausstieg aus der Brustkrebsversorgung. Gleichwohl will die Mehrzahl der nicht am DMP Brustkrebs teilnehmenden Häuser sich am Markt behaupten. Eine Bedrohung für die gynäkologischen Abteilungen nicht am Programm teilnehmender Krankenhäuser stellen die Programme bislang nicht dar.

Der Abschluss von DMP-Verträgen durch die Kostenträger ist nur bedingt transparent, insofern sich Nicht-DMP-Krankenhäuser strukturell teilweise nicht von teilnehmenden Einrichtungen unterscheiden. Dadurch verliert die Unterscheidung von DMP- und Nicht-DMP-Häusern an Trennschärfe bzw. die Zulassung zum DMP an Nachvollziehbarkeit.

Ambulante Behandlung im DMP Brustkrebs

Durch die DMP soll die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung verbessert werden. Bei der Indikation Brustkrebs besteht in diesem Zusammenhang die Besonderheit, dass hier viele ambulante Behandlungsmaßnahmen bereits traditionell im Krankenhaus erbracht werden. So behandeln etwa drei Viertel aller DMP-Krankenhäuser Patientinnen mit Mamma-Karzinom auch ambulant.

Allerdings erfolgt die ambulante Behandlung hier in der Regel noch durch von den Zulassungsausschüssen persönlich ermächtigte Krankenhausärzte und nicht durch die Institution Krankenhaus. Dabei werden beim DMP Brustkrebs die Hauptbehandlungsleistungen schon heute im Krankenhaus erbracht. Das Programm ist folglich prädestiniert für die Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung durch das Institut Krankenhaus selbst.

Insgesamt scheinen die Möglichkeiten, die Krankenhäuser stärker an der ambulanten Leistungserbringung im Rahmen von DMP zu beteiligen, auch bei Brustkrebs noch nicht ausgeschöpft. Das gilt insbesondere für die ambulante Nachsorge, die bislang noch häufig im niedergelassenen Bereich erfolgt. Eine ambulante Nachsorge durch das Krankenhaus wäre nach Ansicht der überwältigenden Mehrheit der DMP-Kliniken nicht nur medizinisch und für die Patientenorientierung sinnvoll. Sie entspricht vielmehr auch dem ausdrücklichen Wunsch vieler Brustkrebspatientinnen.

Mindestmengen im DMP Brustkrebs

Ein Kernelement der DMP Brustkrebs bilden Mindestmenvorgaben für die zu erbringenden Leistungen. Diese Mindestmengen sind in den Verträgen zur Durchführung der DMP konsentiert und nicht vom Verordnungsgeber vorgegeben worden. Für eine qualitätsfördernde Wirkung dieser Mindestmengen gibt es bislang keine hinreichende wissenschaftliche Evidenz. Eine generell bessere Versorgungsqualität in Häusern mit größeren Leistungsmengen kann daher nicht unterstellt werden.

Laut Rahmenvereinbarungen auf Landesebene zwischen den Landesverbänden der Kassen und Landeskrankenhausesellschaften sind überwiegend 150 operative Eingriffe bei primärem Mamma-Karzinom pro Krankenhaus bzw. 50 entsprechende Eingriffe pro Operateur als Mindestmengen vorgegeben. In den DMP-Verträgen vor Ort werden die Mindestmenvorgaben weniger rigoros gehandhabt. So ist lediglich in knapp der Hälfte der entsprechenden DMP-Verträge zwischen Krankenhaus und Kostenträgern eine Mindestmenge von 150 Eingriffen pro Krankenhaus vorgesehen. Eine Mindestmenge von 50 Ersteingriffen für zumindest einen Operateur je Krankenhaus ist jedoch fast durchgängig in allen DMP-Verträgen festgelegt.

Faktisch erreichen selbst unter den DMP-Krankenhäusern nur rund 30% eine Anzahl von 150 Operationen pro Jahr. Damit wird diese Mindestmenvorgabe offensichtlich den Er-

fordernissen der Versorgungsrealität, insbesondere den Erfordernissen einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung von Brustkrebspatientinnen, nicht gerecht. Die Mindestmengenvorgaben pro Operateur sind dagegen deutlich besser umgesetzt. So haben ca. 80% der DMP-Krankenhäuser mindestens einen Operateur mit mindestens 50 Operationen bei primärem Mamma-Karzinom pro Jahr.

Bewertung der DMP Brustkrebs

Zum Erhebungszeitpunkt ist nur eine Minderheit von 15% der DMP-Krankenhäuser mit den DMP Brustkrebs zufrieden. Zum einen üben die DMP-Krankenhäuser detaillierte Kritik an der konkreten Umsetzung der DMP Brustkrebs. In diesem Zusammenhang werden insbesondere der bürokratische Aufwand, die Leistungsvergütung, unzureichende ambulante Behandlungsmöglichkeiten, zu wenig Einfluss auf die Behandlungscoordination und Kooperationsprobleme mit den Vertragsärzten kritisiert.

Zum anderen wird den DMP Brustkrebs grundsätzlich mangelnde Effektivität attestiert. Durch die Einführung der DMP Brustkrebs habe sich die Versorgung von Patientinnen mit Mamma-Karzinom nicht bzw. nicht wesentlich verändert oder verbessert.

Vergleicht man Anspruch und Wirklichkeit der DMP Brustkrebs, gelangt man zu einem eher skeptischen Fazit. Genuine Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen oder Versorgungsqualität lassen sich einstweilen kaum ausmachen. Im Wesentlichen wird der Status quo vor Einführung der DMP fortgeschrieben. Die meisten DMP-Krankenhäuser erfüllen die Teilnahmevoraussetzungen unabhängig vom DMP. Aufgrund des erreichten Versorgungsniveaus wurden daher kaum Änderungen bei diagnostischen, operativen und sonstigen therapeutischen Standards vorgenommen.

Darüber hinaus ist es bislang zu keiner erkennbaren Umleitung von Patientenströmen aus Nicht-DMP-Klinken in DMP-Häuser gekommen. In beiden Gruppen bleiben die entsprechenden Fallzahlen nahezu konstant. Schon aus statistischen Gründen können daher keine Verbesserungen der Patientenversorgung durch entsprechende Wanderungseffekte eingetreten sein.

Die Aussage, wonach die DMP Brustkrebs das Versorgungsgeschehen im Krankenhaus bislang kaum beeinflussen, erlaubt jedoch ausdrücklich keine Schlussfolgerungen hinsichtlich der Versorgungsqualität bei Brustkrebs insgesamt. Vorbehaltlich einer differenzierteren Qualitätsevaluation lässt sich lediglich postulieren, dass die DMP Brustkrebs bis jetzt allenfalls punktuelle Verbesserungen hervorgerufen haben, welche über das schon vorher erreichte Versorgungsniveau hinausgehen. Damit werden Sinn und Nutzen von DMP Brustkrebs bzw. entsprechender Ansätze nicht grundsätzlich in Frage gestellt. Änderungen in ihren Grundlagen sowie ihrer konkreten Ausgestaltung und Umsetzung scheinen gleichwohl angezeigt.

Empfehlungen

- *Die Zulassung der Krankenhäuser zum DMP seitens der Kostenträger bleibt intransparent. Deswegen sollte die Zulassungspraxis zum DMP in jedem Fall objektiviert werden.*
- *Zahlreiche DMP-Krankenhäuser erreichen nicht die Mindestmengenvorgabe von 150 Ersteingriffen. Offensichtlich wird diese Vorgabe den Erfordernissen der Versorgungsrealität, insbesondere den Erfordernissen einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung von Brustkrebspatientinnen, nicht gerecht. Vor diesem Hintergrund erscheint es angebracht, die Mindestmengenthematik im DMP Brustkrebs grundlegend zu überdenken.*

- *Prinzipiell sind die Krankenhäuser in der Lage, die ambulante und stationäre Versorgung von Brustkrebspatientinnen aus einer Hand zu organisieren. Die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten des Krankenhauses im DMP Brustkrebs wären daher weiter auszubauen, insbesondere bei der ambulanten Nachsorge. Dies entspricht auch dem Wunsch der Mehrzahl der Patientinnen.*
- *Der herausgehobenen Position des Krankenhauses in der Behandlungscoordination bei Brustkrebs sollte auch in den rechtlichen Grundlagen und der konkreten Ausgestaltung der DMP Brustkrebs stärker Rechnung getragen werden als bislang.*
- *Bislang sind vergleichsweise wenige Krankenhauspatienten mit entsprechender Indikation in die DMP Brustkrebs eingeschrieben. Eine stärkere Einbeziehung von Brustkrebspatientinnen in die DMP schon während der Behandlung im Krankenhaus wäre durch eine Förderung der Einschreibung im Krankenhaus zu erzielen.*
- *Der Detailkritik der Krankenhäuser am DMP Brustkrebs sollte Rechnung getragen werden (z.B. unzureichende Leistungsvergütung, nicht weit genug gehende ambulante Behandlungsmöglichkeiten, hoher Dokumentationsaufwand). Vor allem die Dokumentationsanforderungen im DMP sind deutlich zu reduzieren.*

1 Einleitung

1.1 Grundlagen der DMP Brustkrebs

Die Disease-Management-Programme (DMP) gehen auf einen Vorschlag des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zurück. Im Gutachten „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Über-, Unter- und Fehlversorgung“ schlugen die Gutachter eine Ergänzung des Risikostrukturausgleichs (RSA) um diese Programme vor.

Der Risikostrukturausgleich stellt einen Finanzausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen dar, um die historisch gewachsenen finanziellen Ungleichheiten aus der unterschiedlichen Versichertenstruktur auszugleichen. Für den Ausgleich spielte allerdings die Morbidität der Versicherten keine Rolle. Im Gegenteil. Aufgrund der bei chronisch Kranken anfallenden Kosten stellten diese für die Krankenkassen auch im Hinblick auf den Risikostrukturanteil ein „schlechtes“ Risiko dar. Um die Versorgung der chronisch Kranken zu verbessern und um den Krankenkassen einen Anreiz zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage dieser Versicherten zu geben, sollte auf Empfehlung des Sachverständigenrates der Risikostrukturausgleich dahingehend ergänzt werden, dass auch die Morbidität einen Bestimmungsfaktor für die Höhe des Finanzausgleichs darstellen sollte. Dazu sollten von den Krankenkassen Disease-Management-Projekte entwickelt werden, die „zur Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker von den Kassen für ausgewählte chronische Krankheiten (Rückenleiden, Diabetes, Hypertonie, KHK, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Asthma, Brustkrebs)“¹ beitragen sollten.

Durch das „Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ vom 10.12.2001, welches am 1.1.2002 in Kraft getreten ist, wurden die gesetzlichen Grundlagen für die Einführung von so genannten „Strukturieren Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten“ geschaffen. Dazu wurden in das SGB V die §§ 137f und 137g eingefügt, die das Procedere für die Entwicklung und Zulassung der Disease-Management-Programme enthalten. Für die Entwicklung der DMP ist demnach seit 2004 der Gemeinsame Bundesausschuss und für die Zulassung das Bundesversicherungsamt zuständig.

¹ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Über-, Unter- und Fehlversorgung, Band III, Bonn 2000/2001, S.40.

Eine Konkretisierung der Anforderungen an die Zulassung der beiden Strukturierten Behandlungsprogramme „Diabetes mellitus Typ 2“ und „Brustkrebs“ erfolgte durch die „Vierte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung“ vom 27.6.2002.

Schon im Januar 2003 verständigten sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen auf eine „Empfehlung zur Umsetzung der 4. RSAV-Änderung für die Einführung von Disease-Management-Programmen für Brustkrebs“ und drückten so ihren Willen aus, die Einführung dieser strukturierten Behandlungsprogramme aktiv zu fördern.

Einen Antrag auf Zulassung eines Strukturierten Behandlungsprogramms können Krankenkassen oder Verbände von Krankenkassen stellen. „Für die Durchführung der Behandlungsprogramme stehen alle im SGB V vorgesehenen Vertragsformen zur Verfügung.“²

Die Verbände der Krankenkassen haben für die Vertragsgestaltung i.d.R. die Möglichkeit zum Abschluss von zwei- oder dreiseitigen Verträgen mit den Landeskrankenhausgesellschaften und/oder den Kassenärztlichen Vereinigungen gewählt. Insofern stehen mittlerweile für die meisten Bundesländer Rahmenvereinbarungen auf Landesebene zur Verfügung.³

Zusätzlich zu den Rahmenvereinbarungen auf Landesebene sind Verträge mit Krankenhäusern zur Teilnahme am Disease-Management-Programm erforderlich, um eine Zulassung des Programms durch das Bundesversicherungsamt zu erhalten. Denn: „Bei strukturierten Behandlungsprogrammen für die Indikation Brustkrebs sind Krankenhausverträge bei der Erstzulassung nachzuweisen.“⁴

Die Zielsetzungen des DMP Brustkrebs sind in allen Rahmenvereinbarungen aufgeführt. So heißt es beispielsweise in der Rahmenvereinbarung für Westfalen-Lippe zwischen der dortigen Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen: „Die Ziele und Anforderungen an das Disease-Management-Programm sowie die medizinischen Grundlagen sind in der Risikostrukturausgleichsverordnung (im Folgenden RSAV genannt) in der jeweils aktuellen Fassung festgelegt. Entsprechend Anlage 3 der RSAV sollen folgende Ziele erreicht werden:

² Bundesversicherungsamt: Leitfaden für die Antragstellung zur Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme, Berlin, 30. August 2005, S.4.

³ Alle Rahmenvereinbarungen zum DMP Brustkrebs (inkl. Anlagen) sind verfügbar über www.aok-gesundheitspartner.de/bundesverband/programme/index.html

⁴ Bundesversicherungsamt: Leitfaden für die Antragstellung ..., a.a.O., S.5.

1. Die Patientinnen, bezogen auf ihren Krankheitsfall und unter angemessener Berücksichtigung ihres Lebensumfeldes, während des Behandlungsprozesses begleiten und sie durch gezielte, patientinnenorientierte, qualitativ gesicherte Informationen aufzuklären. Die Informationen sollen die Patientinnen in die Lage versetzen, selbst stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken,
2. Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen,
3. Verbesserung des operativen Standards, insbesondere im Hinblick auf eine nachhaltige Senkung der Anzahl der Brustamputationen durch Erhöhung des Anteils brusterhaltender Operationen,
4. Verbesserung der Standards der adjuvanten Therapie durch Anwendung der in ... dieser Vereinbarung geregelten Versorgungsinhalte,
5. Hilfestellung durch ein strukturiertes Begleitungs- und Beratungsangebot im psychosozialen Bereich, um Auswirkungen und Folgezustände im Zusammenhang mit der Krebserkrankung zu lindern, damit Patientinnen die individuell empfundene Gefährdung ihrer Gesundheit besser verarbeiten können,
6. eine umfassende Nachsorge, insbesondere im Hinblick auf die physische, psychische und psychosoziale Rehabilitation, unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der erkrankten Versicherten.“

Diese Ziele können nur erreicht werden, wenn eine Kooperation der Leistungserbringer in den verschiedenen Versorgungssektoren erfolgt. Demzufolge ist eine wichtige Voraussetzung für die Zulassung eines Disease-Management-Programms Brustkrebs eine interdisziplinäre, professionen- und sektorenübergreifende Betreuung der Patientinnen, wobei eine qualifizierte Behandlung über die gesamte Versorgungskette gewährleistet werden muss.⁵

Die Rahmenvereinbarungen gehen daher ausführlich auf die Kooperation zwischen niedergelassenen Vertragsärzten, Krankenhäusern und sonstige Leistungsanbieter ein. Rechte und Pflichten werden umfassend benannt.

Da eine qualifizierte Behandlung gefordert wird, wurden in den Rahmenvereinbarungen auch Voraussetzungen für die Teilnahme von Leistungserbringern am DMP Brustkrebs eingefügt. Diese betreffen Vorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Krankenhäuser.

⁵ Vgl. Vierte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung“ vom 27.6.2002, Anlage 3, Nummer 1.8.

Dazu zählen beispielsweise die Vorhaltung bestimmter Leistungen bzw. Leistungsbereiche, eine Mindestzahl von Erstoperationen für das Krankenhaus und den Operateur, Anforderungen an die fachliche Qualifikation des behandelnden Personals, die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien, Inhalte und Datenfluss der DMP-Dokumentation sowie die Vorgabe von Qualitätszielen und Qualitätsindikatoren.⁶

1.2 Forschungsziele

Krankenhäuser sind in unterschiedlichem Umfang in die verschiedenen DMP einbezogen. Auswirkungen der Programme im Krankenhausbereich sind am ehesten beim DMP Brustkrebs zu erwarten bzw. zu analysieren. Denn zum einen erfolgt ein Großteil der Brustkrebsbehandlung im Krankenhaus. Zum anderen werden die DMP Brustkrebs flächendeckend im Krankenhaus umgesetzt.

Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) beauftragt, eine erste Bestandsaufnahme zur Umsetzung der DMP Brustkrebs im Krankenhaus vorzunehmen. Zu diesem Zweck sollten im Rahmen von Repräsentativbefragungen Strukturen und Entwicklungen in DMP-Kliniken und Nicht-DMP-Krankenhäusern ermittelt und gegenübergestellt werden. Somit können erste Auswirkungen der DMP Brustkrebs auf die stationäre Versorgung insgesamt ermittelt werden. Im Rahmen des Projektes sollten insbesondere die folgenden Forschungsthemen behandelt werden:

- Strukturelle Unterschiede zwischen DMP- und Nicht-DMP-Krankenhäusern
- Entwicklung der Fallzahlen in den beiden Gruppen bzw. mögliche Veränderungen der Patientenströme
- Vertragliche Grundlagen der DMP im Krankenhaus
- Art und Ausmaß der Kooperation zwischen den DMP-Krankenhäusern
- Art und Ausmaß der Kooperation zwischen DMP-Krankenhäusern und DMP-Vertragsärzten
- Änderungen des Versorgungsgeschehens in DMP-Krankenhäusern
- Auswirkungen der DMP auf die Nicht-DMP-Krankenhäuser
- Erste Bewertung der DMP Brustkrebs durch die Krankenhäuser selbst.

⁶ Vgl. im Einzelnen www.aok-gesundheitspartner.de/bundesverband/programme/index.html

Es ist dagegen ausdrücklich nicht das Ziel des Projektes, die DMP Brustkrebs inhaltlich zu bewerten oder deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität differenziert zu evaluieren.

Die vorliegende Studie kann nur eine erste Bestandsaufnahme von DMP Brustkrebs im Krankenhausbereich geben. Teilweise sind die Fallzahlen an DMP-Patientinnen noch gering, die Geltungs- bzw. Laufzeiten der DMP-Verträge recht kurz und die mit den DMP ausgelösten Entwicklungen noch im Anfangsstadium. Eine Reihe potenzieller Effekte dürfte, wenn überhaupt, erst längerfristig wirksam werden. Eine Langzeitbeobachtung bzw. weitere Evaluation der DMP Brustkrebs ist, wie auch in den Rahmenvereinbarungen gefordert, daher in jedem Falle angezeigt.

1.3 Analyse der Rahmenvereinbarungen

Die in den Bundesländern bestehenden Rahmenvereinbarungen wurden hinsichtlich vorab definierter Kriterien inhaltsanalytisch ausgewertet.

Als Voraussetzung wurde zunächst eruiert, ob eine solche Rahmenvereinbarung zum Auswertungszeitpunkt bestand. In der Jahresmitte 2005 lagen in 12 der 16 Bundesländer entsprechende Vereinbarungen vor, wobei für Nordrhein-Westfalen je Landesteil eine Rahmenvereinbarung vorlag. Keine Rahmenvereinbarung gab es in vier Ländern. Allerdings hatten in zwei dieser Bundesländer die Landesverbände der Krankenkassen einen Rahmenvertrag vorgelegt. Die von den Krankenkassen in den beiden Bundesländern Berlin und Hessen vorgelegten Rahmenverträge stellen Verträge dar, die direkt mit den Krankenhäusern abgeschlossen werden. Eine Rahmenvereinbarung mit den Landeskrankenhausgesellschaften oder den Kassenärztlichen Vereinigungen liegt weder für Berlin noch für Hessen vor.⁷ Insgesamt wurden somit 13 Rahmenvereinbarungen und zwei Rahmenverträge ausgewertet.⁸

Lediglich an neun der vorliegenden Rahmenvereinbarungen waren die Landeskrankenhausgesellschaften beteiligt. Vertragspartner waren dabei in sechs Fällen neben den Kostenträgern auch die jeweiligen regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen. In einem Fall war die Kassenärztliche Vereinigung zwar nicht Vertragspartner, die Rahmenvereinbarung wurde

⁷ Bei dieser Konstellation wäre es denkbar, dass die Vertragsbedingungen stärker die Interessen der Kostenträger widerspiegeln. In den konkreten Fällen entsprachen die Vertragsinhalte jedoch weitgehend den Rahmenvereinbarungen in den übrigen Bundesländern.

⁸ Keine Rahmenvereinbarungen gab es in Sachsen und Sachsen-Anhalt. Zwischenzeitlich wurde allerdings in Sachsen-Anhalt – ohne Beteiligung der Landeskrankenhausgesellschaft – ein Vertrag zwischen Kostenträgern, KV und einem Krankenhaus geschlossen.

aber in Benehmen mit ihr abgeschlossen. Eine zweiseitige Vereinbarung unter Beteiligung einer Landeskrankenhausgesellschaft kam in zwei Bundesländern zustande.

Auf der Krankenkassenseite waren nicht immer alle Landesverbände an einer Rahmenvereinbarung beteiligt. An sechs Vereinbarungen waren alle sieben Kassenarten beteiligt. 12 Rahmenvereinbarungen wurden entweder mit den Allgemeinen Ortskrankenkassen oder den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen. In einem Bundesland gab es zum Zeitpunkt der Auswertung zwei Rahmenvereinbarungen, die von unterschiedlichen Kassenarten vereinbart worden waren.

Der Termin des Inkrafttretens von zwei Vereinbarungen war das Jahr 2005, wobei in einem dieser Bundesländer schon 2004 eine Rahmenvereinbarung galt, diese aber vom Bundesversicherungsamt beanstandet und anschließend von den Krankenkassen gekündigt worden war. Die meisten Rahmenvereinbarungen, nämlich acht, traten im Laufe des Jahres 2004 in Kraft, die übrigen in den Jahren 2002/2003.

Die Laufzeit der Rahmenvereinbarung liegt i.d.R. bei drei Jahren. Einen entsprechenden Passus enthalten elf Vereinbarungen sowie die beiden Rahmenverträge. In zwei Rahmenvereinbarungen werden als Ende der Laufzeit entweder der Ablauf des Zulassungsbescheids seitens des Bundesversicherungsamt oder der Wegfall der gesetzlichen Grundlagen genannt.

Die vertraglich vereinbarten Kündigungsfristen sind uneinheitlich. Bei einigen Vereinbarungen wird von einer Kündigungsfrist von sechs Monaten zum Jahresende ausgegangen. Andere Rahmenvereinbarungen sehen bei Vorliegen eines wichtigen Grundes eine vier- oder sechswöchige Kündigungsfrist zum Quartalsende vor.

Bundesland	Rahmenvereinbarung(en) im Bundesland vorhanden	Beteiligung der LKG an der Rahmenvereinbarung
Baden-Württemberg	ja	ja
Bayern	ja	ja
Berlin	nein, aber Rahmenvertrag der Landesverbände der Krankenkassen	nein
Brandenburg	ja	ja
Bremen	ja	ja
Hamburg	ja	nein
Hessen	nein, aber Rahmenvertrag der Landesverbände der Krankenkassen	nein
Mecklenburg-Vorp.	ja	ja
Niedersachsen	ja	ja
Nordrhein	ja	nein
Rheinland-Pfalz	ja	ja
Saarland	ja	nein
Sachsen	nein	nein
Sachsen-Anhalt	nein	nein
Schleswig-Holstein	ja	ja
Thüringen	ja	nein
Westfalen	ja	ja

Tab. 1: Rahmenvereinbarungen in den Bundesländern

Bundesland	Kostenträgerseite	KV-Seite	LKG
Baden-Württemberg	AOK, VdAK/AEV, BKK, IKK, BK _n , LKK	KV Baden-Württemberg	BWKG
Bayern	AOK, BK _n	KV Bayern	BKG
Berlin	--	--	--
Brandenburg	AOK, VdAK/ AEV, BKK, IKK, LKK, BK _n	im Benehmen mit der KV Brandenburg	LKG
Bremen	AOK, VdAK/ AEV, BKK, IKK	--	HBKG
Hamburg	AOK, VdAK/ AEV, BKK, IKK, BK _n	KV Hamburg	--
Hessen	--	--	--
Mecklenburg-Vorp.	AOK, BKK, IKK, LKK, VdAK/AEV	KV Mecklenburg-Vorpommern	KGMV
Niedersachsen	AOK, VdAK/ AEV, BKK, IKK, LKK, BK _n	KV Niedersachsen	NKG
Nordrhein	AOK, BKK, IKK, LKK, VdAK/AEV, BK _n	KV Nordrhein	--
Rheinland-Pfalz	VdAK/ AEV, BKK, IKK	--	KHG RP
Saarland	1. AOK, VdAK/ AEV, IKK, LKK, BK _n 2. BKK	KV Saarland	--
Sachsen	--	--	--
Sachsen-Anhalt	--	--	--
Schleswig-Holstein	AOK, VdAK/AEV, BKK, IKK, BK _n	KV Schleswig-Holstein	KGSH
Thüringen	AOK, VdAK/ AEV, BKK, IKK, LKK, BK _n	KV Thüringen	--
Westfalen	AOK, BKK, IKK, LKK, BK _n , VdAK/AEV	KV Westfalen	KGNW

Tab. 2: Beteiligte der Rahmenvereinbarungen

Bundesland	Inkrafttretens-termin	Laufzeit des Vertrages	Kündigungsfristen
Baden-Württemberg	01.01.2004	3 Jahre	--
Bayern	01.08.2004	3 Jahre	--
Berlin	01.08.2003	3 Jahre	6 Monate zum Jahresende; bei wichtigem Grund 4 Wochen zum Quartalsende
Brandenburg	01.09.2004	3 Jahre	6 Monate zum Jahresende; bei wichtigem Grund 4 Wochen zum Quartalsende
Bremen	01.07.2004	3 Jahre	bei wichtigem Grund 6 Wochen zum Quartalsende
Hamburg	01.04.2004	3 Jahre	bei wichtigem Grund 4 Wochen zum Quartalsende
Hessen	01.09.2003	3 Jahre, 3 Monate	4 Wochen zum Quartalsende
Mecklenburg-Vorp.	25.10.2004	Ablauf Zulassungsbe-scheid BVA	3 Monate zum Ende des Kalenderjahres
Niedersachsen	18.12.2003	3 Jahre	bei wichtigem Grund 6 Wochen zum Quartalsende
Nordrhein	01.11.2003	3 Jahre	4 Wochen zum Quartalsende
Rheinland-Pfalz	01.08.2004	3 Jahre	bei gesetzlichen Neuregelungen kann der Vertrag mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende gekündigt werden
Saarland	01.03.2005	3 Jahre	bei wichtigem Grund 6 Wochen zum Quartalsende
Sachsen	--	--	--
Sachsen-Anhalt	--	--	--
Schleswig-Holstein	01.02.2005 ⁹	3 Jahre	6 Wochen zum Quartalsende
Thüringen	01.11.2004	3 Jahre	bei wichtigem Grund 4 Wochen zum Quartalsende
Westfalen	01.05.2003	Wegfall der gesetzlichen Grundlagen	3 Monate zum Ende des Kalenderjahres

Tab. 3: Zeitliche Fristen der Rahmenvereinbarungen

⁹ Eine erste Rahmenvereinbarung in Schleswig-Holstein aus dem Jahr 2004 wurde vom BVA beanstandet und von den Kassen gekündigt.

2 Methodik

2.1 Stichproben und Rücklauf

Die Erhebung bestand aus zwei Modulen: einer Repräsentativerhebung bei am DMP Brustkrebs teilnehmenden Krankenhäusern und einer Repräsentativerhebung bei nichtteilnehmenden Krankenhäusern mit einer Fachabteilung für Gynäkologie/Geburtshilfe. Wesentliche Strukturdaten und Entwicklungen in den beiden Gruppen sollten somit gezielt miteinander verglichen werden. Bundesweit gab es zum Erhebungszeitpunkt zur Jahresmitte 2005 rund 1.050 Einrichtungen mit einer Fachabteilung für Gynäkologie/Geburtshilfe.¹⁰ Da es in Krankenhäusern unter 100 Betten jedoch vergleichsweise wenige gynäkologische Fachabteilungen gibt (zudem häufig als Belegabteilungen), wurden aus erhebungspraktischen Gründen nur Einrichtungen mit einer Mindestgröße von 100 Betten in die Erhebung einbezogen.

Die Grundgesamt der Krankenhäuser, die am DMP Brustkrebs teilnehmen, wurde wie folgt ermittelt: Zum einen wurden alle Landeskrankenhausgesellschaften mit der Bitte angeschrieben, die DMP-Krankenhäuser ihres Landes zu benennen. Diese Nachfragen wurden zum anderen durch Recherchen im Internet ergänzt. Komplettiert wurde die Grundgesamtheit durch zwischenzeitliche Teilnehmerkrankenhäuser aus der Stichprobe der Nicht-DMP-Krankenhäuser. Im Ergebnis konnten somit bundesweit insgesamt 391 Krankenhäuser ab 100 Betten ermittelt werden, die am DMP Brustkrebs teilnehmen (Stand: Jahresmitte 2005).¹¹

Im Rahmen der Erhebung zum DMP Brustkrebs wurden alle DMP-Krankenhäuser angeschrieben (Vollerhebung). Insgesamt antworteten 176 Krankenhäuser. Das entspricht einer Rücklaufquote von 45%. Die Ausschöpfung war über alle Bettengrößenklassen nahezu gleichmäßig.

Grundgesamtheit der Nicht-DMP-Krankenhäuser bildeten die übrigen Einrichtungen ab 100 Betten mit einer Fachabteilung für Gynäkologie/Geburtshilfe. Basierend auf der DKI-Krankenhausdatei wurde aus dieser Grundgesamtheit eine (proportionale) Zufallsstichprobe von 300 Krankenhäusern gezogen. Davon waren 24 Häuser sog. neutrale Ausfälle, sei es,

¹⁰ Vgl. auch Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2004. Wiesbaden 2005 (www.ec.destatis.de)

¹¹ Darüber hinaus nehmen noch weitere 11 Krankenhäuser unter 100 Betten am DMP Brustkrebs teil, die aus o.a. Gründen aber nicht in die Analyse einbezogen wurden. Verglichen zum Zeitpunkt des Erhebungsbeginns dürfte sich die Anzahl der DMP-Häuser zwischenzeitlich leicht erhöht haben. Des Weiteren ist nicht völlig auszuschließen, dass im Rahmen der Recherche einzelne DMP-Krankenhäuser nicht ermittelt werden konnten.

weil sie über keine Fachabteilung für Gynäkologie/Geburtshilfe mehr verfügten, sei es, weil sie angaben, zwischenzeitlich zum DMP-Krankenhaus geworden zu sein. Letztere wurden nachträglich der Grundgesamtheit der DMP-Krankenhäuser zugeschlagen; sie erhielten dann das entsprechende Erhebungsinstrument.

Insgesamt antworteten 93 Nicht-DMP-Häuser. Das entspricht einer Ausschöpfung von 33,7%. Absolut reichen allerdings die Fallzahlen aus, um statistisch abgesicherte Aussagen auch über die Nicht-DMP-Krankenhäuser treffen zu können. Über beide Krankenhausgruppen – DMP- und Nicht-DMP-Krankenhäuser – lag die Rücklaufquote bei insgesamt 40,3% (vgl. Tab. 4).

Art des Krankenhauses	Brutto-Stichprobe	Rücklauf	Rücklaufquote
DMP-Krankenhäuser	391	176	45,0%
Nicht-DMP-Krankenhäuser	276	93	33,7%
Gesamt	667	269	40,3%

Tab. 4: Stichproben und Rücklauf

2.2 Erhebungsinstrumente

Je nach Zielgruppe – DMP- oder Nicht-DMP-Krankenhäuser – kamen im Rahmen des Projektes zwei unterschiedliche Erhebungsinstrumente zum Einsatz. Beide Instrumente wurden - in Kooperation mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) - eigens vom Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) entwickelt. Teilweise waren die Instrumente inhaltsgleich. Dies betraf insbesondere grundlegende Strukturdaten in beiden Krankenhausgruppen. Im Einzelnen waren dies vor allem Personal- und Bettenzahlen der gynäkologischen Fachabteilungen, deren Fallzahlen (insbesondere mit Blick auf bösartige Neubildungen der Mamma) sowie Abteilungsbesonderheiten (z.B. Tumorzentrum).

Darüber hinaus waren im Fragebogen für die DMP-Krankenhäuser noch die folgenden Aspekte Gegenstand der Befragung:

- Mindestmengen
- Ambulante Versorgung von DMP-Patientinnen
- Vertragliche Grundlagen des DMP Brustkrebs
- Kooperation mit anderen Leistungserbringern
- Bisherige Erfahrungen mit dem DMP Brustkrebs.

Im – weniger umfangreichen – Erhebungsinstrument für die Nicht-DMP-Häuser wurden zusätzlich noch die Auswirkungen der Nicht-Teilnahme am DMP Brustkrebs auf das jeweilige Krankenhaus thematisiert.

2.3 Ablauf der Erhebung

In beiden Modulen - DMP- und Nicht-DMP-Krankenhäuser - waren die Erhebungsunterlagen (Anschreiben, Fragebogen, Rücklaufkuvert) jeweils an die Geschäftsführung des Krankenhauses adressiert. Der Geschäftsführung war es freigestellt, den Fragebogen zur Beantwortung beispielsweise an die ärztliche Leitung der Gynäkologie/Geburtshilfe weiterzuleiten, was größtenteils auch erfolgte.

Die Erhebung zum DMP Brustkrebs startete Mitte September 2005. Ende Oktober 2005 wurde eine Nachfassaktion durchgeführt. Die Erhebungsphase des Projektes endete Anfang Dezember 2005. Schwerpunktmäßig beziehen sich die Ergebnisse auf das Jahr 2004 sowie das 1. Halbjahr 2005.

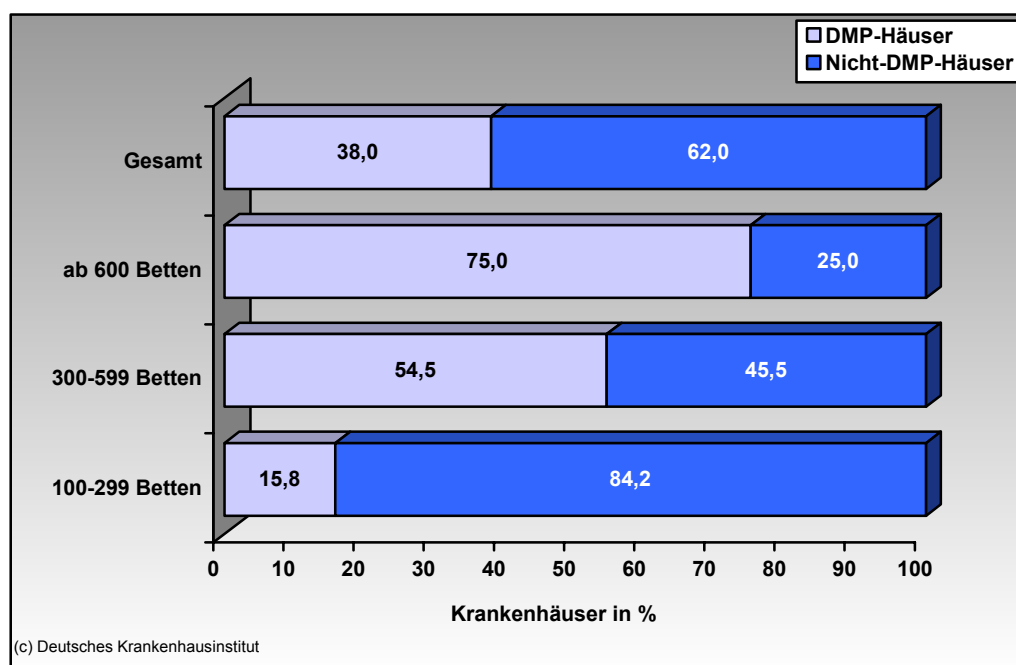
Da die Ausschöpfungsquoten in Abhängigkeit von der Bettengrößenklasse, wenngleich moderat, variierten, musste eine entsprechende Korrektur (Gewichtung) der realisierten Stichprobe durchgeführt werden, um ein repräsentatives Abbild der Grundgesamtheit zu erhalten. Diese Gewichtung erfolgte, jeweils separat für die beiden Teilstichproben, nach dem Merkmal der Bettengrößenklassen. Die Ergebnisse sind somit repräsentativ für die Grundgesamtheiten der DMP- und Nicht-DMP-Krankenhäuser.

3 Vergleich von DMP- und Nicht-DMP-Krankenhäusern

In diesem einleitenden Ergebniskapitel soll zunächst herausgearbeitet werden, inwieweit es strukturelle Unterschiede zwischen DMP-Krankenhäusern und nicht am DMP Brustkrebs teilnehmenden Einrichtungen gibt bzw. worin diese bestehen. Der Abgleich erfolgt zum einen anhand einschlägiger Strukturdaten wie Betten-, Personal- und Fallzahlen. Zum anderen geht es um Besonderheiten im Bereich der onkologischen Behandlung.

3.1 Bettenzahlen des Krankenhauses

Ein erster Abgleich von DMP- und Nicht-DMP-Krankenhäusern soll über die Bettenzahlen erfolgen. Basis der Auswertung ist die DKI-Krankenhausdatei sowie die recherchierten Informationen zu den Krankenhäusern, die am DMP Brustkrebs teilnehmen. Demnach gab es zur Jahresmitte 2005 in Deutschland ca. 1.050 Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe. Davon nahm etwa jedes dritte Haus am DMP Brustkrebs teil. Insgesamt waren es, wie oben erwähnt, rund 400 Krankenhäuser. Die große Teilnahmebereitschaft der Krankenhäuser hinsichtlich der DMP wird damit nachdrücklich dokumentiert.



**Abb. 1: Beteiligung am DMP Brustkrebs nach Bettengrößenklassen
- Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Gynäkologie/Geburtshilfe**

Die Beteiligung variiert in Abhängigkeit von der Bettengrößenklasse. Während nur rund 16% der kleineren Häuser bis 300 Betten DMP-Häuser sind, sind es bei den größeren Häusern ab

600 Betten bereits 75%. In der mittleren Bettengrößenklasse ist etwa jedes zweite Haus beteiligt.

Auch innerhalb der Gruppe der DMP-Krankenhäuser sind die größeren Einrichtungen überrepräsentiert. Rund 80% der teilnehmenden Häuser haben mindestens 300 Betten, fast 30% sogar 600 Betten oder mehr. Neben einer gezielten Auswahl seitens der Kostenträger ist die überproportionale Teilnahme größerer Krankenhäuser vor allem darauf zurückzuführen, dass sie eher die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen, etwa hinsichtlich Fallzahlen, Leistungsangebot, personeller und technischer Infrastruktur.

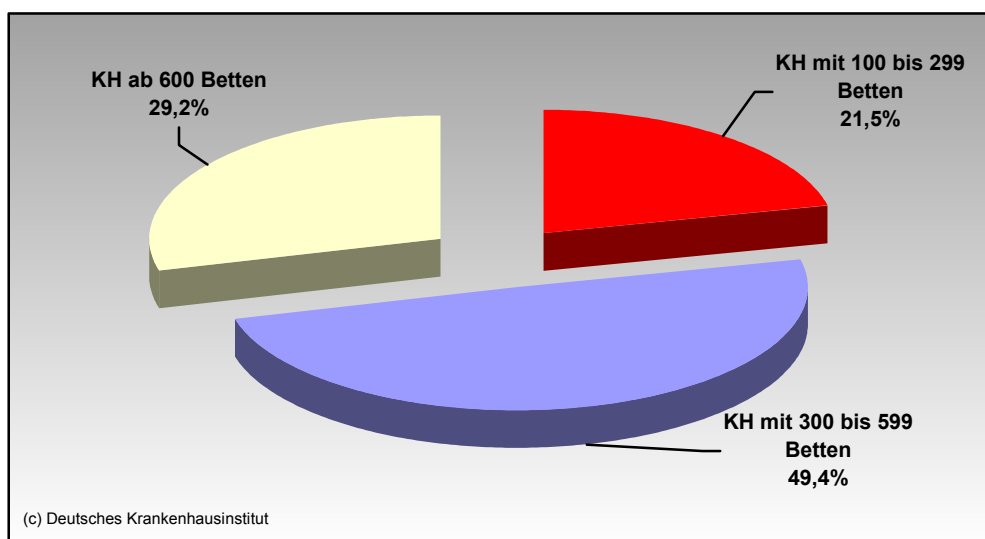


Abb. 2: DMP-Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen

3.2 Bettenzahlen in der Gynäkologie

In den DMP-Krankenhäusern haben die Fachabteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe im Mittel 56 Betten; davon entfallen gut 60 Prozent bzw. durchschnittlich 34,5 Betten ausschließlich auf die Gynäkologie. Mit 33,3 Betten insgesamt bzw. 19,6 gynäkologischen Betten sind die entsprechenden Fachabteilungen in den Nicht-DMP-Krankenhäusern nur etwa halb so groß.

Diese große Differenz ist nicht nur auf die überproportionale Beteiligung größerer Einrichtungen am DMP Brustkrebs zurückzuführen. Auch in den einzelnen Bettengrößenklassen sind die gynäkologischen Bereiche in den DMP-Krankenhäusern größer als in den übrigen Häusern. So sind beispielsweise in der mittleren Bettengrößenklasse mit den meisten DMP-

Häusern die gynäkologischen Abteilungen um etwa 50% größer als in Nicht-DMP-Krankenhäusern.

Innerhalb der beiden Krankenhausgruppen gibt es, wie auch aus Abb. 3 ablesbar, starke Zusammenhänge zwischen Abteilungs- und Krankenhausgröße. Im Folgenden werden größenklassenspezifische Auswertungen gleichwohl anhand der Krankenhausgröße durchgeführt: zum einen, weil sie die Versorgungsstufe des Krankenhauses besser widerspiegelt, zum anderen, weil statistisch die Ergebnispewichtung über dieses Merkmal erfolgt.¹²

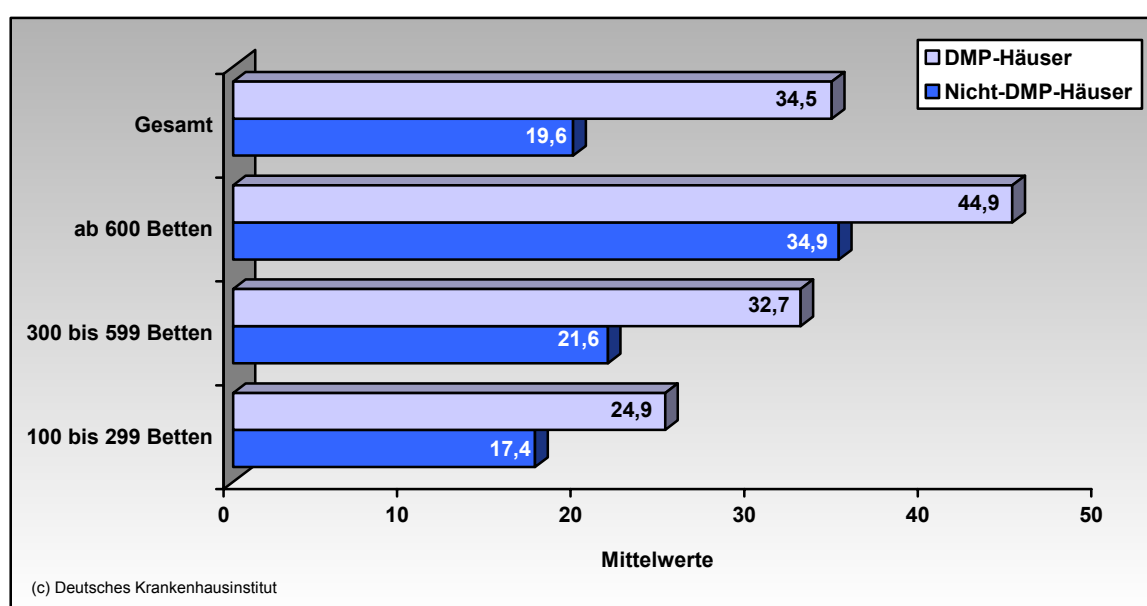


Abb. 3: Bettenzahlen in der Gynäkologie*

* Im t-Test sind sämtliche Mittelwertdifferenzen statistisch signifikant auf einem Niveau von $p < 0,05$

3.3 Arztzahlen

Entsprechend ihrer Fachabteilungsgröße sind in den DMP-Krankenhäusern auch mehr Ärzte beschäftigt. In den Fachabteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe arbeiten dort im Durchschnitt 13,3 Ärzte respektive 11,7 ärztliche Vollkräfte.¹³ In den Nicht-DMP-Häusern sind es dagegen durchschnittlich gut 7 Ärzte. Auch in den einzelnen Bettengrößenklassen fallen die Arztzahlen in den DMP-Krankenhäusern durchweg höher aus.

Allerdings werden die entsprechenden Unterschiede weitgehend nivelliert, wenn man Betten- und Arztzahlen aufeinander bezieht. Die Zahl der Abteilungsbetten pro Arzt ist in den Nicht-

¹² Vgl. Kap. 2.3

¹³ Da in der Praxis eine exakte Zuordnung nach Abteilungsbereichen schwierig ist, wurde hier nicht zwischen Gynäkologie und Geburtshilfe getrennt.

DMP-Krankenhäusern nur wenig höher als in den DMP-Häusern, die Arztdichte je Bett in letzteren insofern etwas größer. Dieser Unterschied lässt sich aber im Wesentlichen durch unterschiedliche Dichteziffern in den großen Krankenhäusern erklären. In den unteren Bettengrößenklassen sind die Werte fast identisch. Ein generell schlechteres Betreuungsverhältnis in den Nicht-DMP-Häusern lässt sich insofern nicht ausmachen.

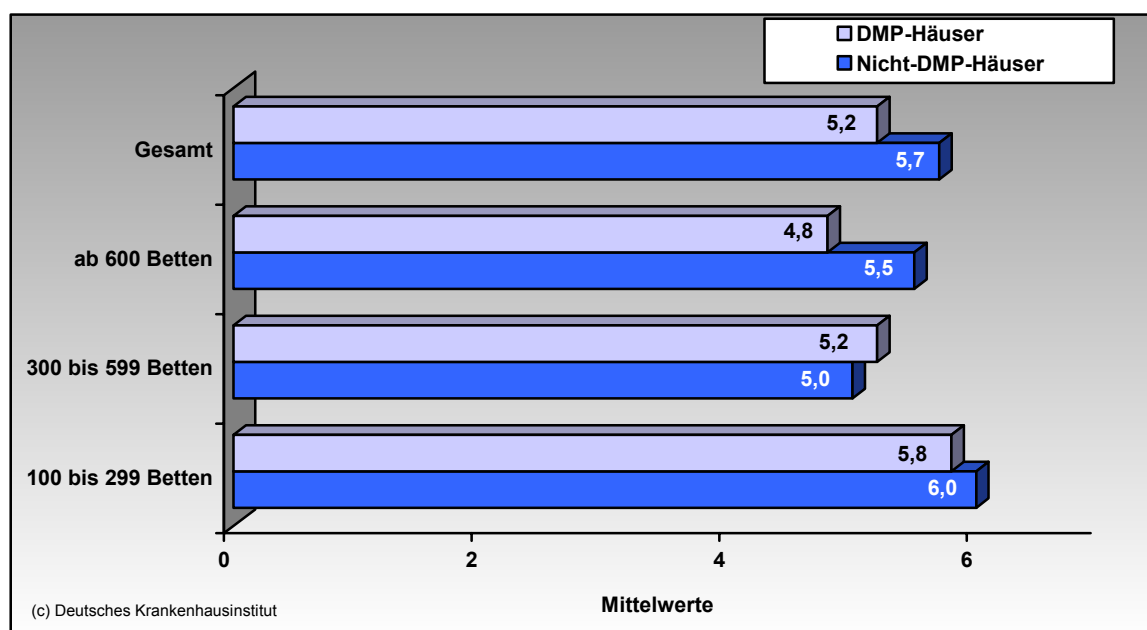


Abb. 4: Betten pro Arzt in der Gynäkologie/Geburtshilfe*

* Im t-Test ist keine Mittelwertdifferenz statistisch signifikant auf einem Niveau von $p < 0,05$

Hinsichtlich der Qualifikationsstruktur des Ärztlichen Dienstes gibt es - zumindest gemessen am Weiterbildungsstatus bzw. der hierarchischen Position - gleichfalls kaum Unterschiede zwischen den DMP- und Nicht-DMP-Krankenhäusern. Jeweils ca. ein Viertel der beschäftigten Ärzte in beiden Gruppen sind Oberärzte bzw. Assistenzärzte mit abgeschlossener Weiterbildung. Die übrigen Ärzte sind Assistenzärzte in der Weiterbildung sowie die Chefärzte.

3.4 Anzahl der Pflegekräfte

Erwartungsgemäß ist auch die Anzahl der Pflegekräfte in den DMP-Krankenhäusern höher. Hier gibt es in der Gynäkologie und Geburtshilfe im Schnitt 36,4 Schwestern und Pfleger respektive 25,8 pflegerische Vollkräfte (jeweils ohne Schülerinnen). Demgegenüber sind es in den Nicht-DMP-Häusern 21,8 Pflegekräfte bzw. 16,5 Vollkräfte.

Bezogen auf die Zahl der Betten pro pflegerischer Vollkraft gibt es allerdings keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Krankenhausgruppen. Tendenziell ist das Betreu-

ungsverhältnis in den Nicht-DMP-Häusern sogar etwas besser als in Einrichtungen, die am DMP Brustkrebs teilnehmen.

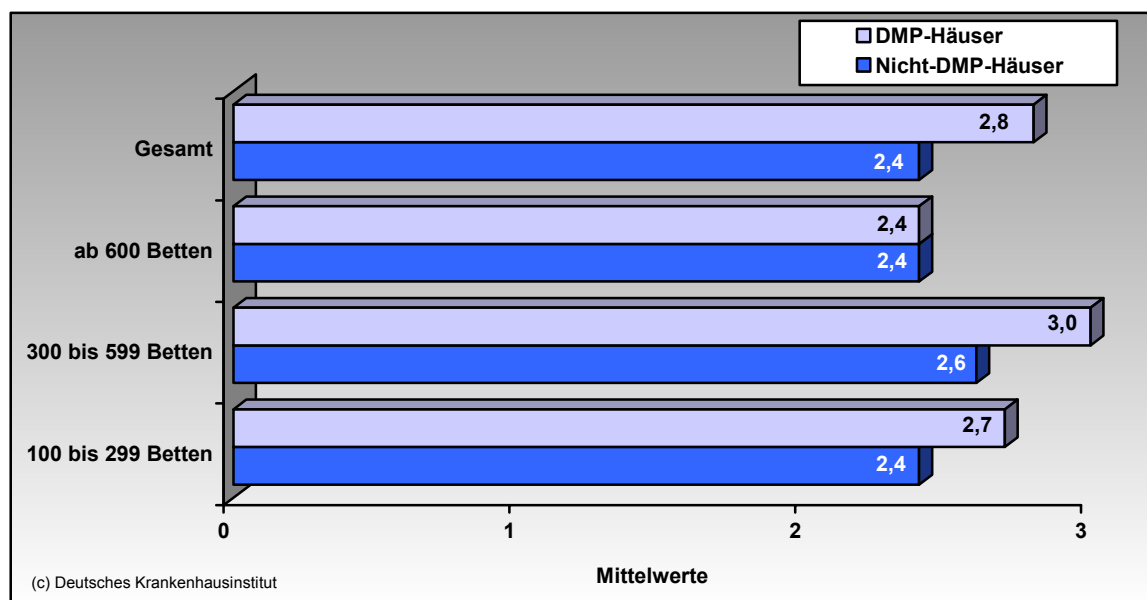


Abb. 5: Betten pro pflegerischer Vollkraft in der Gynäkologie/Geburtshilfe*

* Im t-Test ist keine Mittelwertdifferenz statistisch signifikant auf einem Niveau von $p < 0,05$

Mit Blick auf die Qualifikationsstruktur fällt der Anteil der Krankenschwestern und –pfleger mit dreijähriger Ausbildung in den gynäkologischen Abteilungen der DMP- und Nicht-DMP-Häuser mit jeweils rund 90% in etwa gleich aus. Demgegenüber verfügen die jeweiligen Fachabteilungen in den DMP-Krankenhäusern über eine höhere Anzahl an onkologisch qualifizierten Pflegekräften als die Nicht-DMP-Häuser.

3.5 Fallzahlen in der Gynäkologie

Mit Blick auf die Fallzahlen in dem DMP- und Nicht-DMP-Krankenhäusern seien zunächst die Werte für die Fachabteilung der Gynäkologie und Geburtshilfe insgesamt gegenübergestellt. Erwartungsgemäß sind sie in den am DMP Brustkrebs teilnehmenden Einrichtungen merklich höher: Im Jahr 2004 hatten die DMP-Krankenhäuser im Durchschnitt 2.840 Fälle in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Davon entfielen 1.397 vollstationäre Fälle ausschließlich auf die Gynäkologie.

Demgegenüber waren die Patientenzahlen in den Nicht-DMP-Häusern deutlich kleiner. 2004 wies eine entsprechende Fachabteilung durchschnittlich 1.776 Fälle auf. Allein in der Gynä-

kologie waren es 749 vollstationäre Fälle und damit 46% weniger als in den DMP-Krankenhäusern.

Bezieht man Fall- und Arztlzahlen der Fachabteilung aufeinander, so behandeln Ärzte in Nicht-DMP-Häusern im Schnitt mehr Patienten als in den DMP-Krankenhäusern. Während die Zahl der Fälle pro ärztlicher Vollkraft hier jährlich bei 264 Fällen liegt, sind es dort 292 Fälle pro Jahr. Dies ist – wie anhand der Fallzahlen pro Bett ablesbar – u.a. auf die kürzeren Verweildauern bzw. den höheren Patientendurchlauf in den tendenziell kleineren Nicht-DMP-Häusern zurückzuführen. Bei den pflegerischen Vollkräften sind die Unterschiede zwischen beiden Krankenhausgruppen dagegen geringer. Hier fällt das Betreuungsverhältnis in den Nicht-DMP-Krankenhäusern sogar etwas besser aus. Allerdings ist keine Mittelwertdifferenz statistisch signifikant.

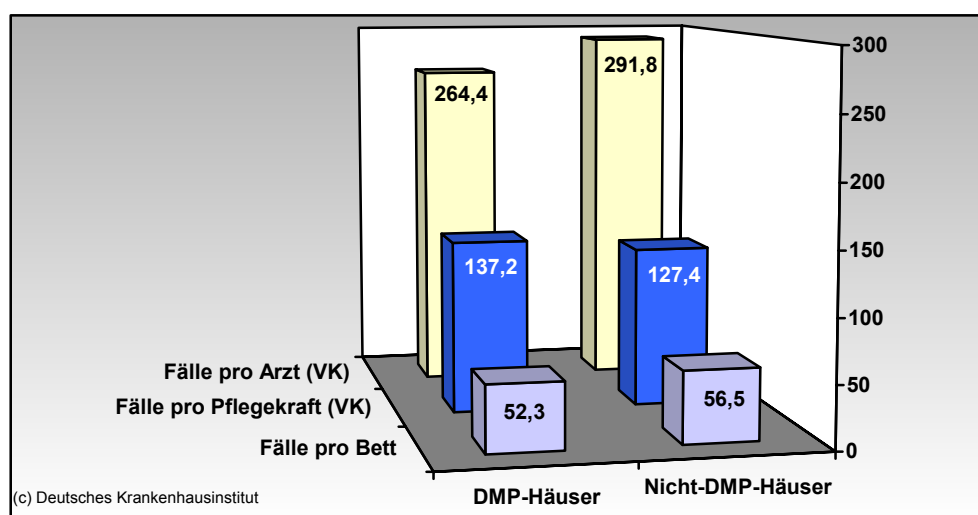
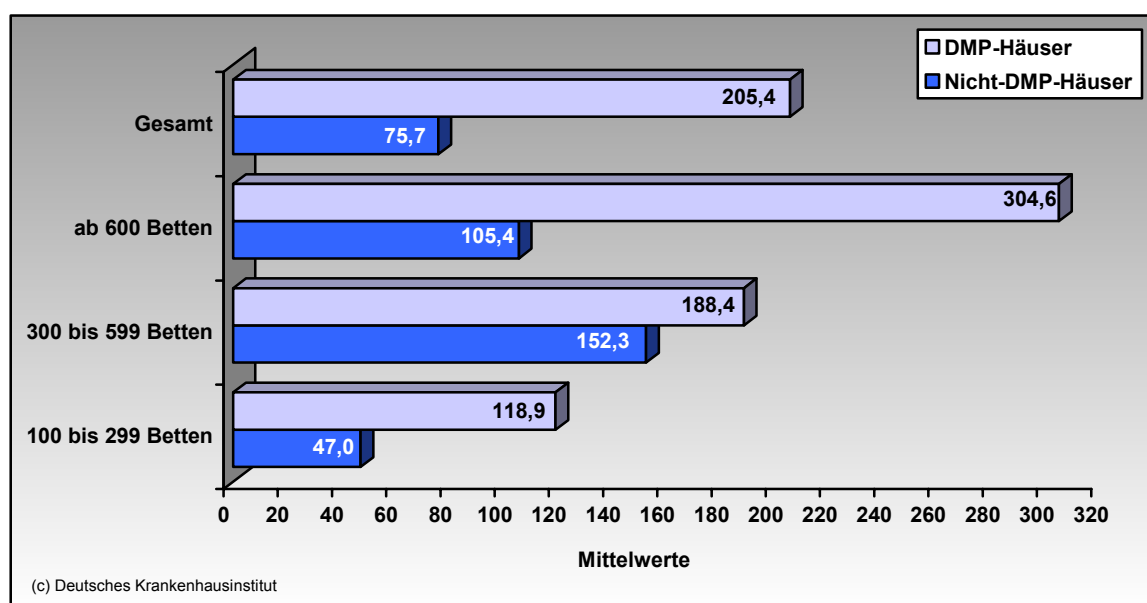


Abb. 6: Fälle in der Gynäkologie/Geburtshilfe*

* Im t-Test ist keine Mittelwertdifferenz statistisch signifikant auf einem Niveau von $p < 0,05$

3.6 Fälle mit der Hauptdiagnose Brustkrebs

Noch größer sind die Unterschiede zwischen den DMP- und Nicht-DMP-Krankenhäusern mit Blick auf die interessierende Indikation. Im Jahr 2004 hatten die DMP-Krankenhäuser im Mittel rund 205 vollstationäre Fälle mit der Hauptdiagnose ICD-10 C.50.- (Bösartige Neubildungen der Mamma). In den Nicht-DMP-Häusern gab es demgegenüber nur knapp 76 entsprechende Fälle, also fast zwei Drittel weniger. Die Patientenzahlen für die Hauptdiagnose ICD-10 C.50.- steigen naturgemäß mit der Krankenhausgröße. Die Tatsache, dass die Nicht-DMP-Häuser trotz höherer Fallzahlen in der Gynäkologie/Geburtshilfe deutlich weniger Brustkrebsfälle haben, belegt eine von den DMP-Kliniken abweichende Patientenstruktur.



**Abb. 7: Fälle mit der Hauptdiagnose Brustkrebs pro Fachabteilung für Gynäkologie/Geburts-
hilfe in 2004***

* Mit Ausnahme der Bettengrößenklasse „300-599 Betten“ sind die Mittelwertdifferenzen im t-Test statistisch signifikant auf einem Niveau von $p < 0,05$

Allerdings sind die Durchschnittswerte in beiden Gruppen stark von Abteilungen mit jeweils relativ hohen Fallzahlen beeinflusst. So erreicht beispielsweise selbst unter den DMP-Krankenhäusern nur gut die Hälfte (52%) eine Anzahl von 150 Fällen mit der Hauptdiagnose Brustkrebs. In einem Viertel der Häuser liegen die diesbezüglichen Patientenzahlen bei höchstens knapp 90 Fällen. In den Nicht-DMP-Häusern haben nur knapp 20% über 100 Fälle mit der Hauptdiagnose Brustkrebs. Rund die Hälfte der Häuser liegt unter 40 Fällen.

In den DMP-Häusern ist jedoch nicht nur die Anzahl der Brustkrebsfälle größer. Vielmehr ist auch ihr Anteil unter den stationären gynäkologischen Fällen insgesamt fast doppelt so hoch. Während der durchschnittliche Anteil hier bei 14,4% liegt, haben die gynäkologischen Abteilungen in den Nicht-DMP-Krankenhäusern im Mittel 8,2% Fälle mit der Hauptdiagnose Brustkrebs. Auch in den einzelnen Bettengrößenklassen sind die Anteilswerte in den DMP-Häusern durchweg höher.

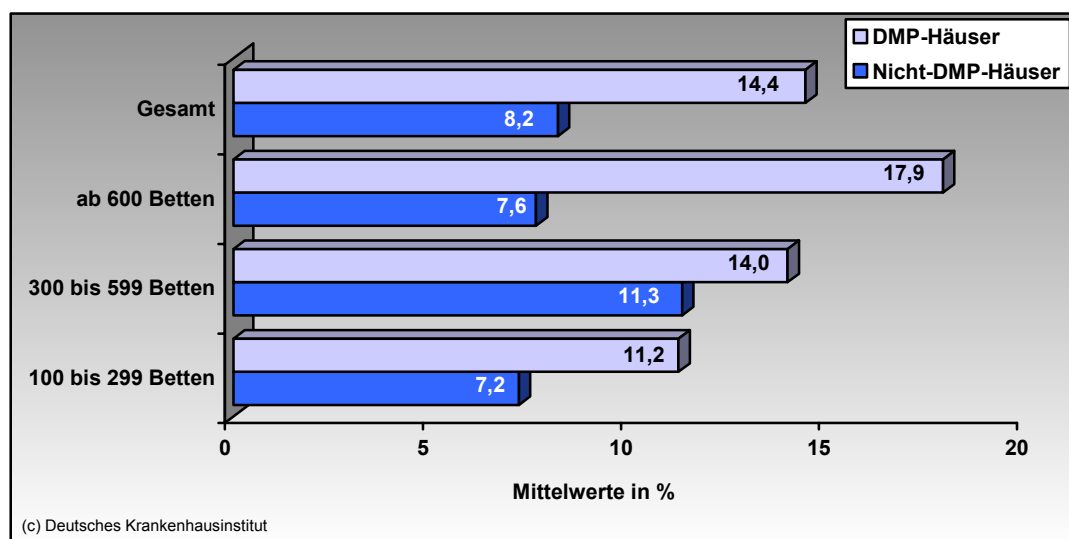


Abb. 8: Anteil der Brustkrebspatientinnen an den gynäkologischen Fällen pro Krankenhaus in 2004*

* Mit Ausnahme der Bettengrößenklasse „300-599 Betten“ sind die Mittelwertdifferenzen im t-Test statistisch signifikant auf einem Niveau von $p < 0,05$

3.7 Fälle mit Mamma-Operationen

Mit Blick auf die vollstationären Fälle mit der Hauptdiagnose Brustkrebs sollten die Befragungsteilnehmer darunter die Fälle mit Operationen nach OPS-301 5-87 (Exzision/Resektion der Mamma) angeben. Im arithmetischen Mittel hatten die DMP-Krankenhäuser im Jahr 2004 rund 143 entsprechende Operationen zu verzeichnen.

Allerdings wird dieser Wert wiederum maßgeblich durch Fachabteilungen mit sehr hohen Fallzahlen beeinflusst. Eine Anzahl von 150 Operationen pro Jahr erreichen selbst unter den DMP-Krankenhäusern deswegen nur rund 30%. In fast der Hälfte der DMP-Krankenhäuser werden pro Jahr weniger als 100 Exzisionen bzw. Resektionen der Mamma durchgeführt. Die Operationshäufigkeit nimmt mit steigender Krankenhausgröße zu. Am höchsten ist sie mit durchschnittlich 193 Eingriffen in Häusern über 600 Betten. Nur hier erreicht auch mehr als jedes zweite Haus mindestens 150 Operationen nach OPS-301 5-87.

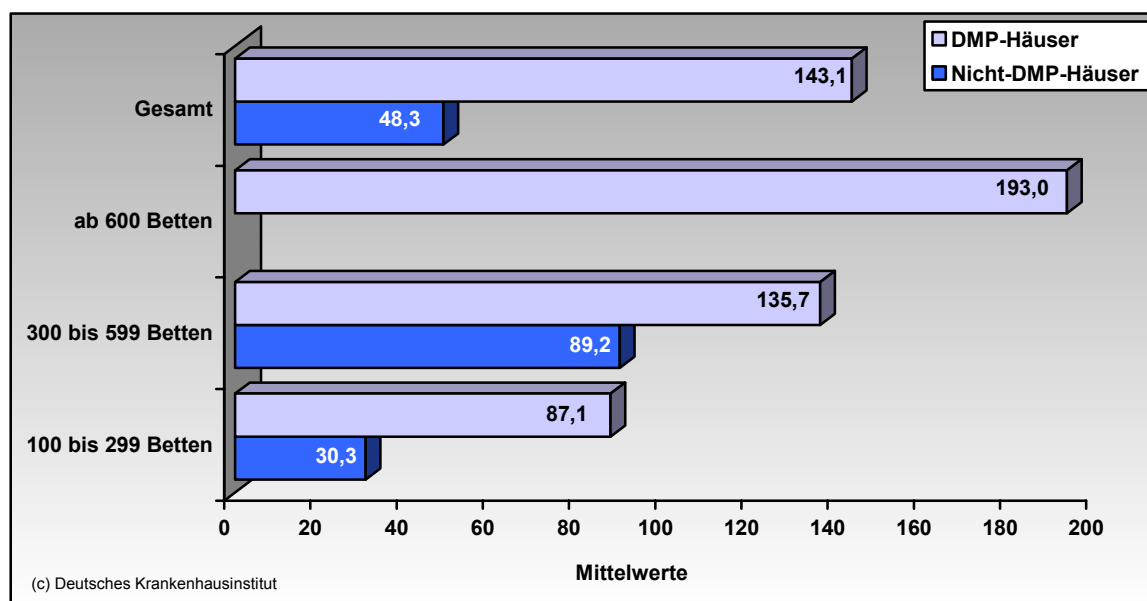


Abb. 9: Anzahl der Fälle mit Operation nach OPS-301 5-87 pro Krankenhaus in 2004*

* Mit Ausnahme der Bettengrößenklasse „300-599 Betten“ sind die Mittelwertdifferenzen im t-Test statistisch signifikant auf einem Niveau von $p < 0,05$. Wegen teilweise fehlender Angaben zur Operationshäufigkeit bei den großen Nicht-DMP-Häusern ab 600 Betten fiel die Anzahl der letztlich antwortenden Krankenhäuser hier zu gering aus.

Eine Anzahl von 150 Fällen mit Operationen nach OPS-301 5-87 erreichen Nicht-DMP-Häuser nur in Ausnahmefällen (13%). Hier liegt die durchschnittliche Fallzahl entsprechender Operationen bei 48 Fällen. Im Vergleich zu den DMP-Häusern fällt sie in allen Bettengrößenklassen signifikant niedriger aus.

Analog zum Anteil der Brustkrebspatientinnen an den gynäkologischen Fällen insgesamt fallen auch die entsprechenden Anteilswerte für die Operationshäufigkeiten in den DMP-Krankenhäusern signifikant höher aus. Bezieht man die jeweiligen Operationshäufigkeiten auf die Fälle mit der Hauptdiagnose Brustkrebs, resultieren dagegen kaum Unterschiede zwischen den beiden Krankenhausgruppen. In DMP- und Nicht-DMP-Häusern wird bei jeweils ca. 60% der Brustkrebspatientinnen eine Exzision/Resektion der Mamma durchgeführt.

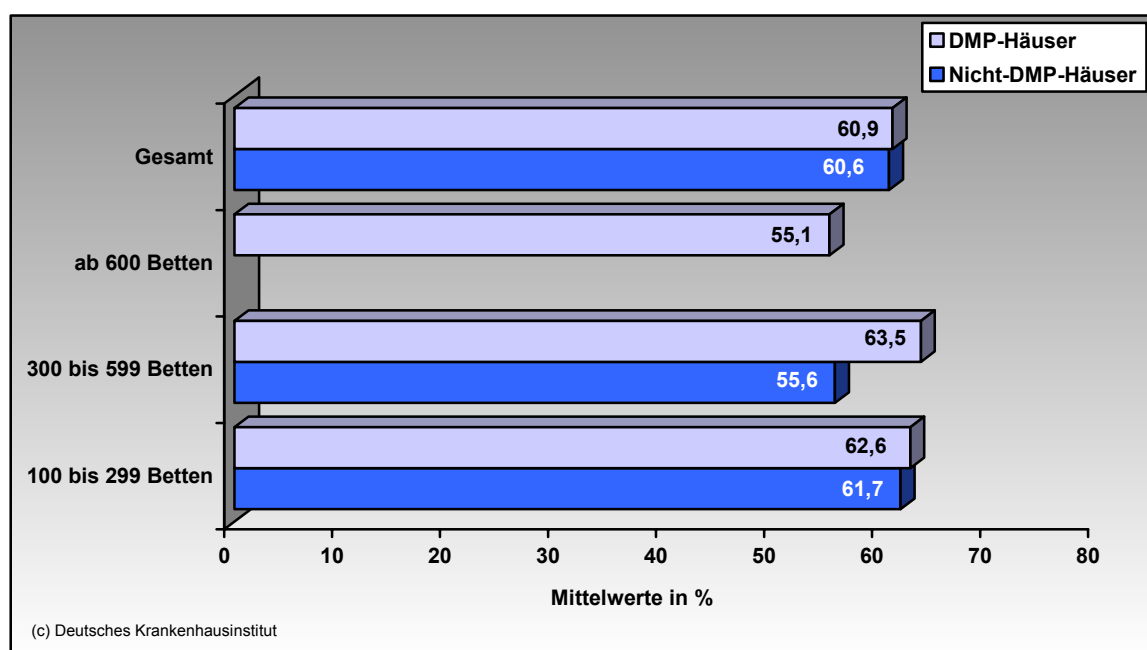


Abb. 10: Anteil der Brustkrebspatientinnen mit Operationen pro Krankenhaus in 2004*

* Im t-Test ist keine Mittelwertdifferenz statistisch signifikant auf einem Niveau von $p < 0,05$

3.8 Ambulante Therapien

Über ihre vollstationären Fälle hinaus sollten die Befragungsteilnehmer auch Angaben zu ihrer ambulanten Patientenklientel bei Brustkrebs machen. Wegen methodischer Probleme bei der exakten Erfassung ambulanter Patienten und teilweise fehlender Angaben sind die diesbezüglichen Ergebnisse statistisch mit etwas größeren Unsicherheiten behaftet.

Vorbehaltlich dieser Einschränkung lag 2004 – in DMP-Häusern mit Angaben und entsprechender Leistungserbringung – die Anzahl der Brustkrebspatientinnen mit ambulanter Strahlentherapie bei durchschnittlich 204 Patientinnen. Einer ambulanten Chemotherapie unterzogen sich im Mittel rund 210 Patientinnen (Abb. 11). Die ambulanten Brustkrebstherapien finden überproportional in den größeren Einrichtungen ab 600 Betten statt (Abb. 12). Auch innerhalb der einzelnen Bettengrößenklassen sind die Durchschnittswerte stark durch vergleichsweise wenige Häuser mit sehr hohen Fallzahlen beeinflusst, so dass mit Blick auf die ambulante Krebstherapie schon heute von einer relativ hohen Leistungskonzentration ausgegangen werden kann.

Vor diesem Hintergrund ist auch zu erklären, warum die Nicht-DMP-Häuser vergleichsweise selten ambulante Strahlen- und Chemotherapien erbringen. Mehr als die Hälfte dieser Häuser bietet keine Strahlentherapie an. Die Übrigen hatten 2004 im Mittel nur 58 Brustkrebspa-

tientinnen mit ambulanter Strahlentherapie. Die durchschnittliche Zahl für Chemotherapien liegt in Häusern mit entsprechender Leistungserbringung bei 55 Brustkrebspatientinnen. Bereits heute konzentriert sich die ambulante Brustkrebstherapie also zu großen Teilen auf die DMP-Krankenhäuser.

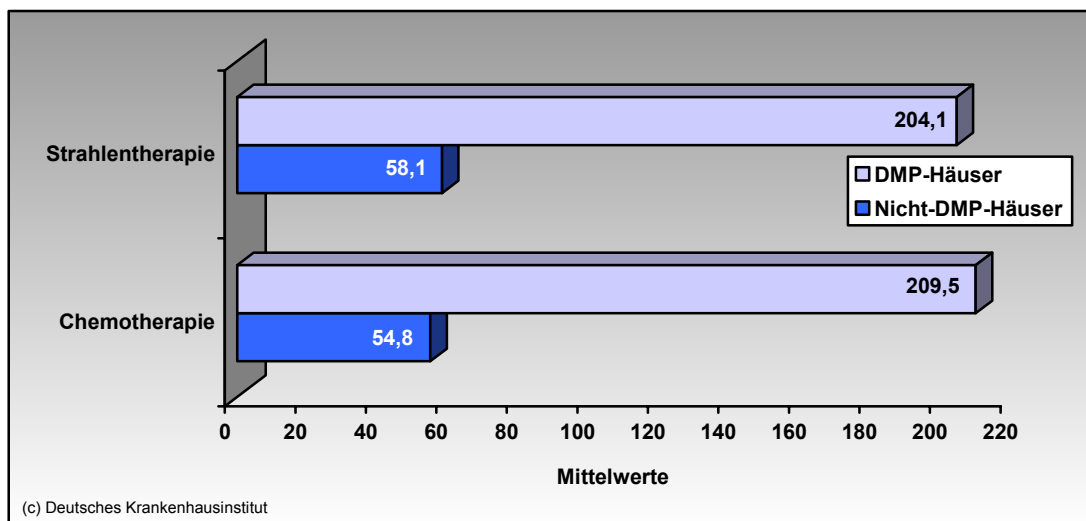


Abb. 11: Anzahl der Brustkrebspatientinnen mit ambulanten Strahlen- oder Chemotherapien pro Krankenhaus in 2004*

* Im t-Test sind sämtliche Mittelwertdifferenzen statistisch signifikant auf einem Niveau von $p < 0,05$

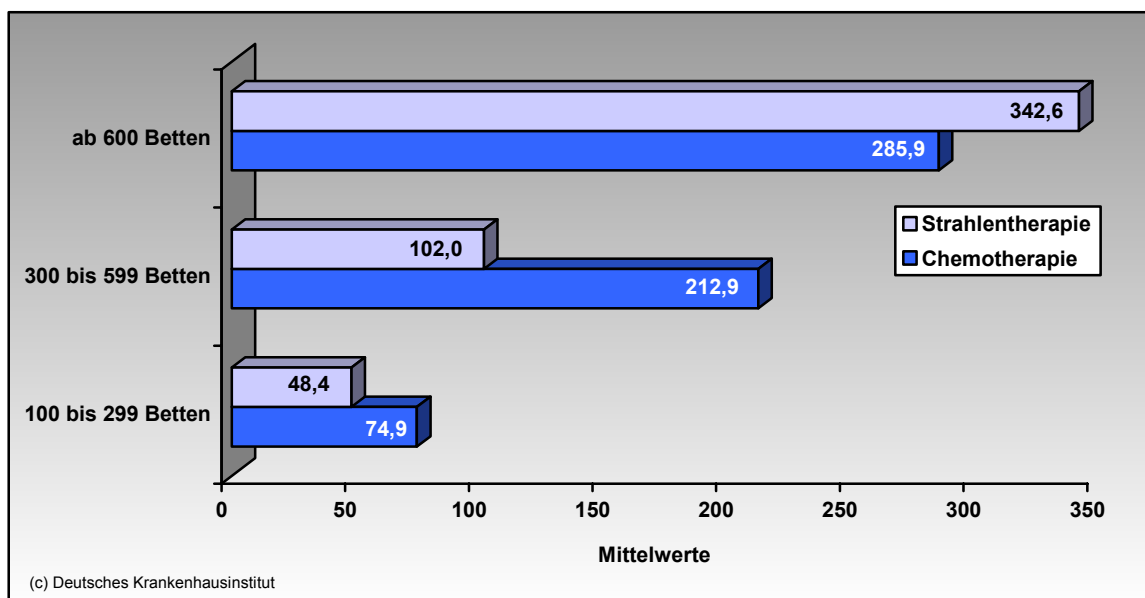


Abb. 12: Anzahl der Brustkrebspatientinnen mit ambulanten Strahlen- oder Chemotherapien pro DMP-Krankenhaus in 2004¹⁴

¹⁴ Wegen unterproportionaler ambulanter Leistungserbringung und teilweise fehlenden Angaben ist die Anzahl der Nicht-DMP-Häuser für größenklassenspezifische Auswertungen hier zu gering.

3.9 Fallzahlenentwicklung

Das DMP Brustkrebs kann tendenziell zu Patientenwanderungen aus Nicht-DMP-Häusern in DMP-Krankenhäuser führen, sei es durch verstärkte Einweisungen in letztere, sei es durch Empfehlungen der Kostenträger oder auf Wunsch der Patientinnen. Zur Überprüfung dieser Hypothese wurde – wenngleich beschränkt auf die Jahre 2003 und 2004 – die Fallzahlenentwicklung in den beiden Gruppen verglichen.¹⁵

In den ersten beiden Jahren des Wirksamwerdens der meisten DMP-Verträge lassen sich jedoch zumindest im Durchschnitt keine nennenswerten Effekte ausmachen, wie der Abb. 13 zu entnehmen ist. In beiden Gruppen bleiben die Fallzahlen nahezu konstant. Hinsichtlich der Fälle mit der Hauptdiagnose Brustkrebs ist faktisch sowohl in den am DMP beteiligten Kliniken als in den Nicht-DMP-Häusern eine leichte Fallzahlsteigerung zu verzeichnen. Dies mag allgemeine Fallzahlsteigerungen bei dieser Indikation reflektieren, u.U. aber auch durch Stichprobeneffekte bedingt sein.

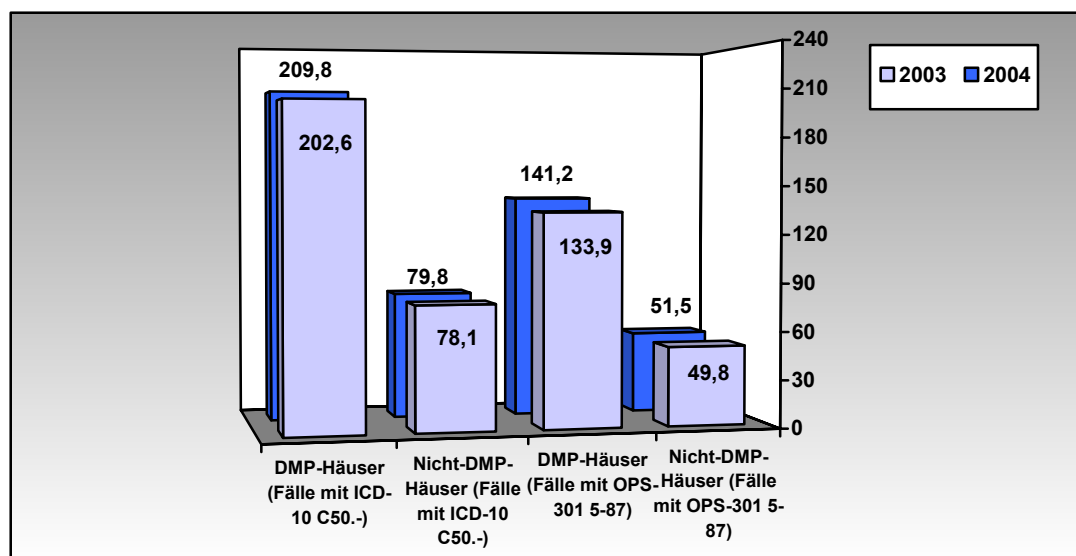


Abb. 13: Fallzahlenentwicklung pro Krankenhaus 2003-2004

Mit Blick auf die Fälle mit Operationen nach OPS-301 5-87 resultieren analoge Entwicklungen. In beiden Gruppen ist eine geringfügige Zunahme der Operationshäufigkeit zu beobachten. Auch innerhalb der einzelnen Bettengrößenklassen gab es keine gravierenden Veränderungen.

¹⁵ Aus methodischen Gründen sind im Folgenden nur Stichprobenkrankenhäuser erfasst, die für beide Jahre Angaben machten. Deswegen resultieren leichte Abweichungen zu den o.a. Fallzahlen für 2004.

Insgesamt hat sich durch die DMP Brustkrebs die Fallzahlverteilung bei Brustkrebspatientinnen zwischen dem DMP- und Nicht-DMP-Krankenhäusern – zumindest bis Ende 2004 – wenig verändert. In beiden Gruppen bleiben die Fallzahlen nahezu konstant. Dies schließt zwar nicht aus, dass es partiell zur Umleitung von Patientenströmen gekommen ist.¹⁶ Diese haben aber bislang keine statistisch relevante Größenordnung erreicht. Einstweilen muss offen bleiben, ob sich bei längeren Wirksamwerden der DMP Brustkrebs stärkere Effekte ergeben. Mit Blick auf die künftige Entwicklung gehen gleichwohl 70% der DMP-Krankenhäuser davon aus, dass die Anzahl ihrer vollstationären Fälle mit der Hauptdiagnose ICD-10 C.50.- in den nächsten drei Jahren eher zunehmen wird. Weitere 20 Prozent rechnen mit konstanten Fallzahlen. Nur wenige DMP-Krankenhäuser gehen von einem Rückgang aus (4%).

Diesen erwarten indes 25% der Nicht-DMP-Häuser. Allerdings geht hier selbst eine relative Mehrheit von steigenden oder zumindest konstanten Fallzahlen bei Brustkrebs aus, während der Rest sich abwartend verhält.

3.10 Schwerpunkt „Hämatologie und internistische Onkologie“

In den Rahmenvereinbarungen zum DMP Brustkrebs ist teilweise die Vorhaltung eines internistischen Schwerpunktes für Hämatologie und internistische Onkologie als Teilnahmevoraussetzung für das DMP Brustkrebs gefordert. Rund zwei Drittel der DMP-Krankenhäuser erfüllen diese Voraussetzung, ein Drittel hingegen nicht. Letzteres ist teilweise über abweichende Bestimmungen in den Rahmenvereinbarungen bzw. DMP-Verträgen zu erklären; teilweise wird die Voraussetzung auch über Kooperationen mit anderen Häusern erfüllt. Unter den Nicht-DMP-Häusern ist das Verhältnis in etwa umgekehrt, d.h. hier hat ein Drittel einen internistischen Schwerpunkt für Hämatologie und internistische Onkologie und zwei Drittel haben keinen.

Die großen DMP-Krankenhäuser ab 600 Betten haben dabei fast durchweg einen internistischen Schwerpunkt für Hämatologie und internistische Onkologie. In den übrigen Bettengrößenklassen weist nur etwa jedes zweite Haus eine entsprechende Schwerpunktbildung auf.

¹⁶ Vgl. Kap. 6.6

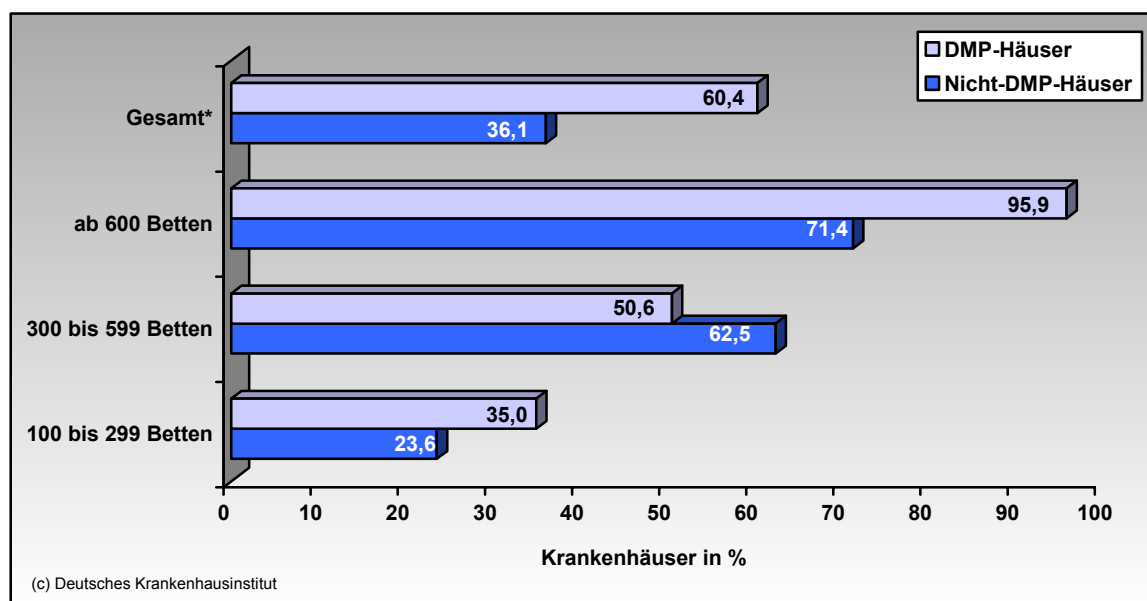


Abb. 14: Krankenhäuser mit Schwerpunkt „Hämatologie und internistische Onkologie“

* Im Chi-Quadrat-Test sind die Unterschiede statistisch signifikant auf einem Niveau von $p < 0,05$

3.11 Onkologischer Schwerpunkt laut Krankenhausplan

Speziell im Hinblick auf die onkologische Versorgung können Krankenhäuser bereits im Landeskrankenhausplan als onkologischer Schwerpunkt, Brust-/Tumorzentrum oder ähnliches ausgewiesen sein. Damit erfüllen sie hinsichtlich der fraglichen Indikation einen speziellen Versorgungsauftrag sowie ggf. bestimmte Qualitätsanforderungen, die sie möglicherweise auch für das DMP Brustkrebs prädestiniert erscheinen lassen.

Rund zwei Drittel der DMP-Krankenhäuser gaben an, im jeweiligen Krankenhausplan als onkologischer Schwerpunkt, Brust-/Tumorzentrum oder ähnliches geführt zu werden. Vor allem die größeren Häuser ab 600 Betten sind fast durchweg in diesem Sinne krankenhauplanerisch herausgehoben. Unter den kleineren Häusern bis 300 Betten ist es dagegen nur weniger als die Hälfte.

Allerdings sind auch 15% der Befragungsteilnehmer unter den Nicht-DMP-Kliniken im Landeskrankenhausplan als onkologischer Schwerpunkt, Brust-/Tumorzentrum oder ähnliches verzeichnet. Diese gaben im Übrigen fast durchweg an, dass sie am DMP Brustkrebs teilnehmen wollten. Bei der Hälfte von ihnen wurde aber ein entsprechender Antrag von den Kostenträgern abgelehnt.

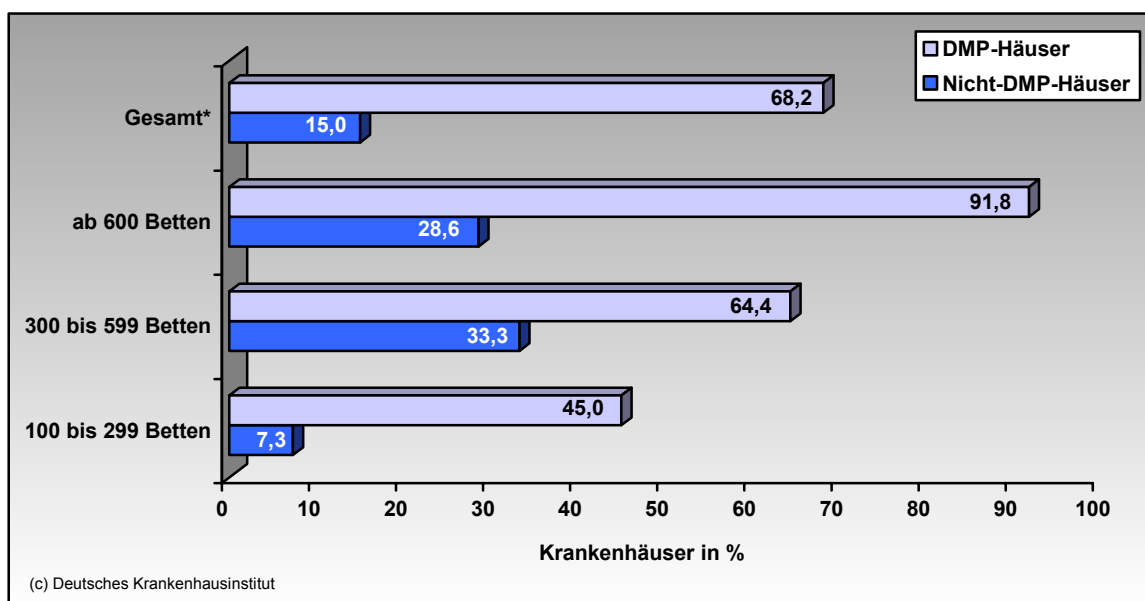


Abb. 15: Krankenhäuser mit onkologischem Schwerpunkt laut Krankenhausplan

* Im Chi-Quadrat-Test sind die Unterschiede statistisch signifikant auf einem Niveau von $p < 0,05$

3.12 Zertifikat als Brust- oder Tumorzentrum

Über die Aufnahme in den Krankenhausplan hinaus kann sich ein Krankenhaus auch speziell als Brust- oder Tumorzentrum zertifizieren lassen (z.B. Zertifikat einer Fachgesellschaft). Knapp die Hälfte der DMP-Krankenhäuser gab an, in diesem Sinne zertifiziert zu sein. Der Anteil der speziell als Brust- oder Tumorzentrum zertifizierten Einrichtungen nimmt mit steigender Krankenhausgröße zu.

Die zertifizierten Häuser sollten im Rahmen einer offenen Frage des weiteren das ausgewählte Zertifizierungsverfahren benennen. Dabei dominierte eindeutig das OnkoZert-Verfahren der Deutschen Krebsgesellschaft bzw. der Deutschen Gesellschaft für Senologie zur Zertifizierung als Brustzentrum. Darüber hinaus haben sich relativ viele DMP-Häuser nach der DIN EN ISO 9001 zertifizieren lassen.

Selbst ausgewählte Nicht-DMP-Häuser (13,8%) können eine Zertifizierung als Brust-/Tumorzentrum nachweisen. Auch hier ist OnkoZert das primäre Verfahren der Wahl.

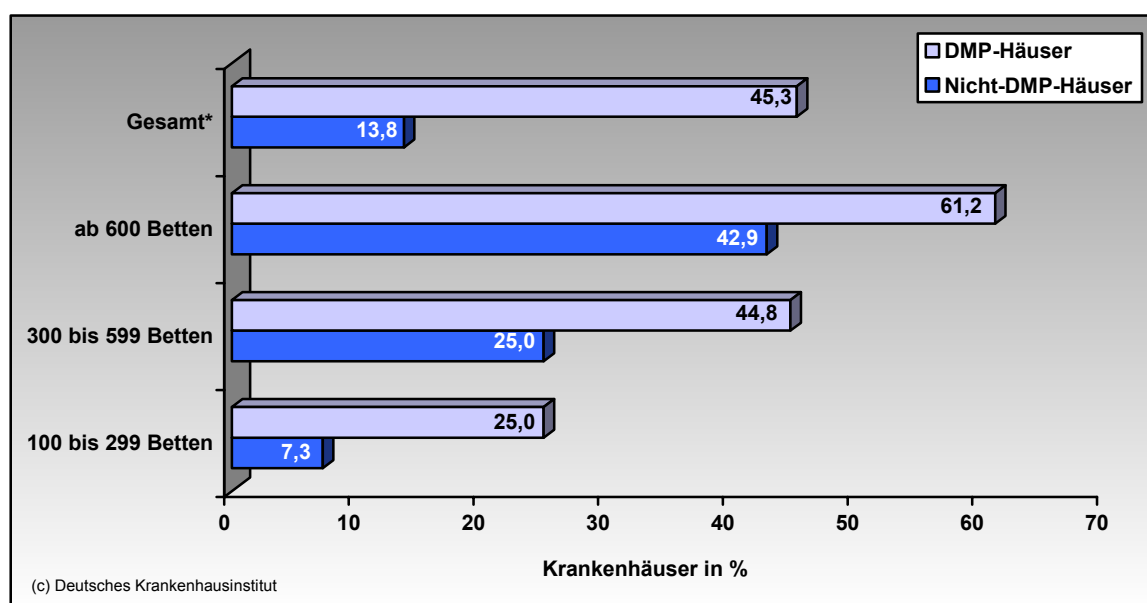


Abb. 16: Krankenhäuser mit Zertifikat als Brust- oder Tumorzentrum

* Im Chi-Quadrat-Test sind die Unterschiede statistisch signifikant auf einem Niveau von $p < 0,05$

3.13 Fazit

Tabelle 5 fasst nochmals wesentliche Strukturdaten der DMP- und Nicht-DMP-Krankenhäuser ab 100 Betten zusammen. Gemessen an den Bettenzahlen des Krankenhauses insgesamt bzw. der Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe sind die DMP-Krankenhäuser im Durchschnitt deutlich größer. Dementsprechend haben sie auch höhere Personal- und Fallzahlen in der jeweiligen Fachabteilung. Bei Standardisierung dieser Werte werden die Unterschiede jedoch sehr stark relativiert.

Im Schnitt verfügen die DMP-Krankenhäuser über eine größere Erfahrung bei der Behandlung von Brustkrebspatientinnen. Dafür sprechen einerseits die im Vergleich zu den Nicht-DMP-Häusern deutlich höheren stationären und ambulanten Fallzahlen bei dieser Indikation sowie die größeren Operationshäufigkeiten. Andererseits zeichnen sie sich häufiger durch fachspezifische Besonderheiten aus, wie beispielsweise eine onkologische Schwerpunktbildung oder eine Zertifizierung als Brust- oder Tumorzentrum, wenngleich diese teilweise auch in Nicht-DMP-Häusern vorliegen.

Zusätzlich erfüllen sie noch eine Reihe fachlicher und infrastruktureller Anforderungen an die DMP. Vor diesem Hintergrund lässt sich ihr besonderer Status im Rahmen der DMP Brustkrebs zwar legitimieren.

Auf der anderen Seite ist zu bedenken, dass viele DMP-Häuser die Teilnahmevoraussetzungen nur im Rahmen von Kooperationen erfüllen, welche insofern auch vielen Nicht-DMP-Häusern prinzipiell möglich wären.¹⁷ Darüber hinaus gibt es auch unter den DMP-Häusern eine Reihe von gynäkologischen Fachabteilungen mit vergleichsweise geringen Fallzahlen bei Brustkrebs und Nicht-DMP-Häuser mit relativ hohen Fallzahlen, insbesondere in den etwas größeren Häusern ab 300 Betten. Die niedrigen Durchschnittswerte der Nicht-DMP-Häuser sind im übrigen maßgeblich durch eine Reihe kleinerer Häuser mit niedrigen Fallzahlen beeinflusst.

	DMP-Häuser	Nicht-DMP-Häuser
Bettenzahlen		
- Bettenzahl des Krankenhauses	569,5	306,8
- Bettenzahl der Gynäkologie	34,5	19,6
- Bettenzahl der Gynäkologie/Geburtshilfe	56,1	33,3
- Betten pro Arzt	5,2	5,7
- Betten pro Pflegekraft	2,8	2,4
Personalzahlen (Vollkräfte)		
- Ärzte in der Gynäkologie/Geburtshilfe	11,7	7,3
- Pflegekräfte in der Gynäkologie/Geburtshilfe	25,8	16,5
Fallzahlen (stationär)		
- Fälle in der Gynäkologie	1.397,4	748,9
- Fälle in der Gynäkologie/Geburtshilfe	2.839,9	1.776,2
- Fälle pro Arzt	264,4	291,8
- Fälle pro Pflegekraft	137,2	127,4
- Fälle pro Bett	52,3	56,5
Brustkrebspatientinnen		
- Stationäre Fälle mit Hauptdiagnose Mamma-Karzinom	205,4	75,7
- Stationäre Fälle mit Exzision/Resektion der Mamma	143,1	48,3
- Anteil der Brustkrebspatientinnen an stationären gynäkologischen Fällen	14,4%	8,2%
- Fälle mit ambulanten Strahlentherapien	204,1	58,1
- Fälle mit ambulanten Chemotherapien	209,5	54,8
Onkologische Besonderheiten		
- Schwerpunkt „Hämatologie und internistische Onkologie“	60,4%	36,1%
- Onkologischer Schwerpunkt laut Krankenhausplan	68,2%	15,0%
- Zertifikat als Brust- oder Tumorzentrum	45,3%	13,8%

Tab. 5: Vergleich von DMP- und Nicht-DMP-Häusern ab 100 Betten¹⁸
- Mittelwerte -

¹⁷ Vgl. Kap. 5, 6.6 und 8.4

¹⁸ Bei den standardisierten Werten (z.B. Betten pro Arzt) wurden die Merkmale jeweils (!) pro Krankenhaus aufeinander bezogen und die entsprechenden Verhältniszahlen gemittelt. Deswegen resultieren andere Werte, als wenn man die bundesweiten Durchschnittswerte (z.B. für Betten- und Arztlzahlen) aufeinander bezieht.

Des Weiteren sei erwähnt, dass es bei Brustkrebs bislang keine hinreichende wissenschaftliche Evidenz für einen Zusammenhang von Leistungsmenge und Leistungsqualität gibt¹⁹ und auch Qualitätsvergleiche zwischen DMP- und Nicht-DMP-Krankenhäusern fehlen. Im Grundsatz ergibt sich bei Nicht-DMP-Häusern daher keine schlechtere Versorgungsqualität bei Brustkrebsbehandlungen.

¹⁹ Vgl. Geraedts, M.: Evidenz zur Ableitung von Mindestmengen. Gutachten im Auftrag der Bundesärztekammer. Düsseldorf 2004

4 Ambulante Versorgung von DMP-Patientinnen

Ein primäres Ziel der DMP ist die engere Verzahnung von ambulanter und stationärer Leistungserbringung, beispielsweise im Sinne einer verbesserten Kooperation von Krankenhaus und Vertragsarzt oder einer verstärkten ambulanten Leistungserbringung im Krankenhaus. Das folgende Kapitel untersucht die Rolle der Krankenhäuser in der ambulanten Versorgung bei Brustkrebs. Schwerpunktmäßig werden dabei Art und Ausmaß ambulanter Leistungen sowie deren rechtliche Grundlagen thematisiert. Etwaige Handlungsbedarfe hinsichtlich einer weiteren Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Leistungserbringung sollen aufgezeigt werden.

4.1 DMP-Krankenhäuser mit ambulanter Behandlung

Im Vergleich zu vielen anderen Indikationen findet die ambulante Behandlung bei Brustkrebs schon traditionell in nicht unerheblichem Umfang im Krankenhaus statt. Dies wird auch durch die vorliegende Erhebung bestätigt. Drei Viertel der DMP-Häuser insgesamt gaben an, Patientinnen mit Mamma-Karzinom auch ambulant zu behandeln. In kleineren Einrichtungen bis 300 Betten fällt der entsprechende Anteilswert zwar leicht unterproportional aus. Allerdings sind auch hier die Krankenhäuser mehrheitlich an der ambulanten Versorgung beteiligt.

Die Bedeutung des Krankenhauses für die ambulante Versorgung lässt sich auch daran er-messen, dass beim Mamma-Karzinom die ambulanten Fallzahlen deutlich höher sind als die Anzahl der stationären Fälle. Während es 2004 in den DMP-Krankenhäusern durchschnittlich 205 vollstationäre Fälle mit der Hauptdiagnose Brustkrebs gab, lag die Anzahl der Brustkrebepatientinnen mit ambulanten Strahlentherapien über 200 Patientinnen und mit ambulanten Chemotherapien gleichfalls über 200 Patientinnen pro Haus.²⁰

Der grundlegende Gedanke der DMP, eine stärkere Verzahnung und Integration der Leistungssektoren zu erzielen, war beim Mamma-Karzinom im Ansatz schon vorher verwirklicht. Auf Grund seiner Kompetenzen im Bereich der diagnostischen Abklärung, der operativen Behandlung und der ambulanten Therapie kam dem Krankenhaus bereits bislang eine Schlüsselstellung in der Behandlungskoordination zu. Allerdings erfolgt die ambulante Behandlung hier in der Regel noch durch persönlich ermächtigte Krankenhausärzte und nicht durch das Krankenhaus.²¹ Dabei werden beim DMP Brustkrebs die Hauptbehandlungsleis-

²⁰ Vgl. 3.13

²¹ Vgl. Kap. 4.4

tungen schon heute im Krankenhaus erbracht. Das Programm ist folglich prädestiniert für die Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung durch das Institut Krankenhaus selbst. Die bislang erreichten, wenngleich noch unzureichenden ambulanten Behandlungsmöglichkeiten des Krankenhauses beim Brustkrebs zeigen, welche Vorteile hinsichtlich der Ziel- und Patientenorientierung der Versorgung daraus generell erwachsen können.

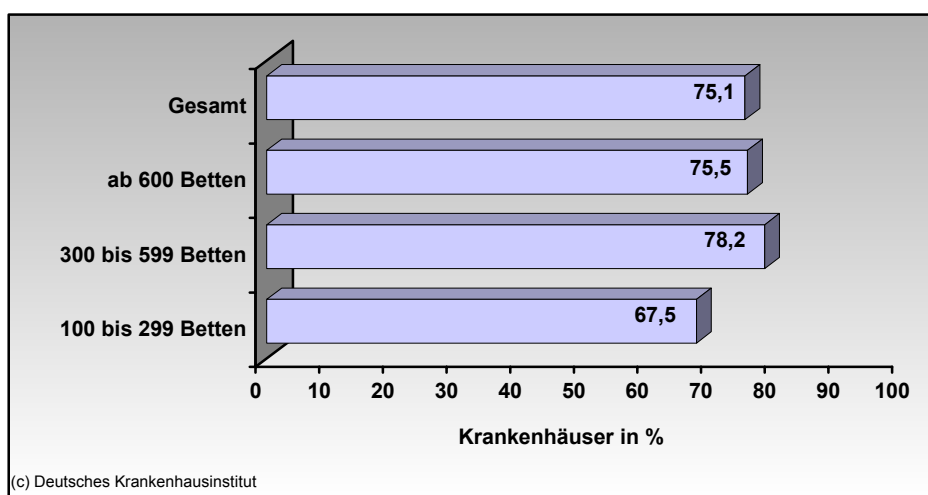


Abb. 17: DMP-Krankenhäuser mit ambulanter Behandlung von Brustkrebspatientinnen

4.2 Arbeitsteilung zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Arzt

Art und Häufigkeit ambulanter Leistungen im Krankenhaus lassen sich auch an der Arbeitsteilung zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Arzt bei dieser Indikation ablesen. Konkret sollten die Befragungsteilnehmer daher angeben, wie oft ausgewählte Behandlungsmaßnahmen vom niedergelassenen Arzt erbracht werden. Die entsprechenden Ergebnisse können der Abb. 18 entnommen werden.

Erwartungsgemäß werden die ambulant durchführbaren Maßnahmen in der Behandlung von Brustkrebspatientinnen überwiegend im Krankenhaus erbracht. Dies gilt insbesondere für die diagnostische Abklärung. So werden nur bei wenigen DMP-Häusern Biopsien (5,6%) und die pathologische bzw. histologische Befundung (12,9%) häufig von niedergelassenen Ärzten durchgeführt. Jeweils gut 20% der Häuser gaben an, dass Chemo- und Strahlentherapien sowie die Palliativ- bzw. Schmerztherapie häufig von niedergelassenen Ärzten des Umfeldes erbracht werden. Einzig Mammografie und Ultraschall führen auch die niedergelassenen Ärzte vergleichsweise häufig bei Brustkrebspatientinnen durch.

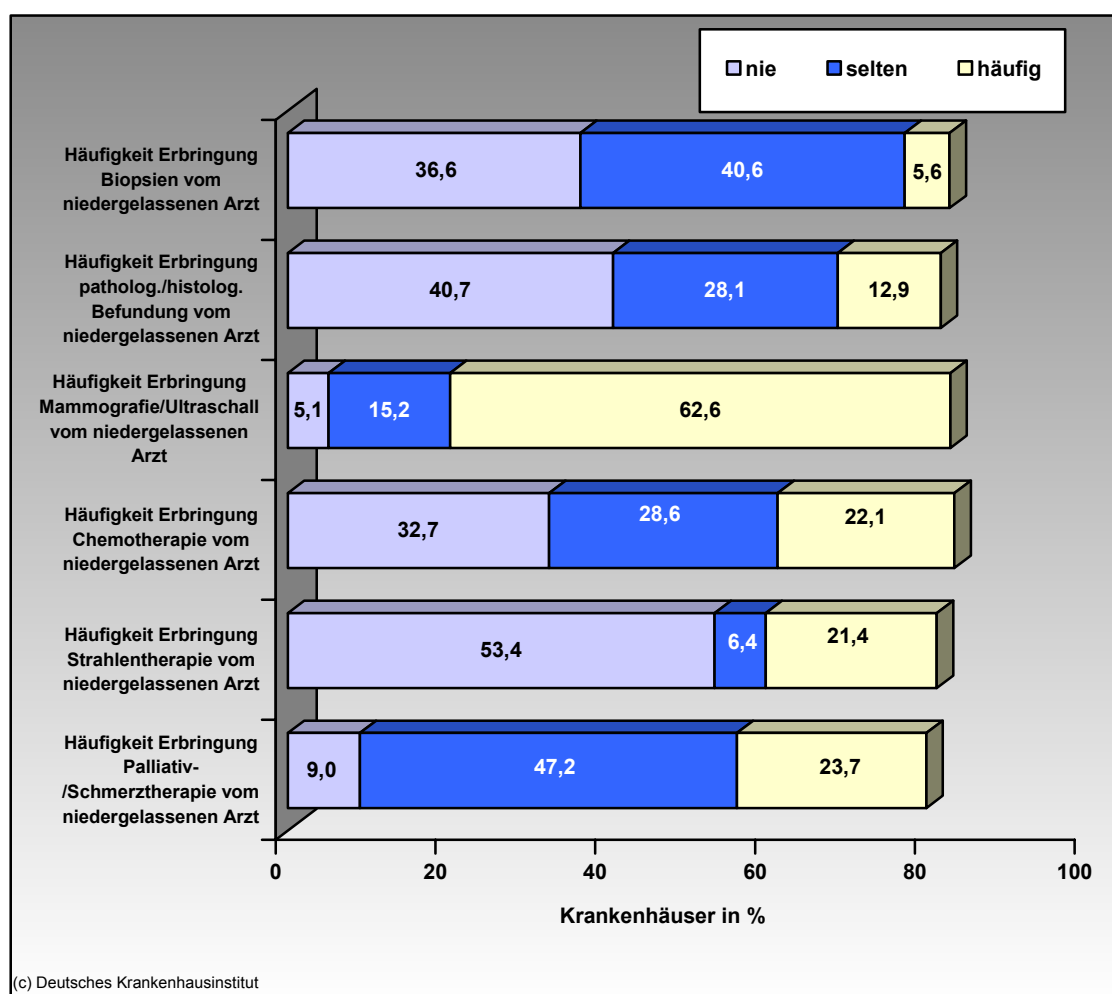


Abb. 18: Arbeitsteilung zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Arzt

Es ist zwar hinlänglich bekannt, dass beim Brustkrebs – im Unterschied zu vielen anderen Krankheiten – selbst ambulante Behandlungsmaßnahmen überwiegend im Krankenhaus, wenngleich nur teilweise durch das Institut Krankenhaus erbracht werden. Mit der vorliegenden Erhebung konnten die entsprechenden Anteilswerte jedoch erstmalig näherungsweise quantifiziert werden. Die Ergebnisse unterstreichen abermals, dass das Krankenhaus grundsätzlich in der Lage ist, die ambulante und stationäre Versorgung von Brustkrebspatientinnen aus einer Hand zu organisieren. Eine weitergehende ambulante Öffnung der Krankenhäuser wäre hier möglicherweise beispielhaft für die Integration der Leistungssektoren überhaupt.

4.3 Ambulante Nachsorge durch das Krankenhaus

Während die ambulante Therapie bei Brustkrebs (Strahlen- und Chemotherapie) in der Regel im Krankenhaus geschieht, erfolgt die ambulante Nachsorge nach Abschluss der Thera-

pie häufiger im niedergelassenen Bereich. Vor diesem Hintergrund sollten sich die Befragungsteilnehmer zu einer stärkeren Einbeziehung der Krankenhäuser auch in die ambulante Nachsorge äußern.

Jeweils rund zwei Drittel der DMP-Häuser halten eine entsprechende Nachsorge sowohl für medizinisch sinnvoll als auch aus Sicht des Krankenhauses für wünschenswert. Sogar drei Viertel der Befragten sind der Ansicht, nach Abschluss der Therapie wäre eine ambulante Nachsorge durch das Krankenhaus auch mit Blick auf die Patientenversorgung sinnvoll.

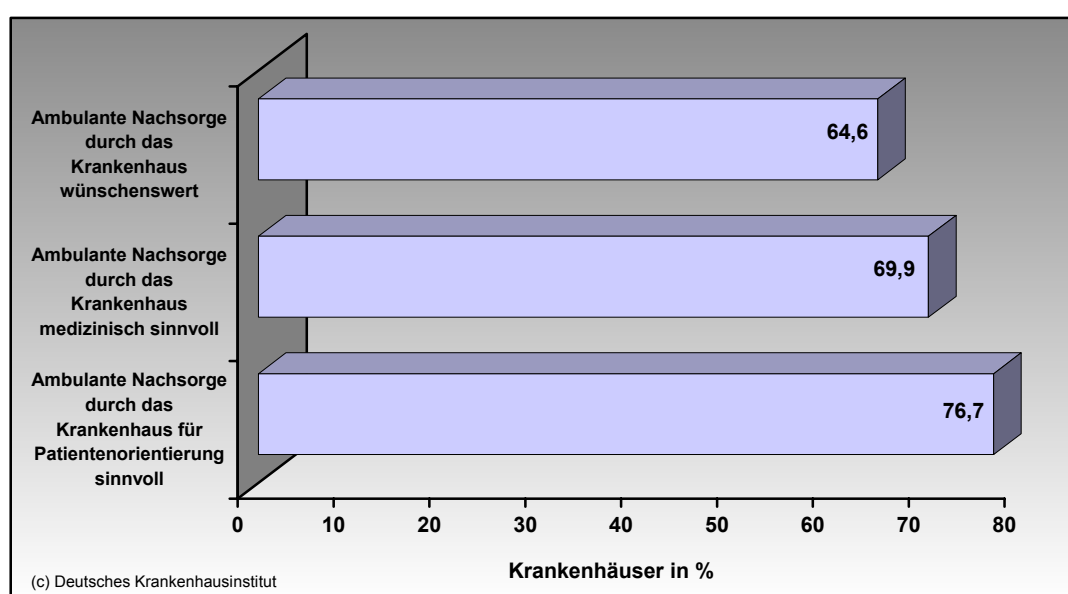


Abb. 19: Einschätzungen der DMP-Häuser zur ambulanten Nachsorge

In jedem Fall entspricht sie dem Wunsch vieler Patientinnen. Denn einem Drittel der DMP-Häuser zufolge äußern ihre Brustkrebspatientinnen sehr oft und weiteren 42% zufolge öfters den Wunsch nach einer ambulanten Nachsorge durch das Krankenhaus nach Abschluss der Therapie.

Angesichts dieser Ergebnisse besteht also sowohl aus Patientensicht als auch aus Krankenhaussicht ein eindeutiger Ergänzungsbedarf bezüglich der Inhalte des DMP Brustkrebs. Die Krankenhäuser sollten stärker für die ambulante Nachsorge geöffnet, den Patientinnen Wahlmöglichkeiten zwischen Krankenhaus und Vertragsarzt hier grundsätzlich offeriert werden. Die Einbeziehung des Krankenhauses in die ambulante Nachsorge würde zu einer besseren Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung bei Brustkrebs beitragen und die Behandlungscoordination aus einer Hand des Krankenhauses gezielt und patientenorientiert ergänzen.

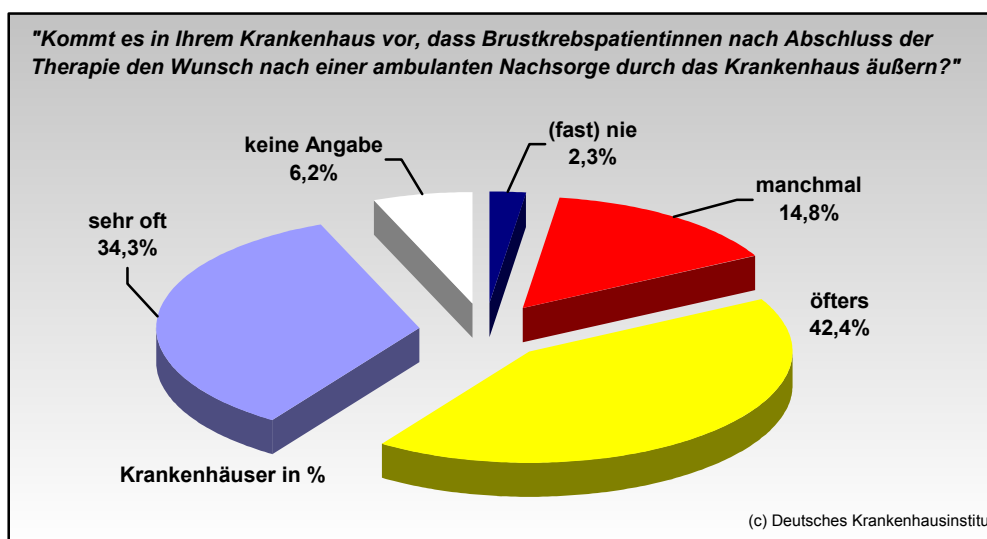


Abb. 20: Patientinnenwunsch nach ambulanter Nachsorge durch das Krankenhaus

4.4 Art der Ermächtigung

Grundsätzlich kann es sich bei der ambulanten Versorgung von Brustkrebspatientinnen um Leistungen der Einrichtung *Krankenhaus* (Institutsermächtigung) handeln oder um persönliche Leistungen von Krankenhausärzten im Rahmen genehmigter Nebentätigkeit (persönliche Ermächtigung). In den DMP-Krankenhäusern sind beide Varianten anzutreffen. Allerdings dominiert hier eindeutig die Rechtsform der persönlichen Ermächtigung.

In über 80% der Häuser erfolgt die ambulante Behandlung beim Mamma-Karzinom in Form genehmigter Nebentätigkeit von Krankenhausärzten. In einem Viertel der Kliniken liegt eine Institutsermächtigung vor. Bei wenigen Häusern (6%) kommen beide Rechtsformen, persönliche wie Institutsermächtigung zur Anwendung. In diesem Fall dürften jeweils unterschiedliche Leistungsbereiche betroffen sein.

Persönliche Ermächtigungen für die fragliche Indikation sind in den größeren Häusern ab 600 Betten unterrepräsentiert, Institutsermächtigungen hingegen deutlich überrepräsentiert. Letzteres ist insbesondere auf den hohen Anteil von Hochschulambulanzen in dieser Bettengrößenklasse zurückzuführen.

Gleichwohl belegen die Ergebnisse, dass – historisch bedingt – die ambulante Öffnung der Krankenhäuser noch maßgeblich durch persönliche Ermächtigungen erfolgt, da bislang primär über diesen Weg die relative strenge Trennung von stationären und ambulanten Leistungssektoren aufgebrochen werden konnte. Da jedoch das DMP Brustkrebs, wie erwähnt,

für die Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung durch das Institut Krankenhaus prädestiniert erscheint, sollten hier verstärkt Alternativen zur persönlichen Ermächtigung Anwendung finden.

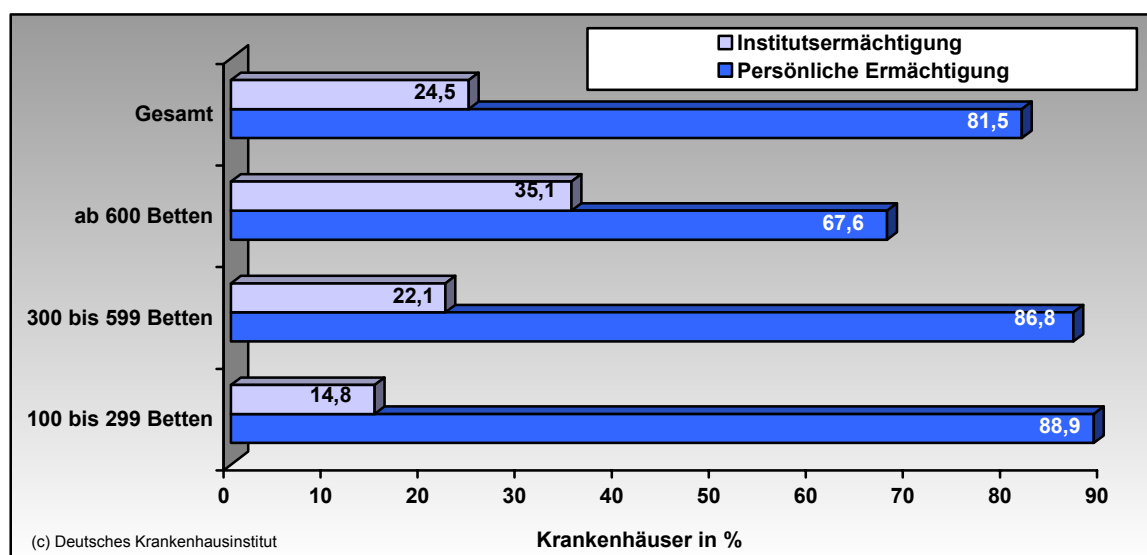


Abb. 21: Arten der Ermächtigung in DMP-Häusern

4.5 Ambulante Behandlung nach § 116 b Abs. 1 SGB V

Über Ermächtigungen hinaus kann die ambulante Behandlung im Krankenhaus speziell bei DMP-Patientinnen auch auf Grund des § 116 b Abs. 1 SGB V erfolgen. Demnach können die Kostenträger mit DMP-Krankenhäusern Verträge über ambulante ärztliche Behandlung schließen, soweit die Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung in den Verträgen zu den strukturierten Behandlungsprogrammen dies erfordern. Eine Reihe von Befragungsteilnehmern führte zwar an, dass es für ihr Krankenhaus einen entsprechenden Vertrag zur ambulanten ärztlichen Behandlung gemäß § 116 b Abs. 1 SGB V gäbe.

Die Zuverlässigkeit dieser Angaben wäre allerdings zu problematisieren, insofern die ärztlichen Mitarbeiter in den betroffenen Abteilungen mit den sozialrechtlichen und vertraglichen Grundlagen des DMP Brustkrebs nicht immer vertraut sein dürften. Es ist also nicht auszuschließen, dass zumindest ein Teil der Befragten irrtümlicherweise den § 116 b SGB V als Rechtsgrundlage für die ambulante Brustkrebsbehandlung in ihren Häusern angesehen hat und nicht etwaige Ermächtigungen. Stichprobenmäßig durchgeführte telefonische Nachfragen bestätigten diese Annahme.

Eine genaue Quantifizierung wie Qualifizierung der Verträge nach § 116 b Abs. 1 SGB V ist deswegen im Rahmen dieser Studie nicht möglich. In jedem Fall dürfte bei den DMP Brustkrebs – angesichts ohnehin weitreichender ambulanter Behandlungsmöglichkeiten bei dieser Indikation - die ambulante Behandlung nach § 116 b Abs. 1 SGB V eher selektiv genutzt werden. Unabhängig davon dürfte er sich in jedem Fall als Rechtsgrundlage für die ambulante Brustkrebsnachsorge im Krankenhaus eignen, insofern diese über die Ermächtigungen in der Regel nicht abgedeckt ist.

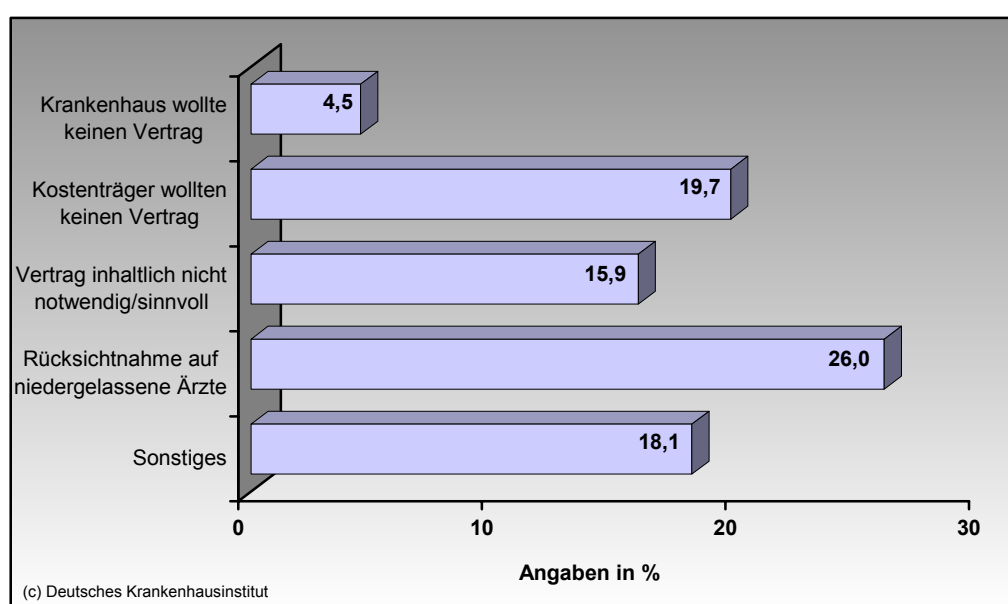


Abb. 22: Gründe für den Nicht-Abschluss von Verträgen nach § 116 b Abs. 1 SGB V

Des Weiteren wurden die Häuser, welche angaben, keinen Vertrag nach § 116 b Abs. 1 SGB V vereinbart zu haben, nach den Gründen hierfür befragt. Am häufigsten wurde hier die Rücksichtnahme auf niedergelassene Ärzte angeführt (26%). In rund 20% der Häuser wollten die Kostenträger keinen Vertrag. Knapp 16% der Häuser betrachteten ihrerseits einen Vertrag als inhaltlich nicht sinnvoll oder notwendig. Mit Blick auf die Restkategorie „Sonstiges“ (18,1%) wurde vor allem die persönliche Ermächtigung des Chefarztes als Hinderungsgrund angeführt. Ansonsten machte eine Reihe von Befragungsteilnehmern bei der entsprechenden Frage überhaupt keine Angaben.

5 Mindestmengen im DMP Brustkrebs

Das Erreichen bestimmter Leistungsmengen oder Mindestmengen sowohl je Krankenhaus als auch je Operateur ist eine wichtige Voraussetzung zur Teilnahme am DMP. Implizit wird damit ein positiver Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Leistungsqualität unterstellt. Die Mindestmengen sind in den Verträgen zur Durchführung des DMP als Teilnahmevoraussetzung bzw. Auswahlkriterium vereinbart worden. Sie sind weder in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vorgegeben noch handelt es sich um Mindestmengenvereinbarungen nach § 137 SGB V.

Mit Blick auf die Mindestmengenproblematik ist grundsätzlich zwischen entsprechenden Rahmenvereinbarungen auf Landesebene, den krankenhausesindividuellen Mengenvorgaben in den DMP-Verträgen zwischen Krankenhaus und Kostenträgern sowie den tatsächlichen Leistungsmengen je Krankenhaus bzw. je Operateur zu unterscheiden. Das vorliegende Kapitel untersucht zum einen, wie die Mindestmengenthematik auf Landes- und Krankenhausesebene vertraglich umgesetzt ist. Zum anderen wird überprüft, inwieweit die entsprechenden Mengenvorgaben in der Praxis auch erreicht werden.

5.1 Mindestmengen laut Rahmenvereinbarungen

Neben dem Nachweis bestimmter personeller, leistungsbezogener und infrastruktureller Voraussetzungen sehen die Rahmenvereinbarungen auf Landesebene Mindestmengenvorgaben pro Krankenhaus bzw. pro Operateur bei Brustkrebs vor. Wie aus Tab. 6 ersichtlich, gibt es in den Rahmenvereinbarungen fast aller Bundesländer ausdrückliche Mindestmengenvorgaben je Krankenhaus. Die Mindestmenge je Krankenhaus liegt demnach überwiegend bei 150 (Erst)Operationen bei Neuerkrankungen. Lediglich in Bayern und im Saarland liegt sie darunter. Einschränkend sei allerdings erwähnt, dass es in einigen Bundesländern Übergangsfristen zur Erreichung von Mindestmengenvorgaben gibt.

Mit Blick auf die Mindestmengenvorgaben pro Operateur sind überwiegend 50 Operationen vorgesehen; eine Ausnahme bildet hier wiederum das Saarland, wo lediglich 30 Operationen pro Operateur vorgegeben sind. Teilweise wird darüber hinaus die Mindestanzahl der Operateure spezifiziert, die die entsprechende Mindestmenge erbringen müssen. Dies ist in Baden-Württemberg (1 Operateur) sowie in Niedersachsen, Schleswig-Holstein und im Saarland (2 Operateure) der Fall.

Am stärksten unterscheiden sich die Rahmenvereinbarungen hinsichtlich der Möglichkeit einer gemeinsamen Erfüllung der fraglichen Mindestmengenvorgaben. In einer Reihe von Bundesländern ist es grundsätzlich nicht zulässig, dass Krankenhäuser ausdrücklich zu diesem Zweck kooperieren. In anderen Bundesländern sind entsprechende Kooperationen jedoch möglich. Dabei gibt es hinsichtlich der Mindestmengen für kooperierende Krankenhäuser unterschiedliche Varianten:

Teilweise müssen die Kooperationspartner die Mindestmengenvorgaben lediglich gemeinsam erfüllen (ohne Mengenvorgabe je Haus), teilweise muss jedes einzelne Kooperationshaus aber auch seinerseits bestimmte Leistungsmengen aufweisen (zumeist 100 Eingriffe je Haus). Bei den Mindestmengen pro Operateur sind dagegen auch bei Kooperationen überwiegend 50 Operationen pro Operateur vorgesehen. Die Details können der Tabelle entnommen werden.

Ausdrücklich sei in diesem Zusammenhang betont, dass die aufgeführten Mindestmengen von den Partnern der Rahmenvereinbarungen konsentiert sind und nicht vom Verordnungsgeber vorgegebene Größen darstellen. Für sie gibt es keine hinreichende wissenschaftliche Evidenz.²² Auf Grund methodischer Mängel und inkonsistenter Ergebnisse sind konkrete Mindestmengen aus den vorliegenden Studien nicht ableitbar. Eine generell bessere Versorgungsqualität in Häusern mit größeren Leistungsmengen kann deswegen im folgenden keineswegs unterstellt werden. Wenn daher die Zielerreichung bei Mindestmengen überprüft wird, dann erfolgt dies gemäß den expliziten Vorgaben und der immanenten Logik der DMP, jedoch nicht im Sinne eines allgemeinen oder generalisierbaren Qualitätsnachweises.

²² Vgl. Geraedts, a.a.O., 2004

Bundesland	Mindestmenge pro Krankenhaus	Mindestmenge pro Operation	Gemeinsame Erfüllung der Mindestmengenvorgaben
Baden-Württemberg	--	1 Operateur mit 50 Erstoperationen bei Neuerkrankungen pro Jahr	--
Bayern	100 Frauen mit primärem Mamma-Karzinom	pro Operateur mindestens 50 Operationen	Kooperation mit einer weiteren stationären Einrichtung möglich, wenn Standorte zusammen die Voraussetzungen erfüllen und ein vertretender Operateur die Voraussetzung erfüllt.
Berlin	Erstoperationen von jährlich mindestens 150 Frauen mit einer Neuerkrankung Mamma-Karzinom an einem Standort	pro Operateur mindestens 50 Operationen	--
Brandenburg	150 Erstoperationen bei Neuerkrankungen	pro Operateur mindestens 50 Operationen	--
Bremen	150 Primärfälle (Der entsprechende Nachweis der Mindestfallzahl ist jeweils explizit von dem zugelassenen Krankenhaus zu bringen.)	mindestens 50 Fälle pro Operateur	--
Hamburg	Operationen von 150 Frauen mit einer Neuerkrankung	pro Operateur mindestens 50 Operationen	Kooperationen mit einer weiteren Einrichtung; gemeinsam 200 Operationen und 50 Operationen pro Operateur
Hessen	Chirurgische Behandlung von 150 Frauen mit Neuerkrankungen	pro Operateur mindestens 50 Operationen	Kooperation mit einer Einrichtung, die die genannten 150 Leistungen erfüllt; in beiden Krankenhäusern mind. 50 Operationen pro Jahr
Mecklenburg-Vorpommern	150 Operationen mit primärem Mamma-Karzinom	mindestens 2 Operateure mit 30 Operationen	Zur Erreichung der operativen Mindestanforderungen Kooperationen mit weiteren stationären Einrichtungen möglich
Niedersachsen	150 Erstoperationen bei Neuerkrankungen	2 Operateure mit 50 Erstoperationen	--
Nordrhein	150 Erstoperationen bei Neuerkrankungen	pro Operateur mindestens 50 Operationen	bei Verteilung auf mehrere Standorte mind. 100 Erstoperationen pro Standort; pro Operateur mind. 50 Operationen
Rheinland-Pfalz	150 Erstoperationen	50 Operationen pro verantwortlichem Operateur bei Neuerkrankungen	150 Erstoperationen ggf. in Kooperation mit einer weiteren, dem jeweiligen Brustzentrum angegliederten, stationären Einrichtung
Saarland	80 Erstoperationen bei Neuerkrankungen an Mamma-Karzinom	pro Operateur mindestens 30 Operationen	--
Schleswig-Holstein	150 Frauen mit primärem Mamma-Karzinom	mindestens 2 Fachärzte mit 50 Operationen	Kooperation mit einer weiteren stationären Einrichtung möglich; pro Standort mindestens 50 Erstoperationen pro Krankenhaus und pro Operateur
Thüringen	150 Erstoperationen bei Neuerkrankungen an Mamma-Karzinom	pro Operateur mindestens 50 Operationen	--
Westfalen-Lippe	150 Erstoperationen bei Neuerkrankungen	pro Operateur mindestens 50 Operationen	Verteilung der operativen Leistungen auf mehrere Standorte bei mind. 100 Operationen je Standort und mind. 50 Operationen je Operateur

Tab. 6: Mindestmengen für DMP Brustkrebs laut Rahmenvereinbarungen der Länder²³

²³ In Sachsen und Sachsen-Anhalt gab es zum Erhebungszeitpunkt keine vom BVA akkreditierte DMP Brustkrebs. In Berlin und Hessen basieren die Mindestmengen vorgaben nur auf einem Rahmenvertrag der Landesverbände der Krankenkassen ohne Beteiligung der jeweiligen Landeskrankenhausesgesellschaft.

5.2 Mindestmengen pro Krankenhaus laut DMP-Vertrag

Mit Blick auf die vertraglichen Grundlagen vor Ort sollten die Befragungsteilnehmer angeben, welche Mindestmengen laut DMP-Vertrag zwischen Krankenhaus und Kostenträgern für Erstoperationen bei primärem Mamma-Karzinom für ihr Haus vorgesehen sind. Bemerkenswerterweise hat rund ein Drittel der DMP-Häuser hier keine Angaben gemacht. Die nachfolgenden Ergebnisse beziehen sich insofern nur auf Häuser mit Angaben:

Demnach ist laut DMP-Vertrag nur in knapp der Hälfte der Krankenhäuser eine Mindestmenge von 150 Ersteingriffen vorgegeben, wie sie auch in den meisten Rahmenvereinbarungen auf Landesebene vorgesehen ist. In rund einem Drittel der Kliniken beträgt die Mindestmenge 100 Eingriffe und bei einem Fünftel liegt sie bei 50 Erstoperationen bei primärem Mamma-Karzinom. Die wenigen übrigen Werte verteilen sich auf andere Mengenvorgaben unterhalb von 150 Eingriffen.

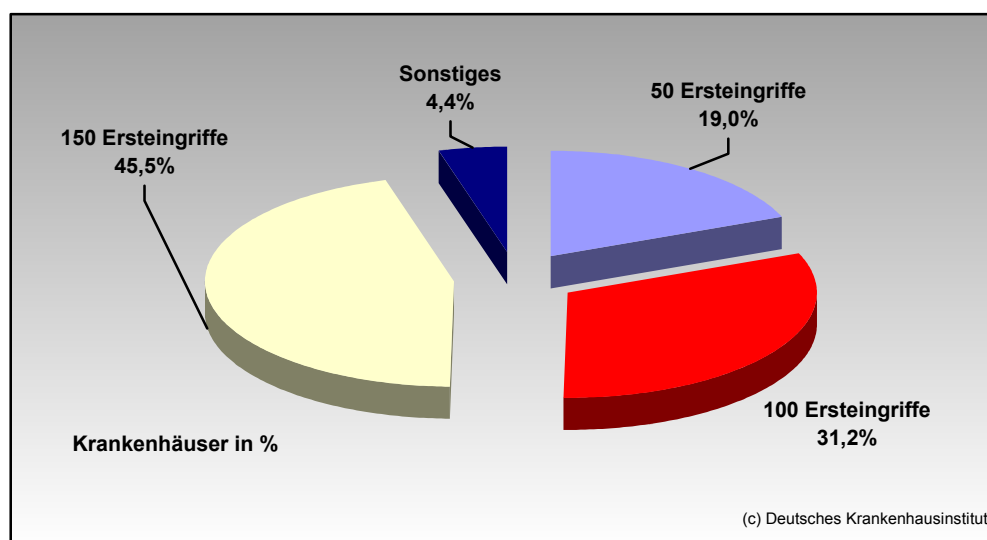


Abb. 23: Mindestmengen pro Krankenhaus laut DMP-Vertrag

Häuser mit einer Mindestmenge von weniger als 150 Eingriffen gaben im Übrigen nur etwa zu gut 40% an, mit anderen Häusern zur Erreichung einer Mindestmengenvorgabe zu kooperieren. Vorbehaltlich der Korrektheit dieser Angaben wäre demnach bei rund einem Viertel aller DMP-Krankenhäuser eine Mindestmenge von 150 Erstoperationen bei primärem Mamma-Karzinom weder im jeweiligen Haus selbst noch gemeinsam mit Kooperationshäusern vertraglich vorgegeben.

Die Mindestmengen laut DMP-Vertrag variieren in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße. So hat etwa nur ein Drittel der kleineren Häuser bis 300 Betten eine vertragliche Vorgabe von 150 Erstoperationen. In den höheren Bettengrößenklassen ist es jeweils rund die Hälfte. Interessanterweise fällt somit auch hier der Anteil der Einrichtungen mit niedrigeren Mindestmengenvorgaben vergleichsweise hoch aus. Anscheinend haben selbst größere Häuser Probleme, die angestrebte Mindestmenge von 150 Eingriffen vertraglich zu fixieren.

5.3 Mindestmengen pro Operateur laut DMP-Vertrag

Analog zu den Mindestmengen pro Krankenhaus sehen die DMP-Verträge auch Mindestmengen pro Operateur für Erstoperationen bei primärem Mamma-Karzinom vor. Auch hier konnte wiederum ein Drittel der Befragungsteilnehmer keine Zahlen nennen, so dass sich die folgenden Ergebnisse wiederum ausschließlich auf Häuser mit Angaben beziehen.

Im Unterschied zu den krankenhausesbezogenen Mindestmengen gab es bei den entsprechenden Vorgaben pro Operateur kaum Varianz. In rund 95% der DMP-Kliniken ist laut DMP-Brustkrebs-Vertrag eine Mindestmenge von 50 Ersteinriffen für zumindest einen Operateur vorgegeben. Das gilt gleichermaßen für die Krankenhäuser insgesamt wie für die verschiedenen Bettengrößenklassen. In den wenigen übrigen Häusern beträgt die Mindestmengenvorgabe pro Operateur durchweg weniger als 50 Eingriffe.

Offensichtlich werden also Abweichungen von einer krankenhausesbezogenen Mindestmenge von 150 Erstoperationen gemäß Rahmenvereinbarungen weitestgehend akzeptiert, wenn das Krankenhaus vertraglich zusichert, dass zumindest ein Operateur jährlich 50 Brustkrebspatientinnen operiert. Diese Zahl entspricht im Übrigen auch den Vorgaben in fast allen Rahmenvereinbarungen.

5.4 Erreichen der Mindestmengen je Krankenhaus

Gemäß Rahmenvereinbarungen ist, wie erwähnt, in fast allen Bundesländern eine Mindestmenge von 150 Erstoperationen bei primärem Mamma-Karzinom vorgegeben; Übergangsfristen bzw. eine gemeinsame Leistungserbringung sind allerdings teilweise vorgesehen. Wenn man davon zunächst abstrahiert, erreichen – unter Zugrundelegung der Operationshäufigkeiten des Jahres 2004 - unter den DMP-Häusern nur 31% der Einrichtungen eine Mindestmenge von 150 Primäreingriffen. Fast die Hälfte der DMP-Krankenhäuser (45,8%)

erbrachte im Jahr 2004 weniger als 100 Eingriffe. Bei den übrigen variieren die OP-Häufigkeiten zwischen 100 und 150 Eingriffen.

Selbst unter den großen Krankenhäusern ab 600 Betten schafft nur die Hälfte der Häuser 150 Erstoperationen oder mehr; in den übrigen Bettengrößenklassen ist es weniger als ein Viertel. Fast drei Viertel der kleineren Krankenhäuser und gut die Hälfte der Häuser in der mittleren Bettengrößenklasse bleiben unter 100 Eingriffen.

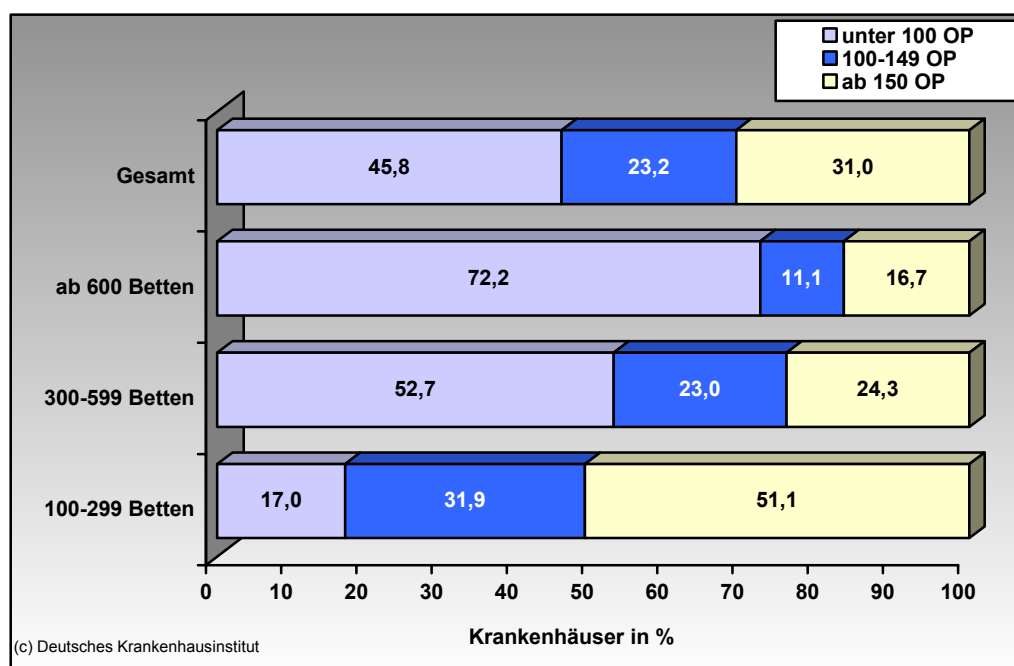


Abb. 24: Operationshäufigkeiten der DMP-Häuser im Jahr 2004

Allerdings sind für die Krankenhäuser letztlich die Mengenvorgaben in den krankenhausesindividuellen DMP-Verträgen entscheidend, nicht die jeweilige Rahmenvereinbarung auf Landesebene. Wie dargelegt, liegt in knapp der Hälfte der Häuser die Mindestmenge laut DMP-Vertrag unter 150 Eingriffen.²⁴ Legt man die vertraglich vereinbarten Mindestmengen sowie die OP-Häufigkeiten für das Jahr 2004 zugrunde, ergibt sich ein differenzierteres Bild:

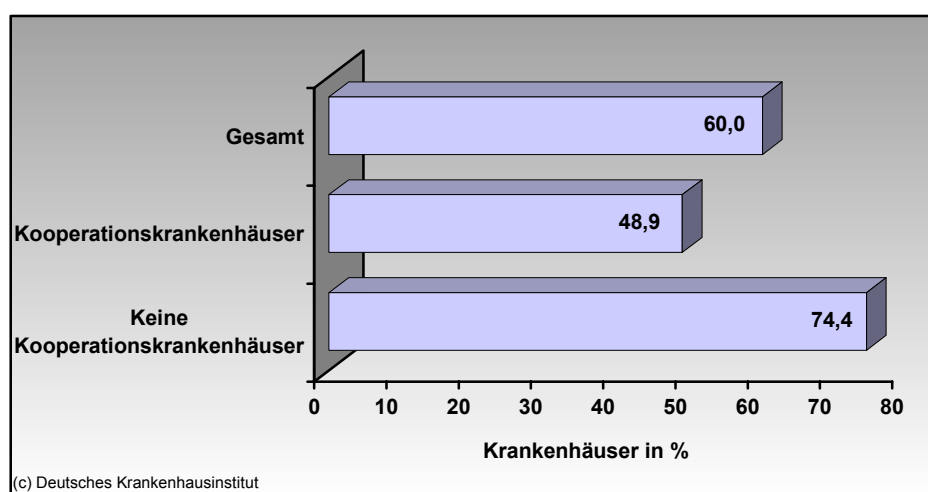
Demnach würden schätzungsweise 60% der DMP-Krankenhäuser die krankenhausesindividuelle Mindestmengenvorgabe laut DMP-Vertrag erreichen. Dabei haben Häuser, die angaben, im Rahmen des DMP mit anderen Häusern zur gemeinsamen Erreichung von Mindestmengen zu kooperieren, größere Probleme hinsichtlich der Umsetzung. Hier erzielt nur die Hälfte der Kooperationskrankenhäuser die krankenhausesindividuelle Mindestmenge laut DMP-

²⁴ Vgl. Kap. 5.2

Vertrag. In den Häusern ohne entsprechenden Kooperationspartner erreichen immerhin drei Viertel die Mindestmengen laut DMP-Vertrag. Dabei handelt es sich überwiegend um große Häuser mit entsprechend hohen Fallzahlen.

Zwar sei ausdrücklich betont, dass es sich bei den angeführten Anteilswerten um Schätzwerte auf Basis der jeweiligen Operationshäufigkeiten des Jahres 2004 handelt. Bei einer Reihe von Krankenhäusern wurde der DMP-Vertrag jedoch erst später abgeschlossen oder wirksam, so dass zur Überprüfung der Mindestmengen Voraussetzungen auch aktuellere Operationszahlen herangezogen werden müssten, welche aber noch nicht verfügbar waren. Allerdings sind größere Änderungen angesichts relativ stabiler Fallzahlen je Krankenhaus im Bereich Brustkrebs kurzfristig nicht zu erwarten.²⁵

Faktisch lässt sich insofern festhalten, dass im Rahmen der DMP Brustkrebs Abweichungen von den Mindestmengen vorgaben sowohl gemäß Rahmenvereinbarungen als auch nach DMP-Verträgen in hohem Maße toleriert werden. Mit Blick auf die Mindestmengen je Krankenhaus erreichen die DMP Brustkrebs ihre Ziele daher nur sehr eingeschränkt. Die maßgebliche Ursache hierfür ist, dass die Mindestmengen vorgaben offensichtlich nicht der Versorgungsrealität entsprechen und damit auch nicht den Erfordernissen einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung von Brustkrebspatientinnen.



**Abb. 25: Krankenhäuser mit Erfüllung der Mindestmengen vorgaben laut DMP-Vertrag
- Schätzwerte auf Basis des Jahres 2004 -**

²⁵ Vgl. Kap. 3.9

5.5 Erreichen der Mindestmengen je Operateur

Gemäß fast aller Rahmenvereinbarungen sollte pro DMP-Krankenhaus mindestens ein Operateur 50 Ersteingriffe bei primärem Mamma-Karzinom durchführen. Diese Mindestmenge ist in die meisten DMP-Verträge übernommen worden. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwieweit die DMP-Krankenhäuser die entsprechenden Vorgaben überhaupt erfüllen. Deswegen sollten die Befragungsteilnehmer angeben, wie viele ihrer Ärzte im Jahr 2004 die fragliche Mindestmenge von 50 Erstoperationen tatsächlich erreicht haben bzw. im Jahr 2005 voraussichtlich erreichen werden.

Im Jahr 2004 hatte immerhin noch rund ein Fünftel der DMP-Krankenhäuser keinen Operateur mit 50 Ersteingriffen bei primärem Mamma-Karzinom. In rund 23% der Krankenhäuser verfügt zumindest ein Arzt über entsprechenden Operationserfahrungen; bei weiteren knapp 30% sind es sogar zwei Ärzte. Und in ca. 20% der DMP-Krankenhäuser haben drei oder mehr Ärzte jeweils 50 Erstoperationen bei primärem Mamma-Karzinom durchgeführt.

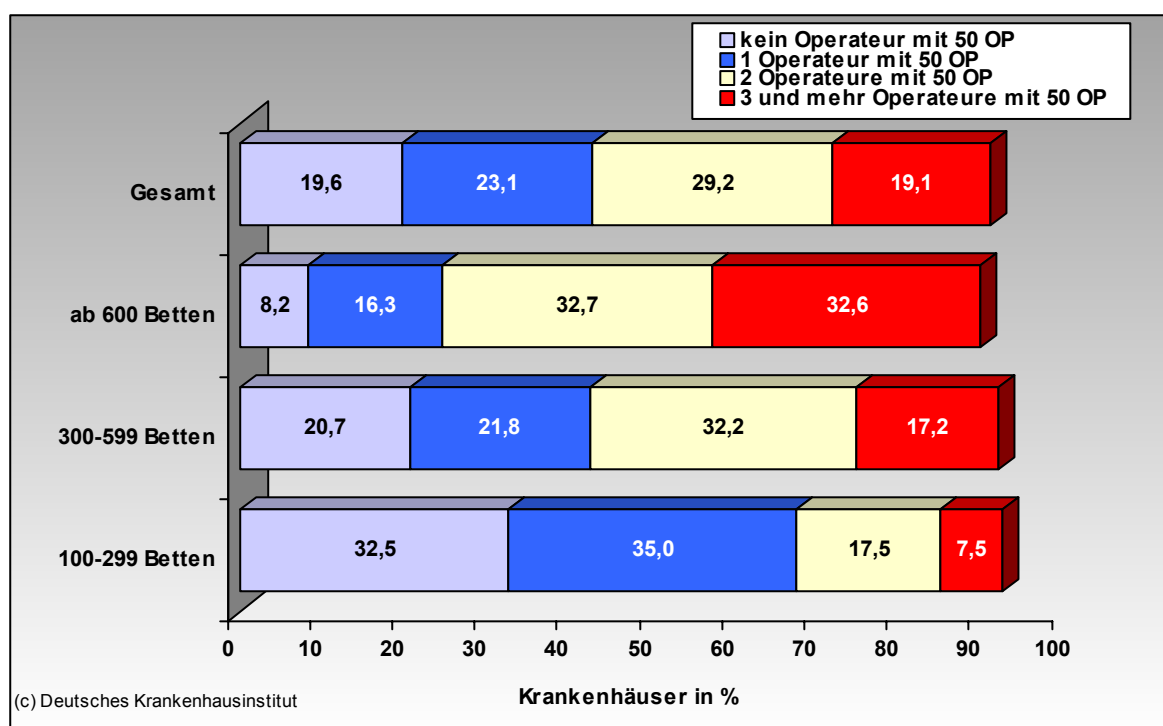


Abb. 26: Operateure pro Krankenhaus mit mindestens 50 Ersteingriffen bei primärem Mamma-Karzinom pro Jahr

Der Anteil der DMP-Häuser, die keinen Operateur mit 50 Ersteingriffen haben, fällt mit 32,5% in kleineren Häusern unter 300 Betten überproportional aus, in den großen Häusern ab 600 Betten mit knapp 10% dagegen merklich unterproportional.²⁶

Für das Jahr 2005 rechneten die DMP-Krankenhäuser mit einer deutlichen Verbesserung mit Blick auf die Mindestmengen pro Operateur. Demnach gehen weniger als 10% davon aus, dass voraussichtlich kein Arzt ihres Krankenhauses mindestens 50 Erstoperationen bei primärem Mamma-Karzinom durchführen wird. Allerdings dürften kleineren Häuser bis 300 Betten diesbezüglich auch weiterhin etwas größere Probleme haben. Mit Blick auf eine wohnortnahe Versorgung für DMP-Patientinnen bzw. diesbezüglicher Sicherstellungserfordernisse sollten Abweichungen von der Mindestmengenvorgabe je Operateur aber auch künftig Akzeptanz finden.

Im Vergleich zur Krankenhausebene fällt die Zielerreichung bei den Mindestmengen je Operateur also deutlich besser aus. Mit gewissen Einschränkungen bei den kleineren Krankenhäusern dürfte die Mengenvorgabe von 50 Eingriffen pro Operateur demnach fast flächendeckend erreicht werden. Mit Blick auf die Versorgungswirklichkeit spricht dies für eine insgesamt realistischere Zielorientierung als bei den krankenhausesbezogenen Mindestmengen.

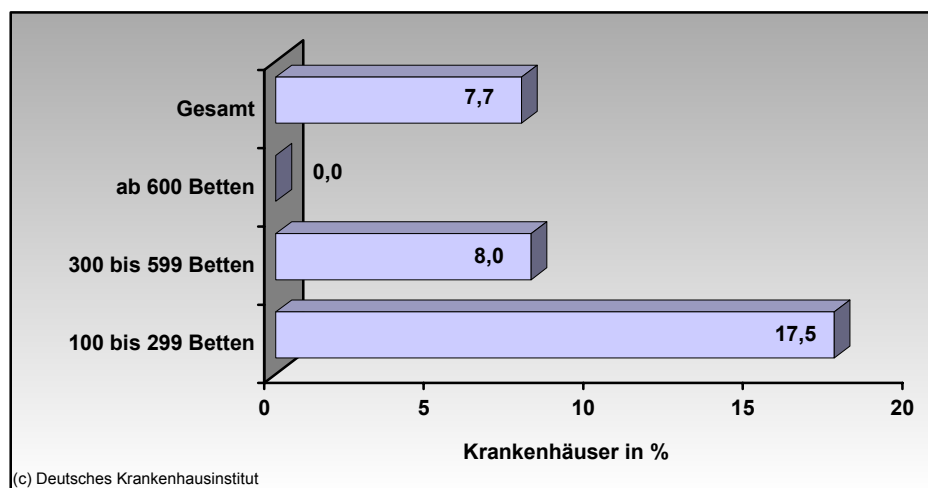


Abb. 27: Anteil der DMP-Krankenhäuser ohne einen Operateur mit mindestens 50 Operationen bei primärem Mamma-Karzinom in 2005

²⁶ In den Nicht-DMP-Krankenhäusern verfügt im Übrigen nur eine Minderheit von Einrichtungen (19,6%) über mindestens einen Operateur mit mindestens 50 Eingriffen nach OPS-301 5-87.

5.6 Kooperationen zum Erreichen von Mindestmengen

Im Rahmen der DMP können die Krankenhäuser explizit mit dem Ziel kooperieren, gemeinsam die geforderten Mindestmengen für Erstoperationen bei primärem Mamma-Karzinom zu erreichen. In der Erhebung gaben gut 40% der Häuser mit einer Mindestmenge von weniger als 150 Erstoperationen explizit an, zu diesem Zweck mit anderen Häusern zusammenzuarbeiten.²⁷

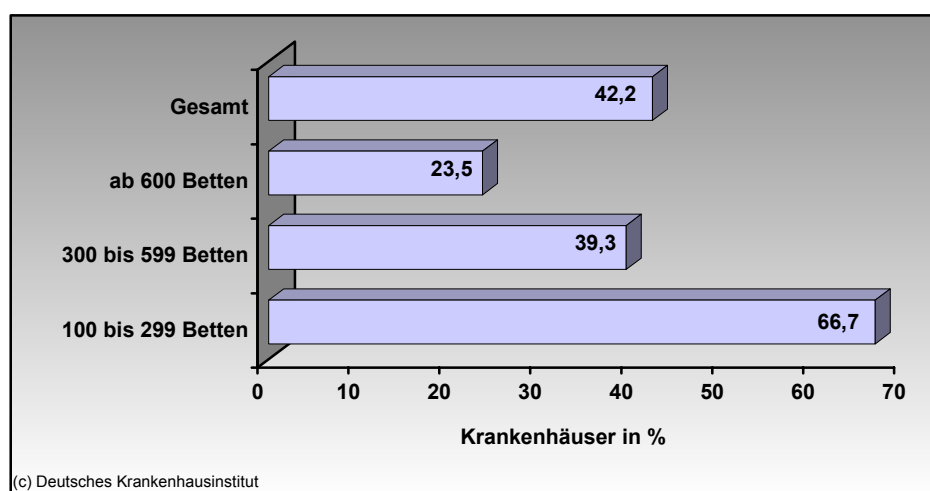


Abb. 28: Kooperation mit anderen Krankenhäusern zur Erreichung der Mindestmengen (DMP-Häuser mit weniger als 150 Erstoperationen pro Jahr)

Aus naheliegenden Gründen fällt der entsprechende Anteil in kleineren Einrichtungen unter 300 Betten mit 66,7% merklich größer aus. Aber selbst knapp 40% der Häuser in der mittleren Bettengrößenklasse und fast ein Viertel der großen Häuser mit einer Mindestmenge von unter 150 Eingriffen kooperieren zu diesem Zweck mit anderen Einrichtungen.

Die laut DMP-Vertrag für das jeweilige Haus vorgesehene Mindestmenge liegt in dieser Gruppe zu jeweils ca. 40% bei 50 bzw. 100 Ersteingriffen. Die restlichen Mindestmengen vorgaben liegen bei den meisten Kooperationskrankenhäusern überwiegend innerhalb dieses Intervalls.

²⁷ Der Anteil der DMP-Häuser mit mindestmengenbezogenen Kooperationen insgesamt lässt sich auf Basis der Studienergebnisse nicht hinreichend sicher taxieren.

6 Organisation der DMP Brustkrebs im Krankenhaus

Die Organisation bzw. Verfahrensabläufe der DMP sowie die Anforderungen an die DMP-Krankenhäuser sind maßgeblich durch die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung und die Rahmenvereinbarungen auf Landesebene vorgegeben. Eine entsprechende Standardisierung der Vorgaben ist dabei ausdrücklich gewollt. Im Folgenden wird die organisatorische Umsetzung der DMP durch die Krankenhäuser somit vor allem für jene Bereiche thematisiert, wo sie größere Handlungsspielräume besitzen. Dies betrifft einerseits die vertraglichen Grundlagen der DMP und die daraus resultierenden Zuständigkeiten etwa für die Einschreibung und Behandlungscoordination. Andererseits geht es um Häufigkeit und Ausgestaltung von Kooperationen zwischen den Krankenhäusern im Rahmen von DMP.

6.1 Vertragliche Grundlagen

Mit Blick auf die vertraglichen Grundlagen des DMP sollten die Krankenhäuser zunächst angeben, wie viele Verträge zum DMP Brustkrebs es für ihr Haus gibt. Über 90% der Häuser mit Angaben führten hier lediglich einen einzigen DMP-Vertrag an, die übrigen zwei oder mehr Verträge. Der Einzelvertrag mit einer in der Regel größeren Zahl von Kassenarten bildet insofern die vorherrschende Vertragsform beim DMP Brustkrebs.

Erste DMP-Verträge bei Brustkrebs traten laut Selbstauskunft der Krankenhäuser bereits 2002 in Kraft. Bei den meisten Verträgen lag der Inkrafttretenstermin in den Jahren 2003 und 2004. Gut 10% traten bis Herbst 2005 in Kraft. Der merkliche Rückgang in diesem Jahr spricht insofern dafür, dass das Zenit der Zuwächse deutlich überschritten ist; sei es, weil das Interesse bzw. die Teilnahmevoraussetzungen in den Krankenhäusern fehlen, sei es, weil die Kostenträger den weiteren Zugang zum DMP gezielt regulieren.

Die Laufzeit der Verträge zum DMP Brustkrebs im Krankenhaus liegt überwiegend bei 2-3 Jahren. Die Kündigungsfrist der Verträge beträgt zumeist 3-6 Monate.

6.2 Zuständigkeit für die Einschreibung

Die Einschreibung in das DMP kann grundsätzlich entweder beim niedergelassenen Arzt oder im Krankenhaus erfolgen. In knapp der Hälfte der befragten Einrichtungen schreibt ausschließlich der niedergelassene Arzt die Brustkrebs-Patientinnen in das DMP ein. Bei einem Drittel der DMP-Krankenhäuser erfolgt die Einschreibung auch über das Krankenhaus. Von den übrigen erfolgten keine Angaben.

Diejenigen Krankenhäuser, die ihre Brustkrebs-Patientinnen auch selbst in das DMP einschreiben, sollten die entsprechenden Patientenzahlen anführen. Im Mittel haben diese Häuser im ersten Halbjahr 2005 24 Patientinnen erstmalig in das DMP Brustkrebs eingeschrieben. Dies entspricht einem Großteil der DMP-Patientinnen in den jeweiligen Häusern. Vorbehaltlich der Korrektheit der Angaben hätte sich demnach bei einem Teil der am DMP teilnehmenden Häuser eine gewisse Arbeitsteilung mit den niedergelassenen Ärzten derart eingestellt, dass die Krankenhäuser primär für die Einschreibung in das DMP zuständig sind.

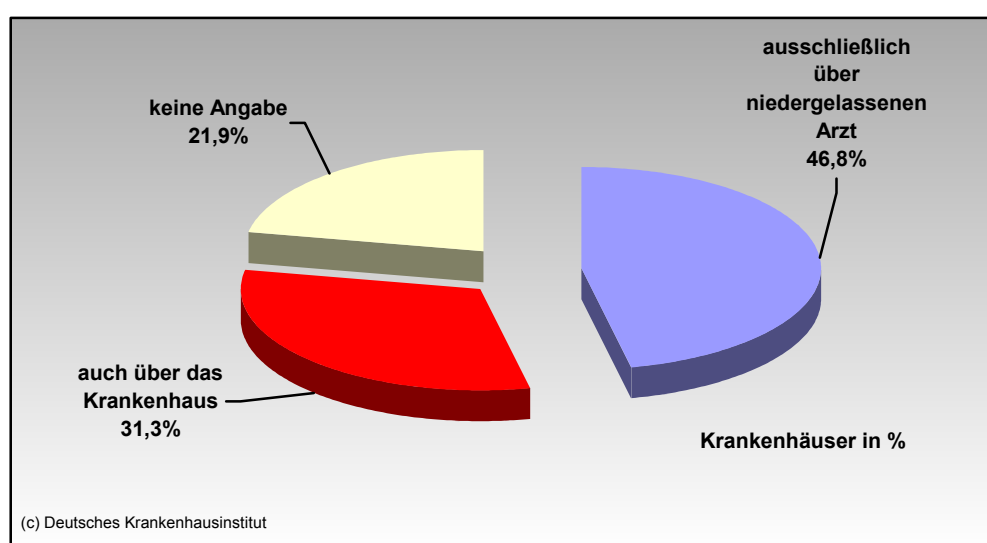


Abb. 29: Zuständigkeiten für die Einschreibung in das DMP Brustkrebs

6.3 Anzahl der eingeschriebenen DMP-Patientinnen

Die Anzahl der behandelten DMP-Patientinnen gibt Auskunft über die Bedeutung des DMP Brustkrebs im Krankenhaus. Allerdings haben gut 60 Prozent der DMP-Häuser keine Angaben zu ihren DMP-Patientinnen im ersten Halbjahr 2005 gemacht. Dies mag erstens darauf zurückzuführen sein, dass entsprechende Daten nicht routinemäßig aufbereitet werden oder verfügbar sind, zumindest nicht in den betroffenen Fachabteilungen. Zweitens mag es aber auch die wahrgenommene Relevanz des DMP Brustkrebs im Krankenhaus widerspiegeln.

Drittens mag die Einschreibung in das DMP teilweise erst nach der Operation im Rahmen der ambulanten Nachsorge über den DMP-Vertragsarzt erfolgen. Dafür spricht insbesondere die Tatsache, dass vor allem Häuser die Anzahl ihrer DMP-Patientinnen nicht angegeben haben, wenn für die Einschreibung (nahezu) ausschließlich der niedergelassene Arzt zuständig ist. Hierbei scheint es sich um ein grundlegendes Strukturproblem der DMP Brust-

krebs zu handeln: Die Diagnose wird in der Regel erst im Krankenhaus gestellt, das die Patientin auch stationär behandelt. Mit der Diagnosestellung erfolgt jedoch oftmals keine Einschreibung. Diese nimmt der niedergelassene Arzt dann erst im Rahmen der ambulanten Nachsorge vor. Dies würde teilweise erklären, warum viele Krankenhäuser kaum DMP-Fälle aufweisen bzw. in dieser Hinsicht keine Angaben machen konnten. Eine stärkere Einschreibung von Brustkrebspatientinnen in die DMP schon während der Krankenhausbehandlung wäre deswegen durch eine Förderung der Einschreibung im Krankenhaus zu erzielen.

Die folgenden Ergebnisse basieren nur auf 40 Prozent der Stichprobenkrankenhäuser und sind insofern mit Vorbehalt zu interpretieren: Demnach waren im Durchschnitt der DMP-Krankenhäuser rund 27 vollstationäre Fälle in das DMP Brustkrebs eingeschrieben. Gut ein Viertel der Abteilungen berichtet sogar keine einzige DMP-Brustkrebspatientin. Auch dreistellige Fallzahlen werden nur in Ausnahmefällen erreicht (ca. 5%).

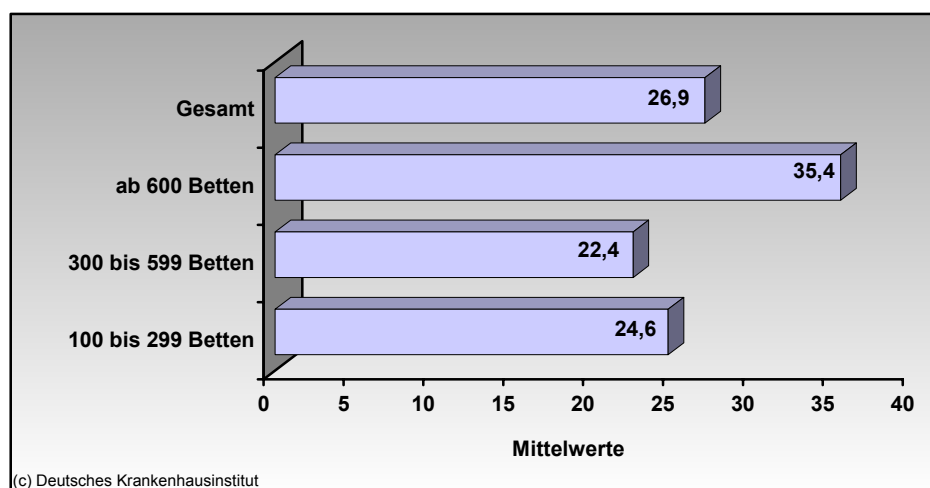


Abb. 30: Anzahl der eingeschriebenen DMP-Patientinnen pro Krankenhaus - 1. Halbjahr 2005

Nach Bettengrößenklassen fällt vor allem in großen Häusern ab 600 Betten die Zahl der eingeschriebenen DMP-Patientinnen mit rund 35 Fällen im ersten Halbjahr 2005 überdurchschnittlich aus. In den übrigen Bettengrößenklassen gibt es diesbezüglich nur geringfügige Unterschiede.

Gemessen an der Anzahl der vollstationären Patientinnen mit Mamma-Karzinom war im ersten Halbjahr 2005 pro DMP-Krankenhaus rund ein Viertel der Patientinnen mit der Hauptdiagnose Brustkrebs in das entsprechende DMP eingeschrieben. In gut der Hälfte der DMP-Kliniken betrug der Anteil von DMP-Patientinnen an den vollstationären Patientinnen mit

Brustkrebs weniger als 15%, bei gut einem Viertel lag er über 40%. Bezogen auf die entsprechende Patientenklientel sind - relativ gesehen - DMP-Patientinnen in kleineren Einrichtungen deutlich überrepräsentiert.

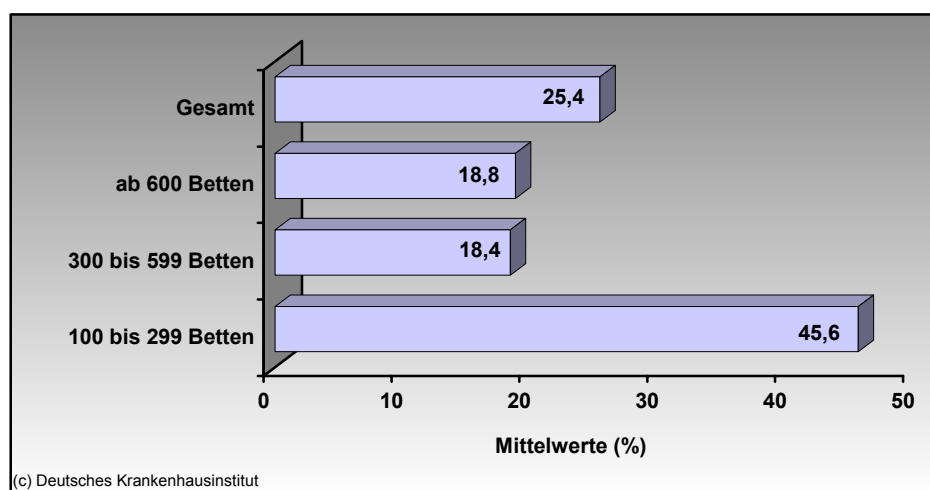


Abb. 31: Anteil der DMP-Fälle pro Krankenhaus an den vollstationären Fällen mit Hauptdiagnose Brustkrebs – 1. Halbjahr 2005

6.4 Vereinbarung höherer Fallzahlen

Die Beteiligung am DMP Brustkrebs kann dazu führen, dass sich die entsprechenden Fallzahlen erhöhen. Deswegen wurden die Teilnehmer gefragt, ob in ihrer Gynäkologie für das Jahr 2005 – ausdrücklich auch wegen des DMP Brustkrebs – höhere Fallzahlen mit den Kostenträgern vereinbart wurden.

Diese Frage wurde indes nur von 4% der DMP-Krankenhäuser bejaht. Zumindest in dieser Hinsicht haben die DMP Brustkrebs also offensichtlich keine besondere Relevanz in den Pflegesatzverhandlungen gehabt. Immerhin werden in den Häusern mit Fallzahlsteigerungen die zusätzlichen Fälle weitgehend vergütet.

6.5 Behandlungskoordination im DMP

Die DMP sehen einen sog. DMP-Arzt oder DMP-verantwortlichen Arzt vor. Neben der persönlichen Leistungserbringung ist der DMP-Arzt insbesondere für die Information, Beratung und Erstellung der Einschreibungsunterlagen, die Erstellung und Übermittlung der DMP-Dokumentation an die zuständigen Datenannahmestelle sowie die Koordination der Behandlung für die Versicherten im DMP zuständig. Mit der Einschreibung in das DMP wählt die Pa-

tientin den DMP-verantwortlichen Arzt aus. Dies kann ein niedergelassener Arzt oder ein Krankenhausarzt sein.

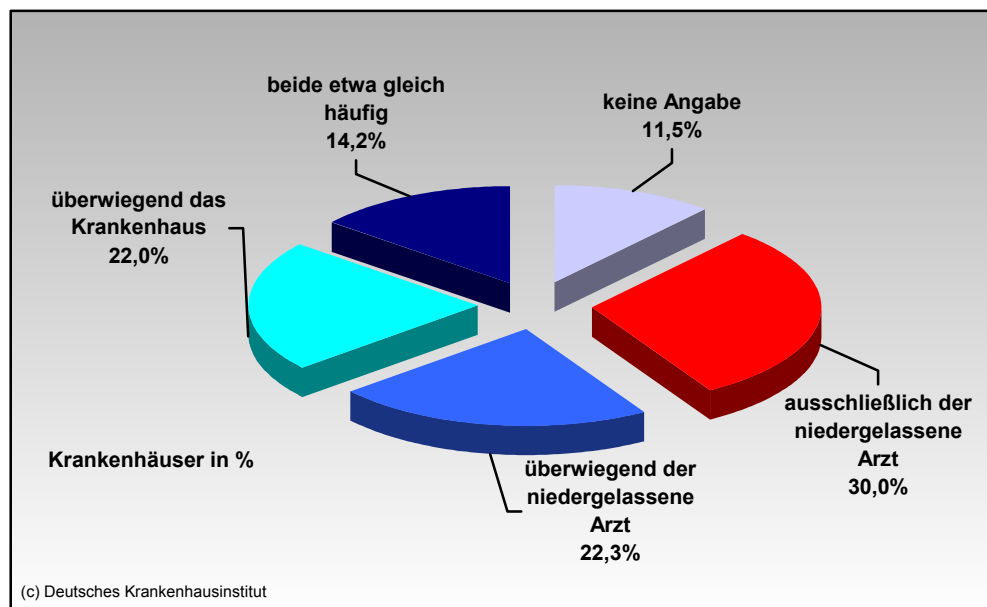


Abb. 32: Zuständigkeit für die Koordination der gesamten Behandlung im DMP

Vor diesem Hintergrund wurden die teilnehmenden Krankenhäuser befragt, wer bei ihren DMP-Brustkrebspatientinnen für die entsprechende Behandlungskoordination verantwortlich zeichnet. Diese Frage ist für das DMP Brustkrebs insofern von besonderem Interesse, als hier selbst die meisten ambulanten Behandlungsmaßnahmen in der Regel im Krankenhaus erfolgen (z.B. diagnostische Abklärung, Strahlen- oder Chemotherapien).

Gleichwohl ist bei etwa der Hälfte der DMP-Krankenhäuser ausschließlich oder überwiegend der niedergelassene Arzt für die Behandlungskoordination der DMP-Patientinnen im oben definierten Sinne zuständig. Bei 22% fällt diese Aufgabe überwiegend den Krankenhäusern zu. Und in 14,2% der Krankenhäuser sind Klinik und Vertragsarzt etwa gleich häufig für die Behandlungskoordination der DMP-Patientinnen verantwortlich. Die Unterschiede nach Bettengrößenklassen waren diesbezüglich gering.

Es ist allerdings nicht völlig auszuschließen, dass ein Teil der Befragten den Begriff der Behandlungskoordination weniger im rechtlichen Sinne gemäß den vertraglichen Grundlagen verstanden hat, sondern eher im Sinne der faktischen Zuständigkeit des Krankenhauses für die meisten Behandlungsschritte. Dafür spricht die Tatsache, dass vergleichsweise wenige Krankenhäuser nähere Angaben zu Art und Anzahl der Einschreibungen in das DMP ma-

chen konnten.²⁸ In diesem Fall würde die Rolle des Krankenhauses im Rahmen der DMP-Behandlungskoordination etwas überschätzt.

Nichtsdestotrotz bleibt beim DMP Brustkrebs der Widerspruch, dass formal der niedergelassene Arzt vielfach für die Behandlungskoordination zuständig ist, sie jedoch faktisch dem Krankenhaus zugeordnet ist. Dieser Widerspruch könnte insbesondere durch eine Stärkung des Krankenhauses im Rahmen der DMP gelöst werden.²⁹

6.6 Kooperation mit anderen Krankenhäusern

Im Rahmen der DMP Brustkrebs besteht die Möglichkeit der Kooperation von mehreren Krankenhäusern, etwa im Sinne einer arbeitsteiligen Leistungserbringung oder der gemeinsamen Erfüllung von DMP-Teilnahmevoraussetzungen (z.B. das gemeinsame Erreichen von Mindestmengenvorgaben). Immerhin knapp zwei Drittel der teilnehmenden Häuser gaben an, im Rahmen des DMP Brustkrebs mit anderen Häusern zu kooperieren.

Kleinere Häuser bis 300 Betten sind dabei fast durchweg in entsprechende Kooperationen eingebunden (92,5%). Interessanterweise arbeitet aber auch fast die Hälfte der großen Häuser ab 600 Betten im DMP mit anderen Häusern zusammen. Insgesamt ist die Leistungserbringung im DMP Brustkrebs also sehr stark kooperativ organisiert.

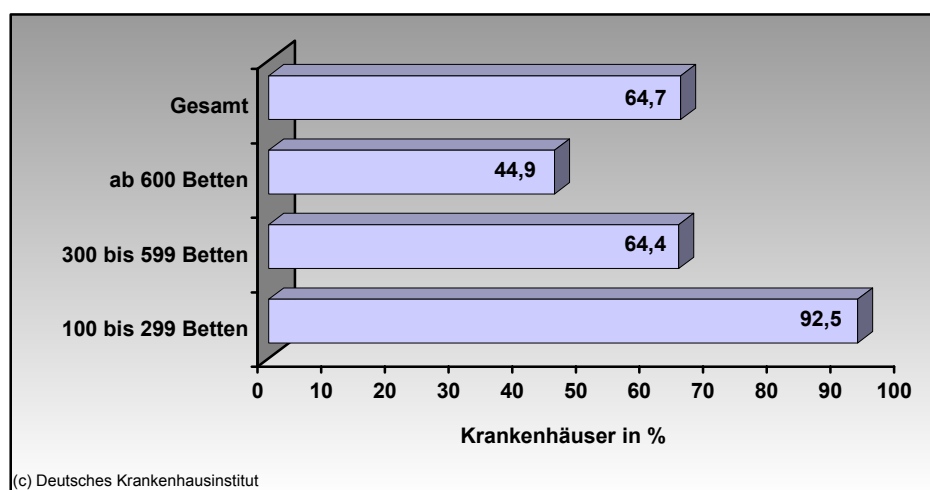


Abb. 33: DMP-Krankenhäuser mit Kooperationen

Jeweils knapp 40% der Häuser mit Kooperationen arbeiten dabei mit einem bzw. zwei weiteren Krankenhäusern zusammen. Fast ein Viertel der entsprechenden Häuser hat sogar drei

²⁸ Vgl. Kap. 6.2-6.3

²⁹ Vgl. Kap. 4

oder mehr Kooperationspartner. Die Unterschiede nach Bettengrößenklassen fallen dabei eher gering aus.

Auf der einen Seite sind Kooperationen für viele Krankenhäuser ein probates Mittel, um die Teilnahmevoraussetzungen für die DMP zu erfüllen. Dies dürfte in erster Linie mit Blick auf die erforderlichen Fallzahlen bzw. Mindestmengen gelten, daneben aber auch für die personellen, leistungsbezogenen und infrastrukturellen Anforderungen an die DMP. Außerdem wird damit eine wohnortnahe DMP-Versorgung erleichtert oder erst ermöglicht. Auf der anderen Seite stellt sich die Frage nach der Objektivierbarkeit der Voraussetzungen, wenn sie vielfach nur über Kooperationen erreicht werden. Die Unterscheidung von DMP- und Nicht-DMP-Krankenhäusern verliert dadurch an Trennschärfe sowie die Zulassung zum DMP an Transparenz und Nachvollziehbarkeit.³⁰

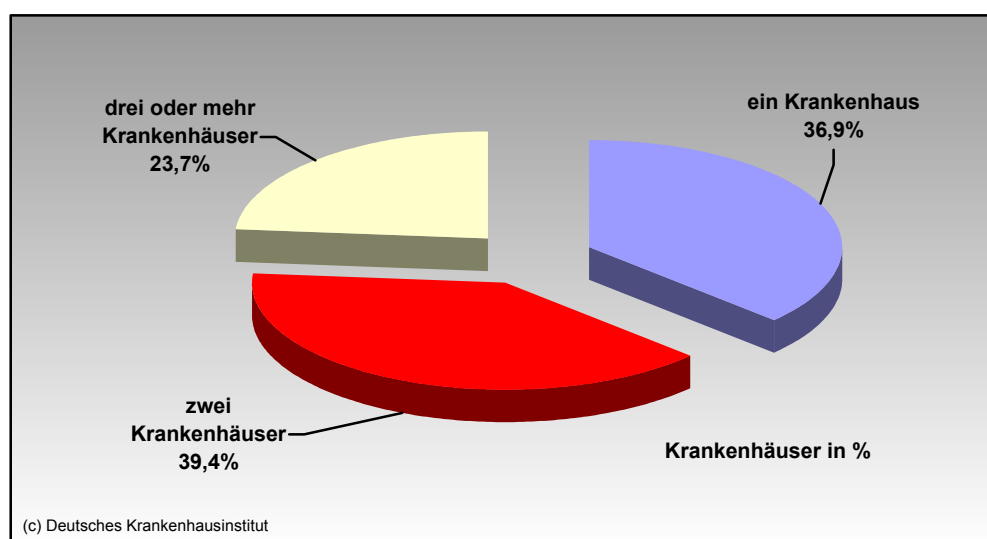


Abb. 34: Anzahl der kooperierenden Krankenhäuser pro DMP-Haus

6.7 Entfernung zwischen kooperierenden Krankenhäusern

Aus naheliegenden Gründen sind die kooperierenden Häuser räumlich stark konzentriert. Im Mittel (Median) liegt die durchschnittliche Entfernung zum (nächstgelegenen) Kooperationskrankenhaus bei 15 Kilometern. Bei einem Viertel der Häuser liegt ein Kooperationshaus im Umkreis von 6 Kilometern; bei einem weiteren Viertel ist das (nächstgelegene) Kooperationskrankenhaus mindestens 25 Kilometer entfernt.

³⁰ Vgl. auch Kap. 8.1

Bei mehreren Kooperationspartnern beträgt die mittlere Distanz zum entferntest gelegenen Kooperationskrankenhaus 30 Kilometer, in einem Viertel der Häuser sogar mehr als 50 Kilometer.³¹

Vor allem bei den kleineren DMP-Krankenhäusern unter 300 Betten resultieren etwas größere Entfernungen sowohl zum nächstgelegenen als auch zum entferntest gelegenen Kooperationskrankenhaus.

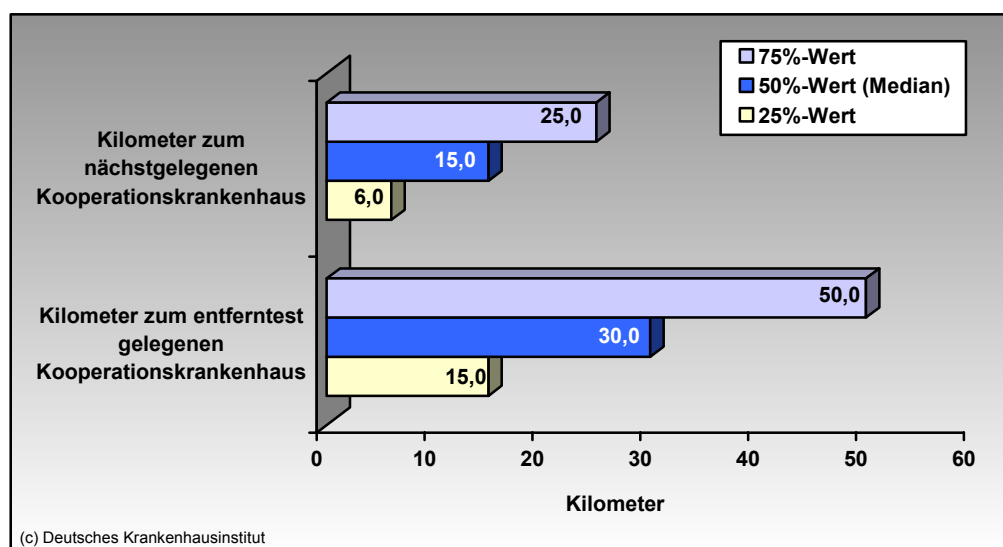


Abb. 35: Entfernung zwischen den Kooperationskrankenhäusern (Quartilswerte)

6.8 Arbeitsteilung zwischen den Krankenhäusern

Zur Beschreibung der Arbeitsteilung zwischen den Kooperationskrankenhäusern wurden die Teilnehmer konkret befragt, wo ausgewählte Behandlungsmaßnahmen erbracht werden: nur im eigenen Haus, nur im Kooperationshaus oder sowohl als auch.

Abb. 36 zeigt, differenziert nach Bettengrößenklassen, welche Behandlungsmaßnahmen ausschließlich beim Kooperationspartner erfolgen. Mit Blick auf die kleineren DMP-Häuser unter 300 Betten werden die pathologische Befundung (56,8%) sowie vor allem die Strahlentherapie (78,4%) überwiegend von den Kooperationskrankenhäusern übernommen. An allen anderen Behandlungsmaßnahmen sind dagegen auch die kleineren DMP-Kliniken mehrheitlich beteiligt.

Auch in der mittleren Bettengrößenklasse ist die Befundung (32,1%) bzw. die Strahlentherapie (66,1%) noch vergleichsweise häufig ausschließliche Aufgabe eines Kooperationspart-

³¹ Die Kilometerangaben basieren auf den Angaben bzw. Schätzungen der Teilnehmerkrankenhäuser.

ners. Dagegen geben fast durchweg weniger als 10% der großen Häuser ab 600 Betten an, bestimmte Behandlungsmaßnahmen vollständig anderen Krankenhäusern zu überlassen. Allerdings lässt immerhin noch knapp ein Viertel der großen DMP-Kliniken die Strahlentherapien extern durchführen.

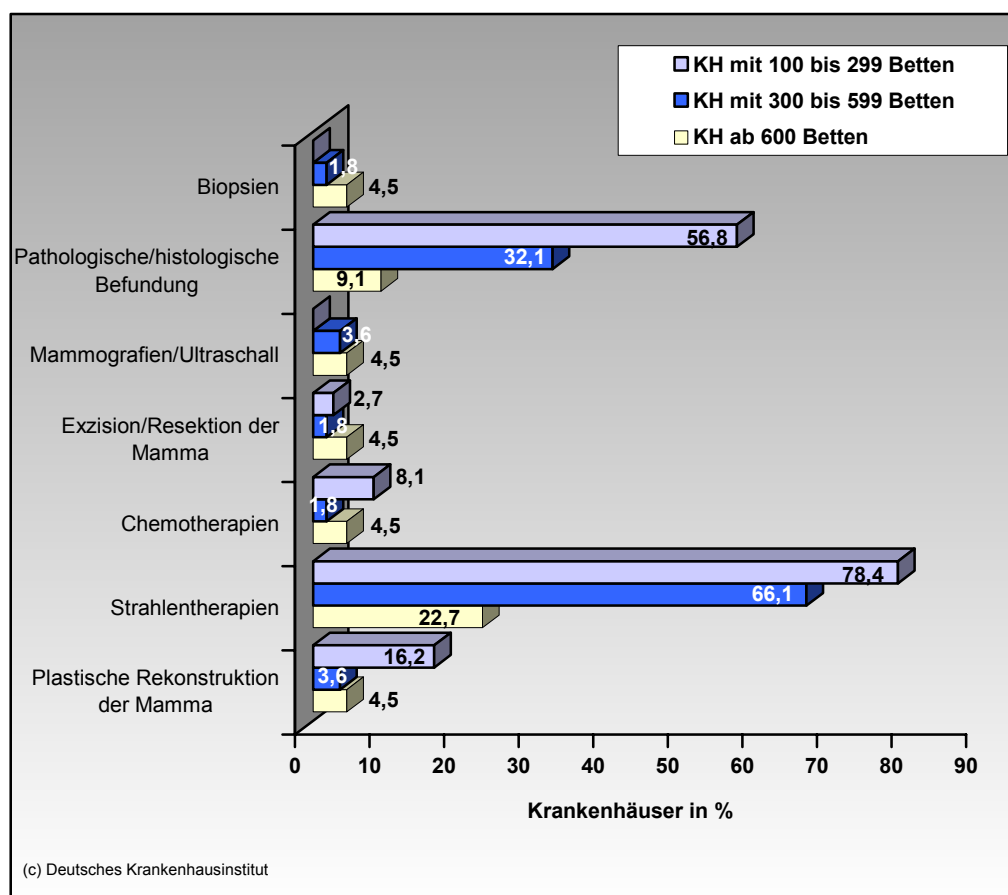


Abb. 36: Leistungen, die nur in einem DMP-Kooperationshaus erbracht werden

Bei den meisten Kooperationen im DMP Brustkrebs werden die erfragten Behandlungsmaßnahmen also sowohl im eigenen Krankenhaus als auch in einem oder mehreren kooperierenden Häusern erbracht. Dies gilt im Einzelnen für Biopsien, Mammografien, Chemotherapien sowie die Exzision bzw. plastische Rekonstruktion der Mamma. Einzig die pathologische Befundung und die Strahlentherapien werden vergleichsweise selten von mehreren Kooperationskrankenhäusern gleichzeitig durchgeführt.

7 Erfahrungen mit den DMP Brustkrebs

Eine wissenschaftliche Evaluation der DMP ist laut den meisten Rahmenvereinbarungen ausdrücklich vorgesehen. Dabei ist aber in erster Linie an eine Evaluation auf Basis der zu dokumentierenden Daten und Qualitätsindikatoren gedacht. Eine solche umfassende Qualitätsevaluation kann und soll im Rahmen der vorliegenden Studie zwar nicht erfolgen. Im Folgenden sollen jedoch erste Erfahrungen und Auswirkungen der DMP aus Sicht der beteiligten Krankenhäuser dargestellt werden. Schwerpunktmäßig geht es dabei um Änderungen des Versorgungsgeschehens innerhalb der Krankenhäuser sowie in der Kooperation zwischen stationärem und ambulantem Sektor. Selbst wenn eine umfassendere Qualitätsevaluation noch aussteht, ist das Feedback der Krankenhäuser hinreichend valide, differenziert und eindeutig, um fundierte Aussagen zur bisherigen Wirksamkeit der DMP Brustkrebs treffen zu können.

7.1 Gründe für die DMP-Teilnahme

Die DMP-Krankenhäuser sollten angeben, aus welchen Gründen sie sich entschieden haben, am DMP Brustkrebs teilzunehmen. Unter den Motiven zur Teilnahme am DMP Brustkrebs dominieren eindeutig strategische Gründe: Etwa 85% der Befragten erwarten sich davon eine verbesserte strategische Positionierung des Krankenhauses. Und rund 70% erhoffen sich eine verbesserte Außendarstellung sowie eine verbesserte Wettbewerbsposition.

Zwar rechnet über die Hälfte der Krankenhäuser mit Fallzahlsteigerungen. Fast zwei Drittel wollen durch die Teilnahme am DMP Fallzahlrückgänge zumindest vermeiden. Vor allem kleinere Häuser unter 300 Betten sind hier überproportional vertreten. Allerdings geht nur ein Drittel der Häuser von Erlössteigerungen infolge des DMP aus. D.h. für eine deutliche Mehrheit der Krankenhäuser war dieses Motiv kein bedeutender Grund, dem DMP Brustkrebs beizutreten.

Lediglich bei einem Drittel der DMP-Krankenhäuser waren erwartete krankenhauserinterne Qualitätsverbesserungen ein entscheidendes Teilnahmemotiv. Dasselbe gilt mit Blick auf die (weitgehende) Erfüllung der erforderlichen Teilnahmevoraussetzungen. Wie noch zu zeigen sein wird, erfüllten die meisten Krankenhäuser die Qualitätsanforderungen der DMP Brustkrebs unabhängig vom Beitritt zum Programm. Dies erklärt, warum sich vergleichsweise wenige Krankenhäuser nennenswerte Qualitätssteigerungen erhoffen.

Interessanterweise ging bei fast 30% die Teilnahme am DMP Brustkrebs auf Anregung bzw. Ersuchen der Kostenträger zurück. In dieser Hinsicht waren größere Häuser über 600 Betten deutlich überproportional vertreten. Dies belegt einerseits, dass die Kostenträger über die DMP teilweise sogar aktiv - und nicht nur über die Bewilligungspraxis - Einfluss auf die Leistungssteuerung zu nehmen versuchen. Andererseits haben sie natürlich über die Koppelung der DMP an den Risikostrukturausgleich ein finanzielles Interesse an einer flächendeckenden stationären Versorgung von DMP-Patientinnen.

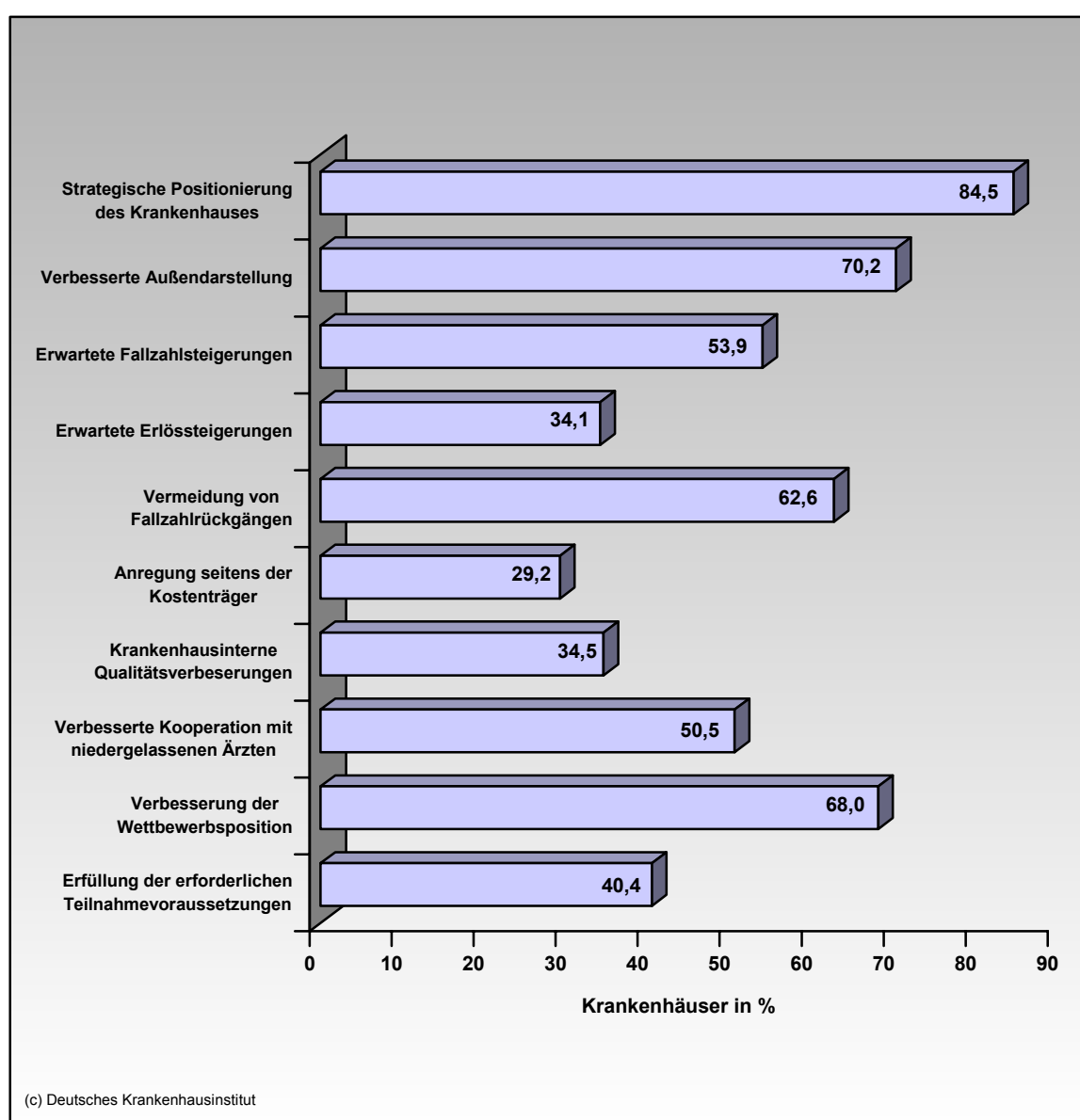


Abb. 37: Gründe für die Teilnahme am DMP Brustkrebs

Insgesamt lässt sich festhalten, dass für die meisten Krankenhäuser weniger konkrete inhaltliche Gründe als vielmehr grundsätzliche strategische Überlegungen ausschlaggebend für die Teilnahme am DMP waren. Durch die Teilnahme am DMP hat man in jedem Fall einen privilegierten Status gegenüber nicht teilnehmenden Kliniken. Dies könnte mit Blick auf längerfristige Entwicklungen von Vorteil sein.

7.2 Zusätzliche Investitionen durch DMP

Die Teilnahme am DMP kann zusätzliche finanzielle Investitionen erfordern. Gut 40% der Befragungsteilnehmer gaben an, dass in ihrem Krankenhaus aufgrund der Teilnahme am DMP Brustkrebs entsprechende Investitionen erforderlich waren oder sind.

Etwa der gleiche Prozentsatz verneinte diese Frage. Die Übrigen machten hierzu keine Angaben. Nach Bettengrößenklassen gab es kaum Unterschiede im Investitionsverhalten.

Diejenigen Krankenhäuser, welche Investitionen getätigt haben oder planen, wurden nach der Art der Investitionen befragt. Dabei dominierten eindeutig Investitionen in die Krankenhaus-EDV. Daneben wurden des Öfteren spezifische Investitionen in die medizinisch-technische Ausstattung angeführt (z.B. Mammographie-Gerät, Gamma-Sonde).

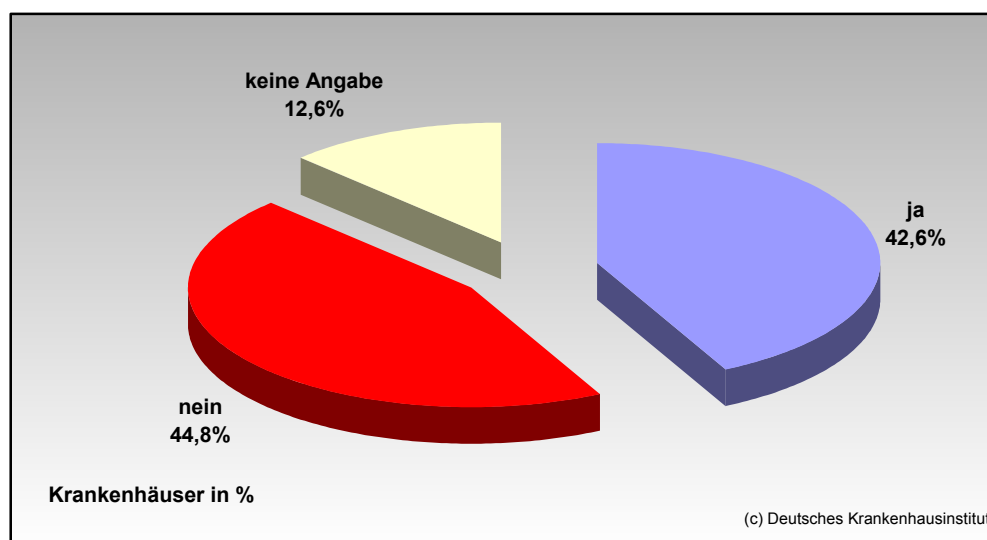


Abb. 38: Zusätzliche finanzielle Investitionen im Krankenhaus durch DMP

7.3 Zuweisungen von DMP-Vertragsärzten

Für eine erfolgreiche Teilnahme am DMP sind die Krankenhäuser auch auf Zuweisungen aus dem niedergelassenen Bereich angewiesen. Die Zahl der niedergelassenen DMP-

Vertragsärzte, die den Krankenhäusern DMP-Brustkrebspatientinnen zuweisen, liegt im Mittel (Median) bei 15 Ärzten pro Krankenhaus. Bei jeweils einem Viertel der DMP-Häuser beträgt die entsprechende Einweiserzahl höchstens 8 Ärzte bzw. mindestens 25 Ärzte. Zu beachten ist allerdings, dass rund ein Drittel der DMP-Häuser bei dieser Frage keine Angaben gemacht hat. Die Zahl der Zuweiser nimmt mit steigender Krankenhausgröße zu. Dies dürfte in erster Linie die größere Arztdichte an Standorten der oberen Versorgungsstufen widerspiegeln.

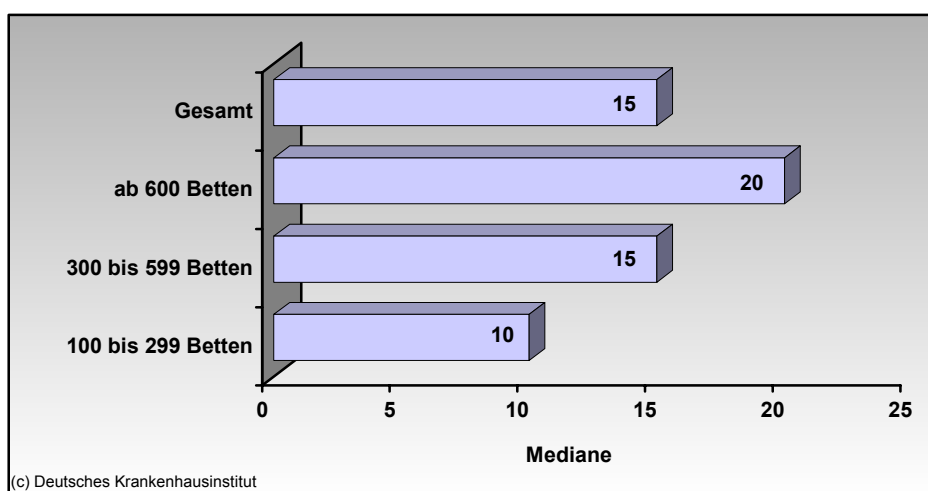


Abb. 39: Anzahl der zuweisenden DMP-Vertragsärzte

Es gehört zu den ausdrücklichen Qualitätszielen des DMP Brustkrebs, dass das entsprechende Patientenkontingent nach Möglichkeit in ein am DMP teilnehmendes Krankenhaus eingewiesen werden sollte. Laut Rahmenvereinbarungen ist dies ein expliziter Qualitätsindikator: Demnach soll nach einem Jahr Laufzeit des DMP bei mindestens 70% der operierten Versicherten die Operation in einem DMP-Haus erfolgen. Dies müsste tendenziell dazu führen, dass diese Häuser Patientinnen bzw. Einweiser hinzugewinnen. In der Repräsentativerhebung zum DMP Brustkrebs wurde daher auch untersucht, inwieweit dies faktisch der Fall ist.

Bislang haben knapp 14% der DMP-Häuser auf Grund des DMP Brustkrebs neue Einweiser außerhalb ihres Einzugsgebietes hinzugewonnen. Im Mittel (Median) nahm deren Einweiserzahl um 4 Ärzte zu. Der Anteil der Häuser, die innerhalb des bisherigen Einzugsgebietes neue Einweiser hinzugewinnen konnten, ist mit 7% nur halb so hoch. Auch diese Häuser haben durchschnittlich vier Einweiser zusätzlich zu verzeichnen. Relativ gesehen, weisen Häu-

ser in der mittleren Bettengrößenklasse mit 300 bis 599 Betten leicht überproportionale Zuwächse bei den Einweiserzahlen auf.

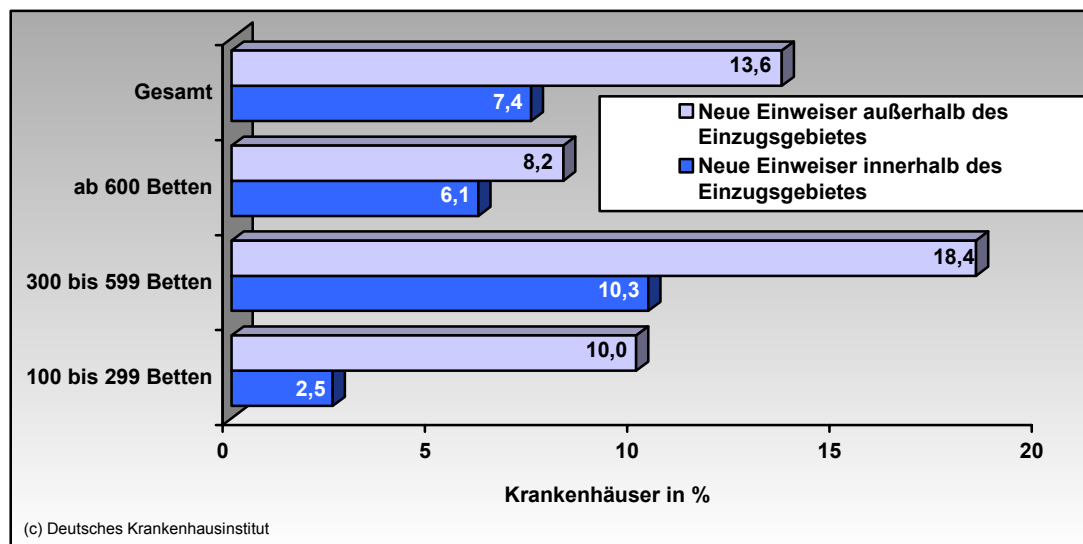


Abb. 40: DMP-Krankenhäuser mit neuen Einweisern

Deutlich stärker sind hingegen die Effekte mit Blick auf die Patientenzahlen. Fast 30% der Häuser gaben an, dass ihre bisherigen Einweiser ihnen mehr Brustkrebspatientinnen als bislang zuweisen würden. Angesichts der o.a. Fallzahlenentwicklung in den DMP-Krankenhäusern insgesamt³² dürfte es sich dabei aber eher um geringe Steigerungsraten handeln; des Weiteren müssen natürlich auch Fallzahlrückgänge in anderen Häusern gegengerechnet werden. Darüber hinaus verzeichnen 13% auch Steigerungen bei Patientinnen mit anderen gynäkologischen Indikationen. Abermals profitieren Häuser mittlerer Größe überproportional von der Zunahme von Brustkrebspatientinnen.

Insgesamt hat das DMP Brustkrebs somit allenfalls partiell zu einer Veränderung des Einweisungsverhaltens geführt. Der Anteil der Häuser mit neuen Zuweisern bzw. deren Anzahl bleibt indes einstweilen überschaubar. Dies mag auch daran liegen, dass im jeweiligen Einzugsgebiet bei entsprechender Indikation viele Vertragsärzte schon traditionell in das DMP-Krankenhaus einweisen. Das überkommene Einweisungsverhalten der niedergelassenen Ärzte – und zwar von DMP-Vertragsärzten wie nicht teilnehmende Ärzten – dürfte ein wesentlicher Grund sein, warum die DMP Brustkrebs bislang zu keinen nennenswerten Fallzahleffekten bzw. Patientenwanderungen geführt haben.

³² Vgl. Kap. 3.9

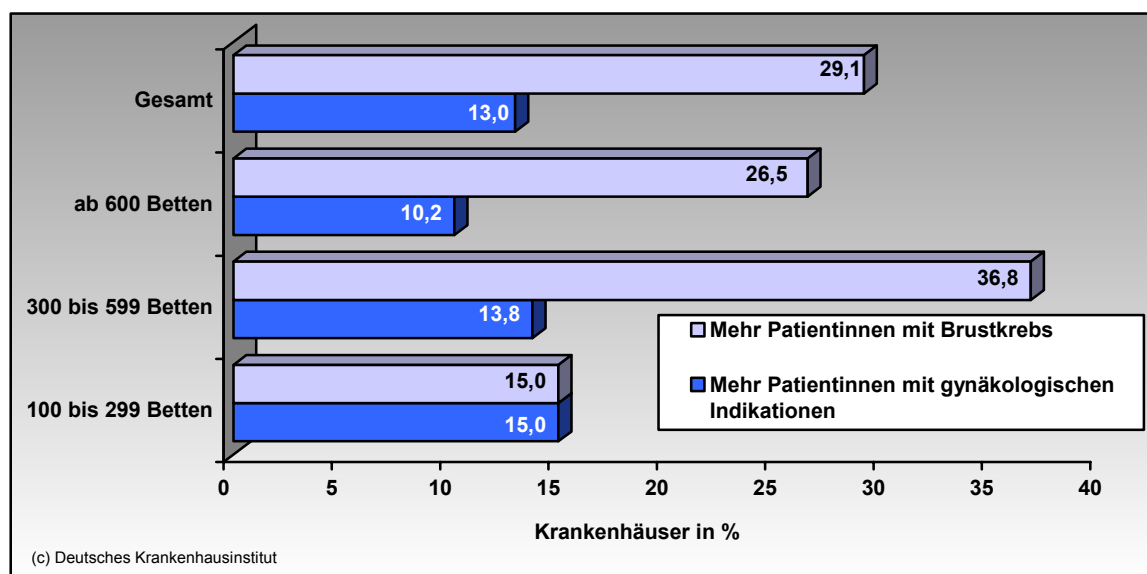


Abb. 41: DMP-Krankenhäuser mit mehr Patientinnen

7.4 Erwartung höherer Fallzahlen

Die Beteiligung am DMP Brustkrebs kann nicht nur die Fallzahlentwicklung bei dieser Patientenklientel beeinflussen, sondern auch auf die Gynäkologie insgesamt ausstrahlen. Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer angeben, ob sie für 2005 auf Grund der Teilnahme am DMP Brustkrebs auch höhere Fallzahlen bei anderen gynäkologischen Indikationen erwarten.

Diese Erwartungen haben aber nur gut 10% der DMP-Krankenhäuser. Über 70% rechnen mit keinen Auswirkungen auf andere gynäkologische Indikationen. Die Übrigen machten hierzu keine Angaben. Nach Bettengrößenklassen gab es keine Unterschiede im Antwortverhalten. Das Ergebnis bestätigt abermals die Schlussfolgerung, wonach infolge der DMP Brustkrebs – zumindest einstweilen – keine nennenswerten Patientenwanderungen in die DMP-Häuser zu erwarten sind.

In den wenigen Häusern mit höheren Fallzahlen fanden die zusätzlichen Fälle bislang überwiegend keine Berücksichtigung im Budget. Nur bei rund einem Viertel der entsprechenden Häuser war das bislang vollständig oder teilweise der Fall. Finanzierungsprobleme machen also Fallzahlsteigerungen für die DMP-Krankenhäuser überdies wenig lukrativ.

7.5 Einführung/Veränderung schriftlich fixierter Behandlungspfade

Änderungen in der Versorgung lassen sich beispielsweise auch daran ablesen, ob die Krankenhäuser aufgrund des DMP Brustkrebs schriftlich fixierte Behandlungspfade oder schriftlich fixierte Behandlungsstandards bei Mamma-Karzinom eingeführt oder verändert haben. Die entsprechenden Ergebnisse zeigt Abb. 42. Mehrfachantworten waren hier möglich.

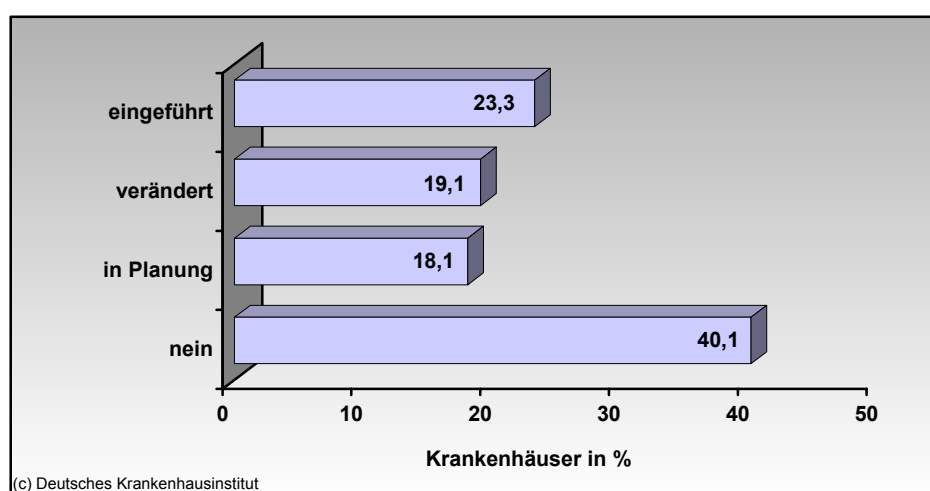


Abb. 42: Einführung/Veränderung schriftlich fixierter Behandlungspfade

In 40% der DMP-Häuser ist es bislang nicht zur Einführung bzw. Veränderung von schriftlich fixierten Behandlungspfaden oder -standards gekommen. Der entsprechende Anteilswert fällt in kleineren Einrichtungen unter 300 Betten merklich niedriger aus (27,5%), in großen Krankenhäusern ab 600 Betten dagegen überdurchschnittlich (51,0%). Möglicherweise ist dies darauf zurückzuführen, dass größere Krankenhäuser bereits in höherem Maße über entsprechende Standards verfügen.

Jeweils rund 20% der DMP-Krankenhäuser haben wegen des DMP Brustkrebs schriftlich fixierte Behandlungspfade eingeführt, vorhandene Behandlungsstandards neu gefasst oder entsprechende Änderungen geplant. Da aber gemäß den nachfolgend präsentierten Ergebnissen das DMP Brustkrebs insgesamt wenig Auswirkungen auf die Versorgung hatte, dürfte es sich dabei größtenteils um eher kleinere Änderungen handeln.

7.6 Änderungen in der Versorgung

Die qualitativen Auswirkungen der DMP Brustkrebs auf Versorgungsprozesse und -ergebnisse stehen zwar nicht im Mittelpunkt der vorliegenden Studie. Gleichwohl sollten diesbezüglich gewisse Basisinformationen zu den bisherigen Erfahrungen mit den DMP Brustkrebs

ermittelt werden. Daher sollten die Krankenhäuser beurteilen, inwieweit die DMP Brustkrebs zu einer Änderung der Versorgung im jeweiligen Haus beigetragen haben.

Die entsprechenden Ergebnisse zeigt Abb. 43. Alles in allem fallen die Auswirkungen des DMP Brustkrebs auf das Versorgungsgeschehen bislang eher moderat aus. Allerdings sei einerseits ausdrücklich betont, dass für die Teilnahme am DMP ohnehin eine Reihe von Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität erfüllt sein müssen. Andererseits haben zahlreiche Krankenhäuser im Fragebogen vermerkt, bereits in der Vergangenheit und unabhängig vom DMP Brustkrebs hohe Versorgungsstandards einzuhalten. Mit der Fragestellung werden insofern nur darüber hinausgehende Verbesserungen erfasst, die primär oder ausschließlich durch das DMP initiiert wurden.

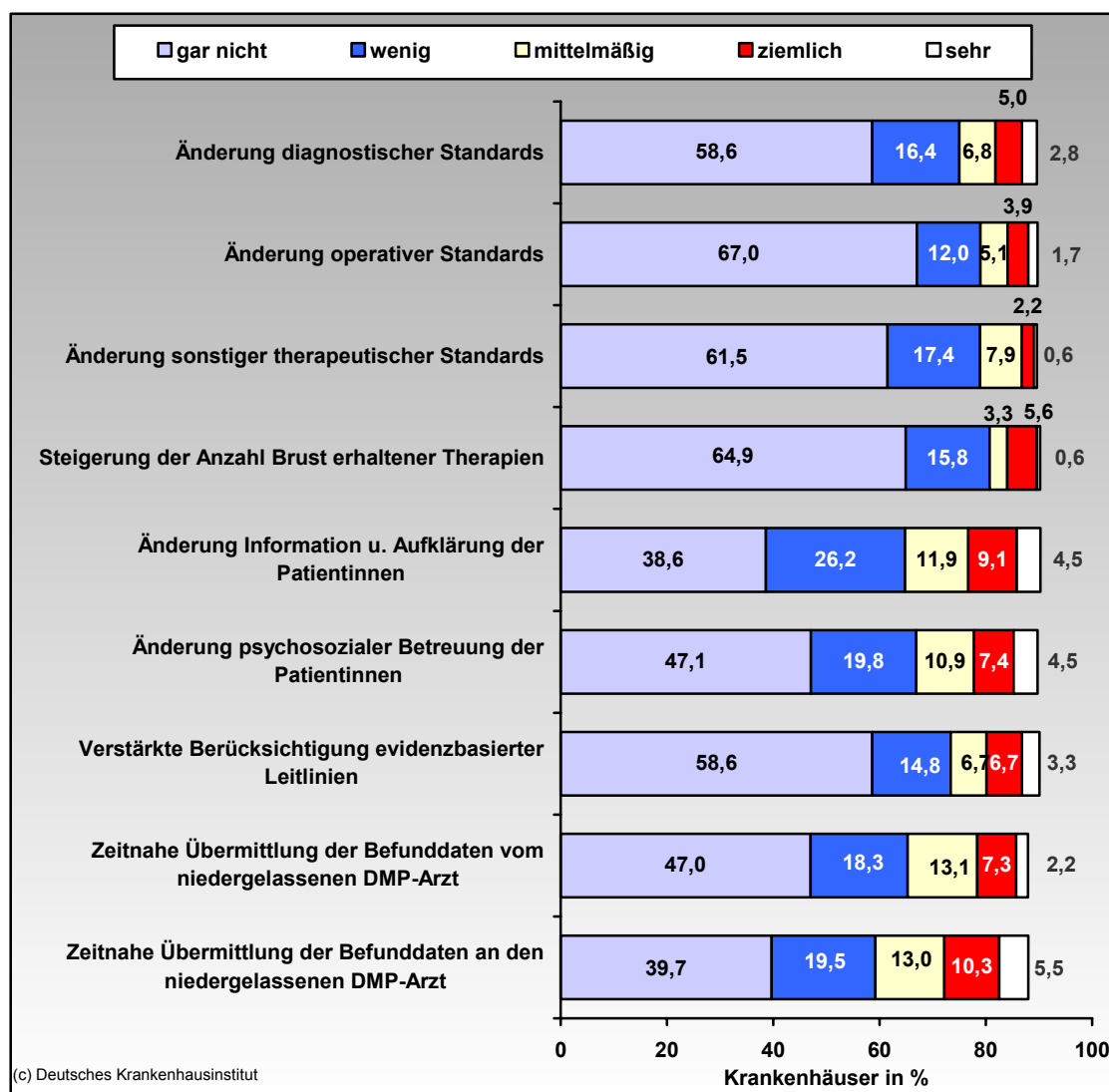


Abb. 43: Änderungen in der Versorgung – Häufigkeiten

Mit Blick auf die eher medizinischen Implikationen der Änderung diagnostischer, operativer und sonstiger therapeutischer Standards, der verstärkten Berücksichtigung evidenzbasierter Leitlinien sowie der Steigerung Brust erhaltender Therapien sind die Ergebnisse in hohem Maße vergleichbar. Einer Mehrheit von jeweils knapp zwei Dritteln der Häuser zufolge haben die DMP Brustkrebs gar keine Änderungen der Versorgung bewirkt. Bei weiteren 15% lassen sich nur wenige Auswirkungen bei den genannten Parametern feststellen. Nur jeweils ca. 10-15% nennen mittelmäßige bis sehr große Veränderungen. Nach Bettengrößenklassen waren die Unterschiede überwiegend marginal. Einzig mit Blick auf die evidenzbasierten Leitlinien fällt auf, dass diese in kleineren Häusern infolge der DMP verstärkt Berücksichtigung finden.

Die deutlichsten Auswirkungen haben die DMP Brustkrebs bislang noch am ehesten auf die nicht-medizinischen Aspekte der psychosozialen Patientenversorgung sowie der Kooperation zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Arzt. So hat jeweils mehr als die Hälfte der Krankenhäuser infolge des DMP Brustkrebs die Information und Aufklärung der Patientinnen sowie ihre psychosoziale Betreuung geändert. Auch bei der zeitnahen Übermittlung von therapie relevanten Informationen und Befunddaten aus dem niedergelassenen Bereich an das Krankenhaus bzw. vom Krankenhaus an den niedergelassenen Arzt ist es mehrheitlich zu mehr oder weniger größeren Verbesserungen gekommen.

Nichtsdestotrotz sind die DMP-initiierten Änderungen der Versorgung innerhalb der Krankenhäuser im Mittel eher gering (vgl. Abb. 44). Dies würde unterstreichen, dass die meisten Teilnehmer die Zulassungsvoraussetzungen zum DMP schon vorab und im Wesentlichen unabhängig von den konkreten Programmanforderungen erfüllt haben dürften. Sofern die DMP-Häuser die Teilnahmevoraussetzungen überhaupt erfüllen bzw. nicht schon im Vorfeld der Zulassung Änderungen vorgenommen haben, scheinen die DMP bislang eher punktuell zu Verbesserungen geführt zu haben. Weitergehende bzw. detailliertere Informationen müssen einer expliziten Qualitätsevaluation der DMP vorbehalten bleiben.

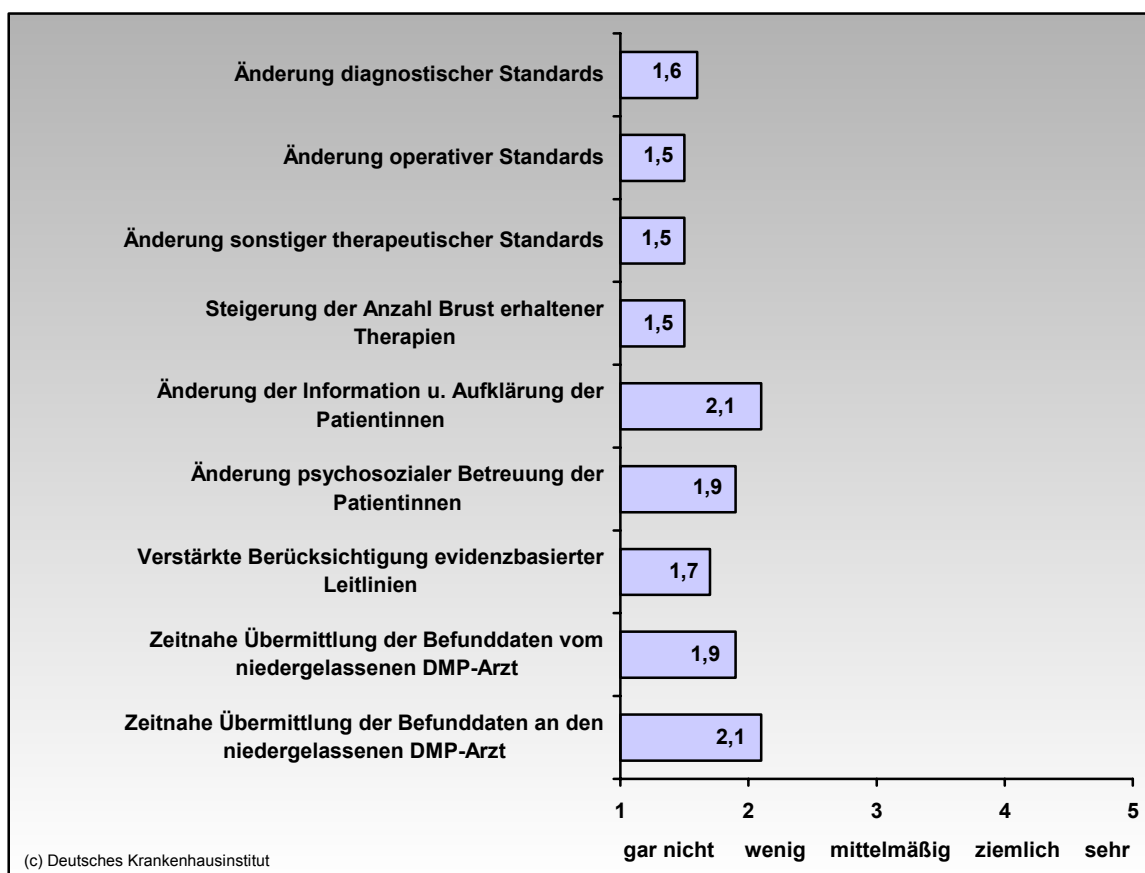


Abb. 44: Änderungen in der Versorgung – Mittelwerte

7.7 Zufriedenheit mit den DMP Brustkrebs

Abschließend sollten sich die teilnehmenden Krankenhäuser zur Zufriedenheit mit ihrer Teilnahme am DMP Brustkrebs äußern. Einstweilen dominiert allerdings eine gewisse Skepsis mit Blick auf die DMP Brustkrebs. Denn nur 14% der DMP-Krankenhäuser sind alles in allem mit der Teilnahme am DMP Brustkrebs zufrieden. Der entsprechende Anteil fällt in kleineren Häusern unter 300 Betten (22,5%) merklich höher aus als in Einrichtungen der oberen Bettengrößenklassen (jeweils gut 10%).

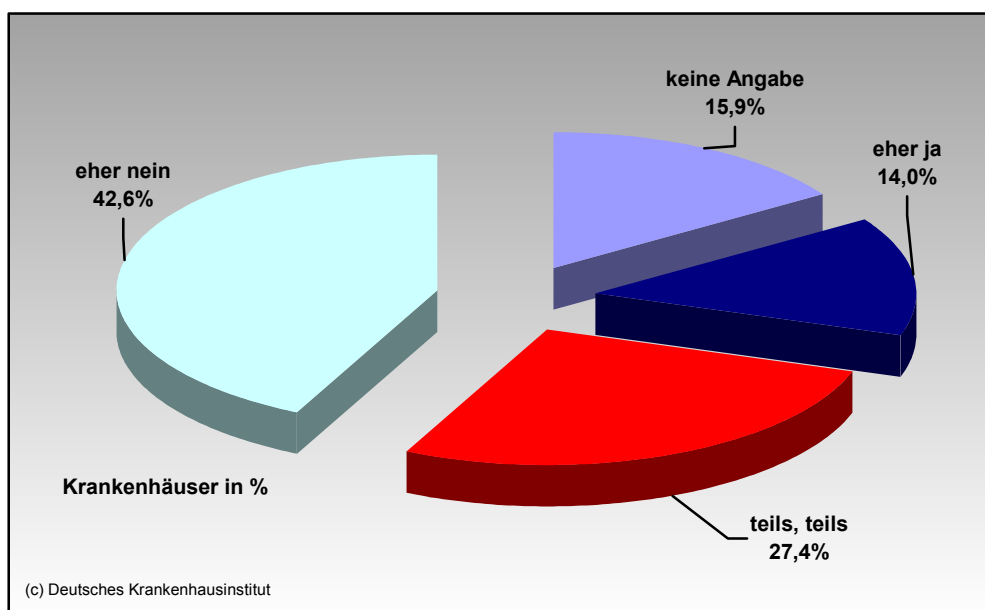


Abb. 45: Zufriedenheit mit der Teilnahme am DMP Brustkrebs

Gut ein Viertel der Krankenhäuser zeigt sich teilweise zufrieden und teilweise unzufrieden. Eine relative Mehrheit der Krankenhäuser (42,6%) ist bislang aber eher unzufrieden mit den DMP Brustkrebs. Ein vergleichsweise großer Anteil der Krankenhäuser (15,9%) hat hier keine Angaben gemacht, was teilweise auf die kurzen Laufzeiten der DMP-Verträge und die geringe Anzahl an DMP-Patientinnen zurückzuführen sein mag.

Diejenigen Krankenhäuser, die mit ihrer Teilnahme am DMP bislang nicht oder nur teilweise zufrieden sind, wurden konkret nach den Gründen hierfür gefragt. Am häufigsten beklagten die Befragungsteilnehmer die mit den DMP einhergehende zusätzliche Dokumentation (70,5%) und eine unzureichende Leistungsvergütung (60,7%).

33% der Häuser konstatierten zu wenig Einfluss auf die Behandlungscoordination und 22% zu viel Abstimmungsaufwand mit den DMP-Vertragsärzten. Und obwohl beim Brustkrebs zahlreiche ambulante Behandlungsmaßnahmen bereits im Krankenhaus erfolgen, wünscht sich gut ein Drittel der Häuser weitergehende ambulante Behandlungsmöglichkeiten. Schließlich bemängeln fast 20% der Befragungsteilnehmer, die mit den DMP Brustkrebs (teilweise) unzufrieden sind, nicht sachgerechte medizinische Anforderungen.

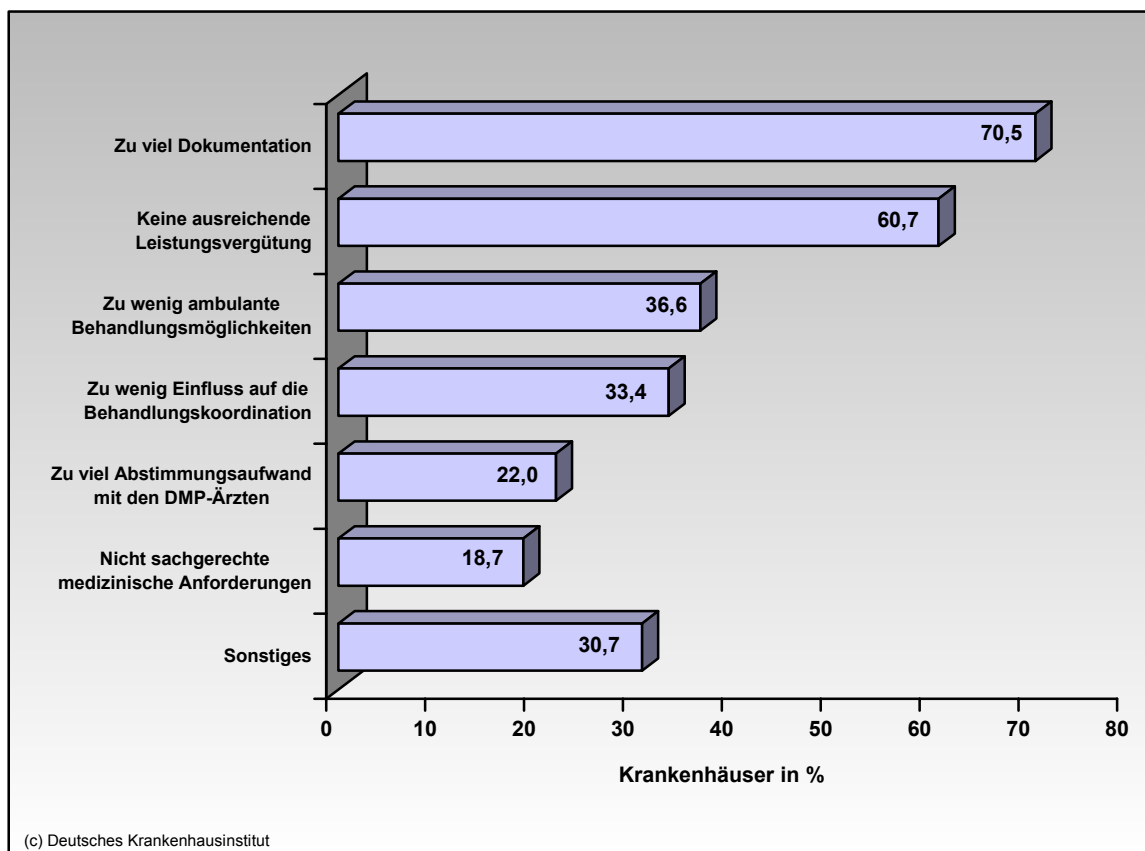


Abb. 46: Gründe für die Unzufriedenheit mit dem DMP Brustkrebs

Darüber hinaus wurde im Rahmen einer offenen Schlussfrage kritisiert, dass die DMP vor allem dem Risikostrukturausgleich der Kassen dienen, hingegen weniger zu Veränderungen oder Verbesserungen der Versorgung von Brustkrebspatientinnen führten. Die Brustkrebsversorgung würde sich in Deutschland auch unabhängig vom DMP auf hohem Niveau bewegen. Im Übrigen würden DMP-Patientinnen behandelt wie andere Patientinnen auch. Nutzen oder Vorteile der DMP seien daher den Patientinnen kaum vermittelbar. Darüber hinaus wird das geringe Interesse der niedergelassenen Ärzte an den DMP bemängelt.

8 Auswirkungen auf Nicht-DMP-Krankenhäuser

Analog zu den DMP-Krankenhäusern sollten mit der Studie auch die Auswirkungen der DMP Brustkrebs auf die nicht teilnehmenden Krankenhäuser untersucht werden. Dies erfolgte, wie eingangs erwähnt, in einer separaten Repräsentativerhebung. Da bei Mamma-Karzinom nennenswerte Patientenwanderungen nicht eingetreten sind, haben die DMP bei der Mehrheit der nicht teilnehmenden Einrichtungen zwar bislang kaum unmittelbare Auswirkungen. Ihre Prognosen zum Einweiserverhalten und zur Fallzahlentwicklung fallen dennoch teilweise skeptisch aus, so dass sie Handlungsbedarf mit Blick auf strategische Maßnahmen sehen.

8.1 Gründe für die Nicht-Teilnahme am DMP

Immerhin gut die Hälfte der Befragungsteilnehmer unter den Nicht-DMP-Krankenhäusern wollte am DMP Brustkrebs teilnehmen. Bei den größeren Häusern ab 300 Betten waren es sogar über 75%. Es kann also auch bei den Nicht-DMP-Krankenhäusern mit einer gynäkologischen Fachabteilung von einem relativ großen Interesse am DMP Brustkrebs ausgegangen werden. Dafür spricht auch die Tatsache, dass eine Reihe von Krankenhäusern im Fragebogen ausdrücklich vermerkte, an einer Teilnahme weiterhin interessiert zu sein.

Haupthinderungsgrund für die Teilnahme am DMP waren nach Ansicht der Befragten die zu kleinen Fallzahlen bei Brustkrebspatientinnen. Rund 55% der Häuser nannten diesen Grund, der von kleineren Häusern unter 300 Betten deutlich überproportional angeführt wurde.

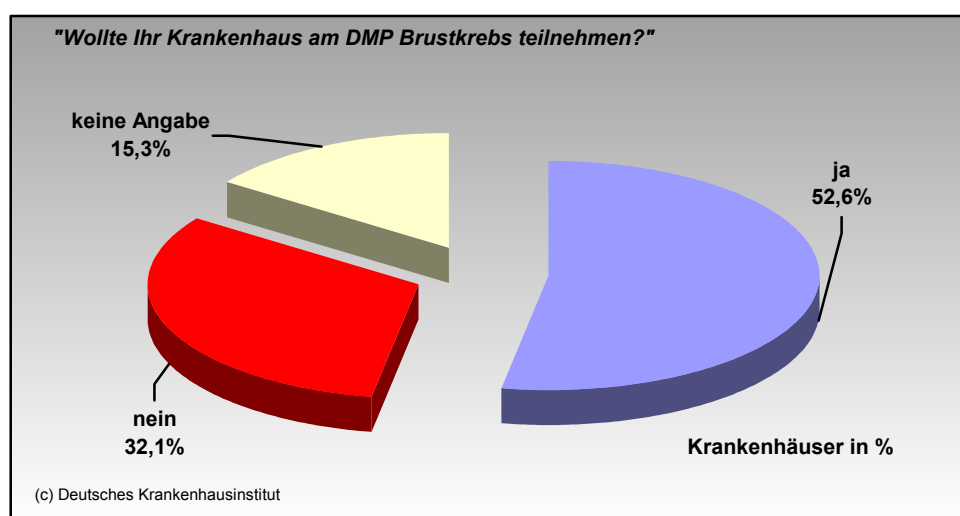


Abb. 47: Beabsichtigte Teilnahme am DMP Brustkrebs

Ein Viertel der Krankenhäuser hat Kooperationen mit anderen Krankenhäusern im Rahmen von DMP zwar geplant, aber letztlich oder bislang nicht realisieren können. Entsprechende Kooperationen werden insbesondere von Krankenhäusern mit weniger als 600 Betten angestrebt.

Rund 20% der Häuser gaben an, nicht über ein geeignetes Leistungsangebot bzw. eine entsprechende Leistungsstruktur für DMP zu verfügen. In jeweils knapp 10% der Kliniken ist explizit die personelle oder technische Infrastruktur für eine Teilnahme am DMP nicht gegeben. Sofern Nicht-DMP-Häusern die Zulassungsvoraussetzungen zum DMP Brustkrebs ggf. nicht bekannt sind, könnte der Anteil der nicht in Betracht kommenden Kliniken - abgesehen von möglichen Kooperationen - höher ausfallen. Daneben mögen sich manche Häuser aus strategischen Gründen auch bewusst gegen eine DMP-Teilnahme entschieden haben.

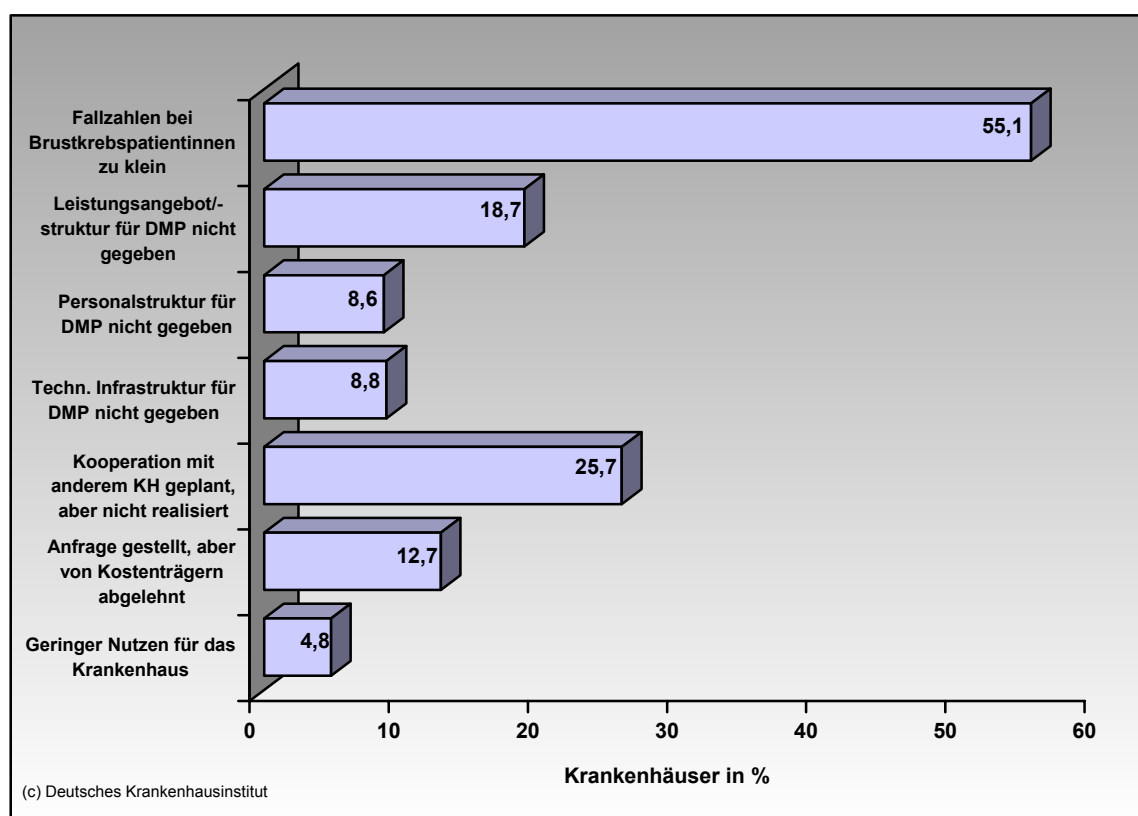


Abb. 48: Gründe für die Nicht-Teilnahme am DMP Brustkrebs

Eine Minderheit von 12,7% der Krankenhäuser hat zwar eine Anfrage bzw. einen Antrag auf Teilnahme am DMP bei den Kostenträgern gestellt; dieser wurde aber negativ beschieden. Diese Häuser hatten im Mittel rund 85 Fälle mit bösartigen Neubildungen der Mamma als

Hauptdiagnose, so dass sie in der Regel nur in Kooperation mit anderen Häusern die geforderten Mindestmengen erfüllt hätten.

Unabhängig davon wurde allerdings im Rahmen einer offenen Schlussfrage die Bewilligungspraxis der Krankenkassen als nicht transparent bzw. nicht nachvollziehbar kritisiert. Diese Kritik erscheint berechtigt, weil vielen Nicht-DMP-Häusern über Kooperationen der Zugang zum DMP prinzipiell offen ist, auch wenn sie die Teilnahmevoraussetzungen nicht erfüllen. Selbst viele DMP-Häuser erreichen sie ja nur im Verbund mit anderen Krankenhäusern. Da sich zahlreiche DMP- und Nicht-DMP-Häuser insofern nicht unterscheiden, mag die Bewilligungspraxis der Kassen den Betroffenen teilweise willkürlich erscheinen.

8.2 Änderungen im Einweisungsverhalten

Mit Blick auf die künftige Fallzahlentwicklung sollten die Nicht-DMP-Häuser angeben, ob ihre bisherigen Einweiser ihnen weniger Patientinnen zuweisen. Zumindest für Patientinnen mit Brustkrebs ist bei einem relevanten Anteil der Häuser eine entsprechende Tendenz erkennbar. 37,6% der Häuser berichten entsprechende Rückgänge. In einem größeren Anteil der Kliniken ist dies dagegen bislang nicht der Fall (43,5%).³³

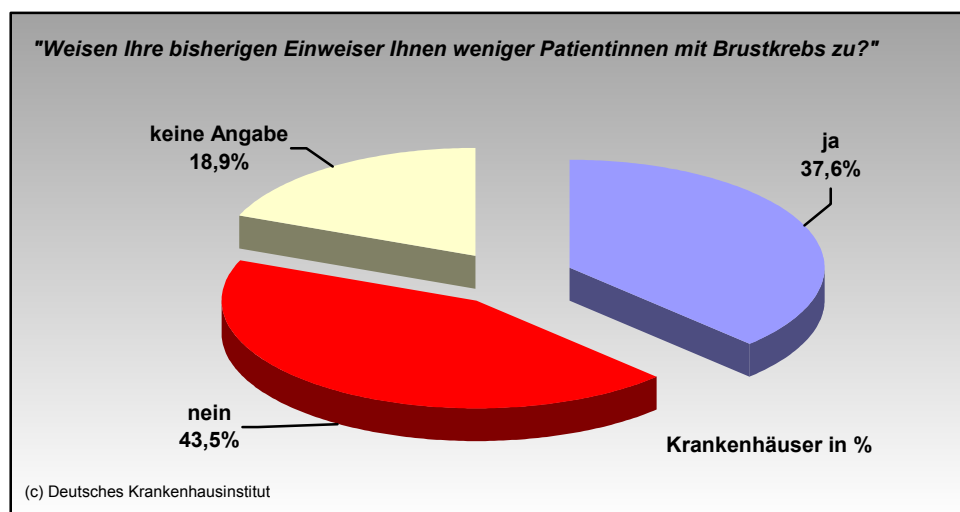


Abb. 49: Einweisungen von Patientinnen mit Brustkrebs

³³ Diese Angaben entsprechen zumindest nicht der durchschnittlichen Fallzahlentwicklung für die Nicht-DMP-Häuser in den Jahren 2003/2004 (vgl. Kap. 3.9). Dieser scheinbare Widerspruch kann zum einen darauf zurückzuführen sein, dass entsprechende Effekte verstärkt erst 2005 wirksam wurden. Zum anderen gibt es selbst bei durchschnittlich konstanten Fallzahlen eine Reihe von Häusern mit rückläufiger Entwicklung. Daneben sind Fehleinschätzungen der Befragten teilweise nicht auszuschließen.

Diese Häuser hatten im Jahr 2004 im Mittel (Median) 54 Patientinnen mit bösartigen Neubildungen der Mamma als Hauptdiagnose. Die entsprechende Fallzahl lag in Häusern mit weniger Einweisungen bei Brustkrebspatientinnen bei durchschnittlich 35 Fällen. Änderungen im Einweisungsverhalten gingen demnach eher zu Lasten von Kliniken mit kleineren Fallzahlen bei der fraglichen Indikation.

Bei anderen gynäkologischen Indikationen fallen die Effekte merklich schwächer aus. Hier verzeichnen lediglich rund 15% weniger Zuweisungen seitens ihrer bisherigen Einweiser. Bei diesen Häusern fallen die gynäkologischen Fallzahlen wiederum deutlich unterdurchschnittlich aus.

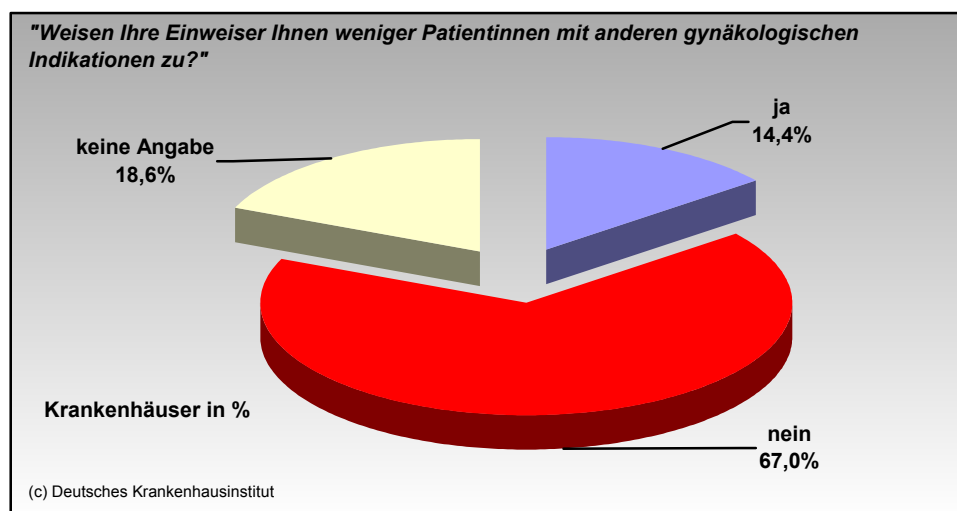


Abb. 50: Einweisungen von Patientinnen mit anderen gynäkologischen Indikationen

Das DMP Brustkrebs kann dazu führen, dass sich die entsprechenden Fallzahlen in den nicht teilnehmenden Häusern reduzieren. Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer des Weiteren angeben, ob in ihrer Gynäkologie – ausdrücklich auch unter Berufung auf das DMP Brustkrebs – schon für das Jahr 2005 niedrigere Fallzahlen vereinbart worden sind. Diese Frage wurde von 11% der Nicht-DMP-Häuser bejaht. Diese Häuser weisen sowohl bei Fällen mit der Hauptdiagnose Brustkrebs als auch bei den gynäkologischen Fällen insgesamt unterdurchschnittliche Fallzahlen auf.

Alles in allem lässt sich also festhalten, dass von etwaigen Fallzahleffekten des DMP Brustkrebs bei nicht beteiligten Häusern kleinere Kliniken bzw. Kliniken mit kleineren Patientenzahlen tendenziell stärker betroffen sind. Allerdings sind diese Effekte einstweilen gering bzw. werden durch Fallzahlsteigerungen in anderen Nicht-DMP-Häusern kompensiert, so

dass in der Summe bislang noch keine Patientenwanderungen zu Lasten der nicht teilnehmenden Einrichtungen eingetreten sind.

8.3 Folgen der Nicht-Teilnahme

Abb. 51 ist zu entnehmen, welche Änderungen die betroffenen Krankenhäuser aufgrund ihrer Nicht-Teilnahme am DMP Brustkrebs erwarten. Auffallend ist zunächst die hohe Zahl fehlender Angaben bei allen Fragestellungen. Zum jetzigen Zeitpunkt sehen sich anscheinend viele Krankenhäuser noch nicht in der Lage, die Auswirkungen ihrer Nicht-Teilnahme am DMP verlässlich zu taxieren.

Am ehesten erwarten die Nicht-DMP-Krankenhäuser - mittel- bis langfristig - einen Rückgang der Fallzahlen bei Brustkrebspatientinnen. Rund die Hälfte der Befragten hält eine solche Entwicklung für eher oder sehr wahrscheinlich. Ein Drittel geht sogar infolge der Nicht-Teilnahme am DMP letztlich von einem Ausstieg aus der Versorgung im Bereich Brustkrebs aus. Diese Häuser haben mit im Mittel (Median) rund 17 stationären Patientinnen mit der Hauptdiagnose Brustkrebs deutlich unterdurchschnittliche Fallzahlen selbst unter den Nicht-DMP-Kliniken. Diese geringe Zahl würde abermals die in der Summe schwachen Fallzahleffekte der DMP Brustkrebs insgesamt erklären.

Weitergehende Auswirkungen auf die Gynäkologie oder Geburtshilfe im Allgemeinen werden indes von vergleichsweise wenigen Krankenhäusern erwartet. Nur gut 10% der Häuser hält einen weiteren Fallzahlrückgang in der Gynäkologie für wahrscheinlich. Mit Auswirkungen auf die Fallzahlentwicklung in der Geburtshilfe wird dagegen faktisch kaum gerechnet. Auch eine Schließung ihrer Gynäkologie befürchten die Nicht-DMP-Krankenhäuser bislang fast durchweg nicht, ebenso wenig eine Gefährdung ihrer Weiterbildungsermächtigung für die Gynäkologie.

Trotz Schwierigkeiten und Problemen in einer Minderheit von Krankenhäusern lösen die DMP Brustkrebs also bislang keine besonderen Sorgen oder Ängste seitens der nicht teilnehmenden Häuser aus. Das mag einerseits die bislang geringen Auswirkungen der Programme widerspiegeln, andererseits auf die teilweise niedrigen Fallzahlen bei Brustkrebspatientinnen bzw. andere Leistungsschwerpunkte der betroffenen Fachabteilungen zurückzuführen sein, welche durch die Nicht-Teilnahme wenig tangiert sind. Daneben ist man zuversichtlich, etwaige negative Effekte durch gezielte Maßnahmen kompensieren zu können.

Zum jetzigen Zeitpunkt stellen – zumindest in der Breite – die DMP Brustkrebs jedenfalls keine Bedrohung für die gynäkologischen Abteilungen nicht am Programm teilnehmender Krankenhäuser dar. Diesbezügliche Beeinträchtigungen in der flächendeckenden oder wohnortnahen Versorgung sind daher einstweilen eher unwahrscheinlich. Probleme im Einzelfall sind dabei nicht grundsätzlich auszuschließen. Mit Blick auf die Vorhaltung gynäkologischer Abteilungen dürften jedoch vom DRG-System wesentlich stärkere Effekte ausgehen als vom DMP Brustkrebs.

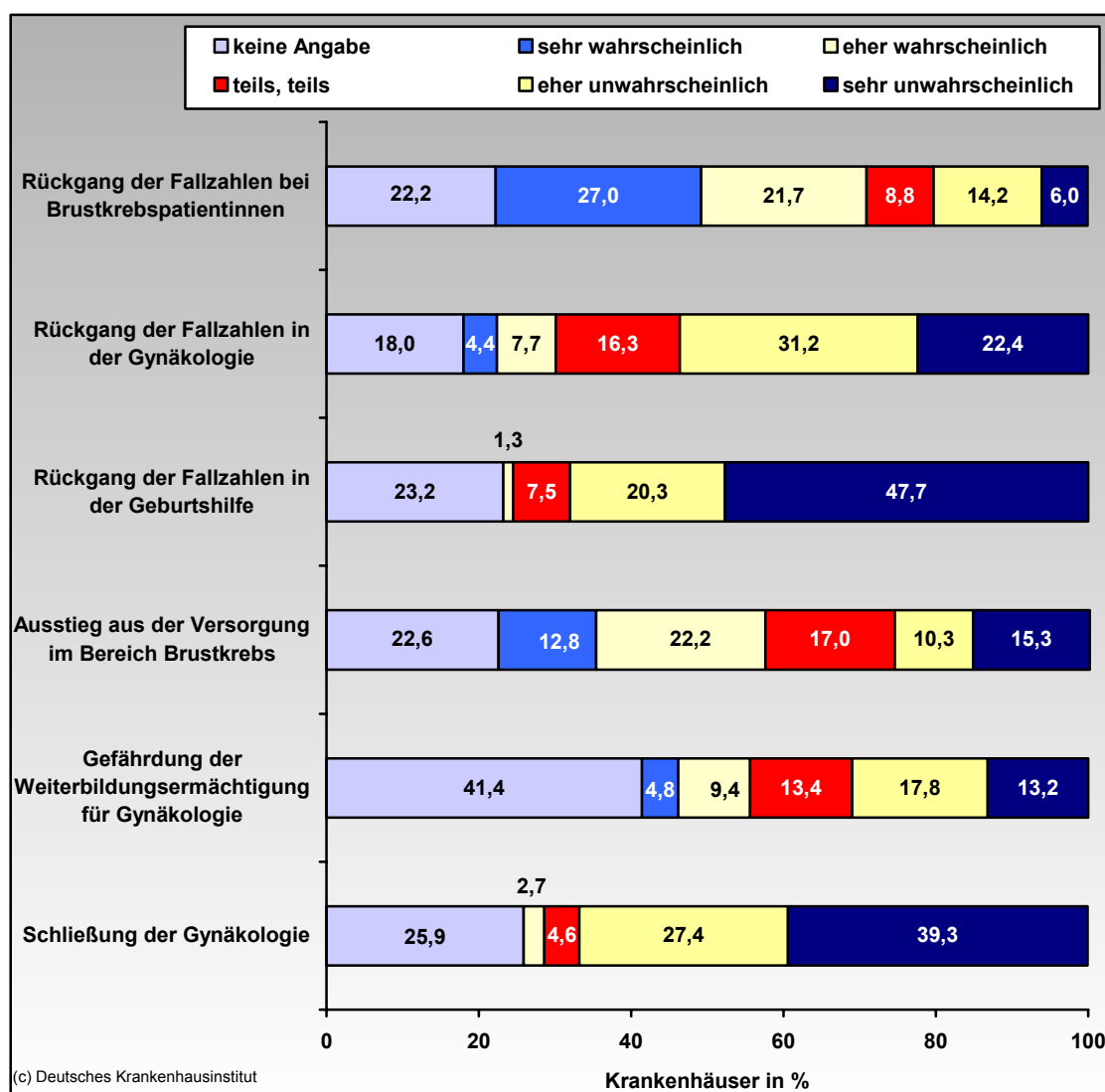


Abb. 51: Erwartete Folgen aufgrund der Nicht-Teilnahme am DMP Brustkrebs

8.4 Beabsichtigte Maßnahmen

Die meisten Krankenhäuser, die momentan nicht am DMP Brustkrebs beteiligt sind, beabsichtigen diesen Umstand mit entsprechenden Maßnahmen zu begegnen. So streben immerhin zwei Drittel eine Kooperation mit anderen Häusern im Bereich Brustkrebs an. Fast 40% wollen weiterhin versuchen, am DMP Brustkrebs teilzunehmen. Das gilt insbesondere für größere Häuser ab 300 Betten.

Nahezu die Hälfte der Krankenhäuser plant zur Kompensation von Fallzahlverlusten im Bereich Brustkrebs den Ausbau anderer Leistungsbereiche in der Gynäkologie. Darüber hinaus will ein Drittel der befragten Nicht-DMP-Krankenhäuser Leistungsbereiche in anderen Fachabteilungen ausbauen. Kein einziges Stichprobenkrankenhaus gab an, derzeit eine Schließung seiner Gynäkologie in Betracht zu ziehen.

Insgesamt belegen Anzahl und Verbreitung entsprechender Gegenmaßnahmen, warum viele nicht teilnehmende Einrichtungen die Einführung der DMP eher gelassen sehen.

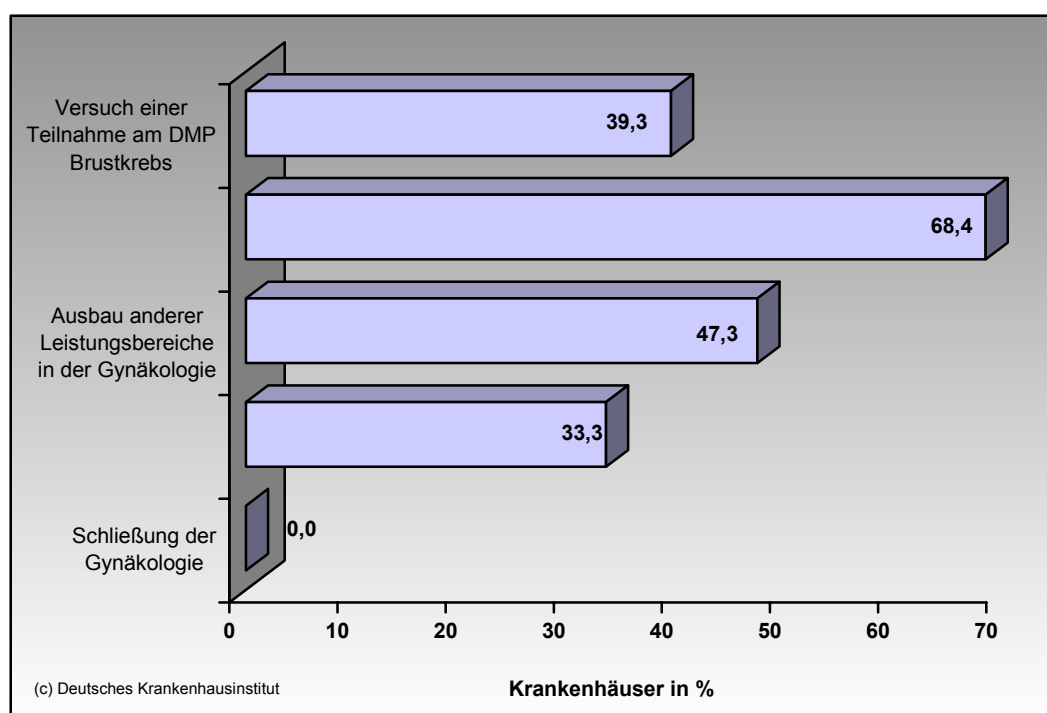


Abb. 52: Beabsichtigte Maßnahmen in Nicht-DMP-Häusern

8.5 Entfernung zum nächstgelegenen DMP-Krankenhaus

Vor dem Hintergrund eines möglichen Ausstiegs von Nicht-DMP-Krankenhäusern aus der Brustkrebsversorgung stellt sich die Frage nach den Auswirkungen auf die wohnortnahe Versorgung. Zu diesem Zweck sollten die Häuser ihre Entfernung zum nächstgelegenen DMP-Krankenhaus angeben bzw. taxieren.

Im Mittel (Median) liegt das nächstgelegene Krankenhaus, das am DMP Brustkrebs teilnimmt, 25 Kilometer von einem Nicht-DMP-Haus mit entsprechendem Leistungsangebot entfernt. Bei jeweils einem Viertel beträgt die Entfernung höchstens 13,5 Kilometer bzw. mindestens 35 Kilometer.

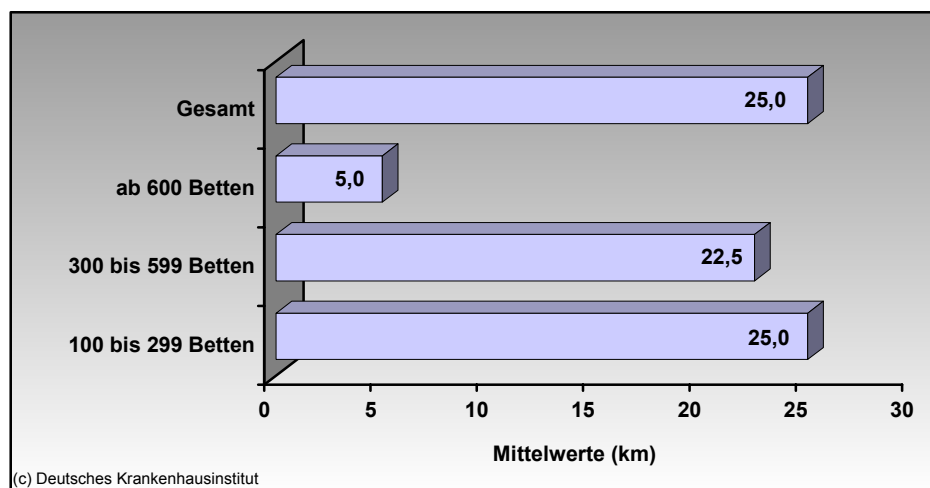


Abb. 53: Entfernung von Nicht-DMP-Häusern zum nächstgelegenen DMP-Haus

Vor allem größere Nicht-DMP-Häuser ab 600 Betten liegen in der Regel in unmittelbarer räumlicher Nähe zu einem DMP-Haus (zumeist in einem Umkreis von 5-10 Kilometern). Dies lässt sich insofern erklären, als diese Häuser in der Regel in größeren Städten oder Ballungsgebieten mit höherer Krankenhausedichte liegen. Bei den kleineren Häusern sind dagegen die Entfernungen zum nächstgelegenen DMP-Haus merklich größer.

Inwieweit durch ein etwaiges Ausscheiden dieser Häuser aus der Brustkrebsversorgung die wohnortnahe Versorgung beeinträchtigt wäre, lässt sich allerdings nur im Einzelfall bzw. im Rahmen kleinräumiger Regionalanalysen ermitteln. Die bisherigen Fallzahlentwicklungen in den Nicht-DMP-Häusern geben – zumindest im statistischen Durchschnitt – aber keine Hinweise auf entsprechende Beeinträchtigungen. Gleichwohl sind die mit den DMP intendierten Konzentrationsprozesse mit Blick auf eine wohnortnahe und patientenorientierte Versorgung

in Zukunft kritisch zu beobachten. Dies gilt umso mehr, als die Brustkrebsbehandlung einen längeren Zeitraum und zahlreiche ambulante Behandlungsepisoden umfasst.

9 Diskussion - Steuerungswirkungen der DMP Brustkrebs

Abschließend werden wesentliche Ergebnisse der Studie mit Blick auf die bisherige Umsetzung und Steuerungswirkungen von DMP Brustkrebs zusammengefasst. Vergleicht man Anspruch und Wirklichkeit der DMP Brustkrebs, gelangt man zu einem eher skeptischen Fazit. Genuine Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen oder die Versorgungsqualität lassen sich einstweilen kaum ausmachen. Im Wesentlichen wird der status quo vor Einführung der DMP fortgeschrieben. Dies schließt punktuelle Verbesserungen nicht aus; und keineswegs wird dadurch die Qualität der Brustkrebsversorgung grundsätzlich in Frage gestellt. Aufwand und Nutzen der DMP Brustkrebs sowie deren konkrete Ausgestaltung sind vor diesem Hintergrund jedoch kritisch zu reflektieren.

9.1 Umsetzung der DMP Brustkrebs im Krankenhaus

In Deutschland sind ca. 400 Krankenhäuser bzw. etwa jedes dritte Krankenhaus mit einer Fachabteilung für Gynäkologie/Geburtshilfe am DMP Brustkrebs beteiligt (Stand: Jahresmitte 2005). DMP-Krankenhäuser sind überproportional häufig als Brust- oder Tumorzentrum zertifiziert bzw. im Krankenhausplan als onkologischer Schwerpunkt ausgewiesen. Gemessen an Betten-, Fall- oder Personalzahlen sind größere Häuser bzw. Fachabteilungen im DMP Brustkrebs deutlich überrepräsentiert. Neben den - nicht immer transparenten - Verfahren zum Abschluss von Verträgen seitens der Kostenträger ist dies vor allem darauf zurückzuführen, dass größere Einrichtungen die Teilnahmevoraussetzungen der DMP eher als andere erfüllen.

Bislang haben die DMP in den Krankenhäusern hinsichtlich Umfang, Inhalt und Ablauf des Versorgungsgeschehens kaum Veränderungen bewirkt. Der Anteil der DMP-Patienten an den vollstationären Brustkrebspatientinnen fällt mit rund einem Viertel eher gering aus. Die Einschreibung in das DMP erfolgt schwerpunktmäßig beim niedergelassenen Arzt. Auch die Behandlungscoordination für die Patientinnen im DMP obliegt eher dem DMP-Vertragsarzt. In den DMP-Häusern sind die Fallzahlen von Patientinnen mit Mamma-Karzinom nahezu konstant geblieben. Nur in Ausnahmefällen konnten die Krankenhäuser unter Verweis auf das DMP Brustkrebs höhere Fallzahlen in der Gynäkologie mit den Kostenträgern vereinbaren. Infolge der DMP haben erst relativ wenige Krankenhäuser neue Einweiser hinzugewonnen.

Ein Grund für die geringen Auswirkungen der DMP Brustkrebs auf das Geschehen im Krankenhaus liegt in den Einschreibungsmodalitäten. Mit der Diagnosestellung im Krankenhaus erfolgt oftmals keine Einschreibung. Die Patientin wird anschließend stationär und ambulant im Krankenhaus behandelt. Der niedergelassene Arzt schreibt sie dann erst im Rahmen der ambulanten Nachsorge in das DMP ein. Dies erklärt teilweise, warum die Krankenhäuser wenig DMP-Fälle verzeichnen bzw. eine Reihe von Teilnehmern zur konkreten Umsetzung der DMP keine Angaben machen konnte.

Bislang ist nur eine Minderheit von rund 15% der DMP-Krankenhäuser mit den DMP Brustkrebs zufrieden. Die Mehrzahl der Befragungsteilnehmer äußert sich mit ihrer Teilnahme am DMP ganz oder teilweise unzufrieden. Diese Unzufriedenheit hat eine Reihe von Gründen:

Einerseits üben die DMP-Krankenhäuser detaillierte Kritik an der konkreten Umsetzung der DMP Brustkrebs. In diesem Zusammenhang werden insbesondere der bürokratische Aufwand bzw. zu viel Dokumentation kritisiert. Auch die Leistungsvergütung im DMP wird vielfach als unzureichend betrachtet. Neben einer Erweiterung ambulanter Behandlungsmöglichkeiten wünscht eine Reihe von DMP-Krankenhäusern auch mehr Einfluss auf die Behandlungscoordination. Darüber hinaus werden teilweise ein geringes Interesse der niedergelassenen Ärzte am DMP bzw. Kooperationsprobleme zwischen Krankenhaus und Vertragsärzten bemängelt.

Andererseits wird den DMP Brustkrebs grundsätzlich mangelnde Effektivität attestiert. Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen hätten sie bislang nur in geringfügigem Maße. Durch die Einführung des DMP Brustkrebs habe sich die Versorgung von Patientinnen mit Mamma-Karzinom nicht bzw. nicht wesentlich verändert oder verbessert. Es diene eher den finanziellen Interessen der Krankenkassen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs und weniger einer gezielten Qualitätsverbesserung der Brustkrebsversorgung.

Auf die nicht teilnehmenden Krankenhäuser haben die DMP Brustkrebs bislang eher moderate Auswirkungen. Die entsprechenden Fallzahlen bleiben - zumindest im statistischen Durchschnitt - nahezu konstant, wenngleich eine Reihe von Häusern auch von rückläufigen Einweisungen bzw. Fallzahlen bei Mamma-Karzinom berichtet. Für die Zukunft erwartet indes die Hälfte der Nicht-DMP-Häuser weitere Rückgänge und ein Drittel sogar einen Ausstieg aus der Brustkrebsversorgung. Einrichtungen mit sehr kleinen Patientenzahlen wären davon überproportional betroffen. Gleichwohl will die Mehrzahl der nicht am DMP Brustkrebs teilnehmenden Häuser sich durch entsprechende Maßnahmen wie Kooperationen, Ausbau

anderer Leistungsbereiche oder versuchte Teilnahme am DMP im Markt behaupten. Eine Bedrohung für die gynäkologischen Abteilungen nicht am Programm teilnehmender Krankenhäuser stellen die Programme einstweilen nicht dar.

Der Abschluss von DMP-Verträgen durch die Kostenträger erscheint intransparent. Teilweise erfüllen DMP-Häuser nicht alle Teilnahmevoraussetzungen (z.B. hinsichtlich der Mindestmengen); teilweise unterscheiden sich Nicht-DMP-Kliniken strukturell nicht von teilnehmenden Einrichtungen (z.B. onkologische Schwerpunktbildung oder Leistungszahlen). Eine maßgebliche Ursache hierfür ist die Möglichkeit der gemeinsamen Erfüllung von Teilnahmevoraussetzungen durch Kooperationen von Krankenhäusern. Davon wird zahlreich Gebrauch gemacht. Etwa zwei Drittel der DMP-Krankenhäuser kooperieren im Rahmen von DMP mit anderen Häusern. Dadurch wird zwar eine breite bzw. flächendeckende Versorgung mit DMP-Häusern ermöglicht. Die Unterscheidung von DMP- und Nicht-DMP-Häusern verliert jedoch an Trennschärfe bzw. die Zulassung zum DMP an Nachvollziehbarkeit.

9.2 Anspruch und Wirklichkeit von Mindestmengen

Ein Kernelement der DMP Brustkrebs bilden Mindestmenvorgaben für die zu erbringenden Leistungen. Mindestmengen sind in den Verträgen zur Durchführung der DMP konsentiert und nicht vom Verordnungsgeber festgelegt worden. In den Rahmenvereinbarungen auf Landesebene sind überwiegend 150 operative Eingriffe bei primärem Mamma-Karzinom pro Krankenhaus bzw. 50 entsprechende Eingriffe pro Operateur als Mindestmengen vorgegeben. Kooperationen mehrerer Krankenhäuser zur Erreichung der fraglichen Mindestmengen sind dabei teilweise möglich. Implizit wird mit den Mindestmenvorgaben theoretisch unterstellt, dass mit der Operationshäufigkeit auch die Behandlungsqualität tendenziell steigt. Für konkrete Mindestmenvorgaben bei Mamma-Karzinom fehlt jedoch bislang die wissenschaftliche Evidenz.

Allerdings werden die Mindestmenvorgaben schon in den DMP-Verträgen zwischen den einzelnen Krankenhäusern und Kostenträgern weniger rigoros gehandhabt als in den Rahmenvereinbarungen zum DMP Brustkrebs. So ist lediglich in knapp der Hälfte der entsprechenden DMP-Verträge eine Mindestmenge von 150 Ersteingriffen pro Krankenhaus vorgegeben; bei rund der Hälfte liegt sie sogar bei 100 Operationen oder weniger. Eine Mindestmenge von 50 Ersteingriffen für zumindest einen Operateur je Krankenhaus ist jedoch fast durchgängig in allen DMP-Verträgen vorgesehen. Abweichungen von einer krankenhausb-

zogenen Mindestmenge von 150 Erstoperationen werden also weitestgehend akzeptiert, wenn im Krankenhaus zumindest ein Operateur jährlich 50 Brustkrebspatientinnen operiert.

Faktisch erreichen selbst unter den DMP-Krankenhäusern nur rund 30% eine Anzahl von 150 Operationen pro Jahr. Bei bundesweit rund 400 DMP-Krankenhäusern (Stand: Jahresmitte 2005) wären das etwa 120 Einrichtungen. Eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung von DMP-Brustkrebspatientinnen wäre auf dieser Basis nicht möglich. Insofern unterstellt werden kann, dass die Kostenträger im Rahmen des Risikostrukturausgleichs ein finanzielles Interesse an möglichst hohen Einschreibungszahlen haben, werden zumindest auf Ebene des einzelnen Krankenhauses Abweichungen von der Mindestmenge von 150 operativen Eingriffen weitgehend toleriert und damit implizit die Sinnhaftigkeit dieser Mindestmengenvorgabe in Frage gestellt. In jedem Fall entspricht sie nicht der Versorgungsrealität.

Mit Blick auf die Anzahl der operativen Ersteingriffe pro Operateur sind die Mindestmengenvorgaben deutlich besser umgesetzt. So haben ca. 80% der DMP-Krankenhäuser mindestens einen Operateur mit mindestens 50 Operationen bei primärem Mamma-Karzinom pro Jahr. Bei den übrigen 20% wird gleichwohl auch diese Vorgabe bisher nicht erreicht. Darunter sind kleinere Häuser deutlich überrepräsentiert.

Bei den DMP besteht des Weiteren die Möglichkeit, dass mehrere Krankenhäuser zusammen die fraglichen Mindestmengenvorgaben erfüllen. Etwa zwei Drittel der DMP-Häuser kooperieren im Rahmen des DMP Brustkrebs mit anderen Krankenhäusern. Wie viele dieser Kooperationen speziell durch Mindestmengenvorgaben bedingt sind, ließ sich zwar im Rahmen der Studie nicht exakt quantifizieren. Ein Großteil der entsprechenden Kooperationen dürfte angesichts der o.a. Operationshäufigkeiten aber auch dadurch motiviert sein. Für viele Krankenhäuser wird damit der Zugang zum DMP erleichtert oder erst ermöglicht. Gleichwohl wird durch die Möglichkeit der Summierung von kleineren Operationszahlen über mehrere Krankenhäuser der theoretisch unterstellte Zusammenhang von Operationshäufigkeiten und Behandlungsqualität faktisch erheblich relativiert.

9.3 Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung

Grundsätzlich soll durch DMP die Patientenversorgung über die Sektorgrenzen der einzelnen Leistungsbereiche hinweg besser koordiniert und integriert und insofern eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung erreicht werden. Bei der Indikation

Brustkrebs besteht in diesem Zusammenhang die Besonderheit, dass viele ambulante Behandlungsmaßnahmen – traditionell und unabhängig vom DMP Brustkrebs – im Krankenhaus erbracht werden. So behandeln etwa drei Viertel aller DMP-Krankenhäuser Patientinnen mit Mamma-Karzinom auch ambulant. Biopsien, die histologische Befundung sowie Strahlen- und Chemotherapien werden bei der Mehrzahl der Brustkrebspatientinnen ambulant im Krankenhaus erbracht.

Vor diesem Hintergrund ist die Integration der Leistungssektoren hier insofern weiter fortgeschritten als bei anderen Krankheitsbildern, die Möglichkeiten einer Ausweitung ambulanter Leistungen im Krankenhaus über DMP folglich begrenzter. Allerdings erfolgt die ambulante Behandlung in der Regel noch durch persönlich ermächtigte Krankenhausärzte und nicht durch das Institut Krankenhaus. Dabei werden beim DMP Brustkrebs die Hauptbehandlungsleistungen schon heute im Krankenhaus erbracht. Das Programm ist folglich prädestiniert für die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung durch das Institut Krankenhaus selbst. Die weitreichenden ambulanten Behandlungsmöglichkeiten des Krankenhauses beim Brustkrebs zeigen, welche Vorteile hinsichtlich der Ziel- und Patientenorientierung der Versorgung daraus generell erwachsen können. Eine diesbezügliche Beschränkung auf DMP oder einzelne Indikationsbereiche ist deswegen sachlogisch nur sehr bedingt nachvollziehbar. Im Gegenteil wären DMP in mancher Hinsicht sogar obsolet, wenn die Krankenhäuser grundsätzlich stärker für die ambulante Behandlung geöffnet würden.

Über persönliche und Institutsermächtigungen hinaus können nach § 116 b Abs. 1 SGB V die Kostenträger mit DMP-Krankenhäusern Verträge über ambulante ärztliche Behandlung speziell im Rahmen von DMP schließen. Diese Option wird beim DMP Brustkrebs bislang eher selektiv genutzt, sei es, weil man zur ambulanten Behandlung schon anderweitig ermächtigt ist, sei es aus anderen Gründen, wie z.B. Widerstände der Kostenträger oder Rücksichtnahme auf die niedergelassenen Ärzte. Gleichwohl scheinen die Möglichkeiten, die Krankenhäuser über den § 116 b Abs. 1 SGB V stärker an der ambulanten Leistungserbringung im Rahmen von DMP zu beteiligen, auch beim Brustkrebs bei weitem noch nicht ausgeschöpft.

Das betrifft nicht zuletzt die ambulante Nachsorge durch das Krankenhaus. Während viele diagnostische und therapeutische Leistungen ambulant im Krankenhaus erbracht werden, erfolgt die ambulante Nachsorge nach Abschluss der Therapie häufig im niedergelassenen Bereich. Eine ambulante Nachsorge durch das Krankenhaus wäre nach Ansicht der überwäl-

tigenden Mehrheit der DMP-Kliniken nicht nur medizinisch und für die Patientenorientierung sinnvoll. Sie entspricht vielmehr auch dem ausdrücklichen Wunsch vieler Brustkrebspatientinnen. Gerade mit Blick auf die ambulante Nachsorge durch das Krankenhaus wären die DMP Brustkrebs daher entsprechend zu erweitern bzw. zu ergänzen.

Hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen DMP-Vertragsarzt und DMP-Krankenhaus sind die Studienergebnisse eher heterogen. Auf der einen Seite kritisieren die Krankenhäuser teilweise ein mangelndes Interesse der niedergelassenen Ärzte am DMP, zuviel Abstimmungsaufwand mit den DMP-Vertragsärzten sowie zu wenig Einfluss auf die Behandlungs-koordination im DMP. Auf der anderen Seite hat sich durch das DMP die zeitnahe Befundübermittlung zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern sowie umgekehrt teilweise verbessert. Eine Minderheit von Krankenhäusern hat sogar infolge des DMP neue Einweiser hinzugewonnen. Angesichts der oben beschriebenen Ausgangssituation dürften allerdings grundsätzliche Änderungen in der Arbeitsteilung zwischen Vertragsarzt und Krankenhaus bei der Brustkrebsbehandlung kaum eingetreten sein.

9.4 Auswirkungen auf die Versorgungsqualität

Eine Evaluation der qualitativen Auswirkungen der DMP Brustkrebs auf den Versorgungsprozess und die Behandlungsergebnisse war zwar ausdrücklich nicht Gegenstand der vorliegenden Studie. Gleichwohl legen auch deren Ergebnisse die Schlussfolgerung nahe, dass die DMP bis dato nicht zu merklichen Veränderungen in der Versorgung von Brustkrebspatientinnen geführt haben:

So fallen erstens die Auswirkungen der DMP Brustkrebs auf das Versorgungsgeschehen in den DMP-Krankenhäusern bislang äußerst moderat aus. Die meisten DMP-Krankenhäuser haben die Teilnahmevoraussetzungen mit Blick auf die Struktur- und Prozessqualität unabhängig vom DMP erfüllt. Entsprechende Anpassungen waren deswegen in den DMP-Krankenhäusern weitgehend nicht erforderlich. Änderungen bei diagnostischen, operativen und sonstigen therapeutischen Standards wurden kaum vorgenommen. Die Versorgungsstrukturen und –prozesse entsprechen insofern überwiegend dem Status quo vor Einführung der DMP. Dies schließt signifikante Verbesserungen im Einzelfall – sei es bei einzelnen Fachabteilungen bzw. ausgewählten Versorgungsaspekten – selbstverständlich nicht aus. Am ehesten ließen sich entsprechende Effekte noch bei psychosozialen Aspekten der Pati-

entenversorgung (z.B. Information und Aufklärung) und der zeitnahen Übermittlung von Befunddaten nachweisen.

Zweitens scheinen die DMP Brustkrebs auch im Krankenhausalltag einstweilen keine besondere Rolle zu spielen. Bislang ist nur eine Minderheit von Brustkrebspatientinnen über die diesbezüglichen DMP erfasst. Im ersten Halbjahr 2005 war durchschnittlich nur rund ein Viertel der vollstationären Brustkrebspatientinnen in das DMP eingeschrieben. Mehr als die Hälfte der DMP-Krankenhäuser bzw. der Verantwortlichen auf den Stationen oder in der Verwaltung sah sich überdies nicht im Stande, die Anzahl ihrer DMP-Patientinnen zu quantifizieren; auch bei vielen anderen Fragen zur speziellen DMP-Durchführung machten viele Befragungsteilnehmer keine Angaben. Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, dass die Einschreibung in das DMP vielfach erst nach Abschluss der stationären und ambulanten Krankenhausbehandlung durch den niedergelassenen Arzt während der ambulanten Nachsorge erfolgt. Im Rahmen einer offenen Schlussfrage des Erhebungsbogens wurde überdies vielfach betont, dass das DMP Brustkrebs in der Praxis nicht „gelebt“ werde und (zusätzliche) Vorteile für die Patientinnen einstweilen kaum erkennbar seien.

Drittens ist es – zumindest bislang – infolge der DMP Brustkrebs zu keiner erkennbaren Umleitung von Patientenströmen aus Nicht-DMP-Kliniken in DMP-Häuser gekommen. In beiden Gruppen bleiben die entsprechenden Fallzahlen im statistischen Durchschnitt nahezu konstant. Gemäß den Teilnahmevoraussetzungen zum DMP Brustkrebs müssen DMP-Krankenhäuser bestimmte qualitative Anforderungen erfüllen, z.B. hinsichtlich der personellen und technischen Ausstattung oder Mindestmengen von Leistungen. Durch die Zuweisung an diese Einrichtungen sollen DMP-Patientinnen in diesem Sinne herausgehobene Kliniken verstärkt in Anspruch nehmen. Mittelbar soll dadurch eine Verbesserung der Versorgungsqualität tendenziell begünstigt werden. Es soll im diesem Zusammenhang nicht weiter problematisiert werden, inwieweit die zugrundeliegende Logik stimmig ist. Unabhängig davon hat es aber bis dato keine nennenswerten „Patientenwanderungen“ in die DMP-Krankenhäuser gegeben. Schon aus statistischen Gründen können daher keine Verbesserungen der Patientenversorgung durch entsprechende Wanderungseffekte eingetreten sein.

Die Aussage, wonach die DMP Brustkrebs das Versorgungsgeschehen im Krankenhaus bislang kaum beeinflussen, erlaubt jedoch ausdrücklich keine Schlussfolgerungen hinsichtlich der Versorgungsqualität bei Brustkrebs insgesamt. Vorbehaltlich einer differenzierteren Qualitätsevaluation lässt sich lediglich postulieren, dass die DMP Brustkrebs bis jetzt allenfalls

punktueller Verbesserungen hervorgerufen haben, welche über das schon vorher erreichte Versorgungsniveau hinausgehen. Damit werden Sinn und Nutzen von DMP Brustkrebs bzw. entsprechender Ansätze nicht grundsätzlich in Frage gestellt. Änderungen in ihren Grundlagen sowie ihre konkrete Ausgestaltung und Umsetzung scheinen gleichwohl angezeigt.

9.5 Empfehlungen

Die Zulassung der Krankenhäuser zum DMP bleibt seitens der Kostenträger intransparent. Teilweise erfüllen DMP-Krankenhäuser nicht alle Teilnahmevoraussetzungen; umgekehrt erhalten Krankenhäuser keine Zulassung, selbst wenn Teilnahmevoraussetzungen vorliegen oder zu diesem Zweck Kooperationen mit anderen Häusern angestrebt sind. Deswegen sollte die Zulassungspraxis zum DMP in jedem Fall objektiviert werden.

Eine Mindestmengenvorgabe von 150 Ersteingriffen entspricht nicht der Versorgungsrealität, weil nur eine Minderheit von DMP-Krankenhäusern sie erreicht. Eine wohnortnahe Brustkrebsversorgung wäre auf dieser Basis nicht möglich. Faktisch werden daher Abweichungen von dieser Mindestmengenvorgabe weitgehend akzeptiert. Vor diesem Hintergrund erscheint es angebracht, die Mindestmengenthematik im DMP Brustkrebs grundlegend zu überdenken.

Prinzipiell sind die Krankenhäuser in der Lage, die ambulante und stationäre Versorgung von Brustkrebspatientinnen aus einer Hand zu organisieren. Die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten des Instituts Krankenhaus im DMP Brustkrebs wären daher weiter auszubauen. Auf Wunsch der Patientinnen sollte insbesondere die ambulante Nachsorge standardmäßig im Krankenhaus stattfinden können. Zur Stärkung der Position des Krankenhauses in der ambulanten Behandlung sollten darüber hinaus die Möglichkeiten des § 116 b Abs. 1 SGB V intensiver genutzt werden als bislang.

Vom Grundsatz her erfolgt die Behandlungscoordination in den verschiedenen DMP primär über den Vertragsarzt, weil dieser die Patienten kontinuierlich betreut. Beim Brustkrebs entspricht dies nicht der Versorgungsrealität, insofern die ambulante und stationäre Behandlung zu weiten Teilen im Krankenhaus erfolgt. Der herausgehobenen Position des Krankenhauses in der Behandlungscoordination bei Brustkrebs sollte daher auch in den rechtlichen Grundlagen und der konkreten Ausgestaltung der DMP Brustkrebs stärker Rechnung getragen werden.

Bislang sind vergleichsweise wenige Krankenhauspatienten mit entsprechender Indikation in die DMP Brustkrebs eingeschrieben. Gründe hierfür sind u.a., dass die Krankenhäuser selbst die Patienten vergleichsweise selten einschreiben bzw. beim Vertragsarzt die Einschreibung teilweise erst nach Abschluss der Therapie im Krankenhaus erfolgt. Eine stärkere Einbeziehung von Brustkrebspatientinnen in die DMP schon während der stationären bzw. ambulanten Behandlung im Krankenhaus wäre daher durch eine Förderung der Einschreibung im Krankenhaus zu erzielen.

Neben grundsätzlichen Problemen ist der Detailkritik der Krankenhäuser am DMP Brustkrebs Rechnung zu tragen. Diese betrifft – neben der unzureichenden Leistungsvergütung und den nicht weit genug gehenden ambulanten Behandlungsmöglichkeiten – vor allem den hohen Dokumentationsaufwand der DMP. Die Dokumentationsanforderungen im DMP sind daher deutlich zu reduzieren.