

## Mindestmengen in der Medizin

1. Was sind Mindestmengen in der Medizin?	86
<hr/>	
2. Festlegung expliziter Mindestmengen anhand medizinischer Evidenz	88
<hr/>	
3. Situation in Österreich	89
<hr/>	
4. Argumente pro und contra Mindestmengen	90
<hr/>	
5. Erwartete praktische Auswirkungen einer gesetzlichen Festlegung und Einführung von Mindestmengen	92
5.1. Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung für Patienten?	92
5.2. Reduktion der Kosten des österreichischen Gesundheitswesens?	93
5.3. Zentrenbildung	93
<hr/>	
6. Auswirkungen der Zentrenbildung auf Patienten	94

*Julia Gibus*

*Soziologin*

**Auszug aus WISO 1/2012**

**isw**

Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften

Volksgartenstraße 40

A-4020 Linz, Austria

Tel.: +43 (0)732 66 92 73, Fax: +43 (0)732 66 92 73 - 2889

E-Mail: [wiso@akooe.at](mailto:wiso@akooe.at)

Internet: [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at)

## 1. Was sind Mindestmengen in der Medizin?

*Übung macht  
den Meister!*

In den letzten Jahrzehnten haben sich viele Wissenschaftler mit dem Thema Mindestmengen in der Medizin befasst. Ihr Ziel war und ist es festzustellen, ob es einen positiven Zusammenhang zwischen der Durchführungshäufigkeit (Volumen) von bestimmten Operationen und der Qualität der Operationsergebnisse (Outcome) gibt. Die Idee klingt sehr logisch: Übung macht den Meister! Man kann also vermuten, dass eine größere Operationserfahrung in bestimmten Bereichen auch sicher zu einer verbesserten Operationsqualität führt.<sup>1</sup> Wie Univ. Prof. Dr. Karlheinz Tscheliessnigg (Vorstand der Universitätsklinik für Chirurgie in Graz) es ausdrückt: Wenn ein Operateur und sein Team einen Eingriff häufig vornehmen, so haben sie in diesem Bereich große Erfahrung und die Wahrscheinlichkeit, dass es zu Komplikationen – bis hin zum Tod des Patienten – kommt, sinkt<sup>2</sup>. Demgemäß können Mindestmengen in der Medizin auch als Schwellenwerte (der Anzahl der Eingriffe pro Jahr und Institution) verstanden werden. Werden diese Schwellenwerte unterschritten, so ist damit zu rechnen, dass auch die Qualität der Ergebnisse schlechter wird<sup>3</sup>.

*Schwellenwerte*

*Qualität und  
Sicherheit der  
medizinischen  
Leistungen*

Mindestmengen werden in der Gesundheitsversorgung zunächst also vor allem in Zusammenhang mit der Qualität und Sicherheit der medizinischen Leistungen gebracht, spielen daneben aber auch bei Fragen der Wirtschaftlichkeit eine bedeutende Rolle. Denn die steigenden Kosten des Gesundheitswesens – insbesondere im Bereich der Spitalsversorgung – verlangen danach, neben dem Qualitätsaspekt auch den wirtschaftlichen Aspekt zu beachten und die Frage zu stellen, welche Maßnahmen die steigende Kostenentwicklung positiv beeinflussen könnten bzw. die Wirtschaftlichkeit erhöhen könnten<sup>4</sup>.

In der Praxis sollen Mindestmengen regeln, dass Krankenhäuser und Ärzte für bestimmte Operationsverfahren eine (wie zum Beispiel in Deutschland bereits gesetzlich festgelegte) Mindestmenge an Operationen erbringen müssen, um weiterhin an der Versorgung von Patienten teilnehmen zu können. Werden die festgelegten Mindestmengen unterschritten, so droht ein Ausschluss von der Kostenübernahme dieser Operationen durch die Kostenrefundierer bzw. Krankenkassen. Mit anderen Worten: Erbringt ein Krankenhaus bzw. Arzt/Ärzteteam die festgelegte Anzahl an Operationen

nicht, so dürfen die Operationen in diesem Krankenhaus bzw. von diesem Arzt/Ärzteteam nicht mehr durchgeführt werden. Werden diese Operationen dennoch durchgeführt, so sollen die Operationskosten von den Kostenrefundierern bzw. Krankenkassen nicht mehr vergütet werden<sup>5</sup>.

Aus diesem Blickwinkel heraus sind Mindestmengen somit nicht nur im Zusammenhang mit der Qualität und Sicherheit der medizinischen Leistungen zu sehen, sondern auch im Zusammenhang mit Fragen der Wirtschaftlichkeit und Steuerung des Gesundheitswesens<sup>6</sup>.

*Fragen der Wirtschaftlichkeit und Steuerung des Gesundheitswesens*

Dass vorgeschriebene Mindestmengen an bestimmten (zumeist sehr komplexen) Operationen gerade in Spitälern mit kleinen Fallzahlen nicht mehr erbracht werden dürfen, erscheint als logische Folge. Diese Operationen müssen daher auf jene Krankenhäuser verteilt werden, die die festgelegten Mindestmengen erbringen können. Das bedeutet wiederum, dass es zu einer Konzentration der medizinischen Leistungserbringung kommen kann und sich für bestimmte Operationen langfristig spezialisierte Krankenhäuser – sogenannte „Centres of Excellence“ – herausbilden können, in denen den Patienten zentriertes Spezial- und Expertenwissen zur Verfügung stehen wird<sup>7</sup>.

*Konzentration der medizinischen Leistungserbringung spezialisierter Krankenhäuser*

Wie hochaktuell die Thematik Spezialisierung im Gesundheitswesen – und somit auch Mindestmengen in der Medizin – derzeit in Österreich (im Speziellen in Oberösterreich) ist, verdeutlicht der folgende Auszug aus einem Zeitungsartikel der OÖ Nachrichten vom 05.03.2011. „OÖ Spitalsreform: Basisversorgung an jedem Krankenhaus – Spezialisierungen planen“. In diesem Artikel spricht sich die Ärztekammer für Oberösterreich für eine abgestufte medizinische Versorgung aus. „Das Kind, das sich die Hand gebrochen hat, die Risiko-Schwangere, die engmaschig im Spital betreut werden muss, die Notfallversorgung eines Herzpatienten (...). Basisversorgung muss an jedem Krankenhaus erbracht werden. Hochkomplexe Leistungen, die darüber hinausgehen, sollen jedoch nur in spezialisierten Abteilungen erbracht werden.“<sup>8</sup>

Für eine Spezialisierung im Gesundheitswesen sprach sich auch Landesrechnungshof-Direktor Helmut Brückner bereits im Jahr

2009 aus. Seiner Meinung nach kann die Qualität eines Krankenhauses u.a. an Mindestfallzahlen (vorgeschlagen im „Regionalen Strukturplan Gesundheit“) gemessen werden.<sup>9</sup> In einigen oberösterreichischen Spitälern würden diese vorgeschlagenen Mindestfallzahlen jedoch deutlich unterschritten. Gemäß Brückner steigt die medizinische Qualität allerdings mit der Operations-Routine. „Ich mache ja auch keine Atlantiküberquerung mit einem Skipper, der sonst auf dem Attersee segelt“, so Brückner<sup>10</sup>.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die gesetzliche Festlegung und Einführung von Mindestmengen in der Medizin das Ziel verfolgt, den Patienten auch in Zukunft den Zugang zu qualitativ hochwertigen – aber auch wirtschaftlich tragbaren – Spitalsleistungen sicherzustellen<sup>11</sup>.

### **2. Festlegung expliziter Mindestmengen anhand medizinischer Evidenz**

*Forschungs-  
arbeiten*

*Beziehung von  
Häufigkeit und  
Mortalität bei  
verschiedenen  
Operationen*

Die Festlegung expliziter Mindestmengen für bestimmte Operationen stützt sich auf Forschungsarbeiten, die unter dem Überbegriff „Evidence Based Medicine“ Eingang in die wissenschaftliche Literatur gefunden haben. Beginnend mit dem Literaturreview von Luft et al. (1979), die erstmals über die Beziehung von Häufigkeit und Mortalität bei verschiedenen Operationen berichteten, existieren heute viele wissenschaftlich anerkannte und gesicherte Forschungsarbeiten, die sich mit dem Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Durchführung von bestimmten Operationen und den Operationsergebnissen (= Volumen-Outcome-Beziehung) befassen. Ein Großteil dieser Arbeiten zeigt, dass für viele Operationen ein positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl der durchgeführten Operationen und der Ergebnisqualität existiert. Dennoch ist die Ableitung expliziter Mindestmengen aus der vorhandenen medizinischen Evidenz umstritten, da

- die methodische Qualität der Studien zu dieser Thematik größtenteils unzureichend ist<sup>12</sup>
- und ein wissenschaftlich anerkanntes Modell, durch das bewiesen werden konnte, wie der oft beobachtete Zusammenhang zwischen der Anzahl der durchgeführten Operationen (auf Seiten einzelner Ärzte oder Krankenhäuser) und dem am Patienten ablesbaren Versorgungsergebnis zu erklären ist, bislang nicht existiert<sup>13</sup>.

### 3. Situation in Österreich

Zeitgleich mit der wissenschaftlichen Forschung zum Thema Mindestmengen in der Medizin (in Österreich auch Mindestfrequenzen genannt) hielt eine – mitunter sehr kontrovers geführte – Diskussion über die mögliche gesetzliche Festlegung und Einführung von Mindestmengen für bestimmte, planbare medizinische Behandlungen Einzug; zuerst in der medizinischen Fachwelt, danach auch in der Öffentlichkeit. In Deutschland trat sodann im Jahre 2004 die erste gesetzlich geregelte Mindestmengenvereinbarung in Kraft<sup>14</sup>. In Österreich wird die angesprochene Diskussion um eine gesetzliche Festlegung und Einführung von Mindestmengen (vor allem im Zuge der Gesundheits- und Spitalsreform) derzeit sehr intensiv – und auch sehr kontrovers – diskutiert. Die Grundlage für diese Diskussion stellt der „Österreichische Strukturplan Gesundheit“ (ÖSG) dar<sup>15</sup>. Der ÖSG basiert in hohem Ausmaß auf der Vorgabe von Mindestfrequenzen für einzelne medizinische Leistungen (um eine weitere Bettenreduktion bzw. Schließungen kleinerer Einheiten, die die vorgegebenen Mindestfrequenzen nicht erreichen können, zu bewirken) sowie auf der Vorgabe von Richtlinien für Qualitätskriterien, um einerseits eine gleichmäßige, bestmöglich erreichbare, aber andererseits auch eine wirtschaftlich und medizinisch sinnvolle Versorgung garantieren zu können<sup>16</sup>.

*gesetzliche Festlegung und Einführung von Mindestmengen für bestimmte, planbare medizinische Behandlungen*

*„Österreichischer Strukturplan Gesundheit“ (ÖSG)*

Im „Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2010“ wurden in der sogenannten Leistungsmatrix für ausgewählte medizinische Einzelleistungen (MEL) Qualitätskriterien und folgende Definitionen für Mindestfrequenzen festgelegt:

- (MFL) Mindestfrequenzen pro Jahr und Leistungserbringer (= Arzt) bzw.
- (MFS) Mindestfrequenzen pro Jahr und Krankenanstalten-Standort

*(MFL) Mindestfrequenzen pro Jahr und Leistungserbringer*

*(MFS) Mindestfrequenzen pro Jahr und Krankenanstalten-Standort*

Demnach sollen bestimmte definierte Leistungen in einer jeweils festgelegten Anzahl pro Jahr und Arzt/Ärzteteam bzw. pro Jahr und Abteilung/Krankenhaus erbracht werden<sup>17</sup>.

Festzuhalten ist hierbei, dass für die Umsetzung des Konzepts „Mindestfrequenzen pro Jahr und Leistungserbringer“ noch juristische und datenschutzrechtliche Abklärungen erforderlich sind und aus diesem Grund derzeit noch keine verbindlichen

*derzeit noch keine verbindlichen Mindestfrequenzen pro Jahr und Leistungserbringer*

*Mindestfrequenzen pro Jahr und Krankenhausstandort: Diskussionsgrundlage*

*Argumente für Mindestmengen in der Medizin*

Mindestfrequenzen pro Jahr und Leistungserbringer definiert und in die Leistungsmatrix aufgenommen werden konnten. Auch das Konzept „Mindestfrequenzen pro Jahr und Krankenhausstandort“ ist derzeit von medizinischen Experten und Fachgesellschaften noch als Diskussionsgrundlage zu verstehen. „Sofern ausreichend Evidenz für die Richtwerte vorliegt, können diese verbindlich gemacht werden (Anm.: Die Richtwerte für die Gruppen Ösophagus- und Pankreas-Operationen wurden bereits verbindlich gestellt).“<sup>18</sup> So beträgt laut Leistungsmatrix die bereits verbindlich gestellte Mindestfrequenz für Ösophagus- (=Speiseröhren-)Operationen fünf und für Pankreas- (=Bauchspeicheldrüsen-)Operationen zehn pro Jahr und Krankenhausstandort<sup>19</sup>.

#### **4. Argumente pro und contra Mindestmengen**

In der Fachliteratur sind - obwohl die Hauptziele der Festlegung von Mindestmengen in der Medizin auf der einen Seite in der Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung für Patienten bzw. auf der anderen Seite in einer Kostenreduktion für das Gesundheitswesen zu sehen sind – nicht nur Argumente für eine Festlegung von Mindestmengen zu finden, sondern auch solche, die dagegen sprechen. Max Geraedts (2004) stellte in einem Gutachten im Auftrag der Bundesärztekammer diese Argumente gegenüber:

Für eine Einführung von „Mindestmengen in der Medizin“ sprechen vor allem folgende Argumente:

- durch die Festlegung von Mindestmengen sollen die Versorgungsergebnisse der Patienten verbessert werden, da bestimmte Operationen nur noch in Krankenhäusern, die bezüglich dieser Operationen viel Erfahrung haben, bzw. von erfahrenen Ärzten durchgeführt werden dürfen
- spezialisierte Krankenhäuser werden attraktiver für spezialisierte Ärzte und es können sich langfristig „Centers of Excellence“ für verschiedene Operationen herausbilden
- die Patienten können in Einrichtungen, die die vorgeschriebenen Mindestmengen erfüllen, ein positiveres Behandlungsumfeld für die entsprechenden Krankheiten erfahren als in Einrichtungen, die diese Mindestmengen nicht erfüllen<sup>20</sup>

Gegen eine Einführung von „Mindestmengen in der Medizin“ sprechen vor allem folgende Argumente:

Durch die Einführung von „Mindestmengen in der Medizin“

- kann sich die Möglichkeit einer flächendeckenden Versorgung der Patienten verringern
- entstehen lange Anfahrtswege für Patienten
- können sich Einschränkung der Wahlmöglichkeit der Patienten hinsichtlich der medizinischen Einrichtungen ergeben
- werden Patienten, die sich lange Anfahrtswege nicht leisten können oder wollen, die Versorgungsmöglichkeiten entzogen
- kann sich die Patientenautonomie verringern
- werden diejenigen Leistungserbringer von der Versorgung ausgeschlossen, die auch ohne hohe Fallzahlen eine hohe Qualität der Versorgung erbringen
- ergeben sich Veränderungen der Versorgungskapazitäten (z.B. Aufbau von Behandlungskapazitäten in Zentren), die vorerst zu langen Wartelisten und Überbeanspruchung in den Zentren führen können
- kann es zu einem erhöhten bürokratischen Aufwand kommen, da die Einhaltung der vorgeschriebenen Mindestmengen überprüft werden muss<sup>21</sup>
- kann es zu einer Unterversorgung im ländlichen bzw. peripheren Bereich kommen<sup>22</sup>

*Argumente  
gegen Mindest-  
mengen in der  
Medizin*

Grundsätzlich muss davon ausgegangen werden, dass sich eine Vielzahl von Einflussfaktoren relevant auf das am Patienten „ablesbare“ Versorgungsergebnis auswirken. Die Menge der erbrachten Leistungen von Ärzten und Krankenhäusern sind also nur einer unter mehreren Faktoren, die bei der Beziehung zwischen Patient, medizinischer Versorgung und Ergebnis eine Rolle spielen. „Die alleinige Fokussierung auf die Fallzahl wird der Komplexität der Beziehung nicht gerecht.“<sup>23</sup>

*Vielzahl von  
Einflussfaktoren*

Diese Meinung vertreten auch Harald Mayer und Walter Aichinger in „ÖÖ Ärzte. Magazin der Ärztekammer ÖÖ“. Nicht nur Masse ist Klasse – so meinen Mayer und Aichinger – und Mindestfallzahlen als einziges Kriterium für die Qualität von medizinischen Leistungen erscheinen untauglich<sup>24</sup>. Dass Mindestmengen das einzige Qualitätskriterium für medizinische Leistungen bilden, haben Vertreter dieses Ansatzes allerdings auch nie behauptet.

*nicht nur Masse  
ist Klasse*

## 5. Erwartete praktische Auswirkungen einer gesetzlichen Festlegung und Einführung von Mindestmengen

Um die rein fachliterarische Perspektive auf diese Thematik zu erweitern und um die Fragen zu klären, ob eine gesetzliche Einführung von Mindestmengen in der Medizin in Österreich einerseits eine geeignete Maßnahme darstellen könnte, um die Qualität der medizinischen Versorgung für die Patienten zu verbessern und andererseits die Kosten des österreichischen Gesundheitswesens zu reduzieren, wurden im Zeitraum von November 2010 bis März 2011 elf Experteninterviews geführt. Bei den elf Experten handelte es sich – bis auf eine Person (einen Juristen) – um Ärzte, die in unterschiedlichen medizinischen Bereichen (leitende Positionen in verschiedenen Krankenhäusern in Linz, Wels und Wien, leitende Tätigkeiten in der Ärztekammer für Oberösterreich und in der OÖ. Gebietskrankenkasse) tätig sind.

### 5.1. Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung für Patienten?

*unterschiedliche  
Meinungen  
der Experten*

Hinsichtlich einer möglichen Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität für Patienten durch Mindestmengen wurden unter den befragten Personen unterschiedliche Meinungen vertreten. Dieser Umstand ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass der Begriff der medizinischen Versorgungsqualität von den Befragten unterschiedlich verwendet und interpretiert wurde. So wurde er einerseits synonym mit dem Begriff der Ergebnisqualität (z.B. geringere Komplikations- und Reoperationsraten nach Operationen) und andererseits in einem engeren Sinn – nämlich im Sinn der Erreichbarkeit sowie des niederschweligen Zuganges der Patienten zu medizinischen Einrichtungen – verwendet. Wurde er synonym mit dem Begriff der Ergebnisqualität verwendet, so wird durchgehend eine Verbesserung der Versorgungsqualität für die Patienten erwartet. Denn: Gerade bei planbaren hochkomplexen und schwierigen Leistungen – wie zum Beispiel bei Herz- und Tumoroperationen sowie Transplantationen – muss eine gewisse Mindestmenge erbracht werden, um die Qualität der Leistungserbringung für Patienten sicherstellen zu können. „Ich denke, wenn man etwas oft genug macht, dann kann man es auch. Bessere Routine und Leistungserbringung tritt ein.“<sup>25</sup> Wurde der Begriff der Versorgungsqualität jedoch im Sinn der Erreichbarkeit und des niederschweligen Zuganges zu medi-



zinischen Einrichtungen verwendet, so werden auch negative Auswirkungen auf die Qualität der medizinischen Versorgung der Patienten erwartet.

## 5.2. Reduktion der Kosten des österreichischen Gesundheitswesens?

Hinsichtlich einer möglichen Verringerung der Kosten des österreichischen Gesundheitswesens durch Mindestmengen wurden von den befragten Experten wiederum unterschiedliche Meinungen vertreten. So wurde auf der einen Seite festgehalten, dass eine Reduktion der Gesundheitskosten durch Mindestmengen als wahrscheinlich erscheint, da hohe Leistungsfrequenzen zu besseren Behandlungsergebnissen führen können und sich dies unmittelbar und positiv auf die anfallenden Kosten auswirken kann. Auf der anderen Seite wurde genau die gegenteilige Meinung vertreten – nämlich, dass es durch eine Festlegung und gesetzliche Einführung von Mindestmengen in Österreich zu einer Erhöhung der Gesundheitskosten kommen könnte, da z.B. – aufgrund der erwarteten Zentrenbildung und der damit einhergehenden Angebotsreduktion – immer mehr Frequenz auf immer weniger Einheiten kommen würde, in der Folge Krankheiten spät erkannt würden und die Heilung dadurch mit einem größeren Aufwand und höheren Kosten verbunden wäre. Ohne es zu beabsichtigen, liefern Vertreter dieser Argumentation genau die Begründung für die Einführung von Mindestmengen. Da der Gesundheitsmarkt unbestritten ein angebotsinduzierter Markt ist, ist eine Angebotssteuerung (z.B. in Form einer Begrenzung der Anzahl der refundierten Leistungen oder Festlegung der Anzahl der Versorgungseinrichtungen) das wesentlichste gesundheitsökonomische Steuerungsinstrument, um eine Unter-, aber auch Überversorgung zu vermeiden. Die Festlegung der Versorgungsdichte ist mit oder ohne Mindestmengen eine gesundheitspolitische Entscheidung und grundsätzlich kann in unserer Gesellschaft davon ausgegangen werden, dass schon aufgrund der Rechtslage eine ausreichende medizinische Versorgung sicherzustellen ist.

*unterschiedliche  
Meinungen  
der Experten*

## 5.3. Zentrenbildung

Die unter „Reduktion der Kosten des österreichischen Gesundheitswesens?“ erwähnte Zentrenbildung sahen alle befragten Experten als eine der Hauptauswirkungen einer gesetzlichen Einführung von Mindestmengen in Österreich an. So hielten alle befragten

*Zentrenbildung  
als eine der  
Hauptaus-  
wirkungen*

*Zentralisierung  
von Spitzenleis-  
tungen*

Personen in den Interviews fest, dass durch eine gesetzliche Einführung von Mindestmengen in der Medizin in Österreich vor allem mit einer Zentralisierung von Spitzenleistungen<sup>26</sup> und somit einer Konzentration des Leistungsangebotes zu rechnen wäre<sup>27</sup>. „Das heißt, die Leistungserbringung wird sich à la longue auf Zentren konzentrieren und die Mobilität der Patienten wird notwendig sein und einzusetzen sein, um sie eben von zu Hause oder ihrem Wohnort in die entsprechenden Zentralkrankenanstalten zu bringen.“<sup>28</sup>

*Konzentration  
des Leistungs-  
angebotes im  
Zentralraum*

Die Konzentration des Leistungsangebotes würde – gemäß den befragten Experten – vor allem im Zentralraum stattfinden. Den Spitälern an der Peripherie käme in diesem Fall die Aufgabe der Sicherstellung einer Basis- und Erstversorgung sowie auch der Nachversorgung zu<sup>29</sup>.

### 6. Auswirkungen der Zentrenbildung auf Patienten

*Einschrän-  
kungen der  
wohnortnahen  
Versorgung,  
Einschränkung  
der Auswahl an  
wohnortnahen  
Krankenhäusern,  
größere Wege  
von zu Hause*

Als Folgen der Zentrenbildung werden von den Experten vor allem Einschränkungen der wohnortnahen Versorgung sowie – damit einhergehend – eine Einschränkung der Auswahl an wohnortnahen Krankenhäusern, die auch spezialisierte Eingriffe vornehmen können, erwartet. Dies würde für die Patienten bedeuten, dass sie für spezialisierte Eingriffe größere Wege von zu Hause zurücklegen müssten, da durch eine gesetzliche Einführung von Mindestmengen die Anzahl der Krankenhäuser, die spezialisierte Eingriffe vornehmen können, eingeschränkt würde. In diesem Zusammenhang gab eine der befragten Personen zu bedenken, dass eine regionale Versorgung für Patienten – vor allem im ländlichen Bereich – von Vorteil ist, weil Familienangehörige sie besuchen können, „was nicht so leicht ist, wenn das Spital jetzt eine Stunde Autofahrt entfernt ist, weil von älteren Patienten auch die Angehörigen älter sind und die sich natürlich schwer tun. Und Kontakt, Kontakt mit Freunden, ist mit Sicherheit auch etwas, was für die Gesundheit förderlich ist.“<sup>30</sup> Diese kritischen Anmerkungen sind zweifelsfrei berechtigt. Letztendlich muss in diesem Zusammenhang aber eine Güterabwägung vorgenommen werden. Wie der Großteil meiner Interviewpartner festhielt, ist eine aufgrund von Mindestmengen qualitätsgesicherte Erbringung planbarer medizinischer Leistungen höher zu bewerten als eine Einschränkung der Patientenautonomie (in Bezug auf örtliche Erreichbarkeit). Zudem ist zu bedenken, dass durch die Einführung von Mindestmengen Transparenz in Bezug auf die Qualität der

Leistungserbringer geschaffen wird. Diese Transparenz bietet den Patienten bei planbaren Eingriffen, die von mehr als einer Einrichtung erbracht werden, eine Entscheidungsmöglichkeit, welche die Patientenautonomie wiederum erhöht. Dieser Meinung schließe ich mich an!

### Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit, 2009: Österreichischer Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2008. URL: <http://www.bmg.gv.at/cms/site/standard.htm?channel=CH0716&doc=CMS1136983382893>, download 26.11.2009.
- Der Standard, 2009: Spitalsreform Oberösterreich, Rechnungshof fordert Spezialisierung, 20.03.2009. URL: <http://derstandard.at/1237227950731/Spitalsreform-Oberoesterreich-Rechnungshof-fordert-Spezialisierung>, download 01.03.2011.
- Fachausschuss Hochspezialisierte Medizin der Spitalsversorgungskommission, 2010: Zur Festlegung von Mindestfallzahlen für die Spitalsversorgung des Kantons Bern, Bericht, 3. überarbeitete Auflage, Bern.
- Geraedts, Max, 2004: Evidenz zur Ableitung von Mindestmengen in der Medizin, Gutachten im Auftrag der Bundesärztekammer. URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/GutachtenMindestmengen.pdf>, download 07.10.2009.
- Geraedts, Max; Cruppé, Werner de; Blum, Karl; Ohmann, Christian, 2008: Umsetzung und Auswirkungen der Mindestmengen: Ergebnisse der Begleitforschung. In: „Deutsches Ärzteblatt“, 105 (51–52): 890-6. URL: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=62794>, download 26.11.2009.
- Gesundheit Österreich GmbH, 2010: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2010, ÖSG 2010. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.).
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), 2006: Mindestmengen in Krankenhäusern: Sind die Ergebnisse in Krankenhäusern mit großen Operationszahlen besser? Gesundheitsinformation. de (Hrsg.). URL: <http://www.gesundheitsinformation.de/mindestmengen-in-krankenhaeusern-sind-die-ergebnisse-in-242.html>, download, 07.10.2009.
- Kunit, Monika, 2005: Schwere Einschnitt. In: „Clinicum“ 05/2005, URL: <http://www.clinicum.at/dynasite.cfm?dsamid=64413&dspaid=492312>, download 19.11.2009.
- Michel, André, 2005: Mehr Qualität durch Mindestmengen bei medizinischen Eingriffen, Universitätsklinikum Heidelberg, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, 18.10.2005, Heidelberg. URL: [http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/ShowSingleNews.176.0.html?&no\\_cache=1&tx\\_ttnews%5Barc%5D=1&tx\\_ttnews%5BpL%5D=2681999&tx\\_ttnews%5BpS%5D=1128117600&tx\\_ttnews%5Btt\\_news%5D=874&tx\\_ttnews%5BbackPid%5D=24&cHash=6a0baacf](http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/ShowSingleNews.176.0.html?&no_cache=1&tx_ttnews%5Barc%5D=1&tx_ttnews%5BpL%5D=2681999&tx_ttnews%5BpS%5D=1128117600&tx_ttnews%5Btt_news%5D=874&tx_ttnews%5BbackPid%5D=24&cHash=6a0baacf), download 10.09.2009
- Oberösterreichische Nachrichten, 2011: OÖ Spitalsreform: Basisversorgung an jedem Krankenhaus – Spezialisierungen planen, 05.03.2011.
- Presseinformation des Oberösterreichischen Landesrechnungshofes, 2009: Ergebnisse der Initiativprüfung des Landesrechnungshofes zur Umsetzung der Oö. Spitalsreform, Nummer 151 vom 20.03.2009.
- Roeder, Norbert; Fürstenberg, Torsten; Heumann, Martin, 2004: Analyse der Auswirkung der Festlegung von Mindestmengen auf die Versorgungsstrukturen. In: „das Krankenhaus“, 6/2004, S. 427–436.
- Sametinger, Susanne, 2009: Nicht nur Masse ist Klasse. Mindestfallzahlen als einziges Kriterium für die Qualität von medizinischen Leistungen untauglich. In: OÖ Ärzte, Magazin der Ärztekammer für OÖ, Nr. 227.

- Tscheliessnigg, Karlheinz, ohne Jahreszahl: Die Gesundheitspolitik als Antwort auf die Spezialisierung im Fach Chirurgie. URL: <http://meduni04.edis.at/open/website.php?id=/415/index/chirportal/aktuelles/newfilename.htm>, download 18.03.2011.

### Anmerkungen

1. vgl. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), 2006, S. 2
2. vgl. Tscheliessnigg K., ohne Jahreszahl, S. 1
3. vgl. Fachausschuss Hochspezialisierte Medizin der Spitalversorgungskommission 2010, S. 7
4. vgl. Fachausschuss Hochspezialisierte Medizin der Spitalversorgungskommission 2010, S. 5 ff
5. vgl. Michel, A. 2005, S. 1
6. vgl. Fachausschuss Hochspezialisierte Medizin der Spitalversorgungskommission 2010, S. 5 ff
7. vgl. Roeder, N. et al. 2004, S. 427; Fachausschuss Hochspezialisierte Medizin der Spitalversorgungskommission 2010, S. 5
8. OÖ Nachrichten 2011
9. Presseinformation des Oberösterreichischen Landesrechnungshofes 2009, S. 4
10. vgl. Der Standard 2009
11. vgl. Fachausschuss Hochspezialisierte Medizin der Spitalversorgungskommission 2010, S. 5
12. vgl. Geraedts, M. et al. 2008, S. 1
13. vgl. Geraedts, M. 2004, S. 6
14. vgl. Fachausschuss Hochspezialisierte Medizin der Spitalversorgungskommission 2010, S. 5
15. vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2009, S. 1
16. vgl. Gesundheit Österreich GmbH 2010, S. 3; Kunit, M. 2005, S. 2
17. vgl. Gesundheit Österreich GmbH 2010, S. 96
18. vgl. Gesundheit Österreich GmbH 2010, S. 93
19. vgl. Gesundheit Österreich GmbH 2010, Leistungsmatrix
20. vgl. Geraedts, M. 2004, S. 27
21. vgl. Geraedts, M. 2004, S. 28f
22. vgl. Kunit, M. 2005
23. Geraedts, M. 2004, S. 7
24. vgl. Sametinger, S. 2009, S. 6ff
25. Interview 10, 2010, S. 1
26. vgl. Interview 2, 2010, S. 3
27. vgl. Interview 7, 2011, S. 4
28. Interview 5, 2010, S. 4
29. vgl. Interview 2, 2010, S. 3
30. Interview 9, 2010, S. 2

# WISO

Die Zeitschrift WISO wird vom Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften (ISW) herausgegeben. Sie dient der Veröffentlichung neuer sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Behandlung wichtiger gesellschaftspolitischer Fragen aus Arbeitnehmersicht.

Lohnpolitik, soziale Sicherheit, Arbeitsmarkt und Arbeitslosigkeit, Arbeit und Bildung, Frauenpolitik, Mitbestimmung, EU-Integration - das sind einige der Themen, mit denen sich WISO bereits intensiv auseinandergesetzt hat.

WISO richtet sich an BetriebsrätInnen, GewerkschafterInnen, WissenschaftlerInnen, StudentInnen, Aktive in Verbänden, Kammern, Parteien und Institutionen sowie an alle, die Interesse an Arbeitnehmerfragen haben.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Preise: \* Jahresabonnement EUR 22,00 (Ausland EUR 28,00)  
 Studenten mit Inskriptionsnachweis EUR 13,00  
 Einzelausgabe EUR 7,00 (Ausland EUR 12,00)

(\* Stand 2005 - Die aktuellen Preise finden Sie auf unserer Homepage unter [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at))

Wir laden Sie ein, kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen ein WISO-Probeexemplar zu bestellen. Natürlich können Sie auch gerne das WISO-Jahresabonnement anfordern.

Informationen zum ISW und zu unseren Publikationen - inklusive Bestellmöglichkeit - finden Sie unter [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at).



Oberösterreich

## BESTELLSCHEIN\*

Bitte senden Sie mir kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen

- 1 Probeexemplar der Zeitschrift WISO  
 1 ISW Publikationsverzeichnis

Ich bestelle \_\_\_\_\_ Exemplare des WISO-Jahresabonnements (Normalpreis)

Ich bestelle \_\_\_\_\_ Exemplare des WISO-Jahresabonnements für StudentInnen mit Inskriptionsnachweis

\* Schneller und einfacher bestellen Sie über das Internet: [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at)

Name \_\_\_\_\_

Institution/Firma \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Plz/Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### BESTELLADRESSE:

ISW  
 Volksgartenstraße 40, A-4020 Linz  
 Tel. ++43/732/66 92 73  
 Fax ++43/732/66 92 73-28 89  
 E-Mail: [wiso@akooe.at](mailto:wiso@akooe.at)  
 Internet: [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at)