

Einmal im Jahr, erzählt Barbara Sänger (Name von der Redaktion geändert), bekommt sie einen Anruf von ihrem Lebensretter aus Heidelberg. Ein Arzt aus dem Team von Prof. Dr. Markus Büchler meldet sich bei der 71-Jährigen, um zu erfahren, wie es ihr geht. Er fragt nach ihrem Gewicht, ihrem Diabetis, ihren Klinaufenthalten. 15 Jahre nach der Operation an der Bauchspeicheldrüse im Universitätsklinikum Heidelberg, einem Eingriff, der ihr Leben verändert hat. „Gut geht es mir“, antwortet die Frau aus einer Stadt nahe Koblenz oft – obwohl ihr 2004 Bauchspeicheldrüse, Milz, Gallen sowie Teile des Zwölffinger- und Dünndarms sowie des Magens entfernt wurden. Doch sie lebt.



Politikredakteur Christian Kunst ist mit Datenjournalisten der Frage nachgegangen, welche Folgen es hat, dass viele Krankenhäuser Mindestmengen nicht erreichen.

Das ist alles andere als klar, als in der Bauchspeicheldrüse der damals 57-Jährigen Ende 2003 ein hühnereigroßer Tumor entdeckt wird. Die Chance, dass sie in den fünf Jahren nach der Diagnose noch lebt, beziffern die Ärzte an einer Klinik im Raum Koblenz mit 1 bis 2 Prozent, erzählt ihr Ehemann Georg. Trotzdem wagen die Sängers die OP, bei der die Ärzte die Milz und Teile der Bauchspeicheldrüse entfernen wollen. Die Klinik scheint über ausreichend Erfahrung zu verfügen. Auch ein befreundeter Arzt bestärkt sie.

Doch die Operation misstlingt. Die Chirurgen können nur eine Art Bypass legen, damit der Tumor etwas mehr Platz hat. An der Uniklinik Mainz soll er mit radioaktivem Material bestrahlt werden. Georg Sänger erinnert sich, wie die Ärzte ihm sagen: „Da ist nichts mehr zu machen. Das Ding holt kein Arzt auf der Welt heraus.“

Für Barbara Sänger ist es ein Schock. Sie beginnt zu resignieren. Doch ihr Mann, der in seinem Beruf viele Projekte managt, macht das Überleben seiner Frau zu seinem wichtigsten Vorhaben: „Wenn es eine Möglichkeit auf der Welt gibt, dann müssen wir die nutzen. Wir müssen einen Spezialisten suchen. Und wenn wir dafür unser Haus verkaufen müssen, dann ist das so.“ Tagelang recherchiert er im Internet, telefoniert mit Experten in Deutschland und Europa, befragt sich mit anderen Betroffenen in der Selbsthilfegruppe „Arbeitskreis der Pankreasleukämien“ (AKP). Der entscheidende Hinweis kommt vom Hausarzt: Er empfiehlt Prof. Büchler im Europäischen Pankreaszentrum in Heidelberg.

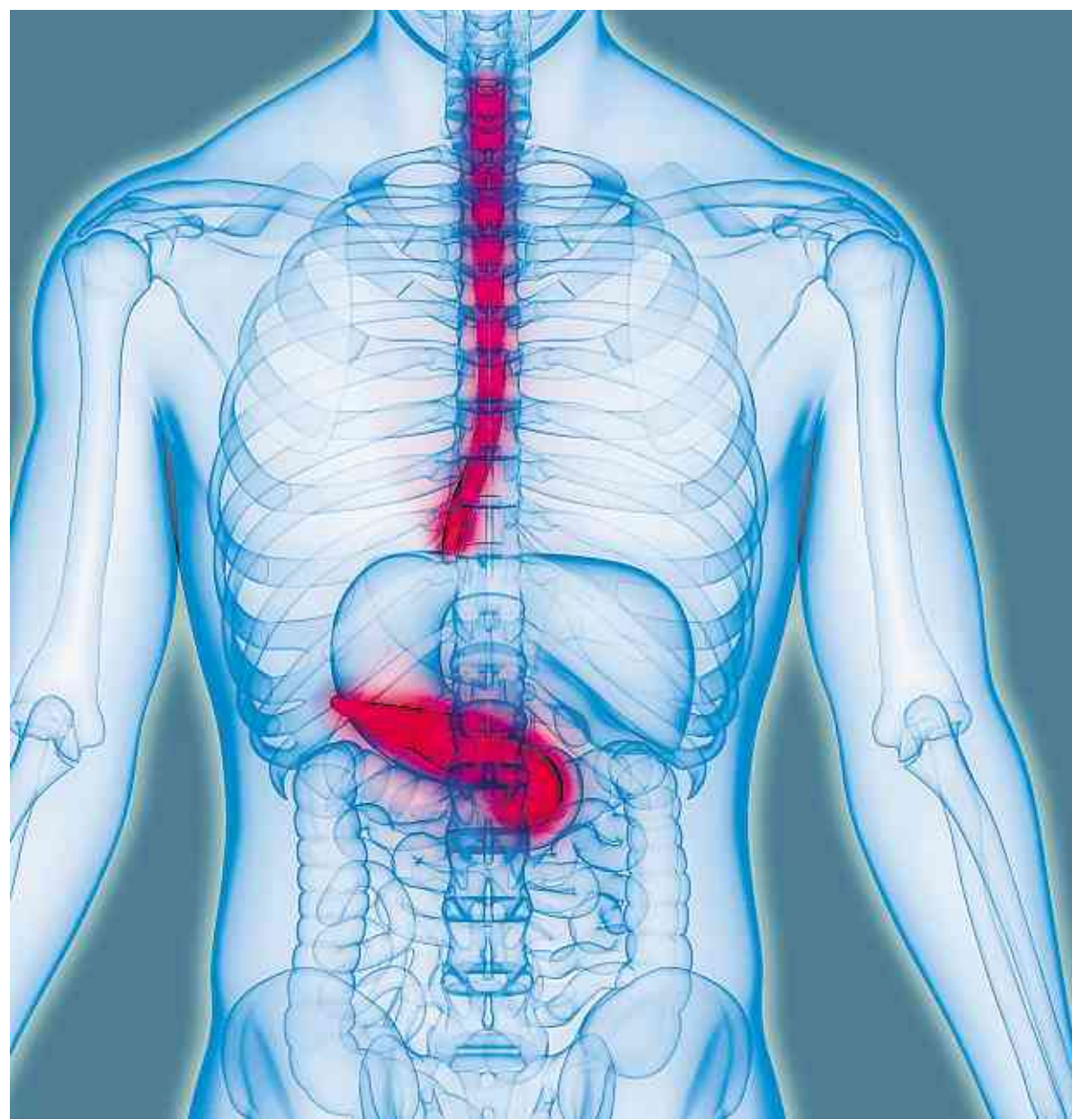
## So reagieren rheinland-pfälzische Kliniken auf die neue Mindestmengenregelung

Angesichts der seit 2018 schärfer gestellten Mindestmengenregelung lichtet sich die Zahl der Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz, die künftig weitere komplexe Eingriffe an Speiseröhre und Bauchspeicheldrüse vornehmen wollen. Das geht aus einer Umfrage unserer Zeitung hervor. Zwar behalten sich viele vor, diese OPs bei Notfällen weiter durchzuführen. Doch selbst Krankenhäuser, die mit den Kassen früher Ausnahmegenehmigungen für diese OPs ausgehandelt haben, rufen zurück. Dazu gehört das Bad Kreuznacher Krankenhaus St. Marienwörth, das 2017 und 2018 noch eine Genehmigung der Kassen für Pankreas-OPs hatte. Bereits 2018 habe man keine planbaren komplexen Eingriffe an Pankreas oder Ösophagus mehr vorgenommen. Auch das DRK-Krankenhaus Neuwied will trotz eines Chefarztwechsels im Jahr 2017 und einer Ausnahmegenehmigung für 2017, 2018 und 2019 komplexe Eingriffe am Ösophagus nicht mehr leisten. Man liege deutlich unter der Mindestmenge. Offen sei noch, ob dies auch für den Bereich Pankreas gelte. Hier habe der neue Chefarzt im ersten Jahr seiner Tätigkeit von Juli 2017 bis Juli 2018 zwölf Operationen geleistet (die Mindestmenge liegt bei zehn), von Juli 2018 bis Ende April 2019 bislang acht.



Das Krankenhaus Maria Stern in Remagen ist eines von fünf im Land, die für 2019 eine Ausnahmegenehmigung für komplexe Pankreas-Eingriffe erhielten.

Zwei weitere Kliniken wollen an den Eingriffen festhalten. Dazu gehört das St. Josefshospital in Andernach, das für beide Bereiche seit 2017 Ausnahmegenehmigungen erhalten hat. Geschäftsführerin Cornelia Kaltenborn betont: „Es ist unser Ziel, die geforderten Mindestmengen für Pankreas- und Ösophagus-Eingriffe dauerhaft zu erzielen.“ Bereits 2018 sei dies bei Pankreas-Eingriffen gelungen, bei Ösophagus-OPs sei die Fallzahl gestiegen worden. Durch den neuen Chefarzt Prof. Dr. Martin Wolff sowie die Leistungszentren der Anästhesie und Intensivmedizin sowie der interventionellen Endoskopie“ sieht



und Selbsthilfegruppen nach Spezialisten. Ich würde mich nie wieder für ein kleines Haus entscheiden. Bei meiner Frau haben sie sich bemüht, alles getan, was sie konnten. Aber die Möglichkeiten des Operateurs waren nicht die gleichen wie in Heidelberg. Solche Krankheiten gehören in erfahrene Zentren, die oft operieren. Punkt. Ja, meine Frau hätte auch noch mal vor Ort in einer kleinen Klinik operiert werden können. Aber dann würde sie wohl nicht mehr leben.“

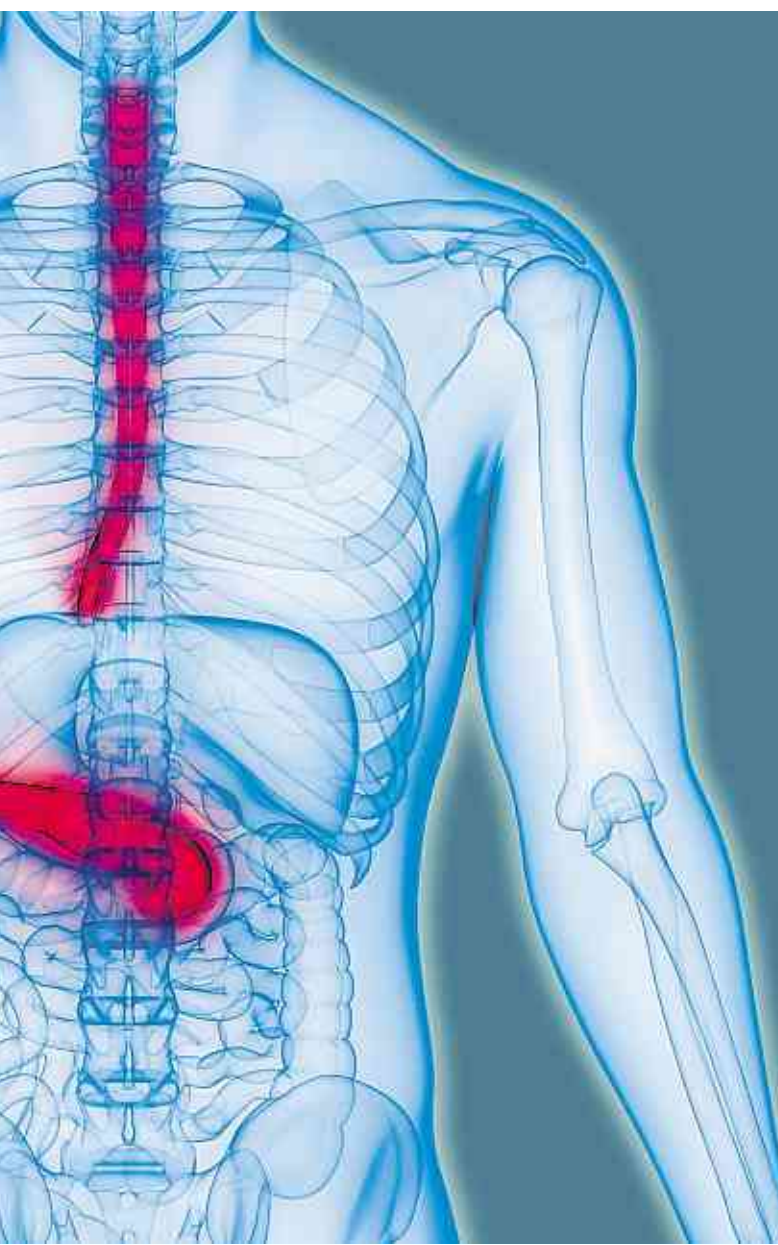
Einen Monat bevor Barbara Sänger in Heidelberg operiert wurde, trat in Deutschland ein Gesetz in Kraft, das auf der Erfahrung von Patienten wie Barbara Sänger fußt: die Mindestmengenregelung. Sie soll helfen, dass alle Patienten bei komplexen und oft auch hochriskanten Operationen von erfahrenen Ärzten und Pflegekräften in Zentren behandelt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) aus Vertretern der Krankenhäuser, Ärzte und Krankenkassen definiert in der Regelung für sieben komplexe Behandlungen, wie viele

eingriffe ein Krankenhaus leisten muss, um dafür Geld von der Kasse zu bekommen. Bei Knieprothesen sind dies beispielsweise 50 Fälle pro Jahr, bei Eingriffen an der Speiseröhre und an der Bauchspeicheldrüse jeweils zehn. Die Idee des Gesetzgebers: Bekommt eine Klinik kein Geld mehr für solche Eingriffe, weil sie diese zu selten vornimmt, lässt sie die Finger davon, und die Patienten werden nur noch an Zentren behandelt.

Doch die Rechnung ging nicht auf: Zwar ist der Inhalt der Mindestmengenregelung mittlerweile höchstrechtlich bestätigt worden. Doch eine Analyse von Datenjournalisten und der Weißen Liste der Bertelsmann Stiftung, die unserer Zeitung exklusiv vorliegt, zeigt, dass es Patienten wie Barbara Sänger auch heute noch passieren könnte, dass sie in einer kleinen Klinik von einem im Vergleich zu Zentren unerfahrenen Arztteam operiert werden. Denn auch 15 Jahre nach Inkrafttreten der Mindestmengenregelung erreichen bundesweit fast 40 Prozent, in Rheinland-Pfalz rund 44 Prozent der Kliniken eine oder mehrere Mindestmengen nicht.

Besonders kritisch sind die Zahlen bei Eingriffen an Speiseröhre und Bauchspeicheldrüse: Bei komplexen Ösophagus-Operationen erreichen 52 Prozent der 378 Kliniken, die diese Operationen durchgeführt haben, die Mindestmenge von zehn; nicht, bei Pankreas-OPs unterschreiten 34 Prozent der 605 betroffenen Kliniken die Mindestmenge. In Rheinland-Pfalz sieht die Lage noch kritischer aus: Hier erreichen bei Pankreas-Eingriffen 56 Prozent die Mindestmenge nicht, bei Ösophagus-OPs

die Klinik die Sicherheit der Patienten gewährleistet. Dazu trage auch eine Kooperation mit der Uniklinik Bonn bei. Ähnlich argumentiert auch das Verbundkrankenhaus Linz-Remagen, das für den Standort Remagen seit diesem Jahr eine Ausnahmegenehmigung für Pankreas-Eingriffe erhalten hat. „Es gab personelle Aufstockungen auf Facharztbene, und inzwischen ist es das gesamte Team, das das Unvermögen, den Patienten vor Komplikationen zu bewahren, ausschließt.“ Auch hier gibt es eine Kooperation mit der Bonner Uniklinik. Angaben über Fallzahlen macht die Klinik nicht.



Wertes ganz ähnlich. „In Pankreaszentren wie Heidelberg liegt die Sterblichkeit bei 3 bis 4 Prozent, in kleineren Kliniken um die Ecke sind es 12 Prozent.“

Dies hat im Wesentlichen zwei Gründe: Erstens macht Übung den Meister. Nirgendwo anders gibt dies wohl so sehr wie bei Chirurgen, die hochriskante Eingriffe vornehmen. Internationale Studien legen: Je mehr Patienten eine Klinik und ein Arzt im Jahr behandeln, desto geringer sind bei komplizierteren Eingriffen Komplikationen und Todesfälle. Zweitens geht es nicht nur um den Operateur, sondern die Erfahrung des gesamten Teams. 80 Prozent der Todesfälle bei hochkomplexen Eingriffen, sagt Manky, sind Folge eines Rettungsversagens nach der OP. Das heißt, dass nach solchen Eingriffen möglichen Komplikationen nicht ausreichend beherrscht werden können. Das kann eine Blutung sein wie bei Barbara Sänger oder eine Sepsis. „In Zentren wie Heidelberg gibt es täglich solche Operationen und damit auch Komplikationen. Die Teams arbeiten in Schichtbetrieb, und bis hin zur Intensivpflegekraft können alle auf kleinste Hinweise für Komplikationen reagieren. Mit jeder Stunde, um die sich die Behandlung verzögert, steigt die Sterblichkeit. Da muss ein Team sofort richtig handeln. Das ist in einem 100- oder 200-Betten-Haus nicht zu bewältigen.“

Das deckt sich auch mit Erkenntnissen aus anderen Studien: So haben Wissenschaftler alle Bauchspeicheldrüsen-OPs an deutschen Kliniken zwischen 2009 und 2014 untersucht. Ergebnis: In erfahreneren Teams mit vielen

ter-Eingriffe. Konsequenterweise umgekehrt, so lautet die Logik, könnte dies dazu führen, dass besonders kleine Kliniken zunächst Abteilungen schließen, weil sie für bestimmte Eingriffe kein Geld mehr bekommen, um dann entweder zu schließen oder mit anderen Häusern zu fusionieren.

Doch andererseits ist die Mindestmengenregelung in der Praxis ein zahlloser Tiger, weil die Kassen nicht konsequent handeln (können). Dies räumt der Mitarbeiter einer rheinland-pfälzischen Kasse unumwunden ein: In den vergangenen zehn Jahren sei es nie vorgekommen, dass einer Klinik, die Mindestmengen unterschritten hat, Leistungen nicht bezahlt wurden. Auch die Mitarbeiterin einer hessischen Kasse sagt: „Das ist in meiner Zeit eher extrem selten vorgekommen.“

Woran liegt das? Erst einmal haben die Kliniken von Beginn an schwere Geschütze gegen die Mindestmengen aufgeföhrt. Nach mehreren Klagen erklärte das Bundesverwaltungsgericht die Regelung erst im Jahr 2012 für rechtmäßig. Hinzu kommen viele Einzelfallverfahren vor Schiedsstellen und Gerichten. Dabei war die Regelung eigentlich klar: Die Kliniken mussten die Fallzahlen des vergangenen Budgetjahres vorlegen. Liegen diese unterhalb der Mindestmenge, sollte kein Geld fließen. Doch die komplexen Budgetverhandlungen haben sich häufig weit ins nächste Jahr gezogen, sodass Kliniken auf Basis der noch geltenden Vereinbarungen aus dem Vorjahr einfach weiter operierten, berichtet ein Kassenmitarbeiter. Wenn dann einzelne Kassen nicht gezahlt haben, landete der Fall schnell vor dem



ter-Eingriffe. Konsequenterweise umgekehrt, so lautet die Logik, könnte dies dazu führen, dass besonders kleine Kliniken zunächst Abteilungen schließen, weil sie für bestimmte Eingriffe kein Geld mehr bekommen, um dann entweder zu schließen oder mit anderen Häusern zu fusionieren.

Doch andererseits ist die Mindestmengenregelung in der Praxis ein zahlloser Tiger, weil die Kassen nicht konsequent handeln (können). Dies räumt der Mitarbeiter einer rheinland-pfälzischen Kasse unumwunden ein: In den vergangenen zehn Jahren sei es nie vorgekommen, dass einer Klinik, die Mindestmengen unterschritten hat, Leistungen nicht bezahlt wurden. Auch die Mitarbeiterin einer hessischen Kasse sagt: „Das ist in meiner Zeit eher extrem selten vorgekommen.“

Woran liegt das? Erst einmal haben die Kliniken von Beginn an schwere Geschütze gegen die Mindestmengen aufgeföhrt. Nach mehreren Klagen erklärte das Bundesverwaltungsgericht die Regelung erst im Jahr 2012 für rechtmäßig. Hinzu kommen viele Einzelfallverfahren vor Schiedsstellen und Gerichten. Dabei war die Regelung eigentlich klar: Die Kliniken mussten die Fallzahlen des vergangenen Budgetjahres vorlegen. Liegen diese unterhalb der Mindestmenge, sollte kein Geld fließen. Doch die komplexen Budgetverhandlungen haben sich häufig weit ins nächste Jahr gezogen, sodass Kliniken auf Basis der noch geltenden Vereinbarungen aus dem Vorjahr einfach weiter operierten, berichtet ein Kassenmitarbeiter. Wenn dann einzelne Kassen nicht gezahlt haben, landete der Fall schnell vor dem

ter-Eingriffe. Konsequenterweise umgekehrt, so lautet die Logik, könnte dies dazu führen, dass besonders kleine Kliniken zunächst Abteilungen schließen, weil sie für bestimmte Eingriffe kein Geld mehr bekommen, um dann entweder zu schließen oder mit anderen Häusern zu fusionieren.

Doch andererseits ist die Mindestmengenregelung in der Praxis ein zahlloser Tiger, weil die Kassen nicht konsequent handeln (können). Dies räumt der Mitarbeiter einer rheinland-pfälzischen Kasse unumwunden ein: In den vergangenen zehn Jahren sei es nie vorgekommen, dass einer Klinik, die Mindestmengen unterschritten hat, Leistungen nicht bezahlt wurden. Auch die Mitarbeiterin einer hessischen Kasse sagt: „Das ist in meiner Zeit eher extrem selten vorgekommen.“

Woran liegt das? Erst einmal haben die Kliniken von Beginn an schwere Geschütze gegen die Mindestmengen aufgeföhrt. Nach mehreren Klagen erklärte das Bundesverwaltungsgericht die Regelung erst im Jahr 2012 für rechtmäßig. Hinzu kommen viele Einzelfallverfahren vor Schiedsstellen und Gerichten. Dabei war die Regelung eigentlich klar: Die Kliniken mussten die Fallzahlen des vergangenen Budgetjahres vorlegen. Liegen diese unterhalb der Mindestmenge, sollte kein Geld fließen. Doch die komplexen Budgetverhandlungen haben sich häufig weit ins nächste Jahr gezogen, sodass Kliniken auf Basis der noch geltenden Vereinbarungen aus dem Vorjahr einfach weiter operierten, berichtet ein Kassenmitarbeiter. Wenn dann einzelne Kassen nicht gezahlt haben, landete der Fall schnell vor dem

# Komplexe OPs: Kleine Kliniken unter Druck

Warum so viele Krankenhäuser trotz nicht erreichter Mindestmengen Patienten an Speiseröhre und Bauchspeicheldrüse operieren



Setzen sich für eine konsequente Umsetzung von Mindestmengen in Krankenhäusern ein: Prof. Dr. Markus Büchler (Bild oben, 2. von rechts), Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik in Heidelberg, operiert mit seinem Team im Jahr mittlerweile mehr als 800 Bauchspeicheldrüsenpatienten. Prof. Dr. Bernd Markus, Chefarzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein, ist Spezialist für komplexe Speiseröhreingriffe am Koblenzer Kemperhof, Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein.

Fotos: Adobe Stock (1), Kliniken (2), dpa (1), Christian Konecki (1)



Setzen sich für eine konsequente Umsetzung von Mindestmengen in Krankenhäusern ein: Prof. Dr. Markus Büchler (Bild oben, 2. von rechts), Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik in Heidelberg, operiert mit seinem Team im Jahr mittlerweile mehr als 800 Bauchspeicheldrüsenpatienten. Prof. Dr. Bernd Markus, Chefarzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein, ist Spezialist für komplexe Speiseröhreingriffe am Koblenzer Kemperhof, Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein.

Fotos: Adobe Stock (1), Kliniken (2), dpa (1), Christian Konecki (1)

Füllen kam es zu deutlich weniger Komplikationen, vor allem bei Sepsis auf, dann starben in unerfahrenen Krankenhäusern 50 Prozent mehr Patienten als in Zentren.

Manky ist überzeugt: Wenn Mindestmengen konsequent durchgesetzt würden, könnten in deutschen Kliniken deutlich mehr Menschen bei hochkomplexen Eingriffen überleben. Beispiel Niederlande: Weil dort die Mindestmenge bei Bauchspeicheldrüsen-Eingriffen, die mit 20 doppel so hoch wie die deutsche ist, strikt eingehalten wird, sank die Sterblichkeit von 10 auf 5 Prozent.

Wer sich bei Krankenkassen in Rheinland-Pfalz umhört, warum nicht immer so viele Kliniken Operationen machen, obwohl sie Mindestmengen nicht erreichen, der stößt auf Widersprüche. Einem Mitarbeiter der Kassen erklärte das Bundesverwaltungsgericht die Regelung erst im Jahr 2012 für rechtmäßig. Hinzu kommen viele Einzelfallverfahren vor Schiedsstellen und Gerichten. Dabei war die Regelung eigentlich klar: Die Kliniken mussten die Fallzahlen des vergangenen Budgetjahres vorlegen. Liegen diese unterhalb der Mindestmenge, sollte kein Geld fließen. Doch die komplexen Budgetverhandlungen haben sich häufig weit ins nächste Jahr gezogen, sodass Kliniken auf Basis der noch geltenden Vereinbarungen aus dem Vorjahr einfach weiter operierten, berichtet ein Kassenmitarbeiter. Wenn dann einzelne Kassen nicht gezahlt haben, landete der Fall schnell vor dem

ter-Eingriffe. Konsequenterweise umgekehrt, so lautet die Logik, könnte dies dazu führen, dass besonders kleine Kliniken zunächst Abteilungen schließen, weil sie für bestimmte Eingriffe kein Geld mehr bekommen, um dann entweder zu schließen oder mit anderen Häusern zu fusionieren.

Doch andererseits ist die Mindestmengenregelung in der Praxis ein zahlloser Tiger, weil die Kassen nicht konsequent handeln (können). Dies räumt der Mitarbeiter einer rheinland-pfälzischen Kasse unumwunden ein: In den vergangenen zehn Jahren sei es nie vorgekommen, dass einer Klinik, die Mindestmengen unterschritten hat, Leistungen nicht bezahlt wurden. Auch die Mitarbeiterin einer hessischen Kasse sagt: „Das ist in meiner Zeit eher extrem selten vorgekommen.“



ter-Eingriffe. Konsequenterweise umgekehrt, so lautet die Logik, könnte dies dazu führen, dass besonders kleine Kliniken zunächst Abteilungen schließen, weil sie für bestimmte Eingriffe kein Geld mehr bekommen, um dann entweder zu schließen oder mit anderen Häusern zu fusionieren.

Manky ist überzeugt: Wenn Mindestmengen konsequent durchgesetzt würden, könnten in deutschen Kliniken deutlich mehr Menschen bei hochkomplexen Eingriffen überleben. Beispiel Niederlande: Weil dort die Mindestmenge bei Bauchspeicheldrüsen-Eingriffen, die mit 20 doppel so hoch wie die deutsche ist, strikt eingehalten wird, sank die Sterblichkeit von 10 auf 5 Prozent.

Wer sich bei Krankenkassen in Rheinland-Pfalz umhört, warum nicht immer so viele Kliniken Operationen machen, obwohl sie Mindestmengen nicht erreichen, der stößt auf Widersprüche. Einem Mitarbeiter der Kassen erklärte das Bundesverwaltungsgericht die Regelung erst im Jahr 2012 für rechtmäßig. Hinzu kommen viele Einzelfallverfahren vor Schiedsstellen und Gerichten. Dabei war die Regelung eigentlich klar: Die Kliniken mussten die Fallzahlen des vergangenen Budgetjahres vorlegen. Liegen diese unterhalb der Mindestmenge, sollte kein Geld fließen. Doch die komplexen Budgetverhandlungen haben sich häufig weit ins nächste Jahr gezogen, sodass Kliniken auf Basis der noch geltenden Vereinbarungen aus dem Vorjahr einfach weiter operierten, berichtet ein Kassenmitarbeiter. Wenn dann einzelne Kassen nicht gezahlt haben, landete der Fall schnell vor dem

ter-Eingriffe. Konsequenterweise umgekehrt, so lautet die Logik, könnte dies dazu führen, dass besonders kleine Kliniken zunächst Abteilungen schließen, weil sie für bestimmte Eingriffe kein Geld mehr bekommen, um dann entweder zu schließen oder mit anderen Häusern zu fusionieren.

Doch andererseits ist die Mindestmengenregelung in der Praxis ein zahlloser Tiger, weil die Kassen nicht konsequent handeln (können). Dies räumt der Mitarbeiter einer rheinland-pfälzischen Kasse unumwunden ein: In den vergangenen zehn Jahren sei es nie vorgekommen, dass einer Klinik, die Mindestmengen unterschritten hat, Leistungen nicht bezahlt wurden. Auch die Mitarbeiterin einer hessischen Kasse sagt: „Das ist in meiner Zeit eher extrem selten vorgekommen.“

Sozialgericht. Dort kam ein weiteres Problem hinzu: Die von den Kliniken angegebene Zahl der Eingriffe ließ sich von den gesetzlichen Kassen nicht so leicht überprüfen, weil ein Teil über private Versicherungen abgerechnet wird. Doch die Privaten nehmen nicht an den Budgetverhandlungen teil und arbeiten auch nicht systematisch mit den Gesetzlichen zusammen. „Es blieb immer eine Teilmenge der genannten Zahlen unbeweisbar.“

Nicht zu unterschätzen ist auch der öffentliche Druck, sagt eine Kassenmitarbeiterin: „Wir versuchen, mithilfe der Mindestmengen die Versorgung und Qualität zu verbessern, indem wir die Anzahl von OPs auf weniger Standorte verteilen. Es kommt aber so an, als ob wir jemandem etwas wegnehmen wollen, nicht nur seitens der Krankenhäuser, sondern auch bei Politik und Bürgern.“

Die Kassen räumen aber auch ein, dass Mindestmengen bei Budgetverhandlungen zur Verhandlungsmasse gehören: „Natürlich hat man sich das ganze Haus angeschaut. Da haben einige gesagt, dass sie doch einen neuen Chefarzt haben, der die Eingriffe häufig gemacht hat. Das sei doch ein guter Chirurg oder Orthopäde. Dann haben wir in der Regel eine Ausnahme anerkannt.“ Solche Ausnahmetatbestände sind eine weitere Möglichkeit, um die Regelung zu umgehen. Meist geht es darum, dass eine Klinik einen neuen, oft erfahrenen Chefarzt geholt oder gleich eine neue Abteilung geschaffen hat. Genehmigen die Kassen oder das Land eine solche Ausnahme, erhalten Kliniken weiter Geld für Leistungen, obwohl sie die Mindestmengen im Vorjahr

nicht erreicht haben. 2017 haben sieben rheinland-pfälzische Kliniken einen Ausnahmetatbestand für Pankreas-OPs vereinbart, fünf für Eingriffe an der Speiseröhre – alle haben weniger als zehn solcher Eingriffe vorgenommen.

Da kommt ein neuer Chefarzt, der OPs vorher an einer großen Klinik gemacht hat und dies jetzt auch in einem 100-Betten-Haus machen will: Prof. Dr. Bernd Markus, Chefarzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Koblenzer Kemperhof, kritisiert das: „Ich habe auch Lebertransplantationen gelernt und oft praktiziert. Trotzdem mache ich das hier nicht. Wenn man wie ich von einer Uniklinik in ein anderes Krankenhaus wechselt, dann muss man sich damit abfinden, dass man nicht alles machen kann.“ Markus, der seit mehr als 20 Jahren komplexe Eingriffe an der Speiseröhre vornimmt, sagt: „Bei großen Operationen entstehen Probleme, bei denen es maßgeblich darum geht, dass die Institution als Ganzes bis hin zur verantwortlichen Pflegekraft zügig und angemessen re-

agiert. Schluckbeschwerden, Fieber oder erhöhte Entzündungswerte nach einer Operation an der Speiseröhre: Da muss man wissen, was zu tun ist. Und man muss es können – als Team. Ein einzelner erfahrener Chefarzt ohne Unterbau reicht da nicht.“

Markus, einer von fünf Ärztlchen Direktoren am Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein (GKM), zu dem der Kemperhof gehört, beobachtet mit Sorge, wie Kliniken rund um Koblenz versuchen, manchmal angetrieben vom „Elan eines Chirurgen“, im Kreis der großen Kliniken bei Pankreas- und Ösophagus-Eingriffen mitzuspielen. Dem Mediziner bereitet das Bauchschmerzen. Denn 2017 lag der Kemperhof mit 30 Pankreas- und 14 Ösophagus-Eingriffen zwar über der Mindestmengengrenze. Aber Markus sagt: „Wir würden gern mehr machen. Doch dafür bräuchten wir auch Patienten, die derzeit in kleineren Häusern behandelt werden.“ Eine solche Konzentration im nördlichen Rheinland-Pfalz sei auch im Interesse der Patienten – und vielleicht auch der kleineren Kliniken. „Viele von denen machen solche Eingriffe erstmal, um zu schauen, ob sich das rentiert. Aber ob das auch lukrativ ist, hängt davon ab, ob man den nötigen Unterbau finanzieren kann.“ Das GKM habe reagiert: Während es 2017 noch Pankreas- und Ösophagus-Eingriffe im Evangelischen Stift in Koblenz und im St. Elisabeth in Mayen gab, finden diese Operationen seit 2018 nur noch im Kemperhof statt. Diese Konzentration im fusionierten Klinikum könnte eine Blaupause auch für andere Regionen sein, meint Markus.

## Was Patienten tun können, wenn sie einen Behandlungsfehler vermuten

Wenn sich Patienten wegen eines Behandlungsfehlers an die Bad Kreuznacher Medizinrechtswaldrin Ira Runkel wenden, dann geht der Fall meist zunächst nicht vor Gericht, sondern zur Landesärztekammer. Runkel empfiehlt vielen Mandanten das dortige Schlichtungsverfahren, weil es für Patienten kostenlos ist. Zunächst wird ein unabhängiges Gutachten erstellt, das beurteilen soll, ob tatsächlich ein Behandlungsfehler vorliegt. Es ist laut Runkel ein „zähes, langwieriges Verfahren“, das bis zu einem Jahr dauern kann und das für die Psyche vieler Patienten sehr belastend sei. Das liege auch daran, dass nach ihrer Erfahrung in vielen Fällen keine eindeutige Schuld bei den Ärzten nachgewiesen werden könne. Oft beruhe das Problem eines Patienten nach einer OP auch auf dessen persönlichen Anlagen wie einer schlechten Narbenbildung.

Nur bei etwa jedem vierten ihrer Fälle liegt laut Runkel ein grober Behandlungsfehler vor, das heißt „ein Fehler, der einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf“. Ist dies der Fall, kehrt sich die Beweislast um, das heißt, „der Arzt oder die Klinik muss beweisen, dass der Schaden nicht auf dem Behandlungsfehler beruht“. Laut der Erfahrung der Anwältin kommt

einem Tiger mit Zähnen zu machen. Die Reform sieht unter anderem vor, dass nicht mehr einzeln, sondern alle Kassen in einem Bundesland gemeinsam entscheiden, ob Kliniken Leistungen bezahlt bekommen, für die Mindestmengen gelten. Und ob Krankenhäuser die Kosten für diese Eingriffe erstattet bekommen, wird entschieden, bevor Patienten behandelt werden. Dafür müssen die Kliniken bis 15. Juli eine Prognose für das folgende Jahr auf Basis des Vorjahres abgeben. Aber auch künftig wird es weiter Ausnahmetatbestände geben. Die Klinik muss jedoch im ersten Jahr nach Gewährung der Ausnahme die Hälfte der Mindestmenge und spätestens nach zwei Jahren die volle Mindestmenge erreichen haben.

In Rheinland-Pfalz gibt es bereits eine Liste der Kliniken, denen OPs 2019 bezahlt werden, weil sie die Mindestmengen erreichen oder deren Ausnahmetatbestände anerkannt wurden. Die Liste der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, die unserer Zeitung vorliegt, zeigt, dass sich bei den Kliniken, die Mindestmengen erreichen, im Vergleich zu 2017 wenig verändert hat. Allerdings wurden bei Pankreas-OPs neue Ausnahmegenehmigungen erteilt, unter anderem für das Klinikum Linz-Remagen und das in Daun. Insgesamt gibt es bei Pankreas-OPs fünf Kliniken (2017: sieben), die teils unterhalb der Mindestmenge liegen, aber Ausnahmen anerkannt bekommen haben, bei Ösophagus-OPs zwei Kliniken (2017: fünf). Alle anderen Kliniken, betont die Techniker Krankenkasse, bekommen kein Geld mehr für Mindestmengenengriffe. „Wir gehen davon aus, dass diese Leistungen dann nicht mehr erbracht werden und die Fälle bei anderen Standorten steigen werden.“

Hat der Tiger also Zähne bekommen? Bei der AOK gibt man sich verhalten optimistisch: „Es kommt jetzt darauf an, wie groß die Bereitschaft der Kassen ist, das durchzusetzen.“ Eine Mitarbeiterin, die seit Jahren mit den Krankenhäusern verhandelt, berichtet: „Lange Zeit haben die Kliniken immer wieder draufgeschaltet. Langsam geht der Trend aber dahin, sich gesundzuschrumphen.“

Irgendwann während unseres Gesprächs legt Barbara Sänger eine Broschüre der Uniklinik Heidelberg vor sich auf den Tisch. Sie blättert darin, bis auf ein Bild von Prof. Dr. Markus Büchler sieht Barbara Sänger tippt auf das Foto und sagt: „Das ist er. Das war mein Retter.“ Sie liest. Stolz sagt sie: „Sein Team hat mittlerweile im Jahr 2000 Patienten und 700 Pankreas-Operationen.“ 617 waren es 2017 genau. So steht es im Qualitätsbericht der Klinik – deutschlandweit der mit Abstand höchste Wert.

Wer das sagt, setzt sich dem Vorwurf aus, die flächendeckende Versorgung anzutasten, den Menschen das Krankenhaus wegnehmen zu wollen. Dabei geht es bei Mindestmengen um bundesweit nur 178 000 Eingriffe von insgesamt mehr als 19 Millionen operativen Prozeduren, in Rheinland-Pfalz um einige Tausend Operationen. Prof. Manky betont: Wer diese wenigen komplexen Eingriffe zentralisiert, gefährdet nicht die flächendeckende Versorgung. „Ziel muss sein, eine vernünftig strukturierte Versorgung aufzubauen, die den Patienten nutzt und nicht den Krankenhausträgern. Krankenhäuser sind für die Patienten da. Patienten nutzt es nichts, wenn wir Strukturen aufrechterhalten, die wir so nicht mehr brauchen.“

Der Gesetzgeber hat jetzt einen neuen Versuch gestartet, die Mindestmengenregelung doch noch zu

nehezu jedem vierten Fall (72 Fälle oder 23,2 Prozent) bejahte die Schlichtungsstelle demnach einen Behandlungsfehler. Rund zwei Drittel der Anträge von Patienten betrafen Eingriffe an Krankenhäusern, die meisten aus der Unfallchirurgie (85 Fälle) und der Inneren Medizin (19).

In den 2018 abgeschlossenen Verfahren waren bei festgestellten Behandlungsfehlern in den Kliniken die folgenden Krankheiten am häufigsten betroffen: Verletzungen des Knie-/Unterschultergelenks (sieben Fälle), Krankheiten der Arterien (vier) sowie Arthrose (vier).



Nur in jedem vierten Fall, in dem Patienten in Rheinland-Pfalz einen Behandlungsfehler vermuten, wird dieser am Ende auch bestätigt.

es in sehr vielen Fällen zu einer außergerichtlichen Einigung mit der Haftpflichtversicherung einer Klinik. „Oft sind sie geschäftsbereit, und es geht dann nur noch um die Höhe des Schmerzensgeldes.“

Laut Landesärztekammer haben sich im vergangenen Jahr 434 Patienten an die Schlichtungsstelle gewandt – 3,8 Prozent mehr als 2017. Im Gegensatz zu anderen Bundesländern sitzen laut Ärztekammer in der Schlichtungsstelle nicht nur je zwei Ärzte und Juristen, sondern auch zwei Patientenvertreter. Insgesamt wurden 311 Sachentscheidungen getroffen. In