

„Krankenhäuser dürfen nur die Leistungen erbringen, für die sie qualifiziert sind“

Es ist allerhöchste Zeit für eine grundlegende Reform unserer Krankenhausversorgung, und zwar primär nicht, weil andere Länder wie Dänemark es uns vorgemacht haben, sondern weil es dringend notwendig ist: Pro Tag haben in Deutschland 500 Personen einen Herzinfarkt, die wir auf über 1.200 Krankenhäuser verteilen, obwohl es nur knapp über 500 Krankenhäuser mit einer Koronarangiografieeinheit gibt. Allein in NRW behandeln 335 Krankenhäuser Patienten mit Schlaganfällen, obwohl nur 92 von ihnen eine Komplexbehandlung erbringen können, wie sie für StrokeUnits charakteristisch ist – knapp 20 Prozent der Patienten werden entgegen allen Leitlinien in den anderen 243 Krankenhäusern behandelt. Trotz zahlreicher Krebszentren werden bundesweit nur 75 Prozent aller Frauen mit Brustkrebs in solchen behandelt; bei Darmkrebs sind es nur 43 Prozent, bei Lungenkrebs nur 29 Prozent und beim Bauchspeicheldrüsenkrebs sogar nur 16 Prozent. Gleichzeitig erreichen 34 Prozent der Krankenhäuser, die Patienten an der Bauchspeicheldrüse operieren, die Mindestmenge nicht. Und NRW-Daten zeigen, dass insgesamt allein in dem Bundesland 232 Krankenhäuser Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse oder Leber durchführen, zumeist mit sehr kleinen Fallzahlen und in 190 von ihnen trotz Nachbarschaft von Krankenhäusern mit größeren Fallzahlen.

Diese wenigen Beispiele skizzieren das Problem, vor dem wir stehen, und zeigen gleichzeitig die Lösung auf, die eigentlich ganz einfach ist: Krankenhäuser dürfen nur die Leistungen erbringen, für die sie technisch und personell ausreichend qualifiziert sind, das heißt Patienten mit Herzinfarkt nur in Krankenhäusern mit Koronarangiografie und 24-stündiger Facharzt-Anwesenheit, Patienten mit Schlaganfällen nur in Krankenhäusern mit Stroke-Unit, Patienten mit Krebs nur in interdisziplinär besetzten Krebszentren etc. Um dies praktisch umzusetzen, müssten einzelne DRG in „Leistungsgruppen“ zusammengefasst werden, für deren Erbringung einheitliche Mindestvoraussetzungen gelten. Krankenhäuser müssten für die Ausweisung dieser Leistungen im Krankenhausplan ex ante nachweisen, dass sie diese Voraussetzungen erfüllen. Nur Leistungen der Gruppen, die sie dann laut ihrem Feststellungsbescheid erbringen dürfen, sind gegenüber den Kostenträgern abrechenbar – und alle anderen nicht. Auf diese Weise, die in etwa dem zukünftigen Vorgehen in NRW entspricht, entstünde eine Krankenhauslandschaft, bei der sich Bürger und Patienten darauf verlassen können, dass überall die Leistungen dem zu erwartenden Qualitätsstandard entsprechen.



Prof. Dr. Reinhard Busse, Professor für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin