



Orientierungswert Dr. Wulf-Dietrich Leber

Unkonzentriert

Orientierungswerte / 21.04.2017

Dass Deutschland zu viele Krankenhäuser hat, wird inzwischen nicht mehr ernsthaft bestritten. Ein eng damit zusammenhängendes Problem rückt jedoch erst langsam ins allgemeine Bewusstsein: Das Leistungsgeschehen ist unkonzentriert. Schwierige Operationen werden in zu vielen Häusern gleichzeitig vorgenommen, so dass die Eingriffe wegen kleiner Fallzahlen ohne die notwendige Erfahrung durchgeführt werden. Das ist schlecht für die Patienten und es ist unwirtschaftlich.

Beispiel Transplantation. Der komplizierte Eingriff einer Pankreastransplantation wird in insgesamt 23 Transplantationszentren durchgeführt. 21 dieser Zentren führen diese Operation weniger als zehnmal im Jahr durch (vgl. DSO-Jahresbericht 2016). Medizinisch ist diese Form von Hobbychirurgie nicht verantwortbar. Alles spricht dafür, dass die Ergebnisse besser wären, wenn es hier zu einer stärkeren Konzentration des Leistungsgeschehens käme.

Die Planungsbehörden der Länder sind bislang nicht aktiv geworden. Ja, sie haben sich sogar im Zusammenhang mit der Aufarbeitung der Transplantationsmanipulationen zu der Aussage verstiegen, ihnen fehlen die rechtlichen Möglichkeiten, Transplantationszentren zu schließen. Hallo? Wird da auf einmal deutlich, dass es gar keine gestaltende Krankenhausplanung gibt? Sollte es sie geben, wovon der Autor dieser Zeilen nicht ausgeht, dann muss es sich offensichtlich um eine sehr unkonzentrierte Planung handeln. Eingriffe, wie Hüftendoprothesen, werden in Deutschland an fast 1.200 Krankenhäusern durchgeführt.

In der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform hat man die Hoffnung an eine gestaltende Krankenhausplanung der Länder bereits weitgehend aufgegeben und im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) einen anderen Weg beschritten: Das Problem des allzu verstreuten Leistungsgeschehens wird durch Qualitätsanforderungen auf Bundesebene

angegangen: Marktordnung statt Landesplanung. So wird das Instrument der Mindestmengen zum Ersten verfahrenstechnisch erleichtert und zum Zweiten wird die Durchsetzung der Mindestmengen konsequenter durchgeführt. Die entsprechenden Richtlinien dürften Mitte des Jahres verabschiedet werden.

Weitere Schritte zur bundesweiten Regulierung sind die Sicherstellungszuschläge, die Definition von Notfallstufen, die gegen Ende des Jahres verabschiedet werden soll, und die Finanzierung von Zentren. Die gesundheitspolitische Idee war es, jene Zentrumsleistungen gesondert zu berücksichtigen, die nicht bereits anderweitig vergütet werden. In der Regel sind Zentrumsleistungen jedoch bereits im sehr differenzierten DRG-System entsprechend hoch bewertet. Für andere Leistungen, wie z. B. Meldungen an Transplantationsregister, gibt es gesonderte Vergütungsregelungen. So bleiben nur wenige überörtliche Funktionen, bei denen ein Krankenhaus Beratungsleistungen für andere erbringt, als gesondert zu vergütende Zentrumsleistung.

Der diesbezügliche Schiedsspruch vom 08.12.2016 verhindert die Doppelfinanzierung nicht und gibt in einer unsäglichen Anlage zwei Dutzend Anregungen, was man denn alles zum Zentrum erklären könnte. So wie sich jede Ansammlung von Einzelhändlern als Einkaufszentrum geriert, so wird sich künftig jedes Krankenhaus zum stationären Zentrum erklären. Streit ist vorprogrammiert. Mit der ursprünglichen Absicht des KHSG, zu einer stärker strukturierten Versorgungslandschaft zu kommen, hat das nichts zu tun. Folgerichtig wurde der Schiedsspruch auch von der GKV beklagt.

Es bleibt die Aufgabe, ganz unabhängig von der generellen Bereinigung der Krankenhauslandschaft, das Leistungsgeschehen stärker zu konzentrieren. Es steht zu erwarten, dass der Anfang dieser Legislaturperiode eingeschlagene Weg auch in der nächsten Koalitionsvereinbarung weiter verfolgt wird – im Interesse der Patienten.

AUTOR



Dr. Wulf-Dietrich Leber

Leiter der Abteilung Krankenhäuser

GKV-Spitzenverband

Berlin