

Welche Medizin? Medizin nach Bedarf oder Medizin für Geld?

Fakten und Argumente 9

► Kommerzialisierung verändert Medizin

Die Krankenhausfinanzierung über Fallpauschalen (DRGs) beeinflusst medizinische Entscheidungen. Jede Abteilung eines Krankenhauses steht ständig unter Kostendruck. Bewusst oder unbewusst unterliegen viele Entscheidungen ökonomischen Überlegungen – ob stationär oder ambulant behandelt werden soll, ob operiert werden soll und wie lange die PatientInnen im Krankenhaus bleiben sollen.

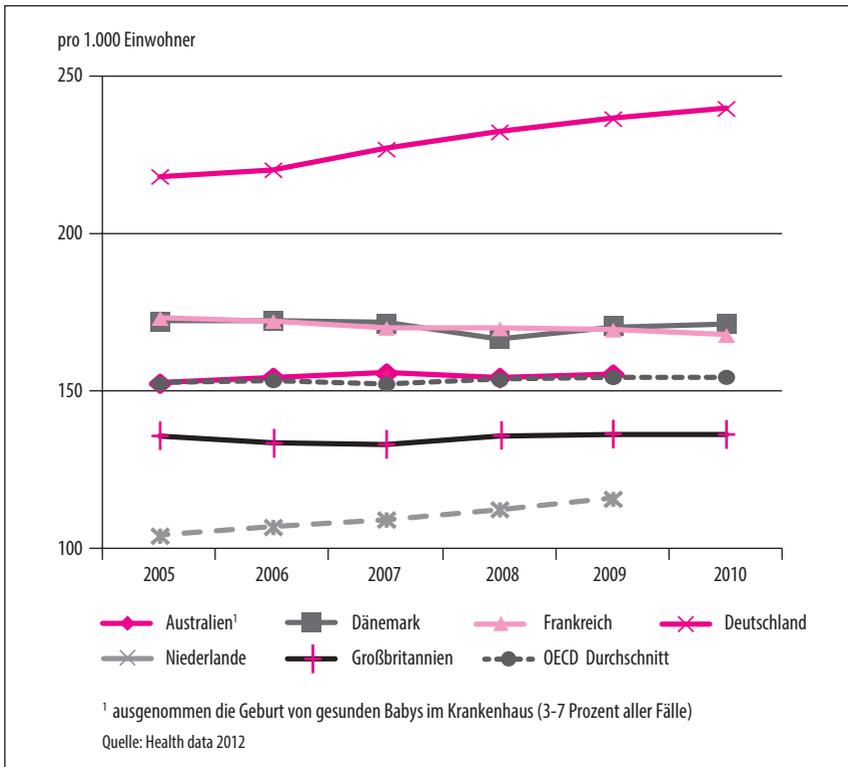
► Jede Fallpauschale mehr bringt Geld

Krankenhäuser können ihre Einnahmen steigern, je mehr »Fälle« – also PatientInnen – sie behandeln. Im internationalen Vergleich werden in Deutschland ungewöhnlich viele Menschen stationär behandelt.⁷ Die Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen steigt weiter an, wie die oberste Linie der folgenden OECD-Grafik zeigt.

→ siehe Abb. 12, Seite 67

7 Managing Hospital Volumes – Germany and Experiences from OECD Countries, OECD (engl. Abkürzung für Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) Paris 04/2013

Abb. 12: Zunahme der stationären Behandlungsfälle
in ausgewählten Ländern der OECD (2005 – 2010)



► **Das Fallpauschalensystem:
Einnahmen steigern – Kosten senken**

Das Fallpauschalen-System (DRG) zwingt ÄrztInnen, ihre PatientInnen immer mehr unter dem Gesichtspunkt zu betrachten, wie bei der Behandlung möglichst hohe Einnahmen bei möglichst geringem Aufwand zu erzielen sind. Operationen und andere invasive Prozeduren wie z. B. die Dauer einer künstlichen Beatmung steigern die Fallpauschale. Vor allem haben Therapieverfahren zugenommen, die im DRG-Katalog ein günstiges Verhältnis von Erlös zu Behandlungskosten haben.

26 Prozent der Zunahme von Behandlungsfällen zwischen 2006 und 2010 entfielen auf Erkrankungen des Bewegungsapparates, weitere 18 Prozent auf Herz-Kreislauf-erkrankungen (RWI 2012⁸). Genau diese Erkrankungen sind bei entsprechend invasiver Behandlung im DRG-Katalog besonders »lukrativ«.

Die Alterung der Bevölkerung, der sog. demografische Wandel, erklärt nur ein Drittel dieser Zunahme (OECD 2013). Der Fortschritt der Medizin hat mit neuen Behandlungsverfahren ebenfalls einen Anteil an dieser Entwicklung. In erster Linie sind für den rasanten Anstieg der Behandlungszahlen aber nicht medizinische Gründe, sondern wirtschaftliche Fehlanreize verantwortlich.

Dies verdeutlichen ein paar Beispiele aus der Praxis:

► **Unnötige Behandlungen in Orthopädie und Unfallchirurgie**

So ist in Deutschland die Zahl der stationären Aufnahmen wegen Rückenproblemen in acht Jahren um die Hälfte gestiegen. Die Zahl der Operationen an der Wirbelsäule stieg 2005 bis 2010 um 118 Prozent, diejenige der Versteifungs-OPs (Spondylodesen) sogar um 202 Prozent. Prof. Dr. Rüdiger Krause, 2015 Präsident der deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, vermutet, dass es zumindest in einigen Gegenden »eine angebotsgetriggerte Nachfrage nach Operationen an der Wirbelsäule« gibt.⁹

► **Riskante Behandlungen in der Kardiologie**

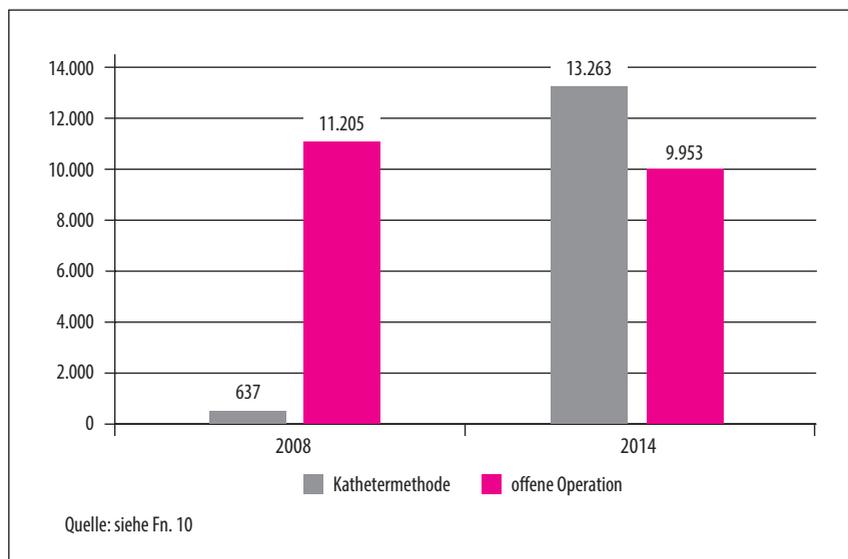
Die Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) wurde ursprünglich für PatientInnen entwickelt, bei denen der herkömmliche Ersatz einer verengten Aortenklappe mit Spaltung des Brustbeins und unter Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine zu riskant und deshalb nicht indiziert war. Während der Anteil von TAVI im Jahr

8 Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Augurzyk, Felder, Wasem, Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen, Endbericht, Forschungsprojekt des GKV-Spitzenverbandes

9 Hollersen, Wiebke, Geschäftsmodell Rücken, Welt am Sonntag, 01.11.2015

2007 noch bei 1,3 Prozent dieser Eingriffe lag (157 TAVI, 12116 Operationen), betrug er 2010 bereits 23,9 Prozent⁵ und stieg 2014 auf 57 Prozent¹⁰. → s. Abb. 13

Abb. 13: Verfahren zum Ersatz der Aortenklappe am Herzen



Wissenschaftliche Studien haben erwiesen, dass die TAVI nur bei HochrisikopatientInnen vorteilhaft ist.¹¹ Bei PatientInnen mit geringem Eingriffsrisiko war die Sterblichkeit deutlich höher, bei durchschnittlichem Risiko bestenfalls gleich. Über den Langzeitverlauf gibt es noch kein gesichertes Wissen.

Für die herkömmliche offene Operation erhält das Krankenhaus zwischen 16.800 Euro (bei einem angenommenen sog. Basisfallwert von 3.000 Euro) und 24.600 Euro, für eine TAVI jedoch 33.600 Euro. Grund ist der vor Jahren sehr

10 Eggebrecht H, Mehta RH. Transcatheter aortic valve implantation (TAVI) in Germany 2008-2014: on its way to standard therapy for aortic valve stenosis in the elderly? *EuroIntervention*. 2015 Sep 20;11(5). doi: 10.4244/EIJY15M09_11

11 Mohr FW et. al., The German Aortic Valve Registry: 1-year-results from 13680 patients with aortic valve disease, *European Journal of Thoracic Surgery* 46 (2014) 808-816

hohe Preis der Transkatheter-Aortenklappen. Mittlerweile ist deren Preis deutlich gefallen und die Kliniken machen einen nennenswerten Gewinn mit TAVI-Eingriffen. Offensichtlich wird also ein Teil der Patientinnen und Patienten aus Gewinnstreben der in der Langzeitprognose unsicheren Therapie unterzogen.

► **ChefärztInnen selbst sehen Geld als Motiv für Überbehandlungen**

In einer Umfrage beantworteten 25 Prozent der kardiologischen ChefärztInnen und 20 Prozent der unfallchirurgischen und orthopädischen ChefärztInnen die Frage »Gibt es ökonomisch motivierte Überversorgung in ihrem Fachgebiet?« mit »ja, definitiv«. ¹² Vergleiche der OECD lassen auch in anderen medizinischen Fachgebieten kommerzielle Gründe für die hohen Eingriffszahlen in Deutschland vermuten. ¹³ Tabelle 5 zeigt die Häufigkeit der jeweiligen Eingriffe in Deutschland bzw. im OECD-Durchschnitt und welchen Rang Deutschland dabei einnimmt. → s. Tab. 5, S. 71

► **Das deutsche Fallpauschalensystem – bedarfsgerecht oder nur marktgerecht?**

Im deutschen Fallpauschalensystem sind folgende Faktoren für den ökonomischen Erfolg eines Krankenhauses entscheidend: Die Zahl der Behandlungsfälle, die Menge an Operationen und anderen invasiven Prozeduren, die Steuerung der Aufenthaltsdauer und das Erreichen eines mit den Krankenkassen vorab vereinbarten Leistungsvolumens (»Casemix«) sowie der möglichst starke Abbau von Personal, um Kosten zu sparen. Sicher ist: im Vergleich zu anderen Ländern haben erlösrelevante Behandlungsverfahren in Deutschland unverhältnismäßig zugenommen. Was wir mit diesen Zahlen stark vermuten, aber nicht beweisen können, ist: dass weniger PatientInnen eine ihrem Bedarf angemessene Behandlung erfahren. Eines

12 Reifferscheid, Pomorin, Wasem, Umgang mit Mittelknappheit im Krankenhaus, Rationierung und Überversorgung medizinischer Leistungen im Krankenhaus? September 2014

13 Managing Hospital Volumes, OECD, a.a.O

Tab. 5: Vergleich von Krankenhausleistungen in Deutschland und OECD-Ländern

	Deutschland	Deutscher Rang unter den OECD Ländern	OECD-Durchschnitt
Stationäre Krankenhausbehandlung bei bestimmten Hauptdiagnosegruppen – pro 1.000 Einwohner:			
Krankheiten des Kreislaufsystems	35,7	1	19,6
Krebserkrankungen	24,5	2	13,5
Prozeduren und Operationen mit stationärem Aufenthalt (mindestens eine Krankenhausübernachtung) – pro 100.000 Einwohner:			
Operationen wegen Grauem Star	178	7	118
Mandeloperationen	157	3	80
Erweiterungen der Herzkranzgefäße mit Katheter (PTCA)	624	1	177
Bypassoperationen an den Herzkranzgefäßen	116	2	47
Blinddarmoperationen	151	7	126
Gallenblasenoperationen	236	2	154
Leistenbruchoperationen	223	1	110
Prostataoperationen durch die Harnröhre pro 100.000 Männer	197	4	117
Prostataoperationen durch Schnittopeation – pro 100.000 Männer	85	5	54
Gebärmutterentfernungen durch die Scheide – pro 100.000 Frauen	178	6	113
Kaiserschnitte pro 1.000 Lebendgeburten	314	9	261
Hüftgelenkersatz (Hip replacement)	295	1	154
Kniegelenkersatz	213	2	122
Brusterhaltende Chirurgie der weiblichen Brust – pro 100.000 Frauen	232	1	108
Radikaloperationen bei Brustkrebs – pro 100.000 Frauen	69	8	56
	Anzahl in Deutschland		Anzahl im OECD-Durchschnitt

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2012

aber ist gewiss: eine medizinisch unnötige Behandlung ist nichts anderes als eine Körperverletzung!

► **Das Bündnis *Krankenhaus statt Fabrik* fordert:**

Andere Regeln für die Krankenhausfinanzierung, beispielsweise über Budgets. Therapie und Pflege im Krankenhaus sollten nicht dem Geld folgen, sondern dem Bedarf und angemessenen ärztlichen Indikationsstellungen.

Wir appellieren an die ärztliche Verantwortung und rufen zu einer ärztlich-ethisch motivierten Verhaltensänderung auf, die sich der Kommerzialisierung der Medizin aktiv entgegen stellt.

Ein solcher Appell allein würde aber zu kurz greifen. Damit sich ärztliches Verhalten ändern kann, müssen wir mehr Spielraum schaffen für menschlich und medizinisch angemessenes Verhalten. Das aber wird nur gelingen durch eine grundlegende Neuausrichtung der Finanzierung stationärer Behandlungen.

■ **Literatur**

Mohr, F.W. et. al. 2014: The German Aortic Valve Registry: 1-year-results from 13680 patients with aortic valve disease, *European Journal of Thoracic Surgery* 46 (2014), S. 808-816

Reifferscheid, A.; Pomorin, N.; Wasem, J. 2014: Umgang mit Mittelknappheit im Krankenhaus. Rationierung und Überversorgung medizinischer Leistungen im Krankenhaus?

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung 2012: Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen, Endbericht, Forschungsprojekt des GKV-Spitzenverbandes

Hollersen, W. 2015: Geschäftsmodell Rücken, *Welt am Sonntag*, 01.11.2015

Eggebrecht H, Mehta R.H. 2015: Transcatheter aortic valve implantation (TAVI) in Germany 2008-2014: on its way to standard therapy for aortic valve stenosis in the elderly? *EuroIntervention* 2015 Sep 20;11(5), S. 1029-1033.

OECD 2013: *Managing Hospital Volumes – Germany and Experiences from OECD Countries*. Paris