



Kongress-Report

Wird in Deutschland zu viel operiert?

Diese Frage wird aufgrund unterschiedlicher Interessenlagen einerseits im Bundestag und aus Sicht der Krankenkassen, andererseits von Krankenhausleitungen und Ärzten kontrovers diskutiert. Chirurgen melden Zweifel an, ob es wirklich so ist. Sie sagen, vielmehr müsse differenziert werden, warum viel operiert wird.

„Vorsicht Operation - In keinem Land der Welt werden so viele künstliche Hüft- und Kniegelenke eingesetzt und so viele Herzkranzgefäße aufgedehnt wie in Deutschland“ (1), „Kliniken operieren zu häufig, weil es sich lohnt ...“ (2) „Unnötige Behandlungen - Ärzte operieren, um die Miete reinzubekommen“ (3). Mit solchen Überschriften werden Leser und Zuschauer seit einiger Zeit konfrontiert und verunsichert, während die Gesundheitspolitik damit vermeintlich notwendige Sparmaßnahmen rechtfertigt. Gleichzeitig müssen es Chirurgen schaffen, unter enormem ökonomischem Druck das Vertrauen ihrer Patienten nicht zu verlieren.

Die Schlagzeilen reflektieren einen Teil, jedoch nicht die ganze Wahrheit.

Es geht nicht nur um die Menge

Die Quantität chirurgischer Eingriffe wird von vielen Faktoren beeinflusst: Dem Forschungsstand, der Versorgungsqualität, dem Finanzierungsmodell des Gesundheitssystems und den soziodemografischen Bedingungen eines Staates. Angesichts dessen ist es schon mal schwierig das Maß zu finden, was „zu viel“ ist.

Richtig ist, dass Deutschland im internationalen Vergleich bei den OP-Zahlen einen der vordersten Plätze belegt – mit Unterschieden in den Regionen und den Indikationen (Gelenkersatz, Gefäßoperationen, Organoperationen). Bei knappen Ressourcen liegt schnell die Vermutung nahe, die Menge an Operationen sei insgesamt zu hoch.

Wesentliche Ursachen einer partiellen Mengenausweitung sind jedoch das Alter der Patienten sowie die Versorgung auf hohem medizinischen und strukturellen Niveau, mit dem auch angebotsinduzierte Ansprüche steigen. Das alles erhöht die Kosten.

Um den wachsenden Bedarf zu decken, brauchen die Kliniken heute möglichst viele „lukrative Fälle“. Wichtigster Grund dafür ist die vernachlässigte Investitions-



pfligt der Länder (Schuldenbremse, zu wenig Geld für öffentliche Aufgaben) gegenüber Krankenhäusern. Deshalb stehen diese unter dem Druck, Investitionen selbst zu finanzieren. Da aber nur Betriebsmittel, also Personal- und Sachkosten zur Verfügung stehen, muss das dort entstehende Defizit mit höheren Fallzahlen gutvergüteter Operationen ausgeglichen oder anderswo gekürzt werden. Hinzu kommt, dass Vergütungssysteme wie die DRG* in Deutschland dazu anreizen, mit mehr Fällen mehr Geld einzunehmen. Diese Möglichkeit wird von den Betriebswirten der Kliniken natürlich genutzt. Mediziner sehen das eher kritisch.

Nur das Ende einer langen Kette von Problemen

Die Schlagzeilen sind also nur das Ende einer langen Kette verschiedener Probleme, die es zu lösen gilt. Um den Investitionsstau zu überwinden sei ein „gemeinsamer Kraftakt“ – im Sinne eines Finanzierungsmodells wie nach 1990 für die ostdeutschen Krankenhäuser – von Bund, Ländern und Krankenkassen notwendig, konstatiert Rudolf Henke, MdB. Die Kassen mahnen die Spezialisierung einzelner Standorte und Qualitätssicherung medizinischer Indikationen an.

Die Mediziner betonen, dass es gerechtfertigte OP-Zahlerhöhungen gibt, weil damit dem Patientenwohl gedient ist (z. B. in der Gefäßchirurgie). Andererseits gäbe es aber auch Entwicklungen, die man kritisch bewerten und daraus Schlussfolgerungen ziehen müsse, um Effektivitäts- und Qualitätsreserven zu erschließen (z. B. bei Wirbelsäulen- und Schilddrüsen-Operationen).

Wichtig sei, entsprechende Bedingungen zu schaffen, damit nur operiert wird, was aus medizinischen Gründen notwendig ist. Um unnötige Mengensteigerungen zu verhindern, dürfe das „Hamsterrad“, in dem sich die Ärzte zurzeit drehen, weil sie immer mehr ökonomische

Verantwortung wahrnehmen müssen, nicht angetrieben werden. In der Vergütung der Kliniken sollten Investitionen Berücksichtigung finden.

Patienten sind gut beraten, vor einer anstehenden Operation die Empfehlung ihres Arztes genau zu überdenken (ggf. auch Argumente gegen eine OP abzuwägen) und im Zweifel eine Zweitmeinung einzuholen.

Elke Klug
Diplom-Journalistin, Berlin

- (1) RBB Praxis 23. 4. 2014
- (2) Die Zeit 7. 12. 2012
- (3) Spiegel online 16. 8. 2011

*DRG Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallgruppen)

per definitionem ...

DRG = Diagnosis Related Groups = diagnosebezogene Fallgruppen. DRGs stellen ein ökonomisch-medizinisches Patientenklassifikationssystem dar, bei dem die Krankenhaufälle auf Basis ihrer Diagnosen und erfolgten Behandlungen in Fallgruppen klassifiziert werden, die nach dem für die Behandlung erforderlichen ökonomischen Aufwand bewertet sind. Die DRGs unterscheiden sich anhand ihres klinischen Inhalts und Ressourcenverbrauchs und bilden die Grundlage für die Finanzierung, Budgetierung und Abrechnung von Krankenhausleistungen. Maßgeblich ist das jeweilige im Berichtsjahr geltende Klassifikationssystem und der Fallpauschalen-Katalog.

Quelle: www.gbe-bund.de – Gesundheitsberichterstattung des Bundes





Fallpauschalen = In Deutschland ist die durchschnittliche Weildauer der Patienten im Krankenhaus relativ lang. Da die stationäre Betreuung verschiedener stationärer Behandlungsanlässe bis 2003 weitgehend durch eine Vergü-

tung mit tagesgleichen Pflegesätzen bezahlt wurde, hatten die Krankenhäuser wenig Anreiz, die Patientinnen und Patienten möglichst effizient zu behandeln. Das führte zu unnötig hohen Kosten im Gesundheitssystem.

Seit 2004 werden die Leistungen der Krankenhäuser jedoch nicht mehr tageweise abgerechnet, sondern pauschal je nach Krankheit (nur psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Kliniken und Krankenhäuser rechnen derzeit unabhängig vom Behandlungsaufwand noch überwiegend tagesgleiche Pflegesätze ab). Die sogenannten Fallpauschalen unterscheiden sich dabei nach Krankheitsarten und durchgeführter Behandlung. Unterschiedliche Schweregrade einer Erkrankung werden berücksichtigt. Für einen Patienten mit einer leichten Erkrankung zahlt die Krankenkasse also weniger als für einen Patienten mit einer schweren, aufwändig zu behandelnden Erkrankung.

Quelle: www.bmg.bund.de/glossar-begriffe/f/fallpauschalen.html – Bundesministerium für Gesundheit

... mehr Wissen

-  www.gbe-bund.de
Online-Datenbank der Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes führt Gesundheitsdaten und Gesundheitsinformationen aus über 100 verschiedenen Quellen an zentraler Stelle zusammen. Eine Stichwortsuche ermöglicht die Recherche.
-  www.g-drg.de
Webseite des InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus.
Die Aufgaben im Zusammenhang mit der Einführung, Weiterbildung und Pflege des Entgeltvergütungssystems im Krankenhaus haben die Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen – die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung – der InEK gmbH als deutsches DRG-Institut übertragen. Der aktuell gültige Fallpauschalen-Katalog 2014 für Krankenhäuser kann hier eingesehen werden.
-  www.planet-wissen.de/alltag_gesundheit/medizin/gesundheitsysteme/fallpauschale.jsp
Planet Wissen berichtet über Fallpauschalen – Abrechnungen mit Nebenwirkungen
-  www.br.de/radio/bayern2/sendungen/gesundheitsgesprach/gesundheitsgesprach-operationen-notwendigkeit-100.html
BR, Bayern 2, Gesundheitsgespräch – Wird zu viel operiert? Über Sinn und Unsinn von Operationen, 10.07.2014