

Fortschritt erLeben

Ausgabe 03 / 2013
Seite 1

INNOVATIONEN BEZIEHEN STELLUNG.

Mengensteigerungen belegen die Innovationsfähigkeit unseres Gesundheitswesens – Ralf Heyder (VUD)



Fortschritt erLeben sprach mit Ralf Heyder, Generalsekretär des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD), über das jüngst veröffentlichte OECD-Papier „Mengenentwicklung im Kranken-

hausbereich“, das eine Diskussion über zu hohe OP-Zahlen in Deutschland ausgelöst hat.

Sehr geehrter Herr Heyder, das OECD-Papier zur Mengenentwicklung von Operationen im Krankenhaus hat jüngst für großes Aufsehen gesorgt. Wird in Deutschland zu häufig operiert?

Das OECD-Papier muss man sehr differenziert betrachten. Aus meiner Sicht ist es unredlich, mit Verweis auf die OECD-Daten pauschal zu behaupten, dass in Deutschland generell zu viel operiert wird. Selbst die OECD schien von der völlig überzogenen Interpretation ihrer Arbeit, insbesondere durch die Krankenkassen, überrascht. Mittlerweile weist die OECD ja selbst darauf hin, dass man derartig weitgehende Schlüsse aus ihren Daten nicht ziehen kann.

Wo sehen Sie in dem Prozess noch Optimierungsbedarf? Was lässt sich dennoch aus den Ergebnissen des OECD-Papiers im Hinblick auf die OP-Zahlen ableiten?

Die zentrale Frage ist doch: Welchen Bedarf für Operationen gibt es in Deutschland? Das hängt von sehr vielen Faktoren ab. Dazu gehören Demografie, Lebensstil und Berufswelt, individuelle Patientenwünsche und auch die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens. Da ergeben sich im internationalen Vergleich durchaus erhebliche Unterschiede.

Worin bestehen die Unterschiede im Gesundheitswesen?

In Deutschland muss niemand unzumutbar lange auf eine Operation warten. Außerdem hat jeder, unabhängig vom Einkommen, Zu-

gang zu Hochleistungsmedizin. Das ist eine enorme gesellschaftliche Errungenschaft, die es selbst in anderen entwickelten Industrieländern so oft nicht gibt. Deshalb würde ich mir bei den politischen Debatten zu vermeintlichen Mengensteigerungen mehr Vorsicht und Differenzierung wünschen.

Trotz allem wird die hohe Mengenzahl in der öffentlichen Debatte aber sehr negativ gesehen.

Dieser politische Trend, Leistungssteigerungen im Gesundheitswesen generell zu diskreditieren, macht mir in der Tat Sorgen. Ich halte das für grundfalsch. Gerade in der Hochschulmedizin forschen wir ja ganz gezielt nach neuen Therapieoptionen. Wir wollen mehr für die Patienten tun und permanent besser werden. Für die Uniklinika kann man klar sagen, dass in erster Linie der medizinisch-technische Fortschritt die Ursache für steigende Behandlungszahlen ist. Mehr OPs sind also vor allem Ausdruck der Leistungsfähigkeit unserer Kliniken. Fakt ist: Wir können immer mehr Menschen immer besser helfen.

Das OECD-Papier konzentriert sich auf die Mengendebatte. Sollte man auch die Kostenentwicklung im internationalen Vergleich betrachten?

Egal ob Kosten- oder Mengenentwicklungen – ich halte internationale Vergleiche in beiden Fällen für wenig zielführend. Die Systeme sind von Land zu Land so unterschiedlich, dass globale Kosten- oder Leistungsanalysen auf Makroebene in die Irre führen. Wenn wir aus internationalen Vergleichen überhaupt etwas wissen, dann, dass die Preise für Krankenhausleistungen in Deutschland im internationalen Vergleich eher niedrig sind. Das sieht man aber nicht an den OECD-Daten.

In der öffentlichen Debatte wurde das OECD-Papier zum Anlass genommen, Ärzten und Krankenhäusern zu unterstellen, aus wirtschaftlichen Gründen überflüssige Operationen durchzuführen. Ist diese Kritik gerechtfertigt?

Es gibt überhaupt keinen Grund anzunehmen, dass in Deutschland aus primär

wirtschaftlichen Gründen überflüssige Operationen gemacht werden. Das wäre im hohen Maße unethisch und im Übrigen auch strafrechtlich sanktionierbar. Trotzdem muss man sehr ernst nehmen, dass Teile der Ärzteschaft auf Fehlentwicklungen hinweisen. Ich würde mir wünschen, dass wir in Deutschland eine leistungsfähige Versorgungsforschung etablieren, um Diskussionen über Mengensteigerungen und -steuerungen auf einer fundierten Datenbasis führen zu können.

Macht es Sinn, wie von den Autoren des Papiers vorgeschlagen, das Leistungsgeschehen in Kliniken stärker über die Politik zu steuern?

Mir ist nicht klar, wie diese Steuerung über die Politik konkret aussehen soll. Die Festlegung des Behandlungsbedarfs ist nur und ausschließlich im Arzt-Patienten-Verhältnis möglich. Man kann allen Beteiligten nur dringend raten, mit dieser Thematik sehr sensibel umzugehen, sonst landet man am Ende bei Wartelisten und Leistungseinschränkungen für Versicherte.

Sie haben die Versorgungsforschung bereits angesprochen. Was muss dann in Zukunft getan werden, um zukünftige Entwicklungen präziser einzuschätzen und besser darauf reagieren zu können?

Was wir brauchen, sind regional differenzierte Analysen der Entwicklungen in einzelnen Leistungsbereichen. Nur dann erkennt man verlässlich, wo es wirkliche Fehlentwicklungen gibt, wo die Ursachen liegen und wie man sie am besten beheben kann. Ein gutes Beispiel dafür ist die Erhebung im Versorgungsatlas orthopädischer Eingriffe der Uniklinik Dresden. Diese Daten zeigen, dass gerade die immer wieder als Negativbeispiel genannten Hüft- und Knieoperationen in den letzten zwei Jahren um 10 bis 20 Prozent zurückgegangen sind. Auf dieser Datengrundlage kann man seriös diskutieren. Leider fehlt bisher ein systematischer Ansatz für Versorgungsforschung im deutschen Gesundheitswesen. Wir müssen die unabhängige Versorgungsforschung an den Universitäten ausbauen. Dafür braucht es eine solide Finanzierung. Hier wäre die Gesundheitspolitik gefordert.

Fortschritt erLeben

Ausgabe 03 / 2013
Seite 2

INNOVATIONEN KONKRET.

Der OECD-Bericht auf den zweiten Blick

Nirgends wird so häufig operiert wie in Deutschland. Das ist die Kurzfassung eines Berichts, den die OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) im April 2013 vorgelegt hat – und damit eine Debatte über Mengenentwicklung auslöste. Deutschland sei Spitzenreiter bei dem Einbau künstlicher Hüftgelenke, bei Krebstherapien und auch bei Knie-OPs belege das Land vordere Plätze, heißt es in dem Bericht „Managing Hospital Volumes“, für den die OECD 34 Länder verglichen hatte. Die OECD kritisiert in diesem Bericht die aus ihrer Sicht zu hohen OP-Zahlen – und macht mangelnde Kontrolle und falsche Anreize im deutschen Gesundheitssystem für die Mengenentwicklung verantwortlich. Der Vorwurf: In deutschen Kliniken werde zu schnell und zu oft operiert.

Die Zuspitzung auf die Zahl der Operationen erweist sich allerdings als Problem. Was sagt die Anzahl der OPs über die Qualität der Versorgung aus? Ist gute Versorgung nicht viel mehr ein optimales Zusammenspiel von medizinischem Personal, modernsten Behandlungsmethoden und mündigen Patienten? Fakt ist: Eine OP-Zahl allein sagt nichts aus. Zumal man ein hoch entwickeltes Gesundheitssystem wie in Deutschland nur schwer mit den Ländern Osteuropas, mit der staatlichen Gesundheitsversorgung in Schweden oder gar den USA vergleichen kann, wo viele Menschen nicht versichert sind und aus Kostengründen erst spät ins Krankenhaus gehen.

Doch statt die Schwächen des OECD-Berichts zu thematisieren, wurde dieser in den deutschen Medien auf knackige Schlagzeilen verkürzt: Deutschland sei „Weltmeister im künstlichen Hüftgelenk“, die Zahl der OPs sei „drastisch“ gestiegen. So hatte die OECD beispielsweise anstelle von Fällen zunächst Prozeduren für Deutschland erfasst. Dementsprechend fielen die Zahlen zu hoch aus. Die im Juli 2013 aktualisierten Zahlen ergaben dann ein neues Bild und widersprachen den ersten Angaben der OECD. Bei den Hüft-OPs belegt nun die Schweiz den ersten Platz

mit 303,9 Fällen pro 100.000 Einwohner. Auch bei den Knie-OPs rangiert Deutschland nun deutlich hinter den USA und Österreich. Michael Schönstein, einer der Autoren des Berichts, war daher auf dem BVMed-Sommertreffen im August 2013 bemüht, die Zahlen zu relativieren: Die OECD-Veröffentlichung zu den Krankenhausfällen sei keine Studie, sondern ein Diskussionspapier.


Das Bild vom „Weltmeister“ hatte zuvor bereits eine Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) zur Mengenentwicklung vom Dezember 2012 relativiert. Angesichts der immer größer werdenden Zahl älterer Menschen in Deutschland gebe es „keine Auffälligkeiten“, heißt es in der Studie, auch nicht im Vergleich „mit hoch entwickelten Gesundheitssystemen in Staaten wie USA und Schweiz“. Zum selben Ergebnis kommt auch Prof. Dr. Klaus-Peter Günther, Direktor des Universitäts-Centrums für Orthopädie und Unfallchirurgie am Universitätsklinikum in Dresden. So seien die OECD-Daten 20 bis 30 Prozent höher als die Zahlen des Statistischen Bundesamtes. Deutschland sei nicht „Weltmeister“ in der Endoprothetik, sondern liege deutlich hinter den USA und auf einer Ebene mit der Schweiz oder Norwegen. Tatsächlich stagniere der Hüftgelenkersatz in den letzten zwei Jahren. Wenn in Deutschland die Zahl an Gelenk-OPs ansteigt, ist das kein System-Problem, sondern Ausdruck einer alternden Gesellschaft und Zeichen des medizinisch-technischen Fortschritts. Zu diesem Schluss kommt schließlich auch die OECD: Deutschlands Krankenhäuser würden der Bevölkerung eine bessere Versorgung bieten als die Krankenhäuser in vielen anderen OECD-Ländern.

Und vor allem auch eine finanzierbare Gesundheitsversorgung. Denn trotz des hohen Versorgungsniveaus weist Deutschland nur durchschnittliche Kosten auf. Die deutschen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben lagen 2011 im OECD-Vergleich bei 4.495 US-Dollar. Damit steht Deutschland nur an neunter Stelle. Spitzenreiter sind die USA mit 8.508 US-Dol-

lar, gefolgt von Norwegen, der Schweiz und den Niederlanden. Deutschland zeichnet sich zudem durch seine Kosteneffizienz aus: Laut OECD beliefen sich die Gesamtausgaben für Gesundheit im Jahr 2011 auf 11,3 Prozent des deutschen Bruttoinlandsprodukts (BIP). In den USA waren es zum selben Zeitpunkt 17,7 Prozent, in Frankreich 11,6 Prozent; der OECD-Schnitt lag bei 9,3 Prozent.

Nicht zuletzt müssen Patienten in Deutschland auch keine langen Wartezeiten in Kauf nehmen. Das ergab eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der Privaten Krankenversicherung (WIP). Bei einer internationalen Erhebung in den OECD-Ländern gaben 83 Prozent der deutschen Befragten an, weniger als einen Monat auf einen Facharzt-Termin warten zu müssen. 78 Prozent mussten weniger als einen Monat auf einen operativen Eingriff im Krankenhaus warten. Damit liegt Deutschland tatsächlich an erster Stelle.

Experten sehen daher keinen Grund, das Leistungsgeschehen stärker über politische Eingriffe zu steuern, wie die Autoren des OECD-Berichts empfohlen haben. Als Konsequenz aus der Debatte fordern Ärzte und Kliniken vielmehr einen Ausbau der Versorgungsforschung, damit auf Grundlage von verlässlichen Daten über mögliche Anpassungen gesprochen werden kann. Das hat auch die OECD erkannt und ist gerade dabei, den „Managing Hospital Volumes“-Bericht zu überarbeiten. Es ist also nicht angebracht, bereits jetzt voreilige Schlüsse zu ziehen – sondern die Ergebnisse abzuwarten und die Debatte in Zukunft sachlich zu führen.



Sie haben Fragen oder Anregungen zu den Themen unseres Newsletters? Herr Olaf Winkler, Leiter Referat Gesundheitssystem, steht Ihnen gerne zur Verfügung: Telefon 030 246255-26 oder E-Mail winkler@bvmed.de