



Leopoldina
Nationale Akademie
der Wissenschaften

Oktober 2016 | Diskussion Nr. 7

Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem

8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der
Patienten und der Gesellschaft

Impressum

Herausgeber

Prof. Dr. Jörg Hacker,
Präsident der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina
– Nationale Akademie der Wissenschaften –
Jägerberg 1
06108 Halle (Saale)

Gestaltung und Satz

unicom Werbeagentur GmbH, Berlin

Redaktion

Dr. Kathrin Happe, Dr. Stefanie Westermann
Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina
Kontakt: Abteilung Wissenschaft – Politik – Gesellschaft (Leitung: Elmar König)
politikberatung@leopoldina.org
Datum: Oktober 2016

Druck

Druckhaus Köthen GmbH & Co.KG
Friedrichstr. 11/12
06366 Köthen (Anhalt)
druckhaus@koethen.de

ISBN 978-3-8047-3656-6

Bibliografische Information der deutschen Nationalbibliothek

Die deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie, detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2016 Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e.V. –
Nationale Akademie der Wissenschaften, Halle (Saale)

ML = Mitglied der Leopoldina

Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem

8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der
Patienten und der Gesellschaft

**Reinhard Busse
Detlev Ganten ML
Stefan Huster
Erich R. Reinhardt
Norbert Suttorp ML
Urban Wiesing ML**

Inhaltsverzeichnis

Was will dieses Papier?	3
Ausgangssituation: Effizienz und Qualität – Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich	5
8 Thesen zum Weiterdenken.....	11
These 1: Ökonomisches Handeln im Gesundheitssystem ist geboten – aber ausschließlich zum Wohl des einzelnen Patienten und der Gesellschaft.	11
These 2: Mehr Geld macht ein System nicht automatisch leistungsfähiger.....	11
These 3: Vorhandene Überkapazitäten dürfen nicht dazu führen, dass außermedizinische Überlegungen die Indikationsstellung beeinflussen.	12
These 4: Eine Weiterentwicklung des DRG-Systems allein reicht nicht aus, um die ökonomischen Fehlentwicklungen zu beheben...13	
These 5: Qualifiziertes medizinisches Personal ist derzeit im Grunde ausreichend vorhanden, aber auf zu viele Häuser verteilt...13	
These 6: Eine angemessene Analyse des Gesundheitssystems braucht Transparenz und den Zugang zu Informationen.....	14
These 7: Wettbewerb hat Grenzen.	14
These 8: Die Gesundheitsversorgung braucht klare und verlässliche politische Rahmensetzungen, innerhalb derer ein Qualitätswettbewerb stattfinden kann. Es braucht zusätzlich politischen Mut, die notwendigen Strukturveränderungen anzugehen.	15
Autoren der Thesen.....	16
Anhang Programm des Symposiums	17

Was will dieses Papier?

Die Medizin hat die Aufgabe, Krankheiten – soweit möglich – zu heilen, zu lindern und ihnen vorzubeugen. Der Patient muss sich darauf verlassen können, dass Ärzte und das medizinische Fachpersonal nur entsprechend dieser Aufgabe handeln.

Die Lebenserwartung der Menschen in Deutschland steigt, und das bei immer besserer Gesundheit. Gründe hierfür sind insbesondere auch Fortschritte der Medizin und ein qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem, das prinzipiell allen offensteht.

Seit einiger Zeit beschäftigen sich verschiedene Akteure¹ in Veranstaltungen, Stellungnahmen und Analysen mit möglichen Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen und insbesondere mit den Ursachen, Symptomen und Folgen einer wahrgenommenen „Ökonomisierung“, welche unter Umständen zu Therapieentscheidungen führen, die medizinisch nicht indiziert sind.

Die Wissenschaftlichen Kommissionen Gesundheit und Wissenschaftsethik der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina haben dies zum Anlass genommen, in einem Symposium im Januar 2016 in Berlin das grundsätzliche Verhältnis zwischen Medizin und Ökonomie in den Blick zu nehmen. Der Schwerpunkt lag dabei auf dem akut-stationären Bereich. Das vorliegende Papier ist auf der Grundlage dieses Symposiums entstanden.

In diesem Papier finden sich Thesen zu Ansatzpunkten für eine klare Rollenzuweisung von Ökonomie und Medizin im deutschen Gesundheitswesen am Beispiel des stationären Sektors. Hierbei handelt es sich um einen Autorenbeitrag von Wissenschaftlern aus den beiden

1 Beispielsweise: Deutscher Ethikrat (2016): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf> (Stand: 08.09.2016); Schumm-Draeger, P.-M., Mann, K., Müller-Wieland, D. & Fölsch, U. (2016): Der Patient ist kein Kunde, das Krankenhaus kein Wirtschaftsunternehmen. *DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 141(16), 1183–1185. <http://doi.org/10.1055/s-0042-111258>. (Stand: 08.09.2016) sowie eine breite mediale Berichterstattung seit Jahren.

Kommissionen, die die Veranstaltung vorbereitet haben. Den Autoren ist die Komplexität des Feldes und des entsprechenden rechtlichen Rahmens bewusst; dennoch werden einige Aspekte pointiert aufgegriffen, die den Autoren für das Verhältnis zwischen Medizin und Ökonomie und für Entwicklungen im Gesundheitssystem in Deutschland zentral erscheinen. Eine Dokumentation der Impulsvorträge und Diskussionen des Symposiums finden Sie auf der Internetseite der Leopoldina.²

² Siehe dazu: www.leopoldina.org/de/medizin-oekonomie (Stand: 08.09.2016).

Ausgangssituation: Effizienz und Qualität – Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich

Blickt man auf das solidarisch finanzierte Gesundheitssystem in Deutschland, so findet sich – grob skizziert – eine historisch gewachsene Versorgungslandschaft mit akut-stationären Einrichtungen in verschiedener Trägerschaft (öffentlich, freigemeinnützig, privat), mit Rehabilitationseinrichtungen sowie einem vom stationären Sektor deutlich getrennten ambulanten Bereich, der fach- und allgemeinärztliche Praxen und verschiedene therapeutische Versorgungsangebote umfasst. Kurz: Es sind viele Akteure in diesem Feld aktiv.

In das deutsche Gesundheitssystem fließt viel Geld.³ Im Jahr 2015 wurden in Deutschland 11,1% des Bruttoinlandsproduktes (BIP) für Leistungen und Güter des Gesundheitswesens aufgewendet; im OECD-Durchschnitt lag diese Quote bei 9,0%.⁴ Ein wesentlicher Grund für die steigende Lebenserwartung bei besserer Gesundheit in Deutschland sind die Fortschritte der Medizin und ein Gesundheitssystem, das prinzipiell allen offensteht. Dennoch stellt sich die Frage, ob die Ressourcen mit Blick auf die Qualität der medizinischen Versorgung im internationalen Vergleich gut eingesetzt sind.

Vergleicht man die Gesundheits-Outcomes in Deutschland mit denen in Schweden oder Dänemark – Länder, in denen der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP und die Bevölkerungsstruktur ähnlich sind –, so wird deutlich: Die Qualität der Versorgung und die Effizienzkennzahlen sind in diesen Ländern in Teilen besser.⁵

3 Laut Statistischem Bundesamt wurden 2014 insgesamt 328 Milliarden Euro für Gesundheit in Deutschland ausgegeben. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/03/PD16_080_23611.html (Stand: 08.09.2016).

4 OECD (2016): OECD Health Statistics 2016. <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA> (Stand: 08.09.2016).

5 OECD (2015): Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en.

Dies zeigt der Vergleich bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen – der nach wie vor häufigsten Todesursache.⁶ 2013 verstarben in Deutschland 8,7% der Patienten über 45 Jahre, die mit einem akuten Herzinfarkt in Krankenhäuser eingewiesen wurden, während ihres stationären Aufenthaltes. Von 32 OECD-Ländern mit entsprechenden Daten lag Deutschland damit auf Platz 25. Besonders wenige Patienten verstarben in Australien (4,1%) und Schweden (4,5%).⁷

Dabei belegte Deutschland diesen Platz obwohl der stationäre Sektor sehr groß ist: So verfügte Deutschland 2014 über 1.980 Krankenhäuser mit 500.700 Betten. Dies entspricht 6,2 Betten pro 1.000 Einwohner,⁸ davon 5,3 für die akute und 0,9 für die psychiatrische Versorgung.⁹ Vergleicht man diese Zahlen mit dem Durchschnitt der EU15-Länder, so hatte Deutschland 58% mehr Betten für die akute Versorgung und 35% mehr für die psychiatrische Versorgung. Das heißt: wäre Deutschland „durchschnittlich“, hätte es nur insgesamt rund 320.000 Betten, also rund 35% weniger.

Ein weiteres Beispiel: Die Verweildauer im Krankenhaus in Deutschland ist überdurchschnittlich hoch: 9,1 Tage in allen Krankenhäusern im Vergleich zu 8,3 Tagen im EU15-Schnitt (2013); betrachtet man nur die Akutkrankenhäuser, waren es 7,7 Tage in Deutschland und 6,3 Tage im EU15-Schnitt – im Vergleich zu 9,3 bzw. 7,2 Tagen im Jahr 2003.¹⁰ Das deutet darauf hin, dass die 2003 mithilfe von DRGs beabsichtigte Verkürzung der Liegezeiten bisher nur teilweise erreicht wurde.

6 RKI (2015): Gesundheit in Deutschland.

7 OECD (2015): Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en.

8 Von den 1.980 Krankenhäusern sind 1.646 sogenannte „allgemeine Krankenhäuser“ (mit 455.500 Betten; das entspricht 5,6 Betten je 1.000 Einwohner), und 334 „sonstige Krankenhäuser“, worunter zusammengefasst werden: 273 Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen, neurologischen und/oder geriatrischen Betten (mit 45.200 Betten; das entspricht 0,6 Betten je 1.000 Einwohner) und 61 reinen Tages- und Nachtkliniken.

9 WHO Europe (2015): European HFA Database. Zu den Betten für die psychiatrische Versorgung werden auch die Betten in psychiatrischen Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern gezählt. Bei Vergleichen ist auch zu beachten, dass zur Gesamtbettenzahl gegebenenfalls noch Betten in Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheimen gezählt werden, wodurch Deutschland laut OECD bzw. WHO auf 8,3 Betten je 1.000 Einwohner kommt (2013) – 73% über dem OECD-Schnitt von 4,8 bzw. 66% über dem EU15-Schnitt von 5,0 Betten je 1.000 Einwohner.

10 WHO Europe (2015): European HFA Database.

DRGs

Die diagnosebezogenen Fallgruppen (kurz: *Diagnosis Related Groups* – DRGs) sind ein Steuerungsinstrument zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen. 2003 ersetzte es in Deutschland das bis dahin geltende System der tagesgleichen Pflegesätze. Die DRGs gruppieren Patienten anhand von Diagnosen, Prozeduren und anderer Merkmale, wobei für jede Gruppe (DRG) ein Relativgewicht im Verhältnis zum Durchschnitt aller Patienten kalkuliert wird, welches wiederum durch Multiplikation mit der durchschnittlichen Vergütung (Basisfallwert) den Betrag ergibt, den die Kassen an die Krankenhäuser pro Fall zahlen.

Es gibt derzeit deutliche Hinweise auf Fallzahlsteigerungen in Deutschland, die nicht allein medizinisch begründet sind. Die Interpretation dieser Fallzahlsteigerungen ist umstritten: Insbesondere beteiligte Institutionen verweisen auf andere Begründungszusammenhänge. Die Autorengruppe geht jedoch davon aus, dass die derzeit vorhandenen Erkenntnisse mit hinreichender Sicherheit belegen, dass es aufgrund des Abrechnungssystems und nicht primär aus medizinischen Gründen in bestimmten Bereichen der Medizin zu Fallzahlsteigerungen gekommen ist. Auch der internationale Vergleich zeigt, dass Fallzahlen bei bestimmten Indikationen in Deutschland überdurchschnittlich hoch sind und steigen.¹¹ Die vorhandenen Erkenntnisse sind auf jeden Fall Grund genug, um politisch auf die Entwicklung zu reagieren.

Die genannten Fallzahlsteigerungen werden mit ökonomischen Fehlanreizen durch die Einführung des DRG-Systems bei gleichzeitig fehlenden Strukturveränderungen in Verbindung gebracht. Mit der Einführung des DRG-Vergütungssystems wurde versucht, die Nachteile der bis dahin geltenden tagesgleichen Pflegesätze zu verringern, insbesondere die im europäischen Vergleich sehr hohe Verweildauer im Krankenhaus. Mit den DRGs hat der Gesetzgeber ein Steuerungsinstrument eingeführt, welches vom Grundsatz her ein lernendes System ist und

11 Schreyögg J., Busse R. et al. (2014): Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG. Endbericht, Hamburg/ Berlin.

unter anderem Anreize setzen soll, um effizienter zu wirtschaften. Allerdings werden im DRG-System die erbrachten Leistungen bisher weitgehend unabhängig von der erbrachten Qualität erstattet.

Unbestritten hat das DRG-System – wie jedes andere System auch – unterschiedliche, mitunter unerwünschte Anreizwirkungen: Für Kliniken können besonders solche Indikationsstellungen für Mengensteigerungen interessant sein, in deren Vergütung rechnerisch ein hoher Anteil auf Fixkosten entfällt (welche mit steigender Menge konstant bleiben), oder solche, bei denen das Krankenhaus seine variablen Kosten, z.B. durch bessere Konditionen bei Medizinproduktherstellern, senken kann.

Indikationsstellung

„In Indikationen verbinden Ärzte und andere Kliniker den klinischen Zustand eines Patienten mit der inneren Wahl einer Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethode in Hinblick auf ein definiertes Behandlungsziel. [...] Ihre Qualität ergibt sich aus drei Faktorenbündeln: 1. der Wahrnehmung, dem Verständnis und der Bewertung der klinischen und psychosozialen Situation des Patienten, 2. aus der Vergegenwärtigung realistisch erreichbarer, legitimer und möglichst gemeinsam geteilter Ziele und 3. aus der Verfügung über evident wirksame, nützliche, sichere und ihrerseits wiederum legitime Heilmittel. In ihr verbinden sich – variabel und kaum auflösbar – Tatsachenwissen, Vermutungen, theoretische Kenntnisse, statistische Schätzungen und normative Erwägungen. In der Behandlung des Einzelfalls sind Singuläraussagen und der ‚allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse‘ (§ 2 Abs. 1 SGB V) zu verbinden – im angenommenen ‚besten Interesse‘ des Patienten.“¹²

Die Indikationsstellung an der Vergütung auszurichten, würde das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient bedrohen. Patienten

12 Raspe R. (2016): Dokumentation des Symposiums „Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem“ vom 21.01.2016, www.leopoldina.org/de/medizin-oekonomie (Stand: 08.09.2016).

müssen sich in der konkreten Behandlungssituation darauf verlassen können, dass Ärzte die Indikationsstellung ausschließlich am Patientenwohl ausrichten und nicht aus ökonomischen Motiven handeln und die Indikationsstellung entsprechend verändern.

Allerdings: Einzig auf DRGs als Ursache für mögliche Fehlentwicklungen wie Fallzahlsteigerungen zu fokussieren, verstellt den Blick auf die Komplexität des Geschehens und vor allem auf strukturelle Probleme.

Ein solches strukturelles Problem ist die – gerade auch im internationalen Vergleich deutlich werdende – Vielzahl von Krankenhäusern und Krankenhausbetten, die miteinander um Patienten und finanzielle Mittel konkurrieren. Diese historisch gewachsene Struktur der Krankenhauslandschaft kann zudem den Versorgungsstandard der modernen Krankenhausmedizin nicht angemessen erfüllen – zu viele kleine Krankenhäuser können moderne, hochkomplizierte Interventionen nicht mit der nötigen Ausstattung und Erfahrung durchführen.

Von den 1.646 allgemeinen Krankenhäusern in Deutschland im Jahr 2014 waren 35 Universitätsklinika und 1.371 Plankrankenhäuser, also solche, die in den Krankenhausplänen der Länder gelistet sind und Anspruch auf steuerfinanzierte Investitionen haben.¹³ Selbst von diesen Plankrankenhäusern verfügten allerdings 359 (26%) über kein CT (Computertomographie) und 261 (19%) über kein einziges Intensivbett.^{14,15}

-
- 13 Bei der Differenz von 240 Krankenhäusern handelt es sich weder um Universitäts- noch Plankrankenhäuser, sondern entsprechend der Unterteilung des Statistischen Bundesamtes um „Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag“ (n = 67 mit ca. 5.800 Betten), welche zumindest für einige Betten Verträge mit Krankenkassen haben, und „Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag“ (n = 173 mit knapp über 3.000 Betten), die definitionsgemäß nur Selbstzahler/ privat versicherte Patienten behandeln. Beide Gruppen beinhalten eher nur kleine Krankenhäuser.
 - 14 Statistisches Bundesamt (2015): Grunddaten der Krankenhäuser 2014. Fachserie 12, Reihe 6.1.1; in einzelnen Bundesländern liegen die Prozentsätze sogar noch deutlich darunter – in Schleswig-Holstein haben z.B. 44% keine CTs bzw. 42% keine Intensivbetten, in Baden-Württemberg liegen die Anteile bei 32% bzw. 26%, in Berlin bei 27% bzw. 22%. Die Ausstattung ist ebenfalls schlechter, wenn alle 1.646 allgemeinen Krankenhäuser betrachtet werden: von diesen hatten 685 (42%) kein CT und 476 (29%) kein einziges Intensivbett.
 - 15 In diesem Kontext ist es auch als höchst problematisch zu bewerten, wenn Kliniken Eingriffe und Versorgungsleistungen anbieten, in denen sie über keine besondere Ausstattung und/oder Expertise verfügen. Dieses ist beispielsweise der Fall wenn medizinisch hochkomplexe Transplantationen auch dann durchgeführt werden, wenn es hiervon nur wenige Fälle im Jahr gibt und das medizinische Personal also über keine entsprechenden Erfahrungen verfügt.

Hätte Deutschland die Krankenhausstruktur von Dänemark mit einem Krankenhaus pro 250.000 Einwohner, wären es bei uns 330 – und alle mit CT, MRT (Magnetresonanztomographie) und Fachärzten für Innere Medizin/Kardiologie, Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie und Anästhesie/ Intensivmedizin, die rund um die Uhr und an allen Tagen der Woche verfügbar sind. Die dänische Krankenhausstruktur ist das Resultat einer landesweit abgestimmten Reform, die für rund 1.000 Euro pro Kopf der Bevölkerung viele kleinere ältere Krankenhäuser durch wenige neue ersetzt hat.

Die in Deutschland überproportional hohe Zahl von oft schlecht ausgestatteten Krankenhäusern trifft auf rechtliche Rahmenbedingungen, die die Schließung einzelner Häuser erschweren, ja fast unmöglich machen. Nicht zuletzt ist der Eingriff in die vorhandenen Krankenhausstrukturen politisch unattraktiv: beispielsweise werden mögliche Schließungen aufgrund von Widerständen vor Ort oft nicht durchgeführt.

Ein weiteres strukturelles Problem betrifft die Unterfinanzierung von Krankenhäusern im Bereich von Investitionen. Es wird geschätzt, dass der Gesamtinvestitionsbedarf bei 7 Mrd. Euro pro Jahr liegt, wovon aber 2014 nur 2,8 Mrd. Euro von den dafür zuständigen Bundesländern zur Verfügung gestellt wurden und eine gleich große Summe von den Krankenhausträgern aufgebracht bzw. fremdfinanziert wurde.¹⁶ Die zu hohe Zahl von Krankenhäusern und die öffentliche Unterfinanzierung von Investitionen begünstigen die zweckentfremdete Nutzung von DRG-Erlösen zur Existenzsicherung einzelner Häuser. Sie bergen darüber hinaus Risiken für die Qualität der Versorgung.

16 BDO Wirtschaftsprüfungsgesellschaft und Deutsches Krankenhausinstitut (2015): Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser. Köln.

8 Thesen zum Weiterdenken

These 1: Ökonomisches Handeln im Gesundheitssystem ist geboten – aber ausschließlich zum Wohl des einzelnen Patienten und der Gesellschaft.

Die finanziellen Ressourcen, die die Gesellschaft für das Gesundheitssystem einsetzen kann, sind begrenzt. Sie stehen zudem im Wettbewerb mit weiteren gesellschaftlichen Zielen und Aufgaben, wie Bildung, Infrastruktur oder Sicherheit. Hinzu kommen medizinisch-technische Entwicklungen, neue kostenintensive medikamentöse Therapien sowie steigende Patientenzahlen aufgrund des demografischen Wandels. Das tatsächliche Ausmaß dieser Entwicklungen ist schwer abzuschätzen und nur bedingt steuerbar. All dies verstärkt den Druck auf das Gesundheitssystem.

Es ist daher ethisch geboten, das Gesundheitssystem wirtschaftlich, effektiv und effizient zu gestalten.

Die Ökonomie hat im Gesundheitssystem die Aufgabe, die Ziele der Medizin und damit eine qualitativ hochwertige Versorgung bei begrenzten Ressourcen zu erreichen. Damit dient die Ökonomie den Zielen der Medizin. Wenn aber die Rahmenbedingungen so gesetzt sind, dass ökonomische Handlungsmaßstäbe medizinische Entscheidungen dominieren, werden die Grenzen ökonomischer Prinzipien im Gesundheitswesen überschritten. Das grundlegende Verhältnis zwischen Medizin und Ökonomie darf nicht umgekehrt werden.

These 2: Mehr Geld macht ein System nicht automatisch leistungsfähiger.

Eine mögliche Antwort auf die im internationalen Vergleich schlechteren Gesundheits-Outcomes und einen wachsenden ökonomischen

Druck, den viele Krankenhäuser beklagen, wäre es, das System mit mehr Geld auszustatten. Wieviel Geld eine Gesellschaft für ihre Gesundheitsversorgung ausgeben möchte, ist Teil des demokratischen Aushandlungs- und Entscheidungsprozesses.

Doch wenn das eigentliche Problem ein strukturelles ist, würde das System durch mehr Geld nicht automatisch effizienter, leistungsfähiger und nachhaltiger werden. Die zusätzlichen finanziellen Ressourcen müssten entweder zusätzlich erwirtschaftet werden oder sie würden in anderen gesellschaftlichen Teilbereichen fehlen. Zudem zeigt der internationale Vergleich, dass Gesundheitssysteme, die mehr Geld in das jeweilige System einbringen, keine Vorteile hinsichtlich der Versorgungsqualität erreichen.

Vor diesem Hintergrund muss sich der Blick auf die Rahmenbedingungen und Strukturen des deutschen Gesundheitssystems richten, um mehr Qualität, Nachhaltigkeit und einen effizienteren Mitteleinsatz zu erreichen. Dazu gehört auch, eine gesellschaftliche Diskussion über grundsätzliche Fragen der Verteilung öffentlicher Mittel und gegebenenfalls notwendige Priorisierungsentscheidungen im Gesundheitsbereich zu führen.

These 3: Vorhandene Überkapazitäten dürfen nicht dazu führen, dass außermedizinische Überlegungen die Indikationsstellung beeinflussen.

Das Sozialgesetzbuch V fordert in § 70 unter anderem die bedarfsgerechte, ausreichende und das Maß des Notwendigen nicht übersteigende Versorgung aller GKV-Versicherten. Die Bedarfsgerechtigkeit soll durch die Indikationsstellung erreicht werden. Die Indikation ist damit das Mittel für eine patientenorientierte Medizin. Die Strukturen des Gesundheitssystems müssen deshalb so gestaltet sein, dass die Indikationsstellung nicht durch außermedizinische Überlegungen berührt wird. Auch in diesem Kontext sind die vorhandenen Überkapazitäten problematisch, setzen sie doch Anreize, nicht nur die Indikationsstellung für die Diagnose- oder Therapieentscheidungen heranzuziehen, sondern ökonomische Überlegungen einfließen zu lassen.

These 4: Eine Weiterentwicklung des DRG-Systems allein reicht nicht aus, um die ökonomischen Fehlentwicklungen zu beheben.

Der derzeit politisch gewählte Weg, die Effizienz von Krankenhäusern über das DRG-System zu steigern und ineffiziente Krankenhäuser zu schließen, führt unter den momentanen Rahmenbedingungen de facto nicht zum Ziel. Im Gegenteil: Es bestehen deutliche Hinweise, dass Krankenhäuser unter anderem über Fallzahlsteigerungen versuchen, ihr Überleben zu sichern.

Das DRG-System sollte im Sinne eines lernenden Systems weiterentwickelt werden, um mögliche Missbräuche zu verhindern. Eine solche Weiterentwicklung allein wird aber nicht ausreichen, wenn nicht gleichzeitig der politische Wille besteht, die Krankenhausstruktur grundlegend zu verändern. Dafür ist es notwendig, die rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen, etwa im Bereich des Krankenhausplanungsrechts, um eine Reduktion der Zahl der Krankenhäuser – und nicht nur der Betten – bzw. eine Zentrierung der Versorgung zu erreichen.

These 5: Qualifiziertes medizinisches Personal ist derzeit im Grunde ausreichend vorhanden, aber auf zu viele Häuser verteilt.

Die Zahl der zu betreuenden Patienten pro Pflegekraft und Arzt ist in Deutschland häufig zu hoch. Das hat unter anderem zur Folge, dass das medizinische Personal sich zunehmend überlastet fühlt und die Qualität der Versorgung leidet. Für viele Pflegekräfte und Ärzte driften im Rahmen einer fortschreitenden Arbeitsverdichtung das persönliche Berufsverständnis und die medizinisch-pflegerische Realität immer mehr auseinander.

Dabei muss aber unterschieden werden, ob der Mangel an Pflegekräften aufgrund steigender Nachfrage (Demografischer Wandel) besteht, oder aber Ergebnis der derzeitigen Krankenhausstruktur ist. So liegt das zahlenmäßige Verhältnis von Pflegepersonal (oder Ärzten) pro Kopf der Bevölkerung international im oberen Mittelfeld, während es pro Patient bzw. belegtem Bett im unteren Bereich angesiedelt ist.

Die derzeitige Mangeldiskussion resultiert zu großen Teilen aus einem unnötig aufgeblähten System mit zu vielen Krankenhäusern, hohen Betten- und stationären Fallzahlen und der immer noch überdurchschnittlich langen Verweildauer im Krankenhaus. Eine entsprechende Reduktion der Krankenhäuser, vor allem in Ballungsräumen, und die Aufstockung des medizinischen Personals in den verbleibenden Häusern würden zu adäquateren Patienten-Pflegepersonal-Zahlen führen und damit sowohl die Versorgungsqualität deutlich erhöhen als auch Überlastungen beim medizinischen Personal reduzieren.

These 6: Eine angemessene Analyse des Gesundheitssystems braucht Transparenz und den Zugang zu Informationen.

Politik und Gesellschaft benötigen Informationen darüber, wie effizient und leistungsfähig das Gesundheitssystem ist. Daten dazu gibt es viele; sie sind jedoch für die notwendige wissenschaftliche Auswertung in Teilen nicht zugänglich. Hinzu kommen Defizite im Bereich der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Fehlende Daten und Digitalisierungsinfrastrukturen bedeuten in der Konsequenz fehlendes Wissen, etwa über Abläufe, über mögliche Über- und Unterversorgung oder über den Nutzen von Therapien. Anzustreben sind daher eine ausgebaute digitale Daten- und Sicherheitsinfrastruktur, einheitliche und für alle geltende Transparenzstandards und die Professionalisierung des Umgangs mit Daten im Gesundheitswesen.

These 7: Wettbewerb hat Grenzen.

Die im Sozialgesetzbuch V ebenfalls in § 70 erhobene Forderung nach Gleichmäßigkeit bezieht sich auf eine Versorgungsqualität, die – entsprechend dem „allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse“ – in allen Regionen in Deutschland für alle Menschen gleich hoch sein soll, unabhängig von der jeweiligen Organisationsform oder Trägerschaft. Um diese zu gewährleisten, ist Wettbewerb nur bedingt geeignet. Dies gilt insbesondere für ländliche und strukturschwache

Regionen. In diesem Kontext sollte aber auch über neue, intelligente Konzepte nachgedacht werden, beispielsweise die Option, ein schlechtes Krankenhaus auf dem Land zu schließen und stattdessen in gut ausgestattete Rettungswagen für den Transport zu investieren.

These 8: Die Gesundheitsversorgung braucht klare und verlässliche politische Rahmenseetzungen, innerhalb derer ein Qualitätswettbewerb stattfinden kann. Es braucht zusätzlich politischen Mut, die notwendigen Strukturveränderungen anzugehen.

Politische Entscheidungsträger haben eine Steuerungsverantwortung, sie müssen die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems setzen. Ziel muss es sein, diese Bedingungen so zu gestalten, dass es für alle Akteure sinnvoll ist – auch aus ökonomischer Sicht –, sich nachhaltig in Bezug auf das Patientenwohl zu verhalten.

Darüber hinaus müssen dann die Voraussetzungen für einen tatsächlichen Qualitätswettbewerb unter einer geringeren Anzahl von Krankenhäusern, die aber besser ausgestattet sind, einheitlich geregelt sein; insbesondere in Form von einheitlichen Qualitätsindikatoren, einheitlichen Rahmenbedingungen zur Qualitätsmessung und einheitlichen Vorgaben zur Transparenz.

Politische Zurückhaltung bei der Gestaltung des Krankenhauswesens in Deutschland führt nur dazu, dass die Probleme über die DRGs auf die praktische Arbeitsebene nach unten „durchgereicht“ werden mit den bekannten unerwünschten Folgen: Arbeitsverdichtung, Unzufriedenheit der Mitarbeiter, Personalmangel, obwohl insgesamt genug Personal vorhanden ist, Fallzahlsteigerungen ohne medizinische Gründe und gesamtwirtschaftlich hohe Kosten, ohne dass ein entsprechender gesundheitlicher Nutzen generiert würde.

Autoren der Thesen

Reinhard Busse	Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin
Detlev Ganten ML	Stiftung Charité, Sprecher der WK Gesundheit
Stefan Huster	Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie, Ruhr-Universität Bochum
Erich R. Reinhardt	Medical-Valley, Erlangen-Nürnberg
Norbert Suttorp ML	Klinik für Infektiologie und Pneumologie, Charité Universitätsmedizin Berlin
Urban Wiesing ML	Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Medizinische Fakultät der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

Wissenschaftliche Redaktion

Kathrin Happe	Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina
Stefanie Westermann	Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina

Anhang

Programm des Symposiums „Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem“

Zeit:	21. Januar 2016
Veranstaltungsort:	Berlin, Reinhardtstraßen-Höfe, Reinhardtstraße 14, 10117 Berlin
Format:	1-tägiges Symposium, bei dem der intensive Austausch im Mittelpunkt steht.

Hintergrund

Viele Veranstaltungen, Stellungnahmen und Analysen beschäftigen sich mit den Ursachen, Symptomen und Folgen einer wahrgenommenen Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Ein wesentlicher Anlass dafür sind zahlreiche Fälle von Unter-, Fehl- und vor allem Überversorgung (z.B. Fallzahlsteigerungen) im deutschen Gesundheitssystem und ihre unterschiedliche Bewertung. Eine Reaktion auf diese Entwicklungen sowie auf gesellschaftliche Veränderungsprozesse allgemein ist es, die Gesundheitsversorgung stärker als bislang anhand von Qualitätskriterien zu bewerten und zu steuern. Das im Sommer 2014 verabschiedete GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz sowie das kommende Krankenhausstrukturgesetz, das zu 2016 in Kraft treten soll, setzen hier an.

Diese verschiedenen Problemfelder berühren das grundsätzliche Verhältnis von Medizin und Ökonomie, welches häufig als konfrontativ gesehen wird. Die Ökonomie hat die Verteilung knapper Ressourcen zum Thema, die Medizin die Behandlung des einzelnen Patienten. Hieraus ergibt sich ein gewisses Spannungsverhältnis. Zugleich sind aber beide Perspektiven für eine Gesellschaft und ein funktionierendes Gesundheitssystem wichtig und bedingen sich gegenseitig.

Ziel und Leitfragen

Die Wissenschaftlichen Kommissionen Gesundheit und Wissenschaftsethik der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina nehmen dieses zum Anlass, das grundsätzliche Verhältnis zwischen Medizin und Ökonomie in den Blick zu nehmen.

Im Zentrum des Symposiums steht dabei die Frage: Wie ist das Verhältnis von Medizin und Ökonomie im Sinne einer qualitativ hochwertigen Versorgung von Patientinnen und Patienten sinnvoll zu gestalten? Übergeordnetes Ziel ist es, Ansatzpunkte zu finden, um die Konfrontation der beiden Systeme Ökonomie und Medizin zu entschärfen.

- Welche Stellschrauben sind wichtig, damit das Verhältnis ausgeglichen sein kann?
- Wo liegen sensible Stellen? Wie kann man diese gestalten, um gleichzeitig die Qualität der Versorgung und einen sparsamen Umgang mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen zu gewährleisten?
- Welche „Leitplanken“ für die Praxis sind insoweit erforderlich?
- Welche wettbewerblichen „Spielregeln“ sind erforderlich, um den besonderen Ansprüchen der Gesundheitsversorgung zu entsprechen?
- Was spricht für/gegen einen wettbewerbsorientierten Ansatz im Sektor Gesundheit?

Ablauf der Veranstaltung

Tag 1: 11:00 – 18:00 Uhr

11:00 – 11:15 Uhr | Begrüßung und Einführung in die Veranstaltung

Volker ter Meulen

Sprecher der Wissenschaftlichen Kommission Gesundheit

Erich R. Reinhardt

Mitglied der Wissenschaftlichen Kommission Gesundheit

11:15 – 12:00 Uhr | Impulsreferat (30 Minuten) mit anschließender Diskussion

Wovon sprechen wir? Fallzahlsteigerungen und Qualität: Fakten und ihre Interpretation

Reinhard Busse

Moderation: Volker ter Meulen

12:00 – 13:00 Uhr | Impulsreferat (max. 15 Minuten) mit anschließender Diskussion

Zum grundsätzlichen Verhältnis zwischen Ökonomie und Medizin

Dieter Birnbacher

Moderation: Stefan Huster

Mögliche Fragen:

- Was sind akzeptable/inakzeptable/wünschenswerte Einflussnahmen auf die Medizin und ihren moralischen Auftrag von außen (Stichworte: Kommerzialisierung, etc.)?
- Wie lässt sich ein „gesunder“ und transparenter Wettbewerb gestalten?
- Welches sind die Rolle, Funktion und Grenzen des ärztlichen Ethos? Welches waren sie, welches sollten sie sein?

13:00 – 13:45 Uhr | Pause mit Imbiss

13:45 – 14:45 Uhr | Impulsreferat (max. 15 Minuten) mit anschließender Diskussion

Die Perspektive der Patienten

Daniel Strech

Moderation: Norbert Suttorp

Mögliche Fragen:

- Welche Rollen spielt der Patient im Verhältnis zwischen Medizin und Ökonomie?
- Welche Ansprüche hat der Patient als „Kunde“? Inwieweit kann und muss das Gesundheitssystem darauf eingehen?
- Inwieweit bedrohen kommerzielle Angebote das Vertrauen von Patienten in die medizinische Versorgung?
- Inwieweit stärken Transparenz und umfassende Aufklärung das Vertrauen des Patienten in die medizinische Versorgung?

14:45 – 15:15 Uhr | Pause

15:15 – 16:15 Uhr | Impulsreferat (max. 15 Minuten) mit anschließender Diskussion

Problemfeld Indikationsstellung: dem Individuum oder/ und dem Patientenkollektiv verpflichtet?

Heiner Raspe

Moderation: Urban Wiesing

Mögliche Fragen:

- Welche ist die Funktion der Indikationsstellung? Welches sollte sie sein?
- Können wir „gute“ Indikationsstellung beim Einzelnen messen? Oder nur in Kollektiven?
- Welche Faktoren beeinflussen die Indikationsqualität positiv/negativ?
- Wie ist das Verhältnis zwischen Indikationsqualität und Prozess-/ Ergebnisqualität?

- Inwieweit haben ökonomische Überlegungen in der Praxis Einfluss auf die Indikationsstellung?
- Welche Konflikte gibt es zwischen der Indikationsstellung im Einzelfall und der Frage der Angemessenheit dieser Indikationsstellung für ganze Kollektive von Patienten (d.h. alle Patienten mit bestimmten Merkmalen oder alle Patienten in einem gewissen Krankenhaus etc.).

16:15 – 17:15 Uhr | Impulsreferat (max. 15 Minuten) mit anschließender Diskussion

Vergütungssysteme im Spannungsverhältnis zur Ausrichtung der Medizin

Jürgen Wasem

Moderation: Erich R. Reinhardt

Mögliche Fragen:

- Welche Anforderungen sind an Vergütungssysteme zu stellen aus Sicht der Medizin und der Gesundheitsforschung?
- Wie ist das Verhältnis zwischen Vergütungsformen und ihren inhärenten Anreizen?
- Lassen sich etwaige Fehlanreize durch ein verändertes Vergütungssystem begegnen?
- Inwieweit berücksichtigt das Vergütungssystem Fortschritte in der Medizin?
- Inwieweit wird „schlechte Qualität“ noch nicht hinreichend sanktioniert? Wäre dies möglich?

17:15 – 18:00 Uhr | Schlussdiskussion

Moderation: Erich R. Reinhardt

Weitere Veröffentlichungen aus der Reihe „Leopoldina Diskussion“

Nr. 6: Sprache der Wissenschaft – Sprache der Politikberatung
Vermittlungsprozesse zwischen Wissenschaft und Politik –
2015

Nr. 5: Transplantationsmedizin und Organallokation in Deutschland:
Probleme und Perspektiven – 2015

Nr. 4: Freiheit und Verantwortung der Wissenschaft: Rechtfertigen die
Erfolgschancen von Forschung ihre potentiellen Risiken?
Dokumentation des Symposiums der Nationalen Akademie der
Wissenschaften Leopoldina, der Deutschen Forschungsgemeinschaft
und des Deutschen Ethikrates am 3. November 2014 in
Halle (Saale) – 2015

Nr. 3: Die Synthetische Biologie in der öffentlichen Meinungsbildung.
Überlegungen im Kontext der wissenschaftsbasierten
Beratung von Politik und Öffentlichkeit – 2015

Nr. 2: Auf dem Wege zur perfekten Rationalisierung der Fortpflanzung?
Perspektiven der neuesten genetischen Diagnostik.
Dokumentation des Leopoldina-Gesprächs am 16. und 17.
Februar 2013 in Halle (Saale) – 2014

Nr. 1: Die Zukunftsfähigkeit des deutschen Wissenschaftssystems.
Für die nachhaltige Entwicklung von Forschung, Lehre
und Wissenstransfer – 2013

Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e.V.
– Nationale Akademie der Wissenschaften –

Jägerberg 1
06108 Halle (Saale)
Tel.: (0345) 472 39-867
Fax: (0345) 472 39-919
E-Mail: politikberatung@leopoldina.org

Berliner Büro:
Reinhardtstraße 14
10117 Berlin

Die Leopoldina wurde 1652 gegründet und versammelt mit etwa 1500 Mitgliedern hervorragende Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus rund 30 Ländern. Sie ist der freien Wissenschaft zum Wohle der Menschen und der Gestaltung der Zukunft verpflichtet. Als Nationale Akademie Deutschlands vertritt die Leopoldina die deutsche Wissenschaft in internationalen Gremien und nimmt zu wissenschaftlichen Grundlagen politischer und gesellschaftlicher Fragen unabhängige Stellung. Hierzu erarbeitet sie unabhängige Expertisen von nationaler und internationaler Bedeutung. Die Leopoldina fördert die wissenschaftliche und öffentliche Diskussion, sie unterstützt wissenschaftlichen Nachwuchs, verleiht Auszeichnungen, führt Forschungsprojekte durch und setzt sich für die Wahrung der Menschenrechte verfolgter Wissenschaftler ein.

www.leopoldina.org