

01.09.2015 Politik

# Wird in Deutschland zu viel operiert? – Aus Sicht eines Krankenkassenvertreters

*H. Rebscher*



Vergleiche mit anderen Ländern, aber auch Vergleiche zwischen einzelnen deutschen Bundesländern, belegen starke Unterschiede bei den Operationsraten. Erklärungsansätze und Rechtfertigungen gibt es mindestens so viele wie Artikel, Referate und Gutachten zu diesem Thema. Ob es letztlich wirklich ein „zu viel“ ist, oder Folge regionaler Morbiditätsstrukturen, lässt sich nicht vollständig klären. Selbst bei Betrachtung des Einzelfalls ist eine belastbare ex post Beurteilung nur in den seltensten Fällen möglich. Dennoch, allein der Verdacht, dass zu viel im Sinne von unnötig operiert wird, kann weder

im Interesse der Politik, Medizin, Kassen und erst Recht nicht im Interesse der Patienten sein. Und dieser Verdacht wird vor allem durch die bestehenden Anreizmechanismen genährt.

Die Wirtschaftliche Lage vieler Krankenhäuser ist vor allem wegen fehlender Investitionskostenförderung schlecht. Wenn in den Krankenhäusern Wirtschaftlichkeits- und Rationalisierungsreserven ausgeschöpft sind, können die notwendigen Investitionen nur mit Gewinnen aus Betriebserlösen finanziert werden. Dazu tragen möglichst viele DRGs mit hohem Deckungsbeitrag bei. Hohe Deckungsbeiträge erreicht man vorrangig durch Mengensteigerung bei einzelnen wenigen Leistungen, also durch Spezialisierung. Dieser Effekt wirkt jedoch nicht explizit auf das Feld der Operation, sondern befördert eine generelle Leistungsausweitung.

Derartige Anreize werden vom Krankenhausträger teilweise über Zielmengenvereinbarungen in den Chefarztverträgen weiter gegeben. Die Inhalte dieser Verträge einschränken zu wollen, wie es der Gesetzgeber im Referentenentwurf des KHSG vorsieht, laboriert aber (wieder einmal) nur an den Symptomen. Genauso fraglich erscheint die Wirkung des im GKV-VSG vorgesehenen strukturierten Zweitmeinungsverfahrens. Unbestritten kann eine weitere ärztliche Einschätzung bei der Suche nach der optimalen Behandlungsmethode sehr hilfreich sein. Aus diesem Grund haben die meisten Kassen bereits jetzt entsprechende Angebote. Ob das neue strukturierte Zweitmeinungsverfahren für ausgewählte Indikationsbereiche vermag den vorgenannten Fehlanreizen etwas entgegen zu setzen, erscheint daher eher zweifelhaft.

Das Grundproblem, dass die Bundesländer seit nun über zwei Jahrzehnten rechtswidrig ihren Investitionsverpflichtungen nicht nachkommen und damit vielfältige Probleme in den Krankenhäusern erst schaffen,

bleibt weiterhin ungelöst (obwohl gerade dieses Thema Hauptgrund für die Bund-/Länder-Arbeitsgruppe war). Schlimmer noch, zukünftig werden Beitragsmittel der Krankenversicherung (ein Infrastrukturfonds von 500 Mio. €) für die Reparatur der dadurch geschaffenen Probleme zweckwidrig verwendet. Dies wird

- a) das Problem nicht lösen,
- b) die Betriebskostenfinanzierung (das DRG-Modell) auch zukünftig mit falschen Erwartungen belasten und damit systematisch diskreditieren und
- c) auch weiterhin grob falsche Anreize in den Krankenhäusern setzen.

Über deren Konsequenzen (Mengenpolitik/Qualitätsfragen) werden wir dann wieder wie gehabt streiten dürfen.  
*Rebscher H. Wird in Deutschland zu viel operiert? – Aus Sicht eines Krankenkassenvertreters. Passion Chirurgie. 2015 September, 5(09): Artikel 02\_04.*

### Autor des Artikels



**Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher**

Vorstandsvorsitzender

DAK-Gesundheit

Nagelsweg 27-31

20097 Hamburg

[> kontaktieren](#)