



DGK.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-43
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10
E-Mail: presse@dgk.org
Web: www.dgk.org

Pressemitteilung: Abdruck frei nur mit Quellenhinweis „Presstext DGK 04/2015“

Künstlicher Kostendruck erschwert kardiologische Versorgung

Statement Prof. Dr. Stephan Felix, Greifswald

Ungeachtet ihrer Erfolge hat die Kardiologie in Deutschland mit wachsenden finanziellen Problemen zu kämpfen. Der Grund dafür ist das System der diagnosebezogenen Fallgruppen, das bewirkt, dass ungeachtet des medizinischen Fortschritts für gleiche Leistungen immer weniger bezahlt wird.

Die Kardiologie gehört zu jenen Fächern der Medizin, die in den vergangenen Jahren die erfreulichsten Erfolge verbuchen konnten. Die Sterblichkeit nach einem Herzinfarkt ist während der letzten Jahrzehnte deutlich gesunken, neue interventionelle Verfahren wie die TAVI oder der Mitraclip ermöglichen die sichere Behandlung auch sehr kranker Patienten. Allerdings gibt es jedoch von genau diesen immer mehr. Das hat einerseits mit dem zunehmenden Alter der Bevölkerung zu tun, andererseits aber auch damit, dass Akutereignisse wie ein Herzinfarkt seltener zum Tod, dafür aber nicht selten zu einer bleibenden Schädigung des Herzens führen.

Die Kardiologie bewegt sich in einem besonderen Spannungsfeld zwischen Patientenversorgung, Gesundheitsökonomie sowie Forschung und Lehre. Die Dimensionen sind gewaltig. Mit mehr als 2,5 Millionen Krankenhausfällen im Jahr 2012 stehen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems an erster Stelle bei den Ursachen für Krankenhausaufenthalte. Damit entsteht jedoch für die Kardiologie eine zwiespältige Situation: Einerseits wirkt sich der hohe Deckungsbeitrag der kardiologischen Kliniken auf die Wirtschaftsbilanz der Krankenhäuser sehr günstig aus. Gleichzeitig entsteht durch die Besonderheiten des deutschen Abrechnungssystems jedoch eine schwierige Lage, denn der Katalogeffekt im DRG-System bewirkt eine veränderte Bewertung identischer Leistungen.

Konkret heißt das: Niedrig gehaltene Kosten der Kliniken innerhalb eines Jahres gehen im Folgejahr in die Kalkulation des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ein und führen zwei Jahre später zu niedrigeren Pauschalen und damit höherem Kostendruck. Aufgrund rechnerischer Besonderheiten gibt es in diesem System Gewinner und Verlierer unter den Fächern. Die Kardiologie ist der größte Verlierer, sie gerät unter Druck, weil für identische oder verbesserte Leistungen im Vergleich zum Vorjahr weniger Erlöse erzielt werden. Dafür verantwortlich ist das System der diagnosebezogenen Fallgruppen – DRGs. Dieses hat beispielsweise bei den Drug Eluting Stents, die heute für die meisten Herzinfarkt-Patienten die Therapie der Wahl darstellen, zu einem regelrechten Verfall der Vergütung geführt. Die Vergütung erfolgt nach der Zahl der Stents. So wird nicht nur nicht berücksichtigt, ob es sich um einen moderneren oder einen älteren Stent handelt, sondern die Kosten müssen auch von Jahr zu Jahr sinken. Wurden 2009 für einen Stent noch fast 700 Euro bezahlt, sind es 2015 nur noch 173,54 Euro. Konsequenterweise werden die übernommenen Kosten demnächst gegen Null gehen. Dieses Vorgehen lässt völlig außer Acht, dass es nicht nur die Methode „Stent“ gibt, die von Jahr zu Jahr billiger wird, sondern dass ständig neue Stents entwickelt werden, die oft auch nachweisbare klinische Vorteile mit sich bringen. Und eben nicht billiger sind als die alten Modelle. Wie dramatisch sich solche Abwertungen auswirken können, zeigt



DGK.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-43
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10
E-Mail: presse@dgk.org
Web: www.dgk.org

Pressemitteilung: Abdruck frei nur mit Quellenhinweis „Presstext DGK 04/2015“

zum Beispiel die Behandlung sehr schwer kranker Patienten (PCCL4) nach einem Herzinfarkt. Wurden für die interventionelle Versorgung mit zwei Stents 2013 noch 8.710 Euro bezahlt, so waren es 2014 nur noch 4.630 Euro.

Dieses System führt zu sehr niedrigen Preisen stationärer Leistungen in Deutschland. Laut Daten der OECD liegt Deutschland beispielsweise bei den kaufkraftbereinigten Preisen von Koronarinterventionen auf dem vorletzten Platz der untersuchten Länder, weit hinter Österreich oder auch Portugal. Spitzenreiter bei den Preisen sind mit großem Abstand die USA.

Die Gesundheitspolitik will den Preisverfall derzeit nicht stoppen. Die politischen Ziele heißen Marktberreinigung, Konzentration, Netzwerk- und Zentrenbildung. Kann man aber weiterhin so schnell die Produktivität steigern, wie es die Kosten-Erlös-Schere erfordert? Das bedarfsnotwendige Krankenhaus muss auch ohne Mengensteigerungen überleben können.

Universitätskliniken in der Klemme

In einer ganz besonderen Situation befinden sich in diesem System die Hochschulkliniken, die nicht nur für Forschung und Lehre zuständig sind, sondern obendrein die Versorgung von Patienten mit seltenen Erkrankungen sowie extrem aufwändige und teure Fälle übernehmen müssen. Hinzu kommt, dass der Anteil, den Hochschulkliniken an der Notfallversorgung übernehmen, überproportional ansteigt. Damit ergibt sich eine über Jahre zunehmende finanzielle Schiefelage dieser Häuser. Zwar werden vom Bund erhebliche Mittel für Exzellenzuniversitäten und Gesundheitszentren zur Verfügung gestellt, doch bedeuten diese keine dauerhafte Lösung des Problems. Die Zuführung von Bundesmitteln für die Forschung ist sehr sinnvoll. Dadurch wird das Strukturproblem der Hochschulmedizin aber nicht gelöst. Es sind zusätzliche Mittel zur Finanzierung der Hochschulmedizin an allen Standorten zwingend notwendig, die zum Beispiel für Notfallmedizin, Extremkostenfälle, Innovation Hochschulambulanzen, Investitionen gebraucht werden. Dies ist unverzichtbar um Hochleistungsmedizin und Innovationen aller Universitätsklinika zu erhalten, die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Universitätsmedizin zu erhalten und um eine Querfinanzierung der universitären Krankenversorgung aus dem Zuführungsbeitrag der Länder zu vermeiden.