

Prof. Dr. Volker Ulrich
Universität Bayreuth
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III,
insb. Finanzwissenschaft

Versorgungsfragen in Hinsicht auf die Kommerzialisierung im Gesundheitswesen

9. Plattform Gesundheit des IKK e.V.

Die Würde des Patienten: unantastbar oder gefährdet?

16. Oktober 2013

Kalkscheune, Berlin

Gliederung

- 1 Einleitung**
- 2 Ökonomisierung des Gesundheitswesens**
- 3 Solidarische Wettbewerbsordnung**
- 4 Versorgungsfragen**
- 5 Ausblick**

Ökonomisierung des Gesundheitswesens

- ▶ Manch einer fühlt sich wie Charlie Chaplin in dem Stummfilm-Klassiker Moderne Zeiten (1936): Ökonomisierung des Menschen



(Foto: Imago Stock&People)

- ▶ Wir definieren unser Gesundheitswesen über Wachstumspotenziale und Wertschöpfung - und damit darüber, wie gut es in der wirtschaftlichen Sphäre funktioniert: **Kostenfaktor & Wachstumsbranche**

- ▶ Wie sieht und bewertet der Gesundheitsökonom die Frage, „**ob sich Versorgung / Daseinsfürsorge und Kommerzialisierung unter einen Hut bringen lassen**“?

- ▶ Ich möchte von **drei aktuellen Beispielen** ausgehen und dann etwas **allgemeiner bzw. grundsätzlicher** argumentieren:
 - Manipulationsverdacht Organspenden
 - Kommerzialisierung und Versorgungsfragen (Geburtsgewichte, Zahl der Hüft-, Knie-TEPs)
 - Risikoselektion durch die Krankenkassen

1. Manipulationsverdacht Organspenden

- ▶ Zurzeit gelangen immer mehr **Manipulationen in der Transplantationsmedizin** ans Tageslicht
 - Nach Regensburg, Leipzig und München, aktuell nun Münster

- ▶ Es gibt sicherlich gute Gründe, die Frage, ob einem Kranken ein Organ transplantiert wird, **nicht den Markt**, also dem Meistbietenden, entscheiden zu lassen
 - Die Leber bekommt derjenige, der oben auf der Warteliste (Bedarf) steht, nicht derjenige, der das meiste Geld dafür zahlt

- ▶ Dann braucht es aber natürlich **Zuteilungsregeln für die Warteliste**
 - Bei der Organspende ist es ein komplexes System von Kriterien, die, aus meiner Sicht, leider aber auch für Manipulationen anfällig sind.
 - jüngsten Skandale **taugen aus meiner Sicht aber gerade nicht dafür**, die Ökonomisierung im Gesundheitswesen zu beklagen

- ▶ Die Ärzte, welche die Patientenakten manipuliert haben, hatten, nach allem was bislang bekannt ist **keinen finanziellen Vorteil**:
 - behandelnden Ärzte wollten eher ihren schwerkranken Patienten helfen, ohne zu beachten, dass sie damit andere Patienten zum Tode verurteilt oder zumindest schweren Schaden zugefügt haben.

- ▶ Geld hat eine gewisse humane Funktion, nämlich seine **Anonymität**
 - **Geld sticht ohne Ansehen von Person, Rasse oder Status**: Man muss es nur **rechtmäßig** erworben haben
 - „**Pecunia non olet**“ weiß der Volksmund seit alters her
 - Man muss an der Opernkasse keinen Nachweis erbringen, dass man der Inszenierung intellektuell gewachsen ist. Es reicht, das nötige Geld zu haben und eine Karte zu kaufen.

- ▶ **Mitgefühl** kann offenbar genauso bestechen wie Geld
 - Das Mitleid privilegiert den Nächsten, Geld kann dagegen durchaus robust gegen das Mitgefühl machen
 - Wenn die **Kritiker der Ökonomisierung** eine Welt fordern, in der das **Mitgefühl** mehr zu sagen hat, was ich nachvollziehen kann, sollten sie diese Sachverhalte aber bedenken.
- ▶ Es sollten vielmehr **geeignete Maßnahmen** eingeführt werden, um derartige Manipulationen für die Zukunft zu verhindern:
 - Zu nennen wären hier insbesondere **Maßnahmen der Qualitätssicherung**
 - Regierung beschloss **schärfere Vorschriften**:
 - Freiheitsstrafen bis zu zwei Jahren bestraft
 - Ein Mehr-Augen-Prinzip der begutachtenden Ärzte
 - unangemeldete Prüfungen
 - Genehmigung der Richtlinien zur Organspende durch BMG.

2. Kommerzialisierung und Versorgungsfragen Geburtsgewicht Neugeborener

First do no harm. Then do not cheat:
DRG upcoding in German neonatology

Hendrik Jürges & Juliane Köberlein *

July 16, 2013

Abstract

Since 2003 German hospitals are reimbursed according to diagnosis related groups (DRGs). Patient classification in neonatology is based inter alia on birth weight, with substantial discontinuities in reimbursement at eight different thresholds. These discontinuities create strong incentives to upcode preterm infants into classes of lower birth weight. Using data from the German birth statistics 1996 to 2010 and German hospital data from 2006 to 2011, we estimate that since the introduction of DRGs, hospitals have upcoded at least 12,000 preterm infants and gained additional reimbursement in excess of 100 million Euro. The scale of upcoding in German neonatology enables us to study the anatomy of cheating in a profession that otherwise claims to have high ethical standards. We show that upcoding is not only positively linked with the strength of financial incentives but also with expected treatment costs measured by poor newborn health conditional on weight. This suggests that doctors and midwives do not indiscriminately upcode any potential preterm infant as a rational model of crime would predict. Rather, they may find it easier to cheat when this helps aligning the lump-sum reimbursement with the expected actual treatment costs.

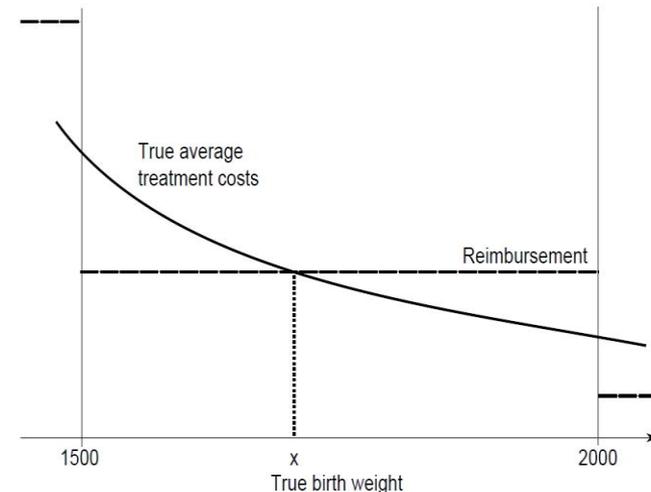


Figure 1: Relationship between average treatment costs and reimbursement (stylized graph)

Verteilung der Geburtsgewichte vor und nach DRG-Einführung

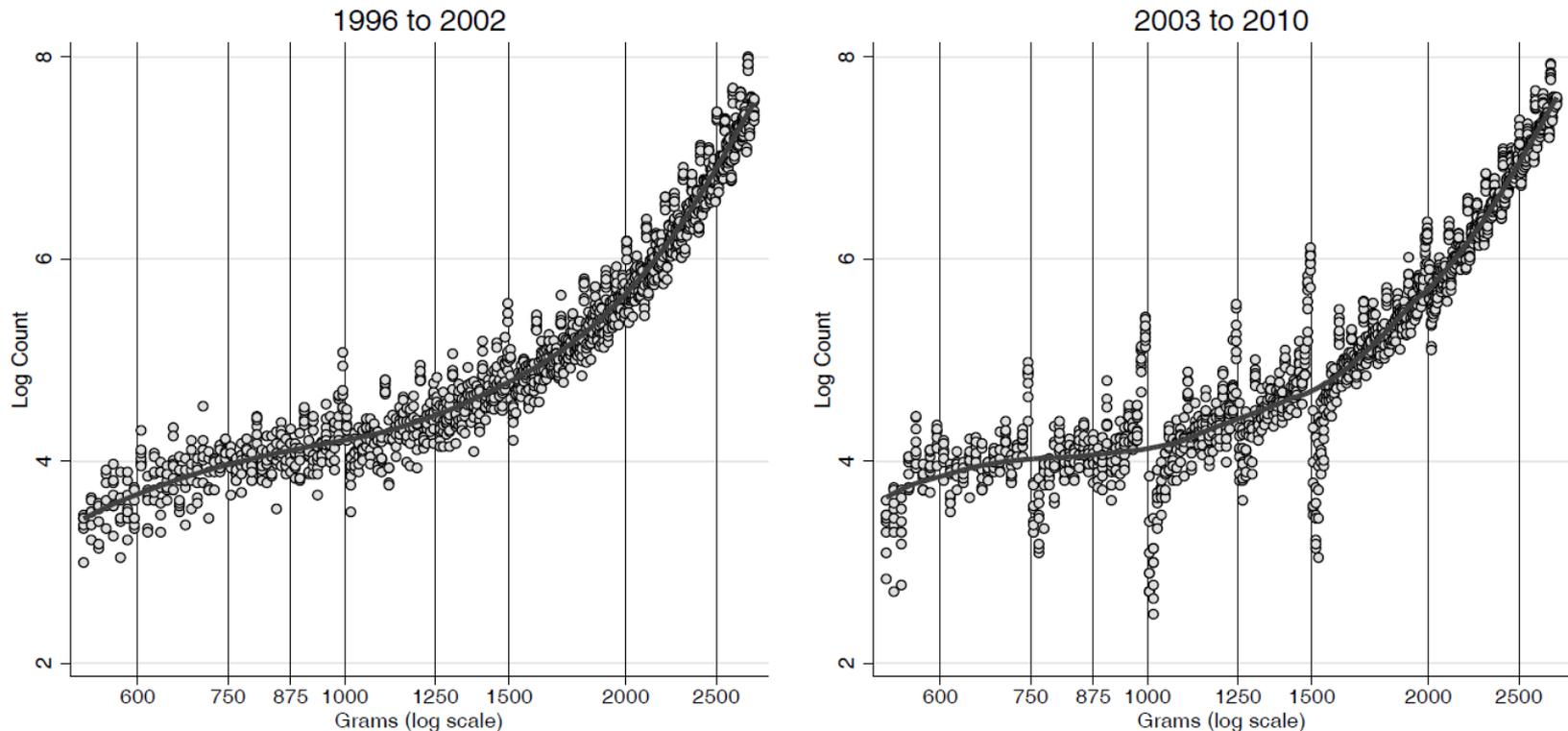


Figure 4: Distribution of birth weights before and after the introduction of DRGs. The smooth lines show the results of a local polynomial regression (degree 2, bw=200, Epanechnikov kernel). The light dots show the observed number of births in 10g brackets in each year. Source: Own calculations based on German birth records.

Quelle: Jürges und Köberlein 2013.

- ▶ **Jahr für Jahr steigen die Zahlen für Operationen im Krankenhaus:**
 - Insb. Implantation beziehungsweise der Wechsel eines Herz-Defibrillators
 - Wirbelsäulen-Operationen, Hüft- und Knie-Prothesen sowie gynäkologische Eingriffe
 - Zahl der Krankenhaufälle von 2005 bis 2011 ist um **11,8 %** gestiegen.
- ▶ **Deutliche Unterschiede im europäischen Vergleich:**
 - Deutschland jährlich 240.000 Hüftprothesen (doppelt so viele wie im europäischen Durchschnitt)
 - 175.000 Knieprothesen (doppelt so viele wie in Frankreich und Schweden)
 - Gravierende Unterschiede bei den Bandscheiben-Operationen
 - 160.000 Eingriffe: fünffache Menge dessen dar, was in Frankreich an Operationen vorgenommen wird
 - Insgesamt ist Deutschland weltweit führend bei den Hüft- und Knie-Prothesen.
- ▶ **Gründe: Aktuellen Vergütungssysteme (u.a. DRG-System)**
 - Begünstigt Mengenentwicklungen vor allem bei den Fällen, die wirtschaftlichen Gewinn versprechen.

Krankenhausleistungen in Deutschland im europäischen Vergleich

| | Germany | Rank compared with OECD countries | OECD average |
|--|---------|-----------------------------------|--------------|
| Hospital discharges for major diseases | | | |
| Diseases of the circulatory system, per 1 000 population | 35.7 | 1 | 19.6 |
| Cancer, per 1 000 population | 24.5 | 2 | 13.5 |
| Procedures carried out as inpatient cases (involving an overnight stay in hospital) | | | |
| Cataract surgery per 100 000 population | 178 | 7 | 118 |
| Tonsillectomy per 100 000 population | 157 | 3 | 80 |
| Percutaneous coronary interventions (PTCA) per 100 000 population | 624 | 1 | 177 |
| Coronary bypass per 100 000 population | 116 | 2 | 47 |
| Appendectomy per 100 000 population | 151 | 7 | 126 |
| Cholecystectomy per 100 000 population | 236 | 2 | 154 |
| Inguinal and femoral hernia per 100 000 population | 223 | 1 | 110 |
| Prostatectomy (transurethral) per 100 000 males | 197 | 4 | 117 |
| Prostatectomy (excluding transurethral) per 100 000 males | 85 | 5 | 54 |
| Hysterectomy (vaginal only) per 100 000 females | 178 | 6 | 113 |
| Caesarean section per 1000 live births | 314 | 9 | 261 |
| Hip replacement per 100 000 population | 295 | 1 | 154 |
| Knee replacement per 100 000 population | 213 | 2 | 122 |
| Breast-conserving surgery per 100 000 females | 232 | 1 | 108 |
| Mastectomy per 100 000 females | 69 | 8 | 56 |

Source: OECD Health Data 2012

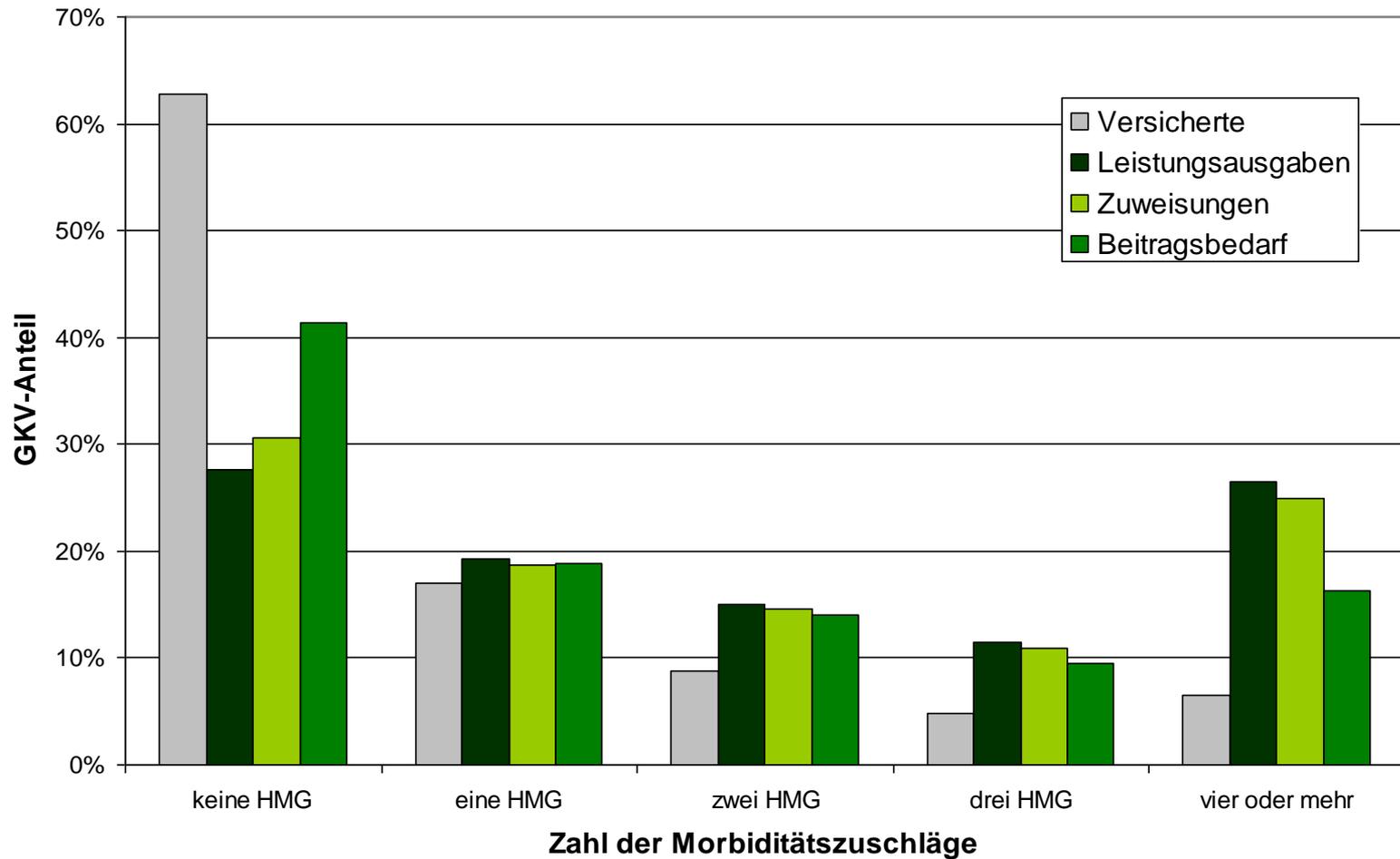
3. Risikoselektion durch die Krankenkassen

▶ **ZDF** (20. Februar 2013): Sendung „**Kranke Kassen**“

- **Schlagseite des Wettbewerbs** zwischen den Krankenkassen unter die Lupe genommen
- **Kernthese: Solidargemeinschaft wird zum Nachteil der ökonomische Schwachen geopfert:**
 - „Wer jung und gesund ist, wird umworben. Wer alt und krank ist, stört und soll aussortiert werden“
 - Anhand von **Einzelschicksalen** versuchten die Autoren ihre These zu untermauern
 - Ein chronisch krankes Kind, dessen Eltern von wiederholten Auseinandersetzungen mit ihrer Krankenkasse berichten, wirkt dabei stärker als das schriftliche Dementi einer Krankenkasse
 - **Identifizierte Leben vs. Statistische Leben**

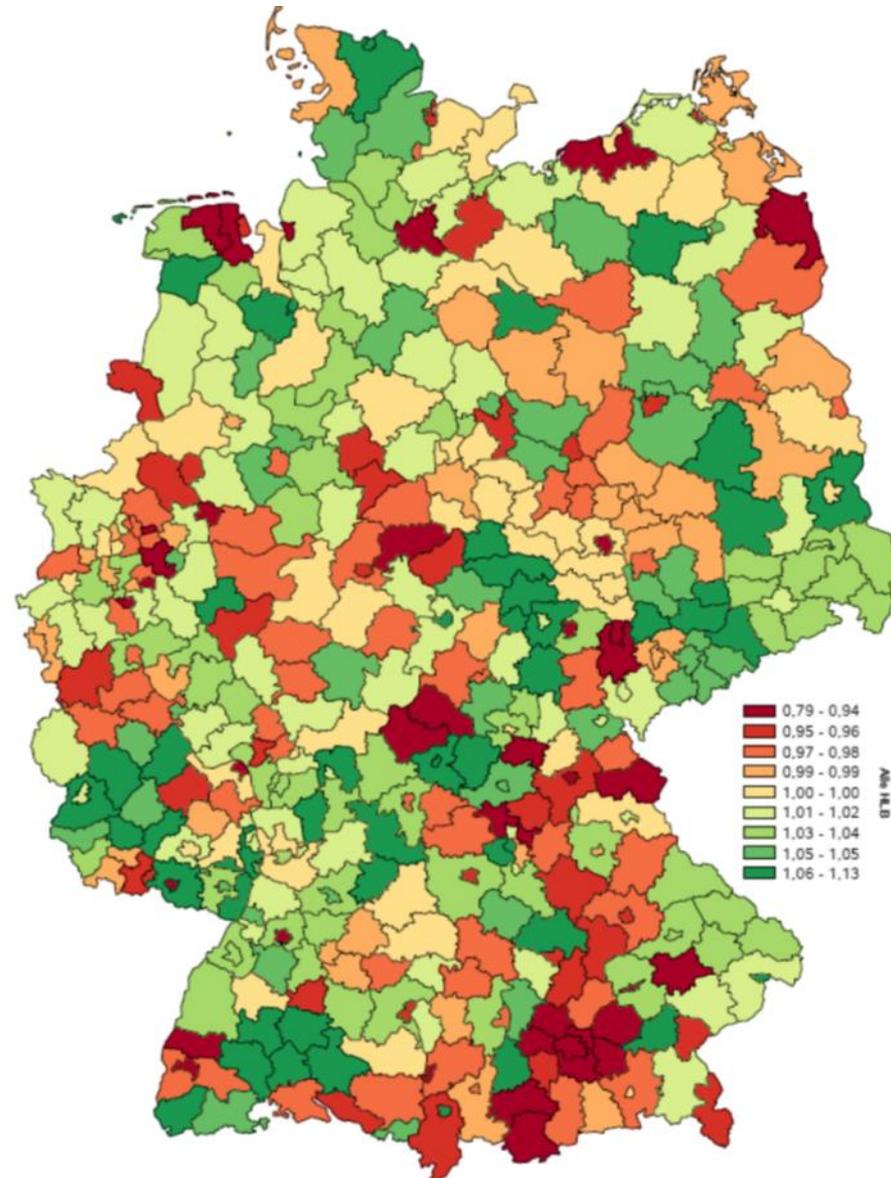
- ▶ **Schwere Vorwürfe** gegen einzelne Krankenkassen:
 - Mitarbeiter sollen schwerkranken Versicherten allerdings einen Wechsel der Kasse nahegelegt haben.
- ▶ Gibt es ganz allgemein dieses **Rent-Seeking-Verhalten** der Krankenkassen, also Risikoselektion, die auf dem Rücken der Versicherten ausgetragen wird?
 - Fall der **City-BKK** scheint das ebenfalls zu bestätigen
 - Trotz Morbi-RSA haben Kassen mit einem **überproportionalen Anteil chronisch kranker Versicherter** systematische Nachteile
- ▶ **Morbi-RSA** gleicht Morbiditätsrisiken prospektiv **besser** aus als der alte RSA nach Alter und Geschlecht:
 - **AGG**: 53%, Tendenz sinkend, **HMG**: 45%, Tendenz steigend
 - **Weiterentwicklung?**
 - **Krankengeld, Verstorbenenproblematik, Auslandsversicherte oder Regionalfaktor als Stichwörter**
 - **Aber:** keine isolierten Änderungen

Morbi-RSA und Zielgenauigkeit



Quelle: Schmidt 2011.

Deckungsquote je Kreis (alle Leistungsausgaben ohne Krankengeld)



Quelle: Gutachten wissenschaftlicher Beirat 2011, S.68.

Weiterentwicklung Morbi-RSA

- ▶ **Morbi-RSA:** in einem wettbewerblich orientierten Gesundheitssystem „alternativlos“ :
 - Beiträge der Versicherten entsprechen nicht dem versicherten Risiko
 - Heranziehung von Morbidität ist sachlogisch (mit Grenzen)
 - Leistungsausgaben werden durch die Krankheitslast determiniert (BVG bestätigte die Gewährleistung des Solidarausgleichs mittels Morbi-RSA)
- ▶ **Morbidität allein** reicht nicht aus, um Unterschiede beim ambulanten Behandlungsbedarf hinreichend zu erklären
- ▶ **Umgang mit exogenen Faktoren** im RSA (Arztdichte, Angebotsvielfalt, Mengenkompontenausweitung im stationären Bereich, bestandsschutzsichernde Bedarfsplanung, Verwaltung, Krankengeld)
- ▶ **Fehlen Dokumentationsrichtlinien:**
 - Diagnosen werden unterschiedlich erfasst (Upcoding)
 - Manipulationsanfälligkeit im Bereich Diagnose sehr hoch
- ▶ **Volkskrankheiten** in der Selektion zu hoch bewertet, **Präventionshindernisse** durch Morbi-Orientierung

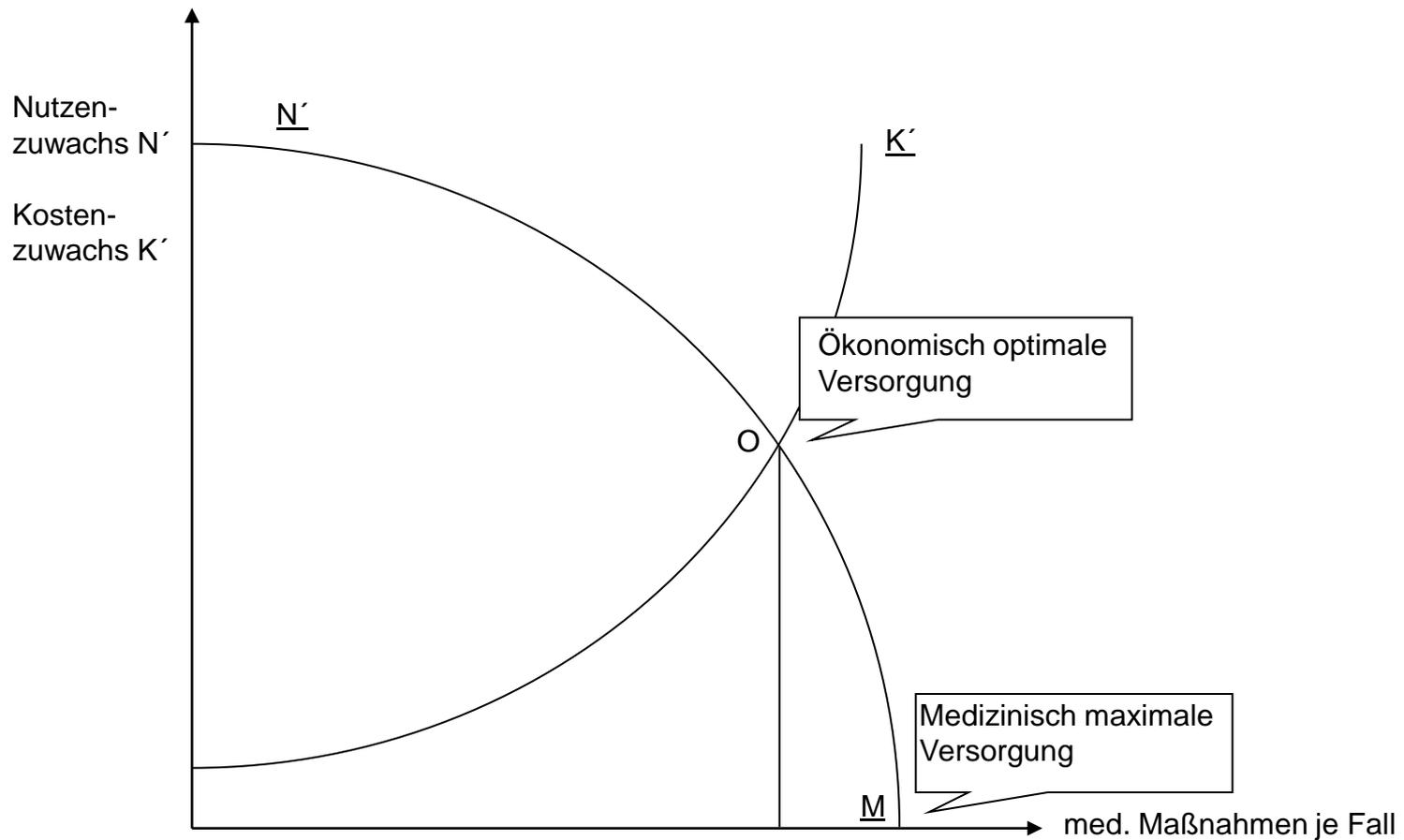
Ökonomie versus Ethik

- ▶ Kritik richtet sich dabei immer häufiger auf den **ökonomischen Mainstream**, den viele mit den Annahmen der **neoklassischen Ökonomie** und dem **Paradigma des Homo Oeconomicus** gleichsetzen.
- ▶ finden sich gegenwärtig viele **kritische Stimmen** gegenüber der Ökonomie:
 - Harvard-Philosoph Michael Sandel, Autor des Bestsellers „Was man für Geld nicht kaufen kann (2012)“ äußert sich wie folgt: „Wir leben heute in einer Zeit, in der fast alles gekauft und verkauft werden kann“. Er gehört damit zur Gruppe von Menschen, deren Schlachtruf lautet: „Es ist etwas aus dem Lot geraten“.
 - Peer Steinbrück monierte, dass wir von einer Marktwirtschaft in eine Marktgesellschaft gerutscht sind“.
- ▶ Damit macht man es sich allerdings zu einfach. In der **modernen VWL** sind Menschen nicht immer rational und Märkte nicht immer effizient.

- ▶ **Ungarische Intellektuelle Karl Polanyi** (1886-1964) vertritt die These, dass mit der **Bepreisung** von allem und jedem erst die egoistische Profitgier geboren wurde.
 - Er hält damit die Sehnsucht nach einer Welt der selbstlosen Gabe und der altruistischen Bedürfnisbefriedigung wach.
 - Um dieses Weltbild zu erschüttern, reicht schon ein kurzer Ausflug ins Mittelalter. Buchstäblich alles war für Geld zu haben: schöne Frauen, wackere Soldaten, ganze Städte und sogar das ewige Leben inklusive guter Platzierung im Paradies (Ablasshandel).

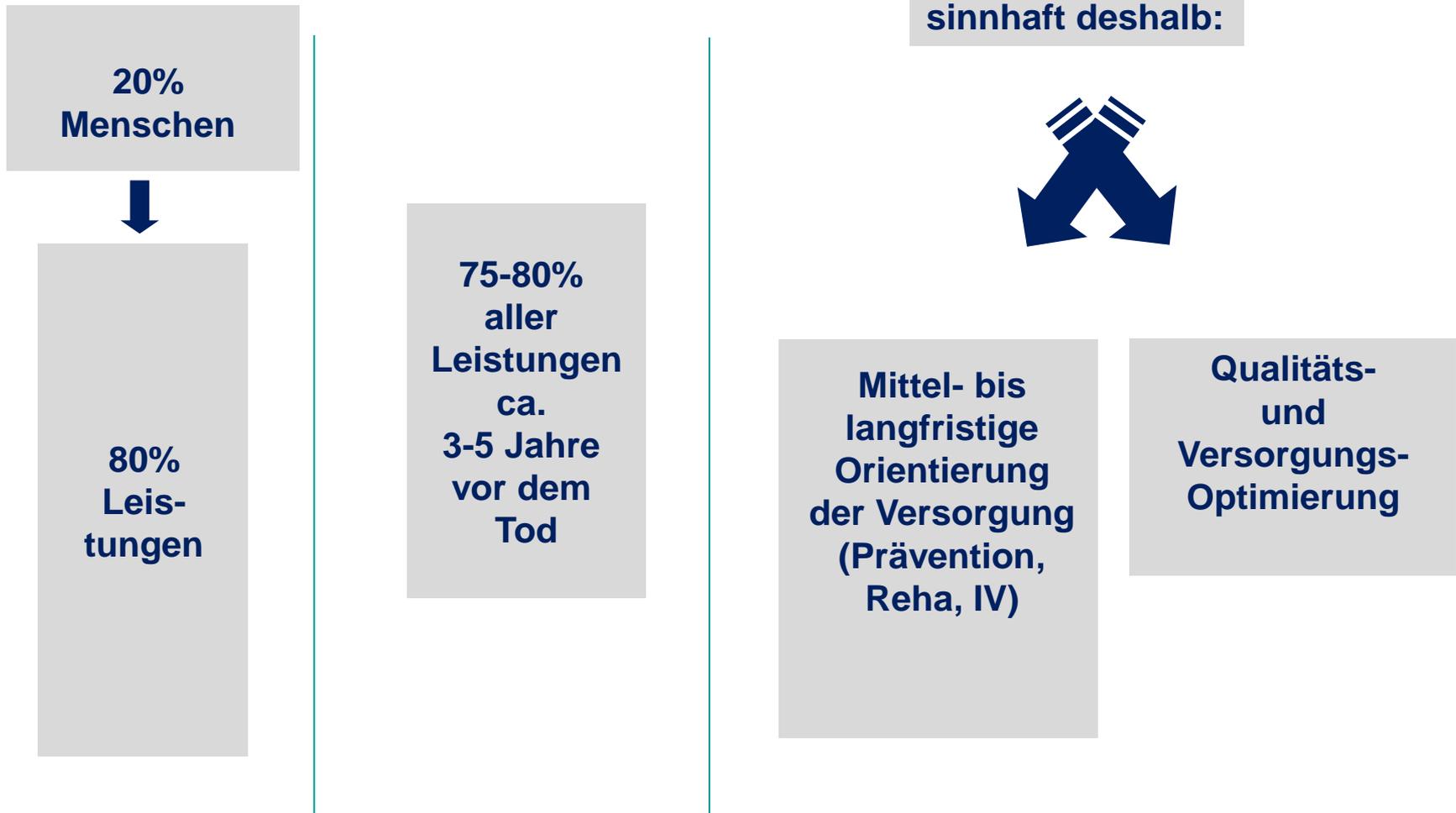
- ▶ Sofern die **Ökonomie** dazu beiträgt, dass die knappen Mittel in die beste Verwendung fließen, stellt sie keinen Gegensatz zur medizinischen Sichtweise dar.
 - Vielmehr hat sie in erster Linie eine **beratende beziehungsweise unterstützende Funktion**.

Miteinsatz aus ökonomischer und medizinischer Sicht

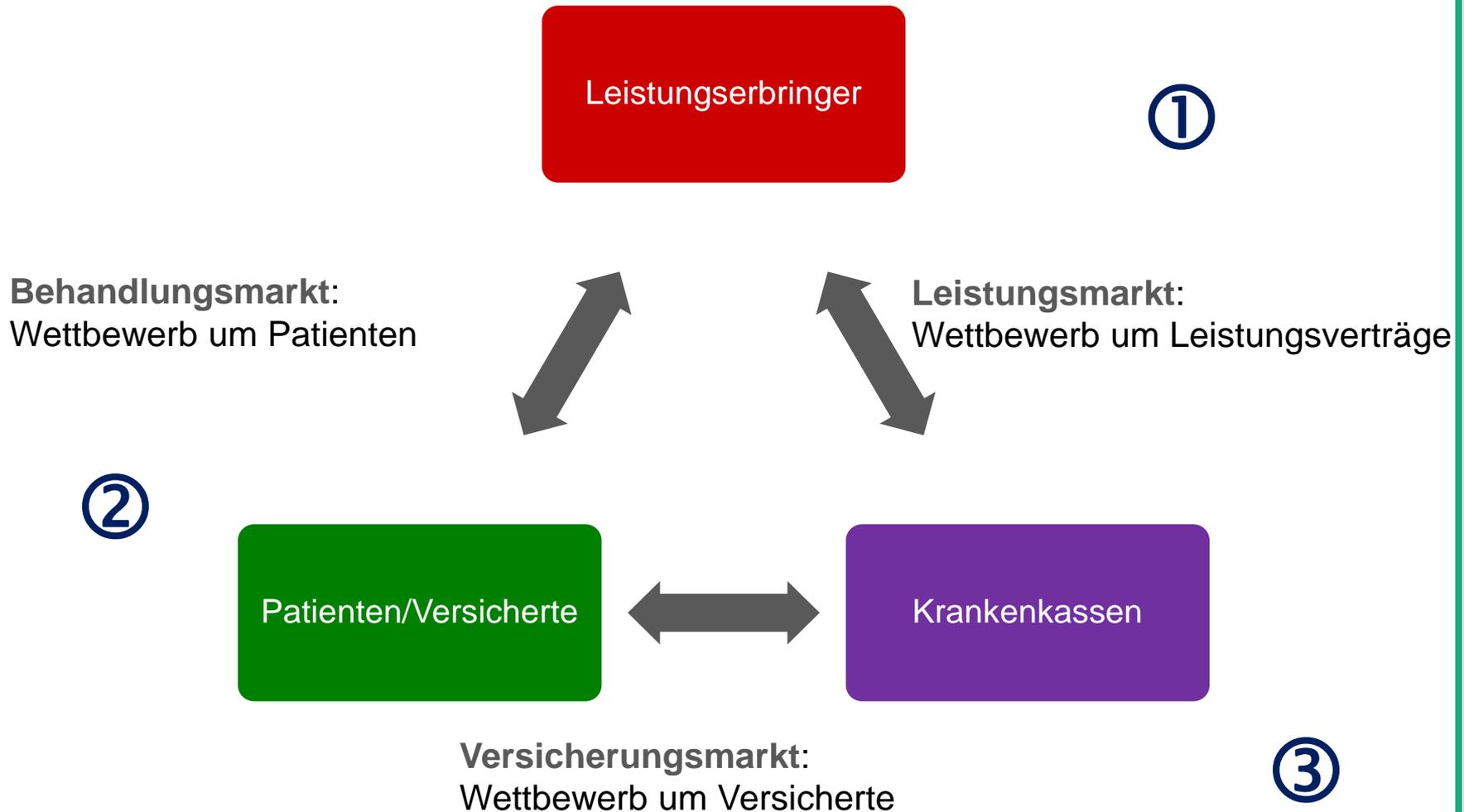


Quelle: Eigene Darstellung nach Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994.

Paradigma der Solidarischen Wettbewerbsordnung: Preis- versus Qualitätswettbewerb



Ansatzpunkte für Wettbewerb in der GKV



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Cassel und Jacobs 2006, S.285.

Sterbekosten, Kompression und Medikalisierung

Entwicklung GKV-Ausgaben in sterbensnahen Altersgruppen



Die Ausgaben für Patienten im letzten Jahr vor dem Tod sind viel höher als die für Überlebende.

► Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Sondergutachten 2009

- **Generationenspezifische Versorgung** – Herausforderung für die nächste Legislaturperiode
- **Zukunftskonzept** einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug

- ▶ Das Ziel sollte dabei sein, den medizinischen Fortschritt in einer alternden Bevölkerung in eine **ausgewogene Balance** mit den **psychosozialen Voraussetzungen für ein menschenwürdiges Altern** zu bringen

- ▶ **Gegenwärtige GKV-System**
 - Vorherrschen nichtübertragbarer chronischer Krankheiten in einer Gesellschaft des langen Lebens macht die Stärkung vorbeugender, Maßnahmen zu einem Gebot der Vernunft.
 - GKV: Dominanz kurzfristiger Einsparziele, längerfristig werden damit Chancen vergeben

- ▶ **Größere Kosteneffektivität** des medizinisch-technischen Fortschritts
 - Rolle der personalisierte Medizin?
 - kein Kostensparmodell aber Hilfe, um Therapieversagen zu minimieren.

Versorgungsaufgaben unter dem Aspekt der und Wirtschaftlichkeit

- ▶ **Prävention und Gesundheitsförderung** ausbauen
- ▶ **Verzahnung der Versorgung:** Schnittstellenmanagement
- ▶ **Gesellschaftliche Herausforderung:** Paradoxon der modernen Medizin
- ▶ **Leitbild:** Balance zwischen dem medizinisch-technisch Möglichem und den Realitäten eines menschenwürdiges Alterns
- ▶ **Bedarfe einer alternden Gesellschaft:**
 - Beratung, Betreuung, Unterstützung (Demenzkranken, Angehörige)
 - Effiziente und wohnortnahe Basisversorgung älterer Menschen
 - Leitlinien für Multimorbidität

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Volker Ulrich <volker.ulrich@uni-bayreuth.de>