

Zur gegenwärtigen Ökonomisierung der Medizin

Urban Wiesing, 12.1.2018, Ludwigsburg

Vortragsmanuskript, zum privaten Gebrauch, nicht zitierfähig!

wir leben nun schon im Jahre 2018, aus diesem Grunde treffen wir uns hier, und wir leben in ganz ungewöhnlichen Zeiten. Wir leben medizinisch in einer Situation, die es so nur sehr selten – wenn überhaupt – gab. Wir leben in Umständen, von denen die Mehrheit der Menschen nur träumen kann. Nämlich: Wir leben im Überfluss. Wir haben in einigen Bereichen unseres Gesundheitswesens nicht zu wenig Medizin, sondern eher zu viel. Das ist neu. Bislang war es üblicherweise wie folgt: die Verhältnisse im Gesundheitswesen gaben in der Regel Anlass, mangelnde Versorgung der Patienten zu beklagen und Abhilfe zu fordern. Aus ökonomischen Gründen würden den Patienten Therapien vorenthalten – so der übliche Vorwurf. Nun jedoch lässt sich das genaue Gegenteil vernehmen. Es mehren sich die wohlfundierten Untersuchungen, dass in unserem Gesundheitswesen zu viel therapiert wird. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern, die ähnlich wohlhabend sind wie wir, behandeln wir viel häufiger, führen wir bestimmte Interventionen weit häufiger durch. Einige Beispiele: Die Zahl der Untersuchungen mittels Katheder am linken Herzen liegt pro Einwohner in Deutschland um 70 Prozent höher als in Österreich und 98 Prozent höher als in der Schweiz, trotzdem – so die AOK - sterben relativ gesehen in Deutschland mehr Menschen am Herzinfarkt als in Österreich oder der Schweiz. Die Techniker Krankenkasse geht davon

aus, dass 85 % der Rückenoperation unnötig sind (Techniker Krankenkasse). Die Patienten gehen in Deutschland 17 mal pro Jahr zum Arzt, das ist Weltrekord, und keiner weiß, was das soll. Im Internet haben sich Plattformen gebildet, z.B. medexo.com, die vor zu häufigen Operationen warnen („Vorsicht! Operation“) und gegen Gebühr eine Zweitmeinung erstellen. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, eine der größten wissenschaftlichen Fachgesellschaften Europas, geht davon aus, dass „sich die Indikationsstellung nicht selten am betriebswirtschaftlichen Vergütungssystem der Fallpauschalen, der DRGs orientiert“ (Schumm-Draeger et al. 2016, S. 1183). Mehr als ein Drittel der Chefarzte glauben mittlerweile, dass „in ihrem Fachgebiet wirtschaftliche Rahmenbedingungen zu überhöhten Fallzahlen führen“ (Reifferscheid et al. 2015, S. e129). Besonders hoch ist der Anteil in der Orthopädie und Kardiologie. Die Liste der Beispiele ließe sich verlängern. Und nicht zuletzt, und jetzt wird es wichtig, hat sich Günter Jauch des Themas bemächtigt. Somit ist auch wohl dem Bürger klar, dass ihm nicht nur genug, sondern zuweilen zu viel des Guten droht.

Das ist historisch gesehen wirklich neu. Nun könnte man geneigt sein zu glauben, das sei zwar alles sehr viel und auch teuer, aber Deutschland ist ein wohlhabendes Land, gönnen wir uns den Luxus, es wird uns schon etwas Nützliches bringen, nämlich Gesundheit. Dem ist leider nicht so. Wir können nicht feststellen, dass es in den Bereichen mit exorbitant hohen Fallzahlen den Patienten besser gehen würde. Im Gegenteil: den enorm hohen Zahlen in der Kardiologie stehen mittelmäßige Ergebnisse beispielsweise in der Mortalitätsrate nach Herzinfarkt in den Krankenhäusern gegenüber. Da dümpelt Deutschland im hinteren Drittel der Industrienationen.

Eine erste, reflexhafte Reaktion könnte auf diese Situation darin bestehen, die Ökonomie in der Medizin zu verdammen und ihr zügiges Verschwinden zu fordern. Wie oft hört man es: Die Ökonomisierung der Medizin ist schuld. Nicht selten gepaart mit Verweis auf die guten alten Zeiten. Doch spätestens dieser Hinweis sollte skeptisch stimmen, weil die guten alten Zeiten selten so gut waren wie beschworen. Der Abwehrreflex ist grundfalsch: Denn Medizin und Ökonomie sind unvermeidlich miteinander verbunden. Die Erbringung medizinischer Leistungen hat neben der fachlichen und menschlichen Seite immer auch eine ökonomische Seite – ob wir es nun wollen oder nicht. Medizinische Leistungen entstehen nicht von selbst, sie fallen auch nicht vom Himmel, sondern: sie müssen höchst irdisch und nicht selten höchst aufwendig erbracht und finanziert werden.

Und, wo wir gerade bei den irdischen Widrigkeiten sind: Die Ressourcen auf Erden sind immer begrenzt, auch in der Medizin. Das mag man zuweilen vergessen, insbesondere in Zeiten wirtschaftlicher Prosperität, ändert aber nichts am Sachverhalt. Jeden Euro, den wir im Gesundheitswesen ausgeben, können wir in anderen Bereichen nicht ausgeben, zum Beispiel in der Bildung, der inneren Sicherheit und vieles mehr. Allein wegen der Begrenzung aller Ressourcen ist Wirtschaftlichkeit auch für die Medizin geboten. Und solange der ökonomische Sachverstand hilft, die medizinischen Dienstleistungen und Güter möglichst effizient zu produzieren, zu verteilen und einzusetzen, ist dies nur zu begrüßen. Ökonomisches Wissen und Können helfen den Akteuren, die vorhandenen Mittel sowohl sparsam als auch wirksam einzusetzen. In einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem ist solche Verwendung der Mittel nicht nur ein ökonomisches, sondern auch ein moralisches Gebot. Kurzum, und ich betone es mit Nachdruck: Wir brauchen ökonomisches Denken in der Medizin.

Es macht keinen Sinn, die Realität zu verleugnen, nach der die medizinischen Leistungen der Medizin kostspielig und aufwendig sind und nun einmal erbracht werden müssen. Wirtschaftliches Verhalten ist auch in der Medizin geboten. Der Landkreis Ludwigsburg und seine Verantwortlichen wissen, wovon ich spreche, denn sie sind nun seit 25 Jahren auch verantwortlich für die Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim. Da weiß man, ohne ökonomischen Sachverstand geht es nicht. Freilich, gegen diese Art des ökonomischen Denkens protestiert auch kein vernünftiger Mensch und damit es ist wohl nicht getan: Irgendetwas anderes scheint uns zu beunruhigen. Neben einer unvermeidlichen, gebotenen Ökonomisierung gibt es gegenwärtig offensichtlich Erscheinungen, die uns zu Recht alarmieren, die wir nicht akzeptieren können. Es mehren sich die Klagen über inakzeptable Auswüchse. Aber was ist das? Was ist akzeptabel, was ist nicht akzeptabel und wie können wir das unterscheiden?

Es gilt also, eine Trennlinie zu finden: bis hier hin mit der Ökonomisierung in der Medizin, und nicht weiter. Und jetzt kommt die Ethik ins Spiel. Von der Ethik erhoffen wir eine Antwort auf die Frage, was ist akzeptabel an Ökonomisierung und was nicht. Und in der Tat, die Trennlinie gibt es. Sie hat mit Ethik zu tun, sie lässt sich nur, ausschließlich mit ethischen Argumenten ziehen. Sie ist noch nicht einmal völlig neu, es sei tröstend vermerkt, wir müssen sie noch nicht einmal erfinden. Wir müssen uns in der gegenwärtigen Medizin nur daran erinnern, was die Medizin eigentlich will.

Die Grenze zwischen vertretbarer und inakzeptabler Ökonomisierung der Medizin lässt sich nur finden, wenn man sich auf das Grundanliegen der Medizin besinnt. Was will die Medizin, was ist ihre Aufgabe? Nun: Die Antwort ist bekannt, und sie im Übrigen steht nicht in Zweifel: Die

Medizin hat die Aufgabe übernommen, kranken Menschen zu helfen (Richard Koch). Die Medizin beginnt mit einer Verpflichtung, mit einer moralischen Verpflichtung: sie will kranken Menschen helfen. Nur dadurch konstituiert sich die Medizin.

Weil die Medizin diese Aufgabe zu ihrer primären Aufgabe erklärt hat, ist sie kein Gewerbe. Denn die Medizin ist anders als ein Gewerbe primär auf das Erreichen eines bestimmten Zieles ausgerichtet, und nicht primär auf den Gelderwerb. Das schließt nicht aus, dass die Medizin auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten gestaltet werden muss und dass man in der Medizin auf Geld verdienen kann (und übrigens auch tut, gelegentlich auch recht auskömmlich). Aber die Medizin ist eben nicht primär auf den Gelderwerb ausgelegt, und wenn es zum Konflikt zwischen dem primären Ziel der Medizin kommt, der Hilfe für kranke Menschen, und anderen Zielen, dann hat das primäre Ziel Vorrang, nur deswegen ist es das primäre Ziel.

Von hier aus müssen wir eine klare Linie ziehen: Eine akzeptable Ökonomisierung liegt vor, wenn ökonomisches Denken dazu dient, die Aufgabe der Medizin effizient und sparsam zu erfüllen. Eine inakzeptable **Ökonomisierung** liegt dann vor, wenn betriebswirtschaftliche Parameter mehr als eine Dienstfunktion für die Verwirklichung originär medizinischer Aufgaben übernehmen. Eine inakzeptable **Ökonomisierung** liegt dann vor, wenn wirtschaftliches Denken nicht dazu dient, fachlich gute Medizin zu betreiben, sondern wenn fachliche Entscheidungsgründe durch wirtschaftliche Rentabilitäts Gesichtspunkte verdrängt werden. Eine inakzeptable **Ökonomisierung** liegt dann vor, wenn außermedizinischer Einfluss auf die medizinische Indikation genommen wird.

Der Kern des Problems manifestiert sich an der Indikation: Wer stellt sie, und anhand welcher Kriterien? Für mich kann es keinen Zweifel geben. Der Arzt stellt die Indikation unter Berücksichtigung der jeweils individuellen Verhältnisse. Eine Pflegekraft für pflegerische Maßnahmen. Eine Indikation ist eine Abschätzung zwischen einem unbehandelten und einem behandelten Verlauf einer Erkrankung und zwar ausschließlich in Bezug auf den Nutzen für einen Patienten. Zwei Prognosen werden verglichen: Was geschieht, wenn ich nichts tue, was geschieht wenn ich behandle? Ist im letzten Fall mit einem medizinischen Nutzen für den Patienten zu rechnen, liegt eine Indikation vor. Eine Indikation wird ausschließlich über den Nutzen für den Patienten gestellt, und nicht über die Erlössteigerung für ein Krankenhaus. Das ist die zentrale Unterscheidung. Wer hier eingreift, gefährdet das Wesen der Medizin.

An der Indikation lässt sich die klare Trennlinie erkennen: Wenn ökonomisches Denken dazu dient, ein indizierte Maßnahme möglichst wirtschaftlich und effektiv umzusetzen, dann ist es geboten. Wenn die Ökonomie zur Erlössteigerung Einfluss auf die Stellung der Indikation nimmt, dann ist der Rubikon überschritten.

Warum ist ein Einfluss auf die Indikation inakzeptabel? Sie gefährdet vor allem unser wichtigstes Kapital, das **Vertrauen** in die Integrität des ärztlichen Berufs und des ärztlichen Handelns. Sie gefährdet das, was Patienten von Ärzten selbstverständlich und mit allerbestem Grund erwarten: Stellen sie sich vor, sie kommen in ein Krankenhaus, in eine Praxis. Was erwarten sie – zu Recht: Ein Arzt möge sich mit seiner medizinischen Kompetenz ausschließlich dem Wohl und Willen des Patienten widmen, ihrem Wohl und Willen, nicht der Erlössteigerung eines Krankenhauses und nicht dem Willen einer Verwaltung.

Apropos Verwaltung: Nicht selten werden in diesem Zusammenhang die Verwaltungen in den Krankenhäusern als Schuldige angeprangert. Das ist zu kurz gegriffen. Die alleinigen Schuldzuweisungen verkennen die systemischen Zwänge, die von Verwaltungen nur artikuliert und umgesetzt werden, sie haben die Zwänge nicht erfunden. Aber: es ist in Zeiten von Herausforderungen zuweilen ganz hilfreich, sich den Wortursprung bestimmter Begriffe vor Augen zu führen: *Administratio* heißt auch Hilfeleistung. *administrare* bedeutet auch besorgen, erledigen, behilflich sein. Und genau so soll es sein. Die Verwaltungen sollen helfen, die Aufgabe der Medizin zu erfüllen. Dazu sind sie notwendig, übrigens häufig auch hervorragend. Sie verdienen dafür Respekt und Anerkennung, und Ärzte müssen mit den Verwaltungen konstruktiv zusammen-arbeiten und umgekehrt. Aber Verwaltungen sind nicht dazu da, die Aufgabe der Medizin festzulegen, denn die ist die bereits festgelegt.

Die Verwaltungen transportieren im Grunde nur den Druck, der durch politisch gesteuerte Verhältnisse entsteht. Und wie sieht es aus bei den Krankenhäusern? Wodurch entsteht der Druck?

Die Älteren unter uns werden sich noch erinnern: Es gab Zeiten, da bekam ein Krankenhaus Geld für jeden Tag, den ein Patient im Krankenhaus verbrachte. Mit der Konsequenz: Die Liegezeiten in Deutschland waren exorbitant hoch, und niemand wurde am Freitag entlassen, sondern immer am Montag, obwohl am Wochenende therapeutisch nichts passierte. Das Krankenhaus kassierte einfach 2 Tage mehr. Das wollte man politisch nicht und hat die Vergütung verändert: Nun bekommt ein Krankenhaus für jeden Fall eine Pauschale, egal wie lang der Patient im Krankenhaus bleibt. Mit der Konsequenz, dass zwar die Liegezeiten gesunken sind, aber die Zahl der Fälle steigt.

Jedes Krankenhaus ist nun nicht mehr bestrebt, die Patienten übers Wochenende und noch länger im Haus zu halten, sondern möglichst viel Fälle und möglichst gut vergütete Fälle zu bekommen. Das ist das eine Problem. Hinzu kommt ein zweites: Wir haben in der Bundesrepublik zu viele Krankenhausbetten und vor allem eine Krankenhausstruktur, die der modernen Medizin nicht mehr angemessen ist. Viel Geld im Gesundheitssystem: 11 %, OECD Durchschnitt 9 %. 500700 Krankenhausbetten in D, bei OECD-Durchschnitt 320000 (35% weniger),

Das hat seine historischen Gründe: In der Nachkriegszeit war ein jeder Bürgermeister, Landrat, Abgeordneter oder sonstiger Politiker stolz, wenn er ein Krankenhaus eröffnen konnte. Das war ein Resultat des Wirtschaftswunders. Insofern sind unsere Probleme heute Nachwehen dieser Zeit. Das Problem ist nur, dass sich die Medizin gewandelt hat. Sie ist viel komplizierter geworden, viel technischer, viel aufwendiger, und ein großer Teil der modernen Medizin kann nur in speziellen Kliniken nach dem neuesten Stand praktiziert werden. Das ist das Problem: Wir haben historisch gewachsen zu viele Betten, und wir haben zu viele kleine Krankenhäuser, die der modernen Medizin nicht mehr angemessen sind. Historisch gewachsene Krankenhausstruktur: **1.980 allgemeine Krankenhäuser** in Deutschland (2014), 35 Universitätsklinika, Ca. 26% kein CT (Computertomographie) und ca. 19% kein Intensivbett, Bei dänischer Krankenhausstruktur hätten wir in D **330 Krankenhäuser**, alle mit CT, MRT...

Überproportional hohe Zahl von oft schlecht ausgestatteten Krankenhäusern trifft auf rechtliche Rahmenbedingungen, die die Schließung einzelner Häuser fast unmöglich machen. Widerstand vor Ort. Deutliche Reduktion von Krankenhäusern/Betten durch Einführung der DRGs = nicht eingetreten.

Diese Kombination ist gefährlich. Weil wir als Resultat unserer Wirtschaftswunders in der Nachkriegszeit zu viele Betten haben und zu viele kleine Krankenhäuser haben, und weil niemand sein Krankenhaus schließen will und Bürgerinitiativen sofort protestieren, und weil man für jeden Fall Geld bekommt, steigen die Fallzahlen an. Das ist jetzt das Problem, vor dem wir stehen, und deswegen haben wir die völlig neue Situation, dass in einigen Bereichen nicht zu wenig, sondern zu viele Medizin betrieben wird. Ich glaube überdies, dass es eine politisch doch fragwürdige Entscheidung war, einen erheblichen Teil der Kliniken, ein gutes Drittel, in Deutschland zu privatisieren. Sie erweisen sich als die effizienteren Rosinenpicker und die share holder value muss erst einmal erwirtschaftet werden. Mit anderen Worten: Wir leiden unter unserem eigenen Wohlstand und unter unserer mangelnden Reformfähigkeit.

Was kann man tun? Wir brauchen eine politische Lösung. Und offensichtlich hat die Politik das Problem erkannt: Baden-Württembergs Sozialminister Manfred Lucha (Grüne) sieht die Krankenhäuser im Land vor einem "notwendigen Strukturwandel" und will die Zahl der Kliniken drastisch reduzieren. Der derzeit politisch gewollte Überlebenswettbewerb der Krankenhäuser muss nach meiner Meinung nicht über Fallzahlen, sondern über Qualität geführt werden, nicht über die Menge, sondern über den Nutzen für den Patienten. Die Vorgaben für die Qualitätssicherung durch das neue Krankenhausstrukturgesetz gehen zumindest in diese Richtung. Sie reichen aber nicht aus, wir müssen in die Krankenhausstruktur gehen. Doch da wird es schwierig. Denn der Protest gegen die Schließung eines Krankenhauses kommt auf dem Fuße. Doch da liegt das Problem.

Wir brauchen in Deutschland eine andere Haltung. Es macht keinen Sinn, dass bei jeder Veränderung in Gesundheitswesen zunächst ein Aufschrei zu verzeichnen ist. Wenn wir moderne Medizin haben wollen, die beste haben wollen, dann müssen wir unsere Gesundheitswesen den Entwicklungen anpassen, wir müssen es stetig verändern. An dem Willen dazu mangelt es zuweilen. Es gilt aber auch für die Veränderungen im Gesundheitswesen, dass man um vernünftige Entscheidungen nicht umhin kommt, und wenn man unvernünftige fällt, dann zahlen die Bürger eben die Zeche. Ich darf daran erinnern, dass die Aufwendungen für unsere Krankenhäuser nicht von Himmel fallen. Letztlich zahlt der Bürger für dieses System. Insofern möchte ich bei diesem Neujahrsempfang an das appellieren, was in der Politik immer gut ist: an vernünftige, sachliche, zuweilen mutige Entscheidungen. Wir kommen da nicht umhin. Mein Vortrag ist nichts anderes als ein Plädoyer für Sachlichkeit in Sinne der besten Medizin. Denn ich bin der festen Überzeugung: Die Bürger und ihre Gesundheit haben sie verdient. Und ein Gutes Neues Jahr

Literaturverzeichnis

Reifferscheid, A.; Pomorin, N.; Wasem, J. (2015): Ausmaß von Rationierung und Überversorgung in der stationären Versorgung. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage in deutschen Krankenhäusern. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 140, S. e129-e135.

Schumm-Draeger, Petra-Marie; Mann, Klaus; Müller-Wieland, Dirk; Fölsch, Ulrich R. (2016): Der Patient ist kein Kunde, das Krankenhaus kein Wirtschaftsunternehmen. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 141, S. 1183–1185.

Techniker Krankenkasse: 85 Prozent der Rücken-OPs unnötig - TK setzt sich für Zweitmeinung ein. Online verfügbar unter <https://www.tk.de/tk/regional/hessen/pressemitteilungen/701914>, zuletzt geprüft am 08.02.2016.