

14. Europäischer Gesundheitskongreß in München, 30.9.2015

Eröffnungsveranstaltung

„Ökonomisierung - ein vermeidbarer Trend?“

Sehr verehrte Damen und Herren,

die Zeit ist kurz, deswegen möchte ich Ihnen jede Vorrede ersparen.

Der Titel der heutigen Eröffnungsveranstaltung „Ökonomisierung - ein vermeidbarer Trend?“ kommt mir recht seltsam vor.

Mit dem Begriff ‚Ökonomisierung‘ kann ich nicht wirklich etwas anfangen. Er ist vieldeutig und ungenau.

Wenn ‚Ökonomisierung‘ bedeuten sollte, dass es im Gesundheitswesen auch ökonomische Rahmenbedingungen gibt, die zu beachten sind, bräuchten wir wahrscheinlich keine Vorträge und keine Diskussion. Das ist ubiquitärer Konsens.

Wenn ‚Ökonomisierung‘ allerdings bedeuten sollte, dass im Gesundheitswesen und damit auch in der Humanmedizin in der jüngsten Vergangenheit ein kompletter Paradigmenwechsel stattgefunden hat und noch stattfindet, indem die Ökonomie - was auch immer das ist - das Primat übernommen hat und die Humanmedizin nur noch Mittel zum Zweck ist, dann gibt es dazu heute und hier sicher sehr verschiedene Haltungen und hoffentlich auch Streit.

Für mich als Arzt ist das Bild sehr düster. Ökonomie im Sinne von wirtschaftlichem Denken und vernünftigem Umgang mit vorhandenen Ressourcen hat nichts Furchterregendes. Aber was ist eigentlich ‚Ökonomisierung‘, wo kommt der Druck her, was soll damit erreicht werden?

Es ist inzwischen allgemeiner Konsens, dass unser Gesundheitswesen auf eine Art Zusammenbruch zusteuert. Konsens ist, dass wir mit einer Kostenexplosion konfrontiert sind, und Konsens ist, dass die immer älter werdende Bevölkerung immer höhere Kosten der gesundheitlichen Versorgung verursachen wird.

Das wird aber nicht richtiger dadurch, dass es ständig und überall wiederholt wird.

Es gibt keine Kostenexplosion im Gesundheitswesen, und es hat auch noch nie eine gegeben. Die Ausgaben für das Gesundheitssystem sind in unserem Land seit Jahrzehnten konstant. Sie betragen zehn bis zwölf Prozent des Bruttoinlandsprodukts mit minimalen Ausschlägen nach oben oder unten, und zwar nicht wegen explodierender Kosten, sondern wegen konjunktureller Schwankungen dieses Bruttoinlandsprodukts. Die Kostenexplosion wird seit über 30 Jahren als Propagandabegriff benutzt, um Veränderungen im Gesundheitswesen durchzusetzen.

Das zweite Märchen betrifft die Veränderungen der Altersverteilung. Die immer weiter steigende Lebenserwartung bzw. der immer höhere Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung sind Tatsachen. Das steigende Durchschnittsalter verursacht im

Gesundheitswesen aber keine unlösbaren Probleme, sondern hauptsächlich und erheblich Veränderungen im Krankheitsspektrum. Jeder Mensch, über seinen ganzen Lebenszyklus betrachtet, verursacht etwa 70 bis 80 Prozent der Kosten im Gesundheitswesen im letzten Jahr seines Lebens. Es ist dabei völlig gleichgültig, ob er mit 40, 60 oder 80 Jahren stirbt. Es ist immer das letzte Lebensjahr das kostenträchtigste, wie gesagt etwa 70 bis 80 Prozent. Das nennt man den Kompressionseffekt. Das steigende Durchschnittsalter der Bevölkerung wird eine völlige Neukonzeption der Pflegeversicherung erzwingen, und es wird auch Verteilungsprobleme zwischen jung und alt in der Rentenversicherung geben, aber im Gesundheitswesen ist ganz sicher nicht mit unlösbaren Problemen zu rechnen.

Hätten die Propagandisten der Kostenexplosion und der Altersdemagogie Recht, dann wäre unser Gesundheitswesen ja längst zusammengebrochen. Das ist aber mitnichten der Fall. Der ökonomische Druck, dem wir uns bei unserer Arbeit inzwischen ausgesetzt sehen, muss also ganz andere Gründe haben als eine Kostenexplosion, die es gar nicht wirklich gibt, und eine Alterslawine, die angeblich auf das Gesundheitswesen zurollt, aber noch immer nicht eingetroffen ist.

Was also hat sich geändert? Als ich vor über dreißig Jahren als Assistenzarzt und als Oberarzt in einem großen Krankenhaus gearbeitet habe, war ökonomischer Druck für uns alle ein Fremdwort. Unser Krankenhaus hat Jahr für Jahr ein Millionendefizit produziert, und dieses Millionendefizit hat der städtische Haushalt für das kommunale Krankenhaus Höchst Jahr für Jahr übernommen und ausgeglichen. Als ich vor einigen Jahren vom Magistrat der Stadt Frankfurt in die Betriebskommission, den dort so genannten Aufsichtsrat eben dieses Krankenhauses Höchst berufen wurde, war ich auf große Veränderungen gefasst, die Realität war aber viel schlimmer. Den Vorsitz und das Wort hatte der kaufmännische Geschäftsführer. Der Einfluss des ärztlichen Direktors kam über Einwürfe kaum hinaus. Es wurden die DRGs verhandelt, es wurden Personalentscheidungen und das Wohl und Wehe ganzer Abteilungen am Case Mix Index diskutiert und entschieden, und es gab nur ein Ziel: schwarze Zahlen in der Bilanz. Die wirklichen Aufgaben eines Krankenhauses spielten dabei eine völlig untergeordnete Rolle. Wie kann man höhere Patientenzahlen generieren, mit welchen Leuchttürmen kann die Klinik in der Öffentlichkeit aufwarten und die Patientenströme zu sich lenken, wie kann man die Kosten senken, welche Abteilungen kann man schließen oder auch mit denen benachbarter Krankenhäuser zusammenlegen? Wenn dabei überhaupt von Patienten die Rede war, dann nicht im Sinne einer guten Patientenversorgung, sondern einer optimalen Verschlüsselung im DRG-System. Die ständige unausgesprochene Drohung bei diesen Diskussionen, das unsichtbare Menetekel an der Wand lautete: Privatisierung. Die immer weiter wachsende Controlling-Abteilung im Krankenhaus Höchst beschäftigte 2009 bereits fünf approbierte Ärzte, die den ganzen Tag nichts anderes zur Aufgabe

hatten als die optimale Verschlüsselung im ICD bzw. als DRG. Jeder wusste und jeder weiß, dass hier gelogen und betrogen wurde und wird, dass sich die Balken biegen. Den approbierten Bürokratie-Ärzten auf Krankenseite steht eine mindestens genauso große Zahl von approbierten Bürokratie-Ärzten auf der Seite des MdK gegenüber, die jede Krankenakte prüfen, Diagnosen streichen oder zerpflücken und die DRG-Vergütung drücken, wo es nur geht. Das aber ist nicht nur eine gesellschaftliche Verschwendung und Fehlverwendung von ärztlicher Kompetenz, nicht nur ein Kampf zwischen Schreibtischen, sondern das hat unmittelbare Auswirkungen auf die Patientenversorgung. Es bedarf keines Mathematikstudiums und es ist unmittelbar einleuchtend, dass eine Halbierung der Liegezeit, eine Erhöhung der Fallzahlen im OP und auf Station mit dem Zwang zum permanenten Upcoding der Diagnosen bei gleichzeitiger Streichung von Stellen in der Pflege und bei den Ärzten zu einer anhaltenden Verschlechterung der medizinischen Versorgung führen muss. Und damit steigt natürlich auch die Fehleranfälligkeit unserer Arbeit. Die wichtigste Voraussetzung zur Vermeidung von Fehlern sind gute Arbeitsbedingungen. Die gibt es nicht mehr. Wir sind in einen Prozess, in einen Strudel geraten, in dem die ärztliche Kunst völlig an die Wand gedrückt wird.

Dieser Deformationsprozess hat aus meiner Sicht tiefere Ursachen, die außerhalb des Gesundheitswesens und außerhalb der Humanmedizin gesucht werden müssen und zu finden sind. Er ist Teil einer Umwälzung, von der ausnahmslos alle Sozialsysteme in unserer Gesellschaft betroffen sind. Dieser Deformationsprozess hat seine Ursachen in einem gewaltigen Paradigmenwechsel im gesamten sozialen Bereich. Dieser Paradigmenwechsel versteckt sich für uns Ärzte in vielen verschiedenen Metaphern, er ist schon im ICD mit dabei, aber besonders in den DRGs und in den Disease Management Programmen, den DMPs. In einfachen Worten kann man das so dechiffrieren:

Nicht mehr der Kranke ist Gegenstand der Medizin, der Heilkunst, sondern die Krankheit ist Gegenstand eines Programms; um es genau zu sagen: eines profitablen Wirtschaftsprogramms. Wir sind also Zeugen der Verwandlung des Gesundheitswesens in eine Gesundheitswirtschaft.

Das ist ein kompletter Kurswechsel. In das Gesundheitswesen hat unsere Gesellschaft bislang einen Teil ihres Reichtums investiert, zum Wohle aller. Das Gesundheitswesen war ein wichtiger Teil des **Sozialsystems**. Nun wird das Gesundheitswesen zu einem Wirtschaftszweig. Ab sofort gelten ganz andere Gesetze als in einem Sozialsystem. Die Gesundheitswirtschaft wird zur Quelle neuen Reichtums für Investoren, die durch so hohe Renditen dorthin gelockt werden, wie sie zur Zeit in keinem anderen **Wirtschaftszweig** auch nur annähernd winken. Die Marktwirtschaft verliert ihr soziales Mäntelchen.

Wissenschaftler und akademische Gremien, medizinische Experten und Entscheidungsträger werden Zielobjekte von Einflussnahmen. Insbesondere Pharma-Unternehmen bauen eine Truppe von hochangesehenen Universitäts-Experten auf, finanzieren Stiftungen, Forschungsprogramme und Lehrstühle und bezahlen medizinische Zentren zur Durchführung klinischer Studien. Auf diese Weise hat in den USA eine Gruppe staatlich bestellter Experten im Mai 2003 die Leitlinien zur Behandlung des Bluthochdrucks neu definiert. 9 der 11 Mitglieder dieser Expertengruppe hatten finanzielle Beziehungen zu Firmen, die von der neuen Leitlinie direkt profitierten. Es lässt sich leicht berechnen, wie viele Millionen Menschen man zusätzlich zu Hochdruck-Kranken erklären kann, wenn man den systolischen Grenzwert nur um 5 oder gar um 10 mm Hg absenkt, wie es gerade in der vergangenen Woche wieder geschehen ist. Im Juli 2004 wurde von einer ähnlichen Expertengruppe die Leitlinie zur Hypercholesterinämie revidiert. Danach waren über Nacht 8 Millionen US-Bürger zu Patienten geworden. Mit der Leitlinien-Medizin ist eine Expertengläubigkeit verbunden, die blind macht für die Abhängigkeit und die Auftraggeber dieser Experten. Experten entstehen und arbeiten aber nicht im luftleeren Raum. Gerade die moderne universitäre Forschung ist auf eine tiefe und untrennbare Weise mit der Pharma- und Geräteindustrie verbunden. Der zugehörige Euphemismus heißt ‚Interessenkonflikte‘. **Leitlinien ermöglichen der Gesundheitsindustrie eine direkte Einflussmöglichkeit auf die tägliche ärztliche Praxis.**

Im krassen Gegensatz, nein: im Widerspruch zum Denken in Leitlinien und Disease-Management-Programmen steht aber, dass die Arzt-Patient-Beziehung ein einmaliger und unwiederholbarer Vorgang ist. Sie ist das Zentrum unserer Arbeit. Davon weiß die Ökonomie aber nichts, das will sie auch gar nicht wissen. Wenn der Patient nur noch Mittel zum Zweck ist, steht der Zweck im Vordergrund und nicht mehr der Patient. Ärztliche Arbeit kann aber zum Beispiel darin bestehen, einem Patienten eine halbe Stunde lang zuzuhören, mit ihm zu sprechen und nach einem Weg zu suchen, mit dem Ergebnis, dass es am besten ist, nichts zu tun. **Das Humankapital hat keine Rendite erwirtschaftet! Und nun?** Wie soll ich das einem Betriebswirtschaftler erklären, dass es die höchste Kunst sein kann, nichts zu tun. Was ist an dieser Stelle wohl mit Qualität gemeint? Wie messe ich Nichtstun? Ist gemessene Qualität überhaupt noch Qualität, ist das nicht schon definitionsgemäß nur noch Quantität?

Damit Sie leichter erinnern, wovon ich Ihnen erzählen wollte, möchte ich Sie zum Schluss meiner Ausführungen von der ärztlichen Kunst weg zu einer anderen Kunst hin mitnehmen. Ich zitiere dazu ausgerechnet aus einem Lehrbuch über Unternehmensberatung:

"Der Generaldirektor eines Großunternehmens erhielt eines Tages eine Gratis-Eintrittskarte für das Konzert von Schuberts Unvollendeter Symphonie. Er konnte das Konzert nicht selbst besuchen und schenkte deshalb die Karte einem befreundeten Unternehmensberater. Nach zwei Tagen erhielt der Unternehmer von seinem Berater ein Memo mit folgenden Konzertkommentaren:

- 1. Während längerer Zeit waren vier Flötisten nicht beschäftigt. Die Zahl der Bläser sollte deshalb reduziert und die Arbeit auf die übrigen Musiker verteilt werden, um damit eine gerechtere Auslastung zu gewährleisten.*
- 2. Alle zwölf Geiger spielten identische Noten. Dies stellt eine überflüssige Doppelspurigkeit dar. Die Zahl der Geigenspieler sollte deshalb ebenfalls drastisch gekürzt und für intensivere Passagen könnte ein elektronischer Verstärker eingesetzt werden.*
- 3. Es wurde zu viel Mühe zum Spielen von Halbtonschritten aufgebracht. Empfehlung: Nur noch Ganztonschritte spielen! Dadurch können billige Angelernte und Lehrlinge eingesetzt werden.*
- 4. Es hat keinen Sinn, mit Hörnern die gleiche Passage zu wiederholen, die bereits mit Trompeten gespielt worden ist. Empfehlung: Falls alle diese überflüssigen Passagen eliminiert würden, könnte das Konzert von zwei Stunden auf 20 Minuten gekürzt werden. Hätte sich Schubert an diese Empfehlungen gehalten, hätte seine Symphonie wahrscheinlich vollendet werden können." ¹*

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

¹ Aus: Martin Hilb: Integriertes Personalmanagement. Luchterhand, München 1995