



Bundeskongress der niedergelassenen Chirurgen 2013

Chirurgie zwischen Ethik und ökonomischem Druck

Mit seinem Eröffnungsvortrag am 1. März 2013 in Nürnberg traf der Chirurg und Publizist Dr. Bernd Hontschik aus Frankfurt den Nerv der Teilnehmer im Plenum. Aufgrund des großen Interesses veröffentlichen wir an dieser Stelle daher seinen Vortrag in nahezu ungekürzter Fassung.

Von Dr. Bernd Hontschik

Seit 35 Jahren bin ich Chirurg. Ich habe die ersten knapp 15 Jahre meiner chirurgischen Tätigkeit im Krankenhaus gearbeitet, in einem Krankenhaus der Maximalversorgung mit etwa 1.000 Betten im Westen Frankfurts, die letzten beiden Jahre davon als Oberarzt.

Vor über 20 Jahren ließ ich mich in der Frankfurter Innenstadt nieder. Aus der damals übernommenen kleinen Praxis mit weniger als 300 Scheinen ist inzwischen eine große Gemeinschaftspraxis mit ambulantem OP-Zentrum geworden, mit mehr als 2.000 Patienten im Quartal. Ich meine also, die chirurgische Arbeit von verschiedenen Seiten her zu kennen.

Drei Worte sind in dem Titel der Eröffnungssitzung des gemeinsamen Bundeskongresses des BNC, des BDC, des BAO und acht weiterer chirurgischer Fachgesellschaften zu finden: Chirurgie, Ethik und Ökonomie.

Zunächst zur Chirurgie. Die Chirurgie ist im Fächerkanon der Humanmedizin eigentlich ein sehr seltsames Fach. Sie definiert sich nur und ausschließlich

über ihre Therapiemöglichkeiten. Meistens werden medizinische Facharzt-Disziplinen ja nach Organsystemen definiert, etwa die Neurologie, die Gynäkologie, die Urologie, die Dermatologie oder die Augenheilkunde. Andere Fächer definieren sich nach der angewandten Technik, etwa die Radiologie oder die Labormedizin. Wieder andere Fächer definieren sich nach ihrer Zugehörigkeit zu Lebensabschnitten, wie die Pädiatrie oder die Geriatrie. Das alles trifft für die Chirurgie nicht zu.

Die Chirurgie bezieht ihre Identität allein aus ihrem Han-

deln. Wenn es für eine Krankheit oder eine Krankheitsphase eine angemessene operative Therapie gibt, ist diese Krankheit eine chirurgische Krankheit und dieser

Patient ein chirurgischer Patient. Wenn nicht, dann nicht.

Wer also die Chirurgie verstehen will, muss sich mit ihrem Handlungskonzept befassen. Ich unterteile das Handlungskonzept der Chirurgie in drei Phasen: Indikation, Operation, Restitution. In diesen drei Phasen sind höchst unterschiedliche ärztliche und menschliche Fähigkeiten von Seiten des Chirurgen gefragt.

In der Phase der Indikation gilt es, die bisherige Lebenswirklichkeit des Patienten so weit zu verstehen, dass gemeinsam mit dem Patienten eine Entscheidung

über die Operationsindikation getroffen werden kann. Es sind kommunikative Fähigkeiten gefragt, auch soziale Empathie.

In der Phase der Operation stehen hingegen das handwerkliche Geschick und die technische Kreativität im Vordergrund. Diese eine Phase der Operation wird fälschlicherweise mit der Chirurgie gleichgesetzt, aber sie ist nur ein Teil davon, ein relativer kurzer Abschnitt der Arzt-Patient-Beziehung in der Chirurgie.

Es folgt dann die dritte Phase der Restitution, in der es darum geht, dem Patienten bei seinem Leben mit den Operationsfolgen solange beizustehen, bis er diesen Beistand nicht mehr braucht. Das ist bei der Entfernung eines Muttermals nicht der Rede wert, bei einer Wundheilungsstörung schon etwas schwieriger. Bei der doch auch möglichen histologischen Diagnose eines malignen Melanoms erfordert die Phase der Restitution unser ganzes ärztliches Können, weit entfernt von

» Chirurgie ist ein Fach des Handelns. Etwas pathetisch, aber doch korrekt könnte man sagen: Chirurgen sind Menschen der Tat. «



jedem Handwerk. Soviel zur Chirurgie: Die Chirurgie ist ein Fach des Handelns. Chirurgen sind Menschen der Tat.

Das zweite Wort im Vortrags-titel heißt Ethik. Ich möchte den verehrten Kollegen Dittrich zitieren, der in seinem Grußwort zu dieser Tagung geschrieben hat: „Wir Chirurgen, egal ob in Klinik, Universität oder Ambulanz, sollten uns darauf besinnen, dass es einen Patienten gibt, der sich mit seinem Leiden in unsere Obhut begibt und wir berufen sind, auf der Basis der Mystik des Arzt-Patienten-Verhältnisses mit dem Ziel der Heilung, Linderung oder Bewahrung vor Sekundärschäden, den Kern des Leidens zu diagnostizieren, konservative und/oder operative Behandlungsmöglichkeiten im Sinne des Patienten abzuwägen und eine adäquate chirurgische Therapie bis zur Genesung durchzuführen bzw. zu gewährleisten.“

Schöner kann man es in dieser Kürze nicht sagen. In einem einzigen Satz ist fast alles auf den Punkt gebracht, was die chirurgische Ethik ausmacht. Wenn Sie sich aber nun selber prüfen und diese Schablone auf Ihren Arbeitsalltag legen, dann geht es Ihnen vielleicht auch so wie mir: Dieser Satz ist inzwischen meilenweit von unserem chirurgischen Alltag entfernt, und täglich wird der Abstand zwischen unserem Wunsch und der Wirklichkeit größer, als ob die Chirurgie selbst zur Utopie würde.

Wenn ich nun zum dritten Teil des Vortragstitels komme, zum ökonomischen Druck, so wird das Bild sehr düster. Ökonomie im Sinne von wirtschaftlichem Denken und vernünftigem Umgang mit den vorhandenen

Ressourcen hat überhaupt nichts Furchterregendes. Aber was ist eigentlich ökonomischer Druck, 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 dass die immer älter werdende Bevölkerung immer höhere Kosten der gesundheitlichen Versorgung verursachen wird. Man kann das aber auch ganz anders sehen. Ich behaupte, dass es keine Kostenexplosion im Gesundheitswesen gibt, und dass es auch noch nie eine gegeben hat. Die Ausga-

» Hätten die Propagandisten der Kostenexplosion und der Altersdemagogie Recht, dann wäre unser Gesundheitswesen doch längst zusammengebrochen. Das ist aber mitnichten der Fall. «

ben 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. Die Kostenexplosion wird seit über 30 Jahren als Propagandabegriff benutzt, um Veränderungen im Gesundheitswesen durchzusetzen.

Das zweite Märchen betrifft die Veränderungen der Altersverteilung. Die steigende Lebenserwartung und der immer höhere Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung sind Tatsachen. Aber auch diese Tatsachen werden für eine zweckbestimmte

Propaganda missbraucht. Denn das steigende Durchschnittsalter verursacht im Gesundheitswesen keine unlösbaren Probleme, sondern hauptsächlich Veränderungen im Krankheitsspektrum.

Denn es gibt da noch eine andere Tatsache: 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 kosten-trächtigste, wie gesagt etwa 70 bis 80 Prozent. Das nennt man den Kompressionseffekt. Diese Kosten im letzten Lebensjahr

sind sogar bei einem 40-jährigen deutlich höher als bei einem 80-jährigen, da man bei jüngeren Patienten wesentlich radikalere und invasivere, also auch teurere Therapieentscheidungen trifft.

Das steigende Durchschnittsalter der Bevölkerung wird sicher eine völlige Neukonzeption der Pflegeversicherung erzwingen, und es mag auch Verteilungsprobleme zwischen Jung und Alt in der Rentenversicherung geben, aber im Gesundheitswesen ist nicht mit unlösbaren Problemen zu rechnen. Hätten die Propagandisten der Kostenexplosion und der Altersdemagogie Recht, dann wäre unser Gesundheitswesen längst zusammengebrochen. Das ist aber mitnichten der Fall.

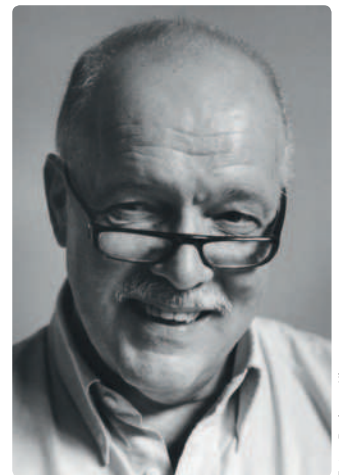


Foto: Barbara Klemm

Dr. Bernd Hontschik

Facharzt für Chirurgie mit Praxis in Frankfurt sowie umfangreicher publizistischer Tätigkeit

Zeil 57, 60313 Frankfurt

Tel.: 069 285894, Fax 069 1310144

chirurg@hontschik.de

www.medizinHuman.de

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.

Als ich vor über dreißig Jahren als Assistenzarzt und Oberarzt in einem großen Krankenhaus arbeitete, war ökonomischer Druck für uns alle ein Fremdwort. Unser Krankenhaus produzierte Jahr für Jahr ein Millionendefizit, weil von den Krankenkassen in den Tagessatzverhandlungen nicht mehr Geld herausgeholt werden konnte. Dieses Millionendefizit wurde vom städtischen Haushalt Jahr für Jahr übernommen und ausgeglichen.

Als ich vor fünf Jahren vom Magistrat der Stadt Frankfurt in die Betriebskommission, den „Aufsichtsrat“ eben dieser Klinik berufen wurde, war ich wohl auf große Veränderungen gefasst, die Realität war aber noch schlimmer.



Den Vorsitz und das große Wort hatte der kaufmännische Geschäftsführer. Der Einfluss des ärztlichen Direktors kam über Einwüfe kaum hinaus. Es wurden DRG verhandelt, Personalentscheidungen und das Wohl und Wehe ganzer Abteilungen am Case Mix Index diskutiert und entschieden. Einziges Ziel: schwarze Zahlen in der Bilanz.

Die wirklichen Aufgaben eines Krankenhauses, auch einer chirurgischen Klinik, 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 anderer, benachbarter Krankenhäuser zusammenlegen?

Wenn überhaupt von Patienten die Rede war, dann nicht im Sinne einer guten Versorgung, sondern einer optimalen Verschlüsselung im DRG-System. Die ständige unausgesprochene Drohung bei diesen Diskussionen lautete: Privatisierung! Wenn es der Klinik nicht gelänge, zu schwarzen Zahlen zu kommen, stünde der Verkauf an einen privaten Klinikkonzern bevor.

Die ständig 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 oder als DRG. Jeder weiß, dass hier gelogen und betrogen wird, dass sich die Balken biegen. Den in zwischen längst mehr als fünf approbierten Bürokratie-Ärzten auf Kli-

nikseite steht ja eine mindestens genauso große Zahl von approbierten Bürokratie-Ärzten auf der Seite des Medizinischen Dienstes gegenüber, die jede Krankenakte prüfen, Diagnosen streichen oder zerpfücken und die DRG-Vergütung drücken, wo es nur geht.

Das aber ist nicht nur eine gesellschaftliche Verschwendung und Fehlverwendung von wertvollster ärztlicher Kompetenz, sondern das hat unmittelbare Auswirkungen auf die Patientenversorgung. Der Begriff der „blutigen Entlassung“ wird immer wieder bestritten. Aber als nieder-

gelassener Chirurg ist das inzwischen Teil meines normalen Arbeitsalltags. Es kommen postoperativ immer mehr Patienten in haarsträubendem Zustand in meine Praxis, die ambulant nur mühsam und extrem aufwändig zu betreuen sind – ohne jede angemessene Vergütung, denn das geht in unseren lächerlichen Regelleistungsvolumina unter.

Wir hätten es früher niemals gewagt, solche Patienten zu entlassen. Es ist doch unmittelbar einleuchtend, dass eine Verkürzung der Liegezeit, eine Erhöhung der Fallzahlen im OP und auf Station bei gleichzeitiger Streichung von Stellen in der Pflege und bei den Ärzten zu einer anhaltenden Verschlechterung der medizinischen Versorgung führen muss.

Im vergangenen Jahr ist in der Kinderchirurgie der präoperative Aufenthaltstag zur OP-Vorberei-

tung aus dem Vergütungskatalog gestrichen worden. Hintergrund ist, dass die DRG-Vergütung bei einem ein- oder zweitägigen stationären Aufenthalt auf 50 Prozent reduziert wird. Die Kinder müssen nun sozusagen direkt von der Straße auf den OP-Tisch springen – ein menschlicher, psychologischer und medizinischer Irrsinn, der gute Chirurgie unmöglich macht. Und damit steigt natürlich auch die Fehleranfälligkeit unserer Arbeit.

Mit Blick auf das eingangs vorgestellte Handlungskonzept der Chirurgie mit seinen drei

Schritten Indikation, Operation und Restitution könnte man die gegenwärtige Bedrohung der Chirurgie so formulieren, dass die Chirurgie mehr und mehr auf den Schritt der Operation reduziert wird. Die eigentlichen ärztlichen Fähigkeiten, die wirklich ärztlichen Tätigkeiten in den Phasen der Indikation und der Restitution werden auf ein Mindestmaß reduziert und bis zur Unkenntlichkeit verstümmelt.

Wenn die Chirurgie aber nur noch ein Handwerk ist, ist sie keine mehr. Einer meiner Lehrer hat einmal gesagt, dass er die Entfernung einer Gallenblase jedem beibringen könne, der nicht zwei linke Hände hat. Aber ob man sie entfernt und wann man sie entfernt und bei wem man sie entfernt, das ist die ärztliche Kunst. Ich befürchte, wir sind in einen Pro-

zess, in einen Strudel geraten, in dem die ärztliche Kunst völlig an die Wand gedrückt wird. Und ich sage katastrophale Folgen für die Ausbildung junger Chirurginnen und Chirurgen voraus, wenn es uns nicht gelingt, diese Deformation anzuhalten und rückgängig zu machen.

Dieser Deformationsprozess hat tiefere Ursachen außerhalb des Gesundheitswesens und der Humanmedizin. Er hat seine gesellschaftlichen Ursachen in einem gewaltigen Paradigmenwechsel im gesamten sozialen Bereich. Er versteckt sich in vielen verschiedenen Metaphern. Er ist schon im ICD mit dabei, dieser Pervertierung einer Diagnose als Zahlencode. Er kulminiert im Klinikalltag in den DRG und im Praxisalltag in den DMP, die ich beide für eine Beleidigung der ärztlichen Kunst halte. ICD, DMP, DRG, QM, EBM, OPS, MDK, Zuzahlungen, morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, Case Mix Index, Betriebsstättenkennziffern, Regelleistungsvolumina, Leitlinien, elektronische Gesundheitskarte und Qualitätsmanagement könnte man in verständlichen Worten so dechiffrieren:

Nicht mehr der Kranke ist Gegenstand der Medizin, der Heilkunst, sondern die Krankheit wird Gegenstand eines Programms, eines profitablen Wirtschaftsprogramms.

Wir sind Zeugen der Verwandlung des Gesundheitswesens in eine Gesundheitswirtschaft. 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 es zu einem Wirtschaftszweig, in

» Wir sind in einen Strudel geraten, in dem die ärztliche Kunst völlig an die Wand gedrückt wird. Und ich sage katastrophale Folgen voraus, wenn wir diesen Prozess nicht rückgängig machen. «



dem andere Gesetze gelten als in einem Sozialsystem. Die Gesundheitswirtschaft wird zur Quelle neuen Reichtums für Investoren, die durch hohe Renditen dorthin gelockt werden, wie sie zurzeit in keinem anderen Wirtschaftszweig winken.

Gerade dort, wo Markt und Konkurrenz absolut nichts zu suchen haben, in der direkten Beziehung zwischen Arzt und Patient, da ziehen sie mit Macht ein. Ich erwähne als pars pro toto nur die unsäglichen Bonussysteme. Und dort, wo Markt und Konkurrenz für allerbeste Verhältnisse sorgen könnten, nämlich bei der Herstellung und Verteilung von Medikamenten, medizinischen Hilfsmitteln und Geräten, da werden sie durch Korruption, Lobbyismus und globale Winkelzüge an ihrer Entfaltung gehindert und verkehren sich ins Gegenteil.

Ich möchte das am Thema der Leitlinien konkretisieren. Erstes Beispiel: Im Dezember 2007 veröffentlichte die Zeitschrift „Arthritis Research & Therapy“ eine Analyse der Leitlinien zur Behandlung der Kniegelenks-Arthrose. Die erste Überraschung war, dass es sechs Leitlinien gab. Das allein widerspricht jedem Leitlinien-Konzept. Die zweite Überraschung aber war, dass alle sechs Leitlinien nur eine Minderheit der 23 AGREE-Kriterien erfüllten – eine Art Leitlinie für Leitlinien, mit der man die Qualität und Aussagekraft von Leitlinien überprüfen kann. Das Geheimnis dieses miserablen Ergebnisses liegt darin, dass sich nur in einer einzigen der sechs Arthrose-Leitlinien ein Hinweis auf die Unabhängigkeit der Verfasser fand.

Leitlinien werden von Menschen erstellt, die wir Experten

nennen. Experten entstehen und arbeiten aber nicht im luftleeren Raum. Gerade die moderne universitäre Forschung ist tief und untrennbar mit der Pharma- und Geräteindustrie verbunden. Der zugehörige Euphemismus heißt „Interessenkonflikte“. Leitlinien eröffnen der Industrie eine direkte Einflussmöglichkeit auf die tägliche ärztliche Praxis.

Zweites Beispiel: Wissenschaftler und akademische Gremien, medizinische Experten und Entscheidungsträger sind Zielobjekte von Einflussnahmen. Insbesondere Pharma-Unter-

» Nicht mehr der Kranke ist Gegenstand der Medizin, der Heilkunst, sondern die Krankheit wird Gegenstand eines Programms, eines profitablen Wirtschaftsprogramms. «

nehmen 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 2003 die Leitlinien zur Behandlung des Bluthochdrucks neu definiert. Neun der elf Mitglieder dieser Expertengruppe hatten finanzielle Beziehungen zu Firmen, die von der neuen Leitlinie direkt profitierten.

Man kann leicht berechnen, wie viele Millionen Menschen zusätzlich zu Hochdruck-Kranken werden, wenn man den systolischen Grenzwert nur um 5 oder gar 10 mm Hg absenkt. Mit der Leitlinienmedizin ist eine Expertengläubigkeit verbunden, die blind macht für die Abhän-

gigkeit und Auftraggeber dieser Experten.

Auf die Frage, wie es ihm gehe, antwortete Karl Valentin einmal: „Mein Magen tut weh, die Leber ist geschwollen, die Füße wollen nicht so recht, das Kopfweh hört auch nicht mehr auf, und wenn ich von mir selber reden darf: Ich fühle mich auch nicht wohl.“ Wenn ich nun der behandelnde Arzt von Karl Valentin wäre, müsste ich fünf Leitlinien zu Rate ziehen: die Leitlinie „Magenschmerzen“, die Leitlinie „Hepatomegalie“, die Leitlinie „Fußschmerzen“, die Leitlinie

„Kopfschmerzen“, und eine fünfte Leitlinie, die eigentlich „Karl Valentin“ heißen müsste und die es so natürlich gar nicht geben kann. Die Arzt-Patient-Beziehung ist ein einmaliger und unwiederholbarer Vorgang, sie ist das Zentrum unserer Arbeit. Mit den ersten vier Leitlinien käme jeder Handwerker mit medizinischer Halbbildung zurecht, mit der fünften Leitlinie nur ein Arzt.

Wer nun noch immer nicht weiß, welche tiefen, überaus menschlichen Ressourcen die Zerstörung der Humanmedizin durch die zunehmende, erdrückende Dominanz der Gesundheitswirtschaft angreift, den möchte ich zum Schluss von der ärztlichen Kunst weg zu einer anderen Kunst hin mitnehmen, zur Musik. Ich zitiere dazu ausgerechnet aus einem Lehrbuch über Unternehmensberatung*:

„Der Generaldirektor eines Großunternehmens erhielt 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 Kommentaren:

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 Geigerspieler 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. 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.“

*Martin Hilb: Integriertes Personalmanagement. Luchterhand, München: 1995