

HONTSCHIK, B.: Chirurgie, Ethik
und Ökonomie

chir. praxis 79, 201–207 (2015)
Hans Marseille Verlag GmbH München

Chirurgie, Ethik und Ökonomie

B. HONTSCHIK, Frankfurt am Main

Vorbemerkung

Dieser Artikel wurde verfasst als Eröffnungsvortrag des gemeinsamen Bundeskongresses Chirurgie am 1. 3. 2013 in Nürnberg; Thema: »Chirurgie zwischen Ethik und ökonomischem Druck«; Hauptveranstalter: Berufsverband der niedergelassenen Chirurgen (BNC), Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) und Berufsverband für Ambulantes Operieren (BAO).

Einleitung

Seit 35 Jahren bin ich nun Chirurg. Ich habe die ersten knapp 15 Jahre meiner chirurgischen Tätigkeit im Krankenhaus gearbeitet, in Frankfurt am Main-Höchst, einem Krankenhaus der Maximalversorgung mit etwa 1000 Betten im Westen Frankfurts, die letzten beiden Jahre als Oberarzt. 1991, also vor über 20 Jahren, habe ich mich in der Frankfurter Innenstadt niedergelassen, und aus der damals übernommenen kleinen Praxis ist inzwischen eine große Gemeinschaftspraxis mit ambulantem Operationszentrum geworden. Ich meine also, die chirurgische Arbeit von verschiedensten Seiten her zu kennen, obwohl ich allerdings zugeben muss, dass mich vieles, was ich aus dem heutigen Krankenhausbetrieb erfahre, befremdet, weil ich es nicht selbst erlebt habe, weil ich es nicht verstehe, und weil ich es unter den heutigen Arbeitsbedingungen vielleicht gar nicht mehr gewollt hätte, Chirurg zu werden.

Zunächst ein paar Bemerkungen zur Chirurgie. Ich möchte darauf hinweisen, dass die Chirurgie im Fächerkanon der Humanmedizin eigentlich ein sehr seltsames Fach ist. Sie definiert sich nämlich nur und ausschließlich über ihre ureigene Therapiemöglichkeit: das Operieren. Meistens werden medizinische Facharzt-disziplinen ja nach Organsystemen definiert, z. B. die Neurologie für das Nervensystem, die Gynäkologie für die weiblichen Geschlechtsorgane, die Urologie für Niere, Harnleiter und Blase, die Dermatologie für die Haut oder die Ophthalmologie für die Augen. Andere Fächer definieren sich nach der angewendeten Tech-

nik, z. B. die Radiologie für alle bildgebenden Systeme oder die Labormedizin für die biochemischen Parameter des Lebens. Weitere Disziplinen bestimmen sich nach ihrer Zugehörigkeit zu Lebensabschnitten, wie die Pädiatrie für den Anfang des Lebens oder die Geriatrie für dessen Ende.

Das alles trifft für die Chirurgie nicht zu. Die Chirurgie bezieht ihre Identität allein aus ihrer Tätigkeit, aus ihrem Handeln. 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 dem Handlungskonzept der Chirurgie befassen.

Ich unterteile das Handlungskonzept der Chirurgie in 3 Phasen: Indikation, Operation, Restitution. In diesen 3 Phasen sind höchst unterschiedliche ärztliche und menschliche Fähigkeiten auf Seiten des Chirurgen gefragt. In der Phase der *Indikation* gilt es, die bisherige Lebenswirklichkeit des Patienten so weit zu verstehen, dass eine Entscheidung über die Operationsindikation – gemeinsam mit dem Patienten – getroffen werden kann. Es sind kommunikative Fähigkeiten gefragt, auch soziale Empathie. In der Phase der *Operation* steht hingegen etwas völlig anderes im Vordergrund, nämlich das handwerkliche Geschick und die technische Kreativität. Diese eine Phase der Operation wird allgemein fälschlicherweise mit der Chirurgie gleichgesetzt, aber sie ist dennoch nur ein Teil davon, nur ein relativer kurzer Abschnitt der Arzt-Patient-Beziehung in der Chirurgie. Es folgt dann die dritte Phase, die der *Restitution*, in der es darum geht, dem Patienten bei seinem Leben mit den Operationsfolgen so lange beizustehen, bis er diesen Beistand nicht mehr braucht. Das ist bei der Entfernung eines Muttermals zumeist nicht weiter der Rede wert, bei einer Wundheilungsstörung wird es schon etwas schwieriger, und bei der doch auch möglichen histologischen Diagnose eines malignen Melanoms erfordert diese Phase der Restitu-

tion das ganze ärztliche Können, meilenweit entfernt von jedem Handwerk.

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

Auch oft pathetisch, aber besonders gerne in Festreden, ist die Rede von der *Ethik*. Über die *Ethik* in der Medizin ist so viel gedacht, geschrieben und gesagt worden, dass es ein Einzelner kaum überblicken kann.

In einem Grußwort zum Chirurgentag 2013 in Nürnberg schrieb der Veranstalter: *»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.«*

Ich finde, schöner kann man es in dieser Kürze nicht sagen. In einem einzigen Satz ist fast alles auf den Punkt gebracht, was die chirurgische Ethik – wenn es denn eine gibt – ausmacht. Wenn ich mich aber nun selber prüfe, wenn ich einmal ehrlich in mich hineinhöre und diese Schablone auf den chirurgischen Arbeitsalltag lege, egal ob in Klinik, Universität, Praxis oder Ambulanz, dann weiß ich sofort: Dieser Satz ist inzwischen meilenweit vom chirurgischen Alltag entfernt, und täglich wird der Abstand zwischen Wunsch und Wirklichkeit größer. Die Einflussnahmen auf die medizinische, die chirurgische Arbeit durch äußere, der Medizin und der ärztlichen Tätigkeit völlig wesensfremde Faktoren, wird ständig größer. Das zugehörige Stichwort heißt *Ökonomisierung*.

Wenn ich nun also zum ökonomischen Druck komme, so wird das Bild sehr düster. *Ökonomie* im Sinne von wirtschaft-

lichem denken und vernünftigem Umgang mit den vorhandenen Ressourcen ist völlig in Ordnung, hat nichts Furchterregendes. Aber was ist eigentlich ökonomischer Druck, wo kommt der Druck her, was soll damit erreicht werden? Zu dieser Frage möchte ich ein wenig ausholen.

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 verursacht 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 Ausgaben für das Gesundheitssystem sind in unserem Land seit Jahrzehnten konstant (1). Sie betragen 10–12% 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. Aber auch diese werden aus meiner Sicht für eine zweckbestimmte Propaganda missbraucht. Das steigende Durchschnittsalter verursacht im Gesundheitswesen keine unlösbaren Probleme, sondern hauptsächlich Veränderungen im Krankheitsspektrum.

Denn es gibt da noch eine andere Faktizität: Jeder Mensch, über seinen ganzen Lebenszyklus betrachtet, verursacht etwa 70–80% 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 ge-

sagt etwa 70–80%. Das nennt man den Kompressionseffekt (2). Es ist sogar so, dass diese Kosten im letzten Lebensjahr bei einem 40-Jährigen im Allgemeinen deutlich höher sind als bei einem 80-Jährigen, da man bei jüngeren Patienten naturgemäß wesentlich radikalere und invasive, 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 doch 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.

Was also hat sich geändert? Als ich vor über 30 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, weil von den Krankenkassen in den Tagessatzverhandlungen nicht mehr Geld herausgeholt werden konnte, und dieses Millionendefizit hat der städtische Haushalt für das kommunale Krankenhaus Höchst Jahr für Jahr übernommen und ausgeglichen. Als ich vor 5 Jahren vom Magistrat der Stadt Frankfurt in die Betriebskommission, den dort sog. Aufsichtsrat eben dieses Krankenhauses Höchst 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 verzweifelte Einwürfe kaum hinaus. Es wurden die DRG 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, 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 dabei überhaupt von Patienten die Rede war, dann nicht im Sinne einer guten Patientenversorgung, sondern einer optimalen Verschlüsselung im Abrechnungssystem. Die unausgesprochene Drohung bei diesen Diskussionen, das unsichtbare Menetekel an der Wand lautete: Privatisierung. Wenn es der Klinik nicht gelänge, zu schwarzen Zahlen zu kommen, stünde der Verkauf an einen der privaten Klinikkonzerne bevor.

Die ständig wachsende Controlling-Abteilung im Krankenhaus Höchst beschäftigte damals bereits 5 approbierte Ärzte, die den ganzen Tag nichts anderes zur Aufgabe hatten als die optimale Verschlüsselung im ICD bzw. als DRG (3). 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 ja eine mindestens genauso große Zahl von approbierten Bürokratie-Ärzten auf der Seite des MdK (4) gegenüber, die jede Krankenakte prüfen, Diagnosen streichen oder zerpfücken, und die DRG-Vergütung drücken, wo es nur geht. Das aber ist nicht nur eine massenhafte gesellschaftliche Verschwendung und Fehlverwendung von ärztlicher Kompetenz, nicht nur ein Kampf zwischen Schreibtischen, sondern das hat unmittelbare Auswirkungen auf die Patientenversorgung. Kennen Sie den Begriff der »blutigen Entlassung«? Das wird zwar immer wieder bestritten, aber als niedergelassener Chirurg kann ich Ihnen sagen, dass das inzwischen Teil meines normalen Arbeitsalltags ist. Es kommen

postoperativ immer mehr Patienten in einem haarsträubenden Zustand in meine Praxis, die ambulant nur mühsam und extrem aufwändig zu betreuen sind – übrigens ohne jede angemessene Vergütung, denn das geht in unseren lächerlichen Regelleistungsvolumina (5) unter.

Es bedarf doch keines Mathematikstudiums und es ist doch unmittelbar einleuchtend, dass eine Verkürzung der Liegezeit, eine Erhöhung der Patientenzahlen, man könnte auch sagen: der Schlagzahlen im Operationssaal 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 vorvergangenen Jahr ist z. B. in der Kinderchirurgie der präoperative Aufenthaltstag zur Operationsvorbereitung aus dem DRG-Vergütungskatalog gestrichen worden. Hintergrund ist, dass die DRG-Vergütung bei einem ein- oder zweitägigen stationären Aufenthalt auf 50% des vollen Satzes reduziert wird. Die Kinder müssen nun sozusagen direkt von der Straße auf den Operationstisch springen – ein menschlicher, psychologischer und medizinischer Irrsinn, der gute Chirurgie fast unmöglich macht. Und damit steigt natürlich auch die Fehleranfälligkeit unserer Arbeit.

An dieser Stelle möchte ich daran erinnern, dass ich zu Anfang ein Verständnis der Chirurgie vorgestellt habe, deren Handlungskonzept 3 Schritte hat: Indikation, Operation und Restitution. Man könnte die gegenwärtige Bedrohung der Chirurgie (und damit der Medizin überhaupt) dahingehend präzisieren, dass die Chirurgie mehr und mehr auf den einen 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, dann ist sie keine mehr. Einer meiner Lehrer hat einmal gesagt, dass er die Entfernung einer Gallenblase jedem beibringen

könne, der nicht 2 linke Hände hat. Aber ob man sie entfernt und wann man sie entfernt, das sei die ärztliche Kunst. Ich befürchte, wir sind in einen Prozess, ja 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 nicht gelingt, diese Deformation anzuhalten und rückgängig zu machen.

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 alle Sozialsysteme in unserer Gesellschaft betroffen sind. Dieser Deformationsprozess hat seine gesellschaftlichen Ursachen in einem gewaltigen Paradigmenwechsel im gesamten sozialen Bereich. Dieser Paradigmenwechsel versteckt sich in vielen verschiedenen Metaphern, er ist schon im ICD mit dabei, aber besonders in den DRG und in den Disease Management Programmen, den DMP. ICD, DMP, DRG, QM (6), EBM (7), OPS (8), MDK, Zuzahlungen, morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, Case Mix Index (9), Betriebsstättenkennziffern, Regelleistungsvolumina, Leitlinien, elektronische Gesundheitskarte könnte man in verständlichen Worten so dechiffrieren:

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

Anders gesagt: Wir sind Zeugen der Verwandlung des Gesundheitswesens in eine Gesundheitswirtschaft. Damit meine ich Folgendes:

In das Gesundheitswesen hat unsere Gesellschaft bislang einen Teil ihres Reichtums investiert, zum Wohle aller. Das Gesundheitswesen war bislang ein wichtiger Teil des Sozialsystems. Nun wird das Gesundheitswesen umgewandelt zu einem Wirtschaftszweig. Und sofort gelten ganz andere Gesetze als in einem Sozialsys-

tem. Ziel jedweden Sozialsystems ist die Absicherung der Bürgerinnen und Bürger gegen die sozialen Folgen von individuell nicht zu bewältigenden Risiken des Lebens, also z. B. Krankheit, Arbeitslosigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Alter. Ziel jedweden Wirtschaftssystems hingegen ist die Rendite, der Profit. Investoren investieren und wollen profitieren. Die Gesundheitswirtschaft wird also, frisch erfunden, zur Quelle neuen Reichtums für Investoren, die noch dazu durch so hohe Renditen dorthin gelockt werden, wie sie zur Zeit in keinem anderen Wirtschaftszweig auch nur annähernd winken.

Gerade dort, wo Markt und Konkurrenz absolut nichts zu suchen haben, nämlich in der direkten Beziehung zwischen Arzt und Patient, da ziehen sie derzeit mit Macht ein. 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 (siehe Schweinegrippe).

Ich möchte das an einem anderen Thema weiter konkretisieren, nämlich am Beispiel der Leitlinien: Im Dezember 2007 veröffentlichte die Zeitschrift »Arthritis Research & Therapy« eine Analyse der Leitlinien zur Behandlung der Kniegelenk-arthrose (10). Die erste Überraschung war, dass es 6 Leitlinien gab. Das allein schon widerspricht jedem Leitlinienkonzept total. Die zweite Überraschung aber war, dass alle 6 Leitlinien nur eine Minderheit der 23 AGREE-Kriterien erfüllten. Die AGREE-Kriterien muss man sich als eine Art Leitlinie für Leitlinien vorstellen, 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 6 Arthroseleitlinien ein Hinweis auf die Unabhängigkeit der Verfasser fand.

Leitlinien werden nämlich von Menschen erstellt, die wir Experten nennen. 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. Wissenschaftler und akademische Gremien, medizinische Experten und Entscheidungsträger sind Zielobjekte von Einflussnahmen. Besonders Pharmaunternehmen bauen eine Truppe von hochangesehenen Universitätsexperten 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 Hochdruckkranken erklären kann, wenn man den systolischen Grenzwert nur um 5 mmHg oder gar um 10 mmHg (11) absenkt. Im Juli 2004 wurde von einer ähnlichen Expertengruppe die Leitlinie zur Hypercholesterinämie revidiert. Danach waren mit einem Schlag 8 Millionen US-Bürger zu Patienten geworden, wobei man wissen muss, dass diese Leitlinie schon einige Zeit zuvor »überarbeitet« worden war, womit schon einmal etwa 23 Millionen US-Amerikaner zu behandlungsbedürftigen Patienten geworden waren (12, 13). Mit der Leitlinien-Medizin ist eine Expertengläubigkeit verbunden, die blind macht für die Abhängigkeit 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« (14).

Wenn ich nun der behandelnde Arzt von KARL VALENTIN wäre, hätte ich 5 Leitlinien zu Rate zu ziehen: die Leitlinie »Magen-schmerzen«, die Leitlinie »Hepatomegalie«, die Leitlinie »Fußschmerzen«, die Leitlinie »Kopfschmerzen«, und eine fünfte Leitlinie, die jetzt aber eigentlich »Karl Valentin« heißen müsste, und die es so natürlich nicht gibt, gar nicht geben kann! Die Arzt-Patient-Beziehung ist ein einmaliger und unwiederholbarer Vorgang, sie ist das Zentrum unserer Arbeit. Mit den ersten 4 Leitlinien käme jeder Handwerker mit medizinischer Halbbildung zu recht, mit der fünften Leitlinie allerdings nur ein Arzt.

Sollten Sie beim Lesen bisher noch nichts wirklich Neues erfahren haben, sollten Sie das vielleicht alles schon gewusst haben und sollten Sie sich auch bislang sowieso schon immer Gedanken gemacht haben, wo eigentlich die Heilkunst bleibt bei dem ganzen Zerstörungsprozess, so möchte ich Sie doch noch einmal spüren lassen, um welche tiefen menschlichen Ressourcen es bei dem Widerstand gegen die Zerstörung der Humanmedizin durch die zunehmende, erdrückende Dominanz der Gesundheitswirtschaft geht. Ich möchte Sie zum Schluss meiner Ausführungen von der ärztlichen Kunst weg zu einer anderen Kunst hin mitnehmen, zur Musik. Ich zitiere dazu ausgerechnet aus einem Lehrbuch über Unternehmensberatung. Es handelt sich um einen Vorschlag, wie Schubert seine Unvollendete Symphonie hätte vollenden können:

»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 2 Tagen erhielt der Unternehmer von seinem Berater ein Memo mit folgenden Konzertkommentaren:

1. Während längerer Zeit waren 4 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 12 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. 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 2 Stunden auf 20 Minuten gekürzt werden.

Hätte sich Schubert an diese Empfehlungen gehalten, hätte seine Symphonie wahrscheinlich vollendet werden können« (15).

Dem ist nichts hinzuzufügen.

Literatur und Begriffserklärungen

1. Reiners H. Wird Gesundheit bald unbezahlbar? Das Märchen von der Kostenexplosion. In: Reiners H. Krank und pleite? Das deutsche Gesundheitssystem. Band 12 der Reihe *medizinHuman*. Berlin: Suhrkamp; 2011.
2. Zweifel P, et al. Aging of population and health care expenditure: a red herring? *Health Econ* 1999; 8: 485.
3. ICD: International Classification of Diseases, eine der Datenverarbeitung angepasste Verschlüsselung von Diagnosen, die über die Vergütung entscheidet, indem jeder Diagnose ein Geldwert zugeordnet wird, wonach sich die Geldzuteilung für die Krankenhäuser durch die Krankenkassen richtet (DRG: Diagnosis Related Groups).
4. MdK: Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen, eine ärztliche Beratungs- und Begutachtungsorganisation der Krankenkassen zur Beurteilung des zu vergütenden medizinischen Alltags in Krankenhäusern und Arztpraxen.

5. Regelleistungsvolumina sind die aktuelle Form der Vergütungsbegrenzung für niedergelassene Ärzte. Innerhalb des RLV erhält der Arzt für seine Leistungen einen sog. Punktwert von derzeit 3,5 Cent, alle Mehrleistungen werden nur noch mit einem verschwindenden Bruchteil davon vergütet, also praktisch umsonst erbracht.

6. QM: Qualitätsmanagement, ein Verfahren aus der Automobilindustrie, mit dem inzwischen der gesamte soziale Bereich unserer Gesellschaft terrorisiert wird, von Arztpraxen bis zu Kindergärten.

7. EBM: Evidenzbasierte Medizin, eine Haltung, die bei der Behandlung von Kranken nichts gelten lässt, was nicht empirisch nachgewiesen oder bewiesen werden kann, und daher dazu missbraucht werden kann, das Besondere und Individuelle in der Medizin dem Allgemeingültigen unterzuordnen.

8. OPS: Eine Verschlüsselungssystematik von medizinischen Operationen und Prozeduren im Gesundheitswesen, die eine Modifikation der Internationalen Klassifikation von Prozeduren in der Medizin (ICPM) zum Zweck der Statistik und Datenverarbeitung ist.

9. CMI: Der Case Mix Index ist der Durchschnitt der Schwere der in einem Krankenhaus behandelten Fälle; je höher der CMI, desto höher die Vergütung.

10. Poitras S, et al. A critical appraisal of guidelines for the management of knee osteoarthritis. *Arthritis Res Ther* 2007; 9: R126.

11. mmHg: mit Millimeter-Quecksilbersäule wird im europäischen Raum die Maßeinheit benannt, mit der die Ergebnisse der Blutdruckmessung dokumentiert werden.

12. Healy M. From funding to findings. *Los Angeles Times*, August 6, 2007.

13. Marstedt G. Tricks und Erfolge der Pharma-Industrie im Gesundheitswesen. Internet (<http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=0845>).

14. Zitiert nach: Bertram W. Integrierte Medizin. In: Hontschik B, et al., Hrsg. *Auf der Suche nach der verlorenen Kunst des Heilens*. Stuttgart-New York: Schattauer; 2013. S. 3.

15. Hilb M. *Integriertes Personalmanagement*. München: Luchterhand; 1995.

Dr. BERND HONTSCHIK
Chirurgische Praxis
Zeil 57
60313 Frankfurt am Main
chirurg@hontschik.de