

Die verlorene Kunst der Chirurgie

The Lost Art of Surgery

Bernd Hontschik¹

Zusammenfassung: In vier kurzen Kapiteln wird ein gesellschaftlicher Deformationsprozess skizziert, der das System der medizinischen Versorgung in ein Wirtschaftsgut verwandelt hat. In seinem Mittelpunkt steht nicht mehr der Kranke, sondern Rendite und Gewinnmaximierung. Die immer älter werdende Bevölkerung und Fortschritte in Diagnostik und Therapie als Gründe für die (angebliche) Kostenexplosion im Gesundheitswesen darzustellen, erscheint als unseriöse Argumentation, die man nicht unwidersprochen lassen darf.

Schlüsselwörter: Gesundheitssystem; Med. Versorgung; Gewinnmaximierung

Summary: Four short chapters describe a social process of deformation, which has converted medical care into a commodity. It serves to increase the rate of return and profit maximization instead of the good of patients. The ever-ageing population and progress in diagnostics and therapy are listed as reasons for the alleged skyrocketing costs in our health care system – an unsound argument, which earns severe disagreement.

Keywords: Health Care System; Patient Care; Economic Profit

Seit 35 Jahren bin ich Chirurg. Die ersten knapp 15 Jahre meiner chirurgischen Tätigkeit habe ich in Frankfurt am Main-Höchst an einem Krankenhaus der Maximalversorgung gearbeitet (die letzten beiden Jahre als Oberarzt). 1991, also vor über 20 Jahren, ließ ich mich in der Frankfurter Innenstadt nieder. Aus der damals übernommenen kleinen Praxis mit weniger als 300 Scheinen im Quartal ist inzwischen eine große Gemeinschaftspraxis mit ambulantem OP-Zentrum geworden, mit mehr als 2000 Patienten im Quartal.

Die Chirurgie ist im Fächerkanon der Humanmedizin eigentlich ein sehr seltsames Fach. Sie definiert sich ausschließlich über ihre Therapiemöglichkeiten. Meistens werden medizinische Facharzt-Disziplinen ja nach Organsystemen definiert (z.B. die Neurologie, die Gynäkologie, die Urologie oder die Augenheilkunde). Andere Fächer definieren sich nach der angewandten Technik (z.B. die Radiologie oder die Labormedizin) oder nach ihrer Zugehörigkeit zu Lebensabschnitten, wie die Pädiatrie. Der Generalist par excellence mit einer breiten Zuständigkeit

für unausgewählte Patienten ist der Hausarzt [1, 2].

Die folgenden Aussagen betreffen zwar in erster Linie mein Fach und meine Erfahrungen in der Chirurgie, im Grundsatz aber alle anderen Gebiete, also auch die Allgemeinmedizin.

Zusammenbruch des Gesundheitssystems?

Es scheint inzwischen allgemeiner Konsens zu sein, dass

- unser Gesundheitswesen auf eine Art Zusammenbruch zusteuert,
- wir mit einer Kostenexplosion konfrontiert sind, und
- die immer älter werdende Bevölkerung untragbar hohe Kosten der gesundheitlichen Versorgung verursacht wird.

Mit Verlaub, ich sehe das anders. 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. Sie betragen zehn bis zwölf Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) mit minimalen Ausschlägen nach oben oder unten [3].

Das zweite Märchen betrifft die Veränderungen der Altersverteilung. Die immer weiter steigende Lebenserwartung und der immer höhere Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung sind zwar Tatsachen – sie werden aber für eine zweckbestimmte Propaganda missbraucht. Denn das steigende Durchschnittsalter verursacht im Gesundheitswesen keine unlösbaren Probleme, sondern hauptsächlich Veränderungen im Krankheitsspektrum. Jeder Mensch, über seinen ganzen Lebenszyklus betrachtet, verursacht etwa 70 bis 80 Prozent der Kosten im letzten Jahr seines Lebens [4, 5, 6]. 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 Al-

Gekürzte und modifizierte Version eines Vortrags am 1. März 2013 auf dem Gemeinsamen Bundeskongress Chirurgie 2013 in Nürnberg

¹ Facharzt für Chirurgie, Frankfurt am Main

DOI 10.3238/zfa.2013.0155-0158

tersdemagogie recht, dann wäre unser Gesundheitswesen 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.

Primat der Ökonomie

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, 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 fünf Jahren vom Magistrat der Stadt Frankfurt in die Betriebskommission, eine Art Aufsichtsrat eben dieses Krankenhauses Höchst berufen wurde, war ich zwar 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 DRGs verhandelt, Personalentscheidungen und das Wohl und Wehe ganzer Abteilungen am Case-Mix-Index diskutiert und entschieden, es gab aber nur ein Ziel: schwarze Zahlen in der Bilanz. Die wirklichen Aufgaben eines Krankenhauses, auch einer chirurgischen Klinik, spielten dabei eine völlig untergeordnete Rolle. Die wichtigsten Fragen, die zu beantworten waren, lauteten vielmehr:

- 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 DRG-System. Die ständige unausgesprochene Drohung bei diesen Diskussionen, das unsichtbare Menetekel an der Wand lautete: Privatisierung. Wenn es der Klinik nicht gelänge, schwarze Zahlen zu schreiben, stünde der Verkauf an einen der privaten Klinikkonzerne bevor.

Die ständig wachsende Controlling-Abteilung im Krankenhaus Höchst beschäftigte 2009 bereits fünf approbierte Ärzte, die den ganzen Tag keine andere 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 inzwischen schon mehr als fünf approbierten Bürokratie-Ärzten auf Krankenhausseite steht ja 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, gravierende Auswirkungen auf die Patientenversorgung.

Gesellschaftlicher Deformationsprozess

Sie kennen alle den Begriff der „blutigen Entlassung“. Er wurde zwar immer wieder bestritten, aber als niedergelassener Chirurg kann ich Ihnen sagen, dass er 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 aufwendig zu betreuen sind – übrigens ohne jede angemessene Vergütung, denn das geht in unseren lächerlichen Regelleistungsvolumina unter. Es leuchtet doch unmittelbar ein und bedarf keines Mathematikstudiums, dass eine Verkürzung der Liegezeit, eine Erhöhung der Fallzahlen (man könnte auch sagen: der Schlagzahlen 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-Vorbereitung aus dem Vergütungskatalog gestrichen worden, weil die DRG-Vergütung bei einem ein- oder zweitägigen stationären Aufenthalt auf 50 Prozent reduziert werden kann. 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.

Die eigentlichen, wirklichen ärztlichen Fähigkeiten in den Phasen der Indikation und der Restitution werden auf ein Mindestmaß reduziert und bis zur Unkenntlichkeit verstümmelt; im Blick bleibt, weil alleine lukrativ, die Phase der Operation. 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 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. Nicht nur das – 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 aus meiner Sicht tiefere Ursachen, die außerhalb des Gesundheitswesens und außerhalb der Humanmedizin zu finden sind. Er ist Teil einer Umwälzung, von der alle Sozialsysteme in unserer Gesellschaft betroffen sind und hat seine gesellschaftlichen Ursachen in einem gewaltigen Paradigmenwechsel im gesamten sozialen Bereich. Dieser Paradigmenwechsel versteckt sich in vielen verschiedenen Metaphern. 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 profitablen

Dr. med. Bernd Hontschik ...



... (60) ist Chirurg in Frankfurt am Main. Er ist u.a. Vorstandsmitglied der Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin, Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der Zeitschrift „Chirurgische Praxis“ und Herausgeber der Taschenbuchreihe „medizinHuman“ im Suhrkamp Verlag, die er mit dem Bestseller „Körper, Seele, Mensch“ eröffnet hat. Zuletzt veröffentlichte er „Auf der Suche nach der verlorenen Kunst des Heilens“ (Schattauer Verlag 2012, siehe auch Buchbesprechung S. 182).

Wirtschaftsprogramms. Anders gesagt: Wir sind Zeugen der Verwandlung des Gesundheitswesens in eine Gesundheitswirtschaft. Sie ist die Quelle neuen Reichtums für Investoren, die dort so hohe Renditen realisieren können, wie sie zurzeit auch nicht annähernd in einem anderen Wirtschaftszweig winken.

Die Kapitalanleger ziehen derzeit mit Macht gerade dort ein, wo Markt und Konkurrenz absolut nichts zu suchen haben, nämlich in die direkte Beziehung zwischen Arzt und Patient. 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, werden sie durch Korruption, Lobbyismus und globale Winkelzüge an ihrer Entfaltung gehindert und verkehren sich ins Gegenteil (siehe Schweinegrippe).

Wohl und Wehe der Leitlinien

An sich dürfte es keine guten und schlechten Leitlinien geben. Leitlinien sind außerordentlich hilfreich, um Irrtümer und konzeptionelle Fehler in der Medizin aufzudecken und abzustellen. Der Prozess der Erstellung von Leitlinien kann wie eine Katharsis wirken. Da niemand mehr die überbordende Fülle medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse selbst in seinem engeren Fachgebiet überschauen kann, sind Leitlinien fundierte evidenzbasierte Hilfsmittel, um sich im klinischen Alltag zurechtzufinden.

Gefährlich werden Leitlinien erst, wenn sie von „Korridoren“ zu Vorschriften werden, also dann, wenn Gesundheitspolitiker sie entdecken. Dann geht es nicht mehr um gute Medizin, sondern um Kostendämpfung. Und endgültig aus ärztlicher Hand geschlagen sind

uns die Leitlinien, die unter industrieller Einflussnahme entstehen, besonders dann, wenn dies verdeckt geschieht. Dann geht es nicht mehr um gute Medizin, sondern um Profit, um Rendite.

Im Dezember 2007 veröffentlichten Poitras et al. eine Analyse der Leitlinien zur Behandlung der Kniegelenksarthrose [7]. Als erste Überraschung stellte sich heraus, dass es nicht eine, sondern sechs Leitlinien gab. Das allein schon widerspricht jedem Leitlinien-Konzept. Die zweite Überraschung aber war, dass alle sechs Leitlinien nur eine Minderheit der 23 AGREE-Kriterien erfüllten (einer 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.

Ein zweites Beispiel: Wissenschaftler und akademische Gremien, medizinische Experten und Entscheidungsträger sind 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. Neun der elf 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 mmHg absenkt. Im Juli 2004 wurde von einer ähnlichen Expertengruppe die Leitlinie zur Hypercholesterinämie revi-

diert. Danach waren mit einem Schlag acht 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) [8, 9, 10].

Ausblick

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 der behandelnde Arzt von Karl Valentin gewesen wäre, hätte ich fünf Leitlinien zu Rate zu ziehen: die Leitlinie „Magenschmerzen“, die Leitlinie „Hepatomegalie“, die Leitlinie „Fußschmerzen“, die Leitlinie „Kopfschmerzen“, und eine fünfte Leitlinie, die jetzt aber eigentlich „Karl Valentin“ heißen müsste! 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 allerdings nur ein Arzt.

Bei dem gebotenen Widerstand gegen die Zerstörung der Humanmedizin durch die zunehmende, erdrückende Dominanz der Gesundheitswirtschaft geht es um tiefe menschliche Ressourcen. Zu deren Illustration möchte ich zum Schluss aus einem Lehrbuch über Unternehmensberatung zitieren [11]. Es handelt sich um einen Vorschlag, wie Schubert seine Unvollendete Symphonie hätte vollenden können. Hier das Zitat:

„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 Geigen-spieler 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. Emp-

fehlung: 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.“

Danksagung: Ich bedanke mich bei meiner Frau Claudia Hontschik für ihre Geduld und unverzichtbare Hilfe bei meinem Bemühen, für die Gedanken und Konzepte eine klare und verständliche Gestalt zu finden.

Interessenkonflikte: Der Autor erhielt Honorar und Reisekostenerstattung vom Berufsverband der Deutschen Chirurgen für den Vortrag am 1. März 2013.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Bernd Hontschik
Facharzt für Chirurgie
Zeil 57
60313 Frankfurt am Main
chirurg@hontschik.de
www.hontschik.de/chirurg

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). <http://www.degam.de/index.php?id=303> (letzter Zugriff 16.3.2013)
2. Abholz HH, Kochen MM. Definition der Allgemeinmedizin. In: Kochen MM (Hrsg.). Allgemein- und Familienmedizin (Duale Reihe). 4. Auflage, Stuttgart, New York, 2012: 525–529
3. Reiners H. Wird Gesundheit bald unbezahlbar? Das Märchen von der Kostenexplosion. In: Krank und pleite? Das deutsche Gesundheitssystem. Band 12 der Reihe medizinHuman (Hontschik B, Hrsg.). Suhrkamp, Berlin 2011: 67ff.
4. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten, Berlin 2009
5. Zweifel P, Felder S, Meier M. Aging of population and health care expenditure: a red herring? Health Econ 1999; 8: 485–496
6. Reiners H. Vergreisende Gesellschaft. In: Krank und pleite? Das deutsche Gesundheitssystem. Band 12 der Reihe medizinHuman (Hontschik B, Hrsg.). Suhrkamp, Berlin 2011: 76ff.
7. Poitras S, Avouac J, Rossignol M, et al. A critical appraisal of guidelines for the management of knee osteoarthritis using Appraisal of Guidelines Research and Evaluation criteria. Arthritis Res Ther 2007; 9: R126
8. Healy M. From funding to findings – when drug companies conduct research on new pharmaceuticals, outcomes may be affected – greatly. Los Angeles Times, August 6, 2007
9. Marstedt G. Tricks und Erfolge der Pharma-Industrie im Gesundheitswesen. <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=0845> (letzter Zugriff 17.3.2013)
10. de Ridder M. Der Arzt zwischen Leitlinien und Patientenindividualität. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2005; 99: 313–316
11. Hilb M. Integriertes Personalmanagement. Luchterhand, München 1995