POLITIK 01.02.2015

Aktuelle Trends im Gesundheitswesen beeinflussen unser Handeln

Einfluss von Ökonomie und Recht auf die Handelnden im Gesundheitswesen

Die Ausgaben im Gesundheitswesen werden weiter steigen.

Gründe wie der zu erwartende demographische Wandel, die Morbiditätsentwicklung und der medizinische Fortschritt werden oft genannt und sind hinreichend bekannt. Die Politik setzt auf den Markt im Gesundheitswesen, auf Wettbewerb und verspricht dennoch Leistungsausweitung (Prävention) im solidarisch finanzierten Gesundheitswesen. Geht das?

Zur Kommerzialisierung der Medizin kommt ein verändertes „modernes Rechts-Verständnis“ – das Haftungsrecht hinzu, mit direkten Auswirkungen auf die Handelnden im Gesundheitswesen.

1. Kommerzialisierung der Medizin

1.1. Einfluss auf die Krankenhaus- und Praxislandschaft

Um die Ausgaben im Gesundheitswesen in den Griff zu bekommen, setzt die Politik auf Wettbewerb. Die Inanspruchnahme der ökonomischen Handlungslogik im Wettbewerb, die Kommerzialisierung der Medizin, bedeutet aber nicht Ökonomie im Gesundheitswesen. Gewinnoptimierung (Steuerung von Medizin über den Preis) führt bei privaten und öffentlichen Trägern zur Indikationsausweitung für das Rentable und Einschränkung für das nicht Rentable.

Das DRG – Preissystem führt zur Marktbereinigung (Simon DÄB 2013).

Private Krankenhäuser können sich in diesen Wettbewerb durch innere Umstrukturierung (Personalabbau, Bettenabbau, Spezialisierung auf rentable Leistungen) besser anpassen. Niedergelassene Ärzte suchen neue Einnahmefelder (z. B. IGeL-Leistungen: von der Krankenkasse nicht bezahlte, weil oft nicht sinnvolle oder nicht wirksame Leistungen). Investitionen zwingen zur Amortisation. Dies führt zur Ausweitung der Indikation. Maschinen laufen rund um die Uhr, es kommt zur Selektion von lukrativen Patienten, zugleich bleibt weniger Zeit und weniger Platz für Kassen-Patienten. Es gibt Wartelisten, Patienten werden ungleich behandelt.

Die sprechende Medizin bringt den geringsten Erlös. Für den Arzt-Patienten-Kontakt bleiben oft nur wenige Minuten. Defensivmedizin ist die Folge – mit erneuten, unnötigen Untersuchungen, d. h. Mehrausgaben, die Unzufriedenheit von Patienten und Ärzten steigt.

Folgen für die Krankenhauslandschaft:

Das Gleichgewicht zwischen öffentlichen-, gemeinnützigen- und privaten Krankenhäusern wird gestört. Der Staat entzieht sich hier zunehmend der Verantwortung für die öffentliche Daseinsfürsorge und überlässt die Gesundheitsvorsorge dem freien, einem boomenden Markt.

Aber was kann denn überhaupt als Markt gelten?

Für private (individuelle, nicht von der GKV bezahlte) Gesundheitsausgaben, etwa frei verkäufliche Arzneimittel, Vorsorgeuntersuchungen, Gesundheits-Coaching, Fitness, Sportgeräte, funktionale Lebensmittel, Ernährung, Kleidung mögen die Regeln des Marktes zutreffen. Das mag auch für medizinische Leistungen, die für ausländische Patienten erbracht werden, sowie für die Pharmaindustrie und Medizin-Technik gelten. Hier mögen die Regeln des Marktes zutreffen.

Aber für das solidarisch finanzierte Gesundheitswesen (kein Markt) gelten sie eben nicht!

Die Gründe:

Ob wir Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, liegt nicht in unserer freien und freiwilligen Entscheidung. Selbstregulierende Preisbildung durch Angebot und Nachfrage gibt es nicht. Basis für Investitionen (duale Krankenhausfinanzierung) sind Steuereinnahmen, die von der jeweiligen Finanzlage und Krankenhausplanung der Länder abhängen (Obst 2009).

2. Einfluss von Recht und Gesetz

2.1. Recht auf medizinische Leistung

Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, dass die im Sozialgesetzbuch V (§ 12) genannten Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

Dabei sind Behandlungsmethoden sowie Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

Den Menschen in Deutschland mangelt es noch nicht an Gesundheitsfürsorge durch den Staat. Sie sind krankenversichert. Sie haben dadurch Anrecht auf eine angemessene Versorgung. Wer möchte und kann, hat die Möglichkeit, eine Zusatzversicherung abzuschließen. Allerdings wird niemand dazu gezwungen.

Die Bürger in unserem Land sind mit der Gesundheitsversorgung nicht völlig unzufrieden. Im internationalen Vergleich bescheinigen 34 % der Deutschen die Qualität der medizinischen Versorgung mit ausgezeichnet und sehr gut. In allen anderen Ländern einer Befragung ist die Zufriedenheit allerdings höher. 50 % der Deutschen wollen eine grundlegende, 25 % sogar eine komplette Änderung des heutigen Gesundheitswesens (Koch 2011). Und das, obwohl wir in unserem Land die höchste Versorgungsdichte (Ärzte, Betten, Maschinen) haben und alle Bürger versichert sind.

Aus dem Anrecht der Rundum-Versorgung leitet der Patient eine umfassende Inanspruchnahme ab. Wir fühlen uns als Bürger berechtigt, jedwede Auffälligkeit und ein jedes Unwohlsein abklären zu lassen. Dieser Morbiditäts-Luxus führt zum „demokratisch generalisierten Konsumismus“ (Sloterdijk, Im Innenweltraum des Kapitals, Suhrkamp, 2006). Eine potentielle Krankheit wird als Luxusgut gehandelt, ebenso die Schmerzfreiheit oder die Operation, die keine Spuren hinterlässt. Wir haben die Verantwortung für unsere Gesundheit längst an den Staat, an die Versicherung (Unfall-, Kranken- oder Zusatzversicherung) abgegeben. Uns ist nicht klar, dass wir durch dieses Verhalten eher eine Krankheit schüren als sie zu bekämpfen. Uns ist nicht klar, dass durch die Aufgabe der Eigenverantwortung die selbstheilenden Kräfte in uns blockiert werden (Hüther 2012).

Was ist notwendig? Was ist überflüssig? Das bestimmen Versicherungspolicen (wenn Du zur Vorsorge gehst, dann hast Du im Krankheitsfalle einen Bonus). Das führt zum regelmäßigen Arzt- (Zahnarzt) Besuch.

Die Folge ist: Jeder Mensch geht zum Arzt, von klein an. Die Arztpraxen sind überlastet, es entstehen Wartezeiten. Die Politik schickt den Patienten in die Klinik, wenn er keinen Termin bei den Fachärzten bekommt, als ob in der Klinik die Fachärzte überzählig wären.

2.2. Zum Haftungsrecht

„Die Arzt-Patienten-Beziehung entbehrt des Gleichgewichtes zwischen der Therapie-Hoheit des alt-hergebrachten wohlmeinenden Heilers und dem durch Krankheit schwachen Patienten.“

“Eine solche Arzt-Patienten-Beziehung widerspricht dem modernen, rechtlichen Verständnis von einem mündigen und autonomen Menschen. Der Patienten sollte heute über seine Behandlung selbst bestimmen. Er willigt in die Behandlung ein. Das Arzthaftungsrecht schafft dafür den Rahmen (Diederichsen 2013)“. Laut Diederichsen ist es ein Schutzgesetz vor den Ärzten. Es fordert und fördert die Kommunikation des Arztes mit dem Patienten.

Der Arzt schuldet die sorgfältige medizinisch gebotene Behandlung. Der Arzt haftet für die Gefahr des ausbleibenden Heilerfolgs proportional zu den Heilchancen.

2.3. Einfluss auf ärztliches Handeln

Der Arzt erfüllt seine Rechts- und marktwirtschaftlichen Pflichten durch Überdiagnostik (Labor, MRT u. a. m.) und Erfüllung des Werkvertrages. Die Behandlung ist evidenzbasiert, und abrechnungsfähig. Meist passt alles in einen Blocksatz eines wohldurchdachten, kliniktauglichen maschinell im Einfingersystem selbstgetippten Berichtes. Nichts geht über eine gute Dokumentation. Der Absicherung wegen.

Der Hausarzt in Deutschland behandelt im internationalen Vergleich mindestens doppelt bis viermal so viele Patienten, in geringster Zeit (9 min) und mit größerem bürokratischen Aufwand als ausländische Kollegen (Koch 2011). Der Arzt wird zum Sekretär, die Schwester übernimmt gerne seine Tätigkeiten (Visiten, Verbandswechsel u. a.) um ihn zu entlasten. Der Arzt wird zum Behandler des unter ökonomischen Aspekten gewerteten Patienten (DRG). Dadurch wird die innere Identität der Ärzte umprogrammiert (Maio 2013).

Die Folgen: das Schreibzimmer wird wegrationalisiert, Leistungen des Arztes und der Pflege werden meist zeitverschoben, retrospektiv aufgrund ihrer erstellten Krankenblatt-Dokumentation nach ökonomischen Gesichtspunkten von Ärzten im Auftrag der Krankenkassen gewertet.

Heilgarantie gibt es nicht. Aber Patienten fordern und machen Druck. Wettbewerb und Konkurrenzdruck verführen so manchen Arzt zu Heilversprechen. Die Chirurgie sei völlig schmerzfrei, heißt es dann, sie ginge schnell, natürlich ambulant, ohne Narben, und die modernsten technischen Geräte (z. B. Laser) seien praktisch Erfolgsgaranten.

3. Weitere Einflüsse

Aber nicht nur die oben genannten Gründe zwingen zum Nachdenken.

So werden auch die Methoden zur Qualitätssicherung zu hinterfragen sein. Ohne Zweifel stellen die Anforderungen an die Qualität im Gesundheitswesen in Praxen und Kliniken auch hohe Anforderungen an das Management. Um im Wettbewerb zu bestehen ist ein Zertifizierungsboom entstanden, der auf jeden Fall personelle und finanzielle Ressourcen bindet, ohne dass Patienten nachweislich besser behandelt wurden.

Es besteht ebenfalls kein Zweifel über die Fortschritte in Wissenschaft und Medizin-Technik.

Aus meiner Sicht scheint es daher immer schwerer, den gesunden Mix zwischen Erfahrungsmedizin und evidenzbasierte Medizin zu finden. Für Individualmedizin und Erfahrungsmedizin bleibt immer weniger Zeit. Die Stärke der empirischen Medizin liegt in der Zeitdauer der Beobachtung. Die scheinen wir nicht zu haben.

Eine Nutzungsbewertung von Medizinprodukten ist nicht zulassungsentscheidend (Krüger Brand 2012). Langzeitstudien zur Haltbarkeit von Prothesen etwa, nur um ein Beispiel zu nennen, fehlen bislang in Deutschland. Haltbarkeit rangiert bei der Entscheidung, welchem Produkt der Vorzug gegeben wird, hinter scheinbarer Innovation, Design und Preis. Der Einkauf dominiert.

Die Digitalisierung häuft unübersehbare Datenmengen an, die, so beklagen Wissenschaftler, aufgrund von Mangel an Ressourcen womöglich nie verwertet werden.

Evidenzbasierte Medizin, Telemedizin und Laborscreening versprechen bessere Medizin, vergrößern jedoch den Abstand zum Patienten.

Die Politik macht das Recht auf Zweitmeinung zur Regel, denn der Patient ist durch den freien Zugang zu medizinischen Informationen im Internet, die sich zum Teil krass widersprechen, verunsichert. Konkurrierende Online-Auftritte von Ärzten verschärfen diese Verunsicherung.

Der Patient erwartet zu viel, Mediziner und Medizin sind durch die Konkurrenz im Markt nicht kritikfähig, die Politik regelt zu viel. Das Gesundheitswesen ist krank und von Ökonomie, Marktwirtschaft, Wissenschaft und Recht getrieben.

Schlussfolgerungen

Medizin über den Preis steuern zu wollen setzt also falsche Anreize. Wir müssen eine Rangreihe (Priorisierung) der wichtigsten, nützlichsten und effektivsten Maßnahmen etc. diskutieren, zumindest, wenn es sich um Ausgaben des solidarisch finanzierten Gesundheitswesens handelt. Die Bundesärztekammer hat bereits vor einigen Jahren eine Debatte darüber angestoßen, wie trotz begrenzter Ressourcen eine gerechte Versorgung gestaltet werden kann. Priorisierung kann danach nur auf der Basis ärztlicher, ethischer, medizinisch-wissenschaftlicher und sozialer Kriterien erfolgen Priorisierungs-Entscheidungen müssen transparent und öffentlich nachvollziehbar getroffen werden.

Zu berücksichtigen ist darüber hinaus auch, dass der Preis nicht über die Effektivität einer Maßnahme entscheidet. Geld garantiert nicht Gesundheit. Wir Ärzte müssten die „Umprogrammierung unserer inneren Identität durch die Ökonomisierung“ (Maio 2013) aufgeben. Wir sollten unseren Auftrag als Arzt verteidigen und bei uns selbst anfangen.

Warum nimmt die Unzufriedenheit der Ärzte, besonders auch der Chirurgen zu? Es sind das Umfeld und die Arbeitsbelastung, die am meisten genannt werden.

Ich meine aber, es liegt mehr am Missverhältnis zwischen der Erwartung eines jungen Arztes und den dann im Alltag geforderten patientenfernen Aufgaben.

Das bedeutet für die Zukunft: Delegieren von Dokumentations- und anderen bürokratischen Pflichten: Ja! Wir sollten uns aber dringend davor hüten, immer mehr ärztliche Leistungen zu delegieren, und damit Kontrolle, Aus- und Weiterbildung zu vernachlässigen. Es wäre absurd zu glauben, Ärzte hätten damit weniger Verantwortung für die Patienten. Der Kontakt mit den Patienten darf unter keinen Umständen weiter verkürzt werden.

Wacha H. Aktuelle Trends im Gesundheitswesen beeinflussen unser Handeln. Passion Chirurgie. 2015 Februar, 5(02): Artikel 07_01.