FACHÜBERGREIFEND 18.12.2020

Die chirurgische Indikation im Kontext medizinischer, gesellschaftspolitischer und ökonomischer Entwicklungen



Die korrekte chirurgische Indikation zur Durchführung einer Operation ist eine der wichtigsten Aufgaben in der Chirurgie. Dabei steht der Patientenwille über allem. Die exakte Indikation begründet das Vertrauen des Patienten in die Chirurgie. Durch den gesellschaftspolitischen Wandel und den medizinischen Fortschritt können Änderungen und Ausweitungen der Indikation resultieren. Die chirurgische Indikation darf nicht ökonomischen Zwängen ausgesetzt werden, wobei sich die Chirurgie auch ihrer ökonomischen Verantwortung stellen muss.

„Zuerst erschienen in Zeitschrift für medizinische Ethik, Ausgabe 3/2020“

Im Kontext der geschilderten Verhältnisse und Umstände ist das Ziel des vorliegenden Beitrages, aus der Sicht eines Chirurgen den Stellenwert der Indikation bei den sich wandelnden Rahmenbedingungen aus verschiedenen Blickwinkeln zu beleuchten und einer aktuellen Standortbestimmung zu unterziehen.Nicht erst in diesen Tagen, sondern bereits seit vielen Jahren werden Strukturreformen des gegenwärtigen Gesundheitssystems in Fachkreisen und auch in der breiten Öffentlichkeit thematisiert und kontrovers diskutiert. Diese Diskussionen erörtern auf der einen Seite unter anderem die demografischen Veränderungen, den medizinischen Fortschritt, die sich ändernden Ansprüche an eine gleichermaßen effektive und effiziente Patientenversorgung sowie die zunehmende Digitalisierung. Auf der anderen Seite sind es weit überwiegend ökonomische Fragen, die auf eine Beantwortung warten [1]. Gerade die veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen im Krankenhaus, hervorgerufen durch die Einführung von Fallpauschalen, haben zu erheblichen Umgestaltungen geführt. Sie betreffen gleichermaßen die Strukturen der Krankenhäuser (z. B. die Schaffung von hauptamtlichen ärztlichen Direktoren) und die Ausgestaltung der Verträge der Führungskräfte und besonders auch der Ärzte mit Einführung von Zielvereinbarungen und entsprechender Vergütung. Das Vordringen ökonomischer Denkmuster in ärztliche (und pflegerische) Bereiche – beide auch heute noch durch eine hohe intrinsische Motivation und altruistische Denkmuster gekennzeichnet – führt gegenwärtig in den Krankenhäusern zu Stellenabbau, verdichteten Arbeitsabläufen sowie zu deutlich als schlechter empfundenen Arbeitsbedingungen mit den Konsequenzen von hohen Krankenständen und Nachbesetzungsschwierigkeiten bei freiwerdenden Stellen. Vor diesem Hintergrund überrascht es daher nicht, dass Krankenhäuser und Ärzte mehr und mehr in den Blickpunkt des öffentlichen Interesses gelangen, da die Befürchtung besteht, dass medizinische Leistungen besonders aufgrund des Diktates der Ökonomie und weniger wegen wirklich indizierter Behandlungsnotwendigkeiten erbracht werden [2]. Vielfach wird dabei gerade auf der ärztlichen Seite vergessen, dass daraus ein erheblicher Vertrauensverlust in die ärztliche Tätigkeit resultiert, somit also die Ärzte möglicherweise eines ihrer höchsten Güter – das Vertrauen der Patienten – verspielen [3].

Zur Bedeutung der chirurgischen Indikation

Für eine gelingende Patientenbehandlung ist es unerlässlich, dass sich die Arzt-Patienten-Beziehung auf gegenseitiges Vertrauen gründet. Dieses Vertrauen entsteht durch eine Anerkennung der besonderen Situation eines Kranken, der „mit seiner Erkrankung ein von den Selbstverständlichkeiten des Alltäglichen Ausgegrenzter ist“ [4]. Das Fundament für eine gute Arzt-Patienten-Beziehung ist die angemessene verbale und nonverbale Kommunikation und auf Seiten des Patienten die Anerkennung einer asymmetrischen Beziehungsebene. Trotz einer weiten Verbreitung von medizinischen Inhalten, insbesondere durch das Internet, und die grundsätzlich zu befürwortende partizipative Entscheidungsfindung, befindet sich der Mensch (als Patient) aufgrund der Krankheitssituation immer in einer vom Arzt abhängigen Beziehung.

Dies vorausschickend ist es die herausragende Aufgabe des Chirurgen, auch bzw. gerade in der heutigen Zeit der Sachwalter der Interessen des Patienten zu sein. Dabei geht es nicht darum, das alte paternalistische Beziehungsgefüge zwischen Arzt und Patient wieder aufleben zu lassen, sondern die Interessensvertretung des Chirurgen für den Patienten in einen modernen Zusammenhang zu stellen. Unverändert steht der Patientenwille nach einem noch heute gültigen Urteil des Reichsgerichtes über dem Patientenwohl. Dies bedeutet, dass auch bei noch so eindeutig bestehender Indikation zu einem operativen Eingriff dieser nicht durchgeführt werden darf, wenn sich der Patient nach umfassender Aufklärung und Beratung eindeutig dagegen ausspricht. Solche Situationen sind gerade angesichts der demografischen Entwicklung heute durchaus regelhaft: Zahlreiche ältere und hochbetagte Patienten lehnen einen Eingriff z. B. beim Vorliegen eines Malignoms ab und wählen andere Behandlungsmöglichkeiten. Dies ist seitens der Chirurgie zu akzeptieren.

Unabhängig davon ist die korrekte Indikationsstellung wahrscheinlich nicht nur die vornehmste Aufgabe eines Chirurgen, sondern auch die schwerste. Gerade in Situationen, in denen alternative Behandlungsmöglichkeiten vorliegen, kommt es immer sehr genau darauf an, das Für und Wider eines operativen Eingriffes abzuwägen und auch mit dem Patienten und seinen Angehörigen im Kontext von persönlichen Lebensvorstellungen und alternativen Behandlungsmöglichkeiten zu diskutieren. In jedem Fall sollten die Grundlagen und Erkenntnisse der Evidence Based Medicine (EBM) einfließen, wobei selbstverständlich zu berücksichtigen ist, dass sich die letztendliche Entscheidung immer am Patienten zu orientieren hat.

Dessen ungeachtet ist seitens der Chirurgie auch zu beachten, dass es sich bei der chirurgischen Kunst um eine auf Subjektivität gegründete Tätigkeit handelt. Zwar werden durch randomisierte Studien, bildgebende Verfahren und Laboruntersuchungen objektive Daten erhoben, die in die Bewertung einer Diagnose und einer Behandlung einfließen. Die Indikation und auch die Operation jedoch, nach der Indikationsstellung das zweite Kernstück chirurgischer Tätigkeit, ist in einem hohen Maß von Subjektivität geprägt [5]. Erst durch das chirurgische Können, erworben in vielen Jahren der operativen Tätigkeit, erlangt ein Chirurg die Fähigkeiten, die es möglich machen, eine korrekte Indikation zu stellen und die sich daraus ergebende Operation erfolgreich durchzuführen. Diese Subjektivität chirurgischer Tätigkeit wird in den heutigen Diskussionen um die Relevanz der Chirurgie bzw. ihre Ökonomisierung meist ausgeblendet, ist jedoch aus ärztlich-chirurgischer Sicht ein unverwechselbares Charakteristikum.

Es ist somit festzuhalten, dass die korrekte chirurgische Indikation das wesentliche Kriterium für eine an den Patienteninteressen orientierte Behandlung darstellt. Unter diesem Aspekt sei ein kritischer Blick auf die gerade in den Medien gelobte Initiative „Klug entscheiden“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin gestattet [6]. Es ist zweifelsohne lobenswert, sich mit Untersuchungen und Therapieempfehlungen auseinanderzusetzen, um dann die bestmögliche Entscheidung zu fällen. Gleichwohl sei die Frage erlaubt: Wurde vor dieser Initiative nicht klug entschieden? Geben die Ärzte damit nicht zu erkennen, dass in der Vergangenheit Entscheidungen gefällt wurden, die unklug waren? Ist es nicht ein Eingeständnis, dass die Indikation, die ohne jede Frage für jede medizinische Disziplin von höchster Bedeutung ist, in der Vergangenheit Schaden genommen hat? Allein bei Betrachtung des ärztlichen Ethos sind solche Initiativen dem Grunde nach entbehrlich.

Natürlich war und ist auch die Chirurgie nicht frei von möglichen Fehlentwicklungen bei der Indikationsstellung. Dies soll hier keinesfalls in Abrede gestellt werden. Allerdings hat die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie dargelegt, dass durch die nach EBM-Kriterien erarbeiteten Leitlinien und bei breit umgesetzter partizipativer Entscheidungsfindung eine klare Maßgabe für die korrekte chirurgische Indikation gegeben ist [7]. Darüber hinaus darf nicht außer Acht gelassen werden, dass auch in der Chirurgie grundsätzlich immer über Alternativen aufgeklärt werden muss und zudem die Patienten inzwischen das gesetzlich verbriefte Recht auf eine Zweitmeinung haben. Dadurch ist mit einer großen Sicherheit gewährleistet, dass die chirurgische Indikation korrekt gestellt wird. Natürlich wird dieses Recht nicht von jedem Patienten wahrgenommen und sicher auch nicht von jedem Chirurgen beim Beratungsgespräch thematisiert. Durch die vermehrte Prüfung von Behandlungen seitens der Kostenträger und die gestiegenen Anforderungen an die Transparenz des Leistungsgeschehens ist es jedoch absehbar, dass sich dies zunehmend durchsetzen wird und bei Nichtbeachtung unter Umständen erhebliche medico-legale Konsequenzen drohen können. Abschließend sei somit nochmals angemerkt, dass die korrekte Indikationsstellung den Gradmesser für eine ordnungsgemäße chirurgische Therapiemaßnahme darstellt. Wenn sich Chirurgen an der Indikation „vergehen“, schaden sie dem Patienten und damit dem Fach. Von dieser Bewertung unbenommen bleibt die wissenschaftlich fundierte Ausweitung der Indikation im Interesse des medizinischen Fortschrittes, der gerade auch in der Chirurgie in den letzten Jahrzehnten zu deutlich erweiterten Therapiemöglichkeiten und verbesserten Behandlungsergebnissen geführt hat. Dies wird im nächsten Abschnitt diskutiert.

Die chirurgische Indikation und der medizinische Fortschritt

Die Geschichte des medizinischen Fortschrittes ist wahrscheinlich so alt wie die Menschheitsgeschichte, wobei klar sein sollte, dass die Schaffung einer funktionierenden Kanalisation und die Erfindung des Kühlschrankes wahrscheinlich deutlich mehr zur Steigerung der weltweiten Lebenserwartung beigetragen haben als medizinische Errungenschaften. In der Chirurgie hat es unzählige Verbesserungen gegeben, die hier nur anhand einiger ausgewählter Beispiele genannt seien. Einer der größten Fortschritte wurde bei der Endoprothetik zur Behandlung degenerativer Veränderungen insbesondere des Hüft- und Kniegelenkes erzielt. Darüber hinaus konnten auch in der Transplantationschirurgie z. B. mit der Leber-Lebendspende, in der plastischen Chirurgie mit dem Extremitätenerhalt bei Malignomen, in der Herzchirurgie mit dem aortocoronaren Bypass zur Behandlung der koronaren Gefäßerkrankung und in der Gefäßchirurgie bei der Behandlung des Aortenaneurysmas erhebliche Fortschritte erzielt werden. Hinzu kommt, dass in vielen chirurgischen Fächern aus der Reduzierung des Zugangstraumas im Rahmen der minimalinvasiven Chirurgie weitere Verbesserungen der postoperativen Ergebnisse resultierten.

Diese medizinischen Fortschritte gehen immer auch mit einer Änderung und bisweilen auch einer Ausweitung der chirurgischen Indikation einher. Gerade in der prothetischen Versorgung von Gelenkarthrosen wird immer wieder der Vorwurf thematisiert, dass aus monetären Gründen zu viel und zu schnell operiert wird. Dabei wird häufig außer Acht gelassen, dass gerade im Langzeitverlauf konservative Behandlungsmaßnahmen nur einen sehr begrenzten Erfolg haben. Ein weiteres und sehr aktuelles Beispiel ist die Lebertransplantation bei kolorektalen Lebermetastasen [8]. Nach Entfernung des links-lateralen Leberlappens mit gleichzeitiger Transplantation zweier Lebersegmente sowie nachfolgender sog. zweizeitiger Hepatektomie konnte bei einer allerdings noch kleinen und ausgewählten Patientengruppe eine 5-Jahres-Überlebensrate von 83 % erzielt werden. Dieses Beispiel verdeutlicht eindrucksvoll, dass ursprünglich nicht für möglich gehaltene chirurgische Optionen durch Ausweitung der Indikation zu einem verbesserten Ergebnis bei den betroffenen Patienten führen. Eine solche Ausweitung der Indikation ist keinesfalls abzulehnen – sie ist Ausdruck des Bemühens um eine Optimierung der chirurgischen Behandlungsmöglichkeiten.

Der medizinische Fortschritt bringt es zudem mit sich, dass natürlich auch eine Vermischung mit merkantilen Ansätzen aus der angebotsinduzierten Nachfrage resultiert. Als Beispiel sei an dieser Stelle die metabolische Chirurgie genannt. Durch die rasante weltweite Verbreitung der morbiden Adipositas und den unzureichenden Ergebnissen einer konservativen Behandlung hat die Chirurgie einen signifikanten Stellenwert bei der Therapie der Adipositas erhalten. Gerade durch die minimalinvasiven Operationsmethoden können diese Eingriffe bei den multimorbiden Patienten mit niedrigen Komplikationsraten durchgeführt und ausgezeichnete Langzeitergebnisse erzielt werden [9]. In dem Maß, wie die Adipositas zunimmt, werden diese Leistungen natürlich nachgefragt. Gerade in solchen Situationen kommt es dann darauf an, dass nicht jede machbare Operation auch wirklich durchgeführt wird, sondern dass eine kritische Indikationsstellung erfolgt und die Patienten nahezu ausnahmslos das präoperativ geforderte multimodale Behandlungskonzept durchlaufen, um sicher zu stellen, dass auch die notwenige patientenseitige Compliance besteht. An diesem Therapiekonzept wird deutlich, dass gerade auch beim medizinischen Fortschritt die chirurgische Indikation eine herausragende Rolle spielt – sie muss sich immer den neuen Gegebenheiten anpassen.

Auf der anderen Seite wird es in der Chirurgie immer wieder anfänglich strittige Indikationen geben, die im Langzeitverlauf erst den medizinischen Fortschritt mit sich bringen. Als Beispiel sei die minimalinvasive Chirurgie angeführt. In den Anfängen dieser Operationsmethode – damals noch ohne jede Studie – wurden diese Techniken abgelehnt und die Protagonisten geradezu verteufelt. In den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts setzte der Kieler Gynäkologe Kurt Semm die Laparoskopie zu Entfernung des Blindarmes ein, und 1985 erfolgte die erste laparoskopische Gallenblasenentfernung. Seit dieser Zeit hat die laparoskopische/minimalinvasive Operationstechnik einen beispiellosen Siegeszug angetreten, wobei die Indikationen schrittweise ausgeweitet wurden. War es für die Viszeralchirurgie anfänglich nur die Gallenblasenentfernung, die für die minimalinvasive Chirurgie in Erwägung gezogen wurde, so eroberte diese Technik im weiteren Verlauf die kolorektale Chirurgie, anfänglich bei benigner, später dann auch bei maligner Grunderkrankung. Gegenwärtig gibt es nahezu keine viszeralchirurgische Erkrankung, die nicht durch minimalinvasive Maßnahmen behandelbar wäre. Daraus wird ersichtlich, dass sich die chirurgische Indikation gerade bezüglich operativer Techniken immer auch mit dem medizinischen Fortschritt weiterentwickelt und ggf. modifiziert wird. Das Beispiel der minimalinvasiven Chirurgie zeigt zugleich, dass es trotz der Forderung nach randomisierten Studien in der Chirurgie zur Erzielung der höchsten Evidenz oftmals chirurgische Pioniertaten Einzelner sind, die einen medizinischen Fortschritt generieren [10]. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass sich der medizinische Fortschritt auch stets im Diskurs mit den sich ändernden Rahmenbedingungen und den gesellschaftspolitischen Veränderungen befindet. In geradezu klassischer Weise gilt dies für die Präimplantationsdiagnostik und die Möglichkeiten der in-vitro-Fertilisation. Das nachfolgende Kapitel versucht nun eine Betrachtung der chirurgischen Indikation unter Berücksichtigung und im Spannungsfeld gesellschaftspolitischer Veränderungen.

Die chirurgische Indikation und der gesellschaftspolitische Wandel

In den letzten etwa zwei Jahrzehnten hat sich die Gesellschaft besonders aufgrund der Digitalisierung und Globalisierung erheblich weiterentwickelt und verändert. Gemäß Kondratieff befinden wir uns seit dem Jahr 2005 in der sechsten langen Welle der Weltwirtschaft, die durch ganzheitliche und biosoziale Gesundheit sowie Biotechnologie gekennzeichnet ist [11]. Im Zuge der Informationstechnologie, dem sog. fünften Kondratieff-Zyklus, und der ganzheitlichen Gesundheit haben sich die Sichtweisen der Gesellschaft und ihrer Individuen auf die Medizin und auch die Chirurgie deutlich gewandelt. Dieser Wandel lässt sich wie folgt zusammenfassend, aber keineswegs abschließend beschreiben:

Es ist zu einer erheblichen Vernetzung der Gesellschaft und ihrer Individuen gekommen. Im Zuge der Vernetzung und der Präsentation in den digitalen Medien ist gerade in der jüngeren Generation ein erhebliches Ausmaß an Selbstoptimierung zu verzeichnen. Zudem wird das Alter als unausweichliches Phänomen des Menschseins zunehmend negligiert, während das Streben nach ewiger Jugend zugenommen hat.

Die Digitalisierung hat zu einer erheblichen Transparenz des Leistungsgeschehens in den Kliniken geführt, wobei gleichzeitig der Qualitätsanspruch an die medizinische Leistungserbringung deutlich zugenommen hat, während das Bewusstsein für das damit meist einhergehende Risiko verloren gegangen ist.

Seitens der Medizin ist es zu zum Teil unrealistischen Heilsversprechen gekommen, die die Erwartungshaltung der Menschen erheblich gesteigert haben, und medizinische Themen haben in der Medienlandschaft einen bedeutsamen Stellenwert erhalten.

Diese Entwicklungen haben auf die chirurgische Indikation einen bedeutsamen Einfluss genommen, der mehrheitlich bewusst erfahren wird, der aber auch im Unterbewussten bei der Entscheidungsfindung eine Rolle spielt. Im Zuge der Selbstoptimierung ist es in der letzten Zeit vermehrt zu einer wunscherfüllenden Chirurgie gekommen, die sich besonders in der plastischen Chirurgie entwickelt hat. Fettabsaugung, Brustvergrößerung und -verkleinerung sowie die Intimchirurgie haben in den letzten Jahren steigende Eingriffszahlen zu verzeichnen und sind Ausdruck dieser Selbstoptimierung. Die ursprünglich eindeutig medizinische Indikation zum Brustaufbau durch Implantate nach Operation eines Mammakarzinoms wird in diesen Fällen durch die Indikation aufgrund des Patientenwillens ersetzt. Unbestritten ist dabei, dass viele Menschen sich in ihrem Körper unwohl fühlen, sodass diese Art der Chirurgie durchaus mit psychischem Leidensdruck gerechtfertigt sein kann. Gleichwohl muss klar sein, dass es sich hierbei um eine Ausweitung der chirurgischen Indikation handelt, die mehr durch gesellschaftliche Tendenzen als durch eindeutige medizinische Gegebenheiten bedingt ist. Selbiges gilt natürlich für die gesamte ästhetische Chirurgie gerade im Alter, wobei es hier durchaus klarere medizinische Indikationen gibt. Beispielhaft sei die Lidkorrektur bei Schlupflidern mit eingeschränktem Gesichtsfeld genannt.

Bedingt durch die Digitalisierung und die Forderung nach einer qualitätsorientierten Chirurgie hat die Transparenz des Leistungsgeschehens in den chirurgischen Kliniken in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Viele Kliniken veröffentlichen Ihre Leistungszahlen im Internet, und die Fülle an Zertifizierungen und Behandlungszentren tragen zur Transparenz bei. Auch für die wissenschaftlichen Fachgesellschaften sind Transparenz und Qualität hohe Güter, die entsprechend beworben werden [12]. Natürlich ist es im Interesse des Patienten, wenn er von kenntnisreichen Chirurgen mit hoher Qualität behandelt wird – dies ist völlig unstrittig. Es muss nur klar sein, dass dies auch Einfluss auf die chirurgische Indikation hat, wenn auch möglicherweise mehr im Unterbewussten: Wenn ich weiß, dass meine Behandlungsdaten z. B. im Rahmen von Qualitäts-Sicherungsstudien transparent dargestellt werden, ist nicht auszuschließen, dass komplikationsträchtige Eingriffe wie z. B. die Ösophagus- und Pankreasresektion aus Furcht vor Komplikationen gerade von weniger erfahrenen Chirurgen und in kleineren Kliniken deutlich restriktiver durchgeführt werden. Solche Entwicklungen können nur durch eine konsequente Zentralisierung besonders hoch spezialisierter Leistungen vermieden werden. Darüber hinaus muss aber auch beachtet werden, dass das Risikobewusstsein für operative Eingriffe in weiten Teilen verloren gegangen ist. Durch die berechtigte Forderung nach Qualität wird jede Abweichung von der Norm, also die Komplikation, sehr rasch als Fehler kategorisiert, ohne sich darüber im Klaren zu sein, dass mit dem Stellen der chirurgischen Indikation immer auch die Verwirklichung von Risiken einhergehen kann. Dies immer wieder zu kommunizieren, ist eine wichtige Aufgabe der Chirurgie und muss ein fester Bestandteil der partizipativen Entscheidungsfindung sein. Im Rahmen dieser Entscheidungsfindung muss es dann auch Aufgabe der Chirurgie sein, unqualifizierte Heilversprechen klar zu stellen und vor allem eine saubere Indikation zu befolgen. Als Beispiel sei hier die sog. narbenlose Chirurgie genannt, die vor einigen Jahren im Rahmen der Weiterentwicklung der miminalinvasiven Chirurgie propagiert wurde. Es handelte sich dabei um die Entfernung von Organen durch die Vagina. Abgesehen von der Tatsache, dass auch diese Chirurgie natürlich nicht narbenlos war, hat sich diese Art der operativen Technik nicht durchgesetzt, sodass für die Zukunft zu wünschen ist, dass hier die Indikation entsprechend streng gestellt wird.

Im Kontext der genannten Entwicklungen muss abschließend berücksichtigt werden, dass die Medien ein hohes Interesse an medizinischen Themen haben. Einerseits ist sehr zu begrüßen, dass die breite Öffentlichkeit möglichst umfassend über Gesundheitsfragen informiert wird, andererseits muss aber ebenso klar sein, dass gerade bei komplikationsreichen postoperativen Verläufen diese sehr schnell wegen der Vermutung eines Behandlungsfehlers in den Medien landen. Wenn dann die chirurgische Indikation fraglich oder gar nicht gegeben war, kann es auch medico-legal problematisch werden. Und auch hier ist nicht auszuschließen, dass gerade wegen des großen Medieninteresses bei schlechten postoperativen Verläufen – und seien sie auch noch so schicksalhaft – die chirurgische Indikation zurückhaltender betrachtet wird, um eben nicht als Chirurg oder als Klinik in den Medien zu erscheinen.

Ungeachtet dieser möglichen Einschränkungen der chirurgischen Indikation tragen die zunehmende Selbstoptimierung des Menschen, der demografische Wandel mit alten und damit auch kränkeren Patienten und natürlich auch der medizinische Fortschritt dazu bei, dass es insgesamt in den letzten Jahren zu einem erheblichen Anstieg der Interventionen und Operationen gekommen ist und daraus natürlich sowohl in der gesetzlichen als auch privaten Krankenversicherung Kostensteigerungen resultierten. Damit haben Fragen der Ökonomie zunehmend an Bedeutung gewonnen. Dieser Aspekt und seine Bedeutung für die chirurgische Indikation werden nun im letzten Abschnitt erörtert.

Die chirurgische Indikation unter ökonomischen Aspekten

Ungeachtet von Überlegungen, ob sich Krankenhäuser im Wettbewerb befinden und wirklich marktwirtschaftliche Gegebenheiten bestehen [13], ist zweifelsohne zu konstatieren, dass die Gesundheitswirtschaft in Deutschland einen sehr bedeutsamen Bereich der allgemeinen Geschäftstätigkeit darstellt. Nach Prognosen betrug im Jahr 2018 die Bruttowertschöpfung im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft knapp 370 Mrd. Euro. Damit machen Gesundheitsleistungen mehr als 12 % des Bruttoinlandsprodukts aus. Hinzu kommen jährliche Zuwachsraten von 4,1 % [14]. Angesichts dieser Zahlen verwundert zunächst, dass im Zusammenhang mit medizinischen und besonders chirurgischen Leistungen, die zum sog. ersten Markt der Gesundheitswirtschaft gezählt werden, eine Ökonomisierung beklagt wird, die zweifellos besteht und auch immer bestehen wird. Es wird dabei häufig vergessen, dass die ökonomische Seite der Medizin gerade für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung eindeutig geregelt ist. In §12, Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuches, Fünftes Buch, ist in Satz 1 festgelegt, dass die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen; „sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen." [15] Auch wenn also schon lange wirtschaftliche Erwägungen bei der medizinischen Leistungserbringung eine Rolle spielen, so hat die Einführung des DRG-Fallpauschalensystems diese Diskussion nochmals deutlich befeuert. Seit Einführung der Fallpauschalen ist es zu einem kontinuierlichen Fallzahlanstieg in den deutschen Kliniken gekommen, wobei dies gleichzeitig mit einem Bettenabbau und einer verkürzten stationären Verweildauer einherging [16]. Für diese Phänomene wurden schlagzeilenträchtig die Begriffe „blutige Entlassung" und „stationäres Paradox" geprägt. Positiver ausgedrückt ist zu konstatieren, dass das DRG-System erstmals zu einer deutlichen Verbesserung der seit Jahren geforderten Parameter für Effektivität und Effizienz geführt hat. Dies ist allerdings bis dato nie thematisiert worden. Stattdessen wird durchgehend angenommen und zum Teil auch durch entsprechende Studien belegt, dass gerade unter dem Primat der Ökonomisierung eine ungerechtfertigte Ausweitung der chirurgischen Indikation bis hin zur Indikationsbeugung erfolgt [17].

In kritischer Selbstreflektion ist in der Tat nicht auszuschließen, dass in vielen Fällen die Indikation zu einem operativen Eingriff gestellt wird, bei dem ökonomische Interessen überwiegen und die alternativen Behandlungsmöglichkeiten, ggf auch konservativer Art, überhaupt keine Berücksichtigung finden. Aus chirurgischer und besonders auch ärztlicher Sicht ist ein solches Vorgehen mit Verweis auf das ärztliche Ethos und die Moral strikt abzulehnen [18]. Zu Recht wurden daher ausschließlich ökonomische Zielparameter als Vergütungskomponenten aus den aktuellen Chefarztverträgen herausgenommen. Viele Chirurgen berichten allerdings dennoch über ökonomische Einflüsse auf die Indikationsstellung, weisen die letztendliche Verantwortung allerdings oftmals den kaufmännischen Geschäftsführungen der Krankenhäuser zu [19]. Dies erscheint insofern zumindest fraglich, da chirurgische Kliniken nicht nur den kostenintensivsten Bereich des Krankenhauses, den Operationssaal, betreiben, sondern mit der Erlösstruktur auch entscheidend zum finanziellen Wohlergehen beitragen. Vor diesem Hintergrund ist es unerlässlich, dass

sich auch Chirurgen ihrer ökonomischen Verantwortung stellen. Während dies für niedergelassene und belegärztliche Chirurgen immer schon Realität war, ist diese Dimension der ärztlichen Tätigkeit auch heute noch für viele am Krankenhaus tätige Chirurgen ungewohnt. Durch den zunehmenden Rückzug der Bundesländer aus ihrer Verantwortung zur dualen Finanzierung kommen Krankenhäuser jedoch nicht umhin, zum Erhalt ihrer funktionierenden Infrastruktur und zur Investition in zukunftsweisende Medizintechnologie Renditen zu erwirtschaften. Dies würde sich erst ändern, wenn sich entweder die duale Finanzierung wirklich wieder vollständig realisieren lässt oder aber wenn sich in einem öffentlich zu führenden gesellschaftlichen Diskurs darüber ausgetauscht wird, was die Gesellschaft und jeder Einzelne bereit ist, für ein funktionierendes Gesundheitssystem zu bezahlen. Das Festhalten an der Beitragssatzstabilität jedenfalls erscheint nicht als legitimes Ziel einer rationalen Gesundheitspolitik in Zeiten des demografischen Wandels und des medizinischen Fortschrittes. Da somit von einer unveränderten Finanzierung des Gesundheitssystems auszugehen ist, stellt sich die Frage, wie der Zielkonflikt zwischen sauberer chirurgischer Indikationsstellung einerseits und der Beachtung ökonomischer Erfordernisse andererseits gelöst werden kann. Hier können eine streng qualitätsorientierte Chirurgie und die Grundzüge der Moralökonomie möglicherweise einen erfolgversprechenden Weg weisen.

Wie eingangs erläutert, ist die korrekte chirurgische Indikation zu einer operativen Maßnahme die Voraussetzung für eine gute und patientenorientierte Behandlung. Auf der Basis der Indikation erfolgen die Operation und die postoperative Betreuung. Wenn diese mit einer hohen Qualität erbracht wird, d. h., wenn Komplikationen vermieden werden können, resultiert ein gutes chirurgisches Behandlungsergebnis. Damit ist auch eine ökonomisch erfolgreiche Behandlung gewährleistet, denn Komplikationen in der Chirurgie führen gerade bei den größeren und aufwendigeren Eingriffen zu einem dramatischen Anstieg der Kosten, die durch die Erlöse niemals gedeckt sind [20]. Daraus folgt, dass chirurgische Leistungen mit dem primären Fokus auf die Behandlungsqualität und auf das Patientenwohl in aller Regel auch mit einem positiven Deckungsbeitrag erbracht werden können. Es muss daher die Aufgabe der Chirurgie sein, permanent die eigene Behandlung zu hinterfragen und nach Verbesserungen zu suchen. In jüngster Zeit waren dies z. B. die Bemühungen um eine Etablierung des Team Time Outs in den deutschen Operationssälen und auch die Unterstützung des Aktionsbündnisses „Patientensicherheit durch chirurgische Fachgesellschaften wie z. B. die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. Leitlinien-orientierte Behandlung, der Aufbau von Registern und die damit verbundenen Studien, die natürlich nicht die randomisierten Studien ersetzen können, und das gesetzlich verbriefte Recht auf eine chirurgische Zweitmeinung sind weitere Maßnahmen, um eine saubere chirurgische Indikationsstellung zu verifizieren. Zukünftig können möglicherweise darüber hinaus die Ergebnisse der Versorgungsforschung und bzw. oder des Comparative Effectiveness Research zu weiteren Optimierungen beitragen [21]. Auch externe Peer-Review-Verfahren, z. B. im Rahmen von Zertifizierungen, können nach eigener Erfahrung zu einer Behandlungsverbesserung führen. In diesem Zusammenhang muss jedem verantwortungsvollen Chirurgen klar sein, dass ein Abweichen von den etablierten und transparenten Vorgaben unter Umständen gravierende medicolegale Konsequenzen hat. Vor diesem Hintergrund wird verständlich, dass entgegen der weit verbreiteten chirurgischen Meinung zum Einfluss der Ökonomie auf die operative Tätigkeit eine gute chirurgische Behandlungsqualität den größten Beitrag für eine auch ökonomisch sinnvolle Therapie darstellt.

Neben diesen qualitätsorientierten Ansätzen, die besonders durch die Chirurgie selbst umgesetzt werden können, tragen aber auch ökonomische Grundprinzipien dazu bei, dass die chirurgische Indikation und damit letztlich der Patient keinen Schaden nimmt. In diesem Zusammenhang sei auf die soziale Verantwortung des Krankenhauses hingewiesen [22]. Es ist wohl unstrittig, dass nur rentable Krankenhäuser langfristig für eine innovative Patientenbehandlung geeignet sind. Auch ist Gewinnmaximierung im Prinzip eine moralische Pflicht für langfristigen Wohlstand [23]. Gleichzeitig ist von der Chirurgie unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes der Sozialgesetzgebung anzuerkennen, dass sich die Patientenbehandlung immer auch an den entsprechenden Ressourcen des Krankenhauses zu orientieren hat – dies setzt die Anerkennung der Endlichkeit dieser Ressourcen voraus. Daher sollten Krankenhäuser moralische Normen und Ideale unter den Bedingungen einer modernen Wirtschaft in ihre Geschäftsprinzipen implementieren, die eine Handlungs- und Ordnungsorientierung geben können [24]. Es erscheint sinnvoll, dass im Krankenhaus nicht nur eine Medizin-, sondern auch eine Geschäftsethik implementiert wird, die ökonomische Verbindlichkeiten, transparente Kommunikationsstrukturen und individuelle Selbstbindung an moralisch-ethische Standards im Sinne eines „Code of Conduct“ und eines „Code of Ethics“ beinhaltet [25]. In dem Maße, wie Chirurgen die ökonomischen Limitationen anerkennen sollten, sollten die Geschäftsführungen verinnerlichen, dass ärztliche Entscheidungen nicht über ökonomische Anreize gesteuert werden dürfen. Denn dies untergräbt langfristig das Vertrauen der Patienten in die Krankenhausbehandlung, sodass dem Grunde nach sich die Kliniken die Geschäftsgrundlage ihrer Daseinsberechtigung entziehen. So kann die Übernahme von sozialer Verantwortung dazu beitragen, dass Spannungsfelder zwischen der chirurgischen Indikation (im Sinne des Patientenwohls) und den ökonomischen Gegebenheiten (Gewinnstreben einer Klinik) möglicherweise aufgelöst werden. Anders ausgedrückt: Wenn sich die Chirurgie und die Ökonomie darauf verständigen, alle Handlungen nach dem Prinzip ‚Vom Patienten(wohl) denken‘ auszurichten, wird es gelingen, dass die chirurgische Indikation in einen vernünftigen Ordnungsrahmen eingebunden ist.

Abschlussbemerkung

Die chirurgische Indikation zu einem operativen Eingriff gründet sich auf objektivierbaren Ergebnissen aus (randomisierten) Studien und in einem erheblichen Anteil auf dem Erfahrungswissen des Chirurgen, der die Indikation stellt. Auf der korrekt gestellten Indikation baut sich das Vertrauen des Patienten auf. Dabei handelt es sich nicht nur für den Chirurgen, sondern für jeden Arzt um ein sehr hohes Gut, das unter allen Umständen zu schützen ist. Über allem aber steht der Patientenwille, der stets zu beachten ist. Alle Änderungen und/oder Ausweitungen der chirurgischen Indikation, sei es aus Gründen des medizinischen Fortschrittes oder gesellschaftspolitischer Veränderungen, haben sich am ärztlichen Ethos und dem Patientenwillen zu orientieren. Eine chirurgische Indikation aus ökonomischen Erwägungen ist strikt abzulehnen. Gleichwohl müssen sich auch Chirurgen im Kontext ihrer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung und aufgrund des Solidargedankens des deutschen Gesundheitssystems ihrer ökonomischen Verantwortung stellen. Die aktuelle Covid-19-Pandemie wird die Gesellschaft mit der Frage konfrontieren, welches Gesundheitssystem wir wollen. Es wird gleichzeitig um die Beantwortung der Frage gehen, wie viel die Gesellschaft bereit ist, für ein funktionierendes Gesundheitssystem auszugeben. Prävention und Fragen der Public Health werden aller Voraussicht nach einen höheren Stellenwert haben als bisher. Auch die Diskussion um die Anzahl der Krankenhäuser wird wahrscheinlich in einem ganz anderen Licht geführt werden. Die Chirurgie sollte auch in diesen Fragen der Sachwalter der Patienteninteressen sein.

Literatur

[1] J. Flintrop, Die Dosis macht das Gift, in: Deutsches Ärzteblatt 110 (2013), A 1289.
[2] H. Naegler/K.-H. Wehkamp, Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung, Berlin u. a. 2018, 110–113.
[3] D. A. Axelrod/S. D. Goold, Maintaining Trust in the Surgeon-Patient Relationship, in: The Archives of Surgery (2000), 135, 55–61.
[4] J. Jähne, Die Arzt-Patientenbeziehung in einer sich wandelnden Gesundheitslandschaft – Plädoyer für eine neue Beziehungskultur, in: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Mitteilungen 02 (2004), 127–131, 129.
[5] T. Merl, Arbeit des Arztes, in: Böhle/Fritz (Hg.), Arbeit als Subjektivierendes Handeln. Handlungsfähigkeit bei Unwägbarkeiten und Ungewissheit, Wiesbaden (2017), 699–799.
[6] Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Klug entscheiden – evidenzbasiert besser handeln, online unter: www.klug-entscheiden.com (Zugriff am 27.02.2020).
[7] V. Zylka-Mehnhorn, Klug-Entscheiden-Empfehlungen – Für die Chirurgie derzeit kein „Muss“, Deutsches Ärzteblatt 114 (2017), A741.
[8] S. Dueland/T. Syversveen/J. M. Solheim/S. Solberg/H. Grut/B. A. Bjørnbeth/M. Hagness/P.-D. Line, Survival following liver transplantation for patients with non-resectable liveronly colorectal metastases, Annals of Surgery 271 (2020), 212–218.
[9] T. Manger/C. Stroh, Chirurgie der morbiden Adipositas: Qualitätssicherung – Stand und Ausblick, Obesity Facts 4 (2011), 29–33.
[10] S. Weber/A. Haverich, Bahnbrechende chirurgische Innovationen in Deutschland, Teil 1: Generierung medizinischer Evidenz, Chirurg 83 (2016), 423–432.
[11] L. Nefiodow/S. Nefiodow, Der sechste Kondratieff – Die neue, lange Welle der Weltwirtschaft (2016), online unter: www.kondratieff.net/der-sechste-kondratieff (Zugriff am 01.04.2020).
[12] Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Die Qualitätsoffensive – Mehr Wissen, Transparenz, Qualität, online unter: www.dgav.de/fileadmin/media/texte_pdf/DGAV_Qualitaetsoffensive.pdf (Zugriff am 01.04.2020).
[13] S. Klaue, Krankenhäuser und Wettbewerb, in: E. Bruckenberg/S. Klaue/H.-P. Schwintowski (Hg.), Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb, Berlin/Heidelberg/New York 2005, 2–23.
[14] Bundesgesundheitsministerium, Die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft, online unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitswirtschaft/bedeutung-der-gesundheitswirtschaft.html (Zugriff am 02.04.2020).
[15] Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (§ 12 Wirtschaftlichkeitsgebot, Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I, 2477).
[16] Naegler/Wehkamp (Anm. [2]).
[17] B. Albrecht, Medizin für Menschen – Ärzte fordern Rückbesinnung auf Heilkunst statt Profit, in: Stern vom 15. September 2019; Bundesärztekammer, Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung, online unter: www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-

Ordner/Stellungnahmen/SN_Med._Indikationsstellung_OEkonomisierung.pdf (Zugriff am 26.03.2020).
[18] Naegler/Wehkamp (Anm. [2]).
[19] Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Medizin und Ökonomie – Maßnahmen für eine wissenschaftlich begründete, patientenzentrierte und ressourcenbewusste Versorgung, online unter: www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Stellungnahmen/Medizinische_Versorgung/20181205_ Medizin_und_%C3%96konomie_AWMF_Strategiepapier_V1.0mitLit.pdf (Zugriff am 31.03.2020).
[20] R. Vonlanthe/K. Slankamenac/S. Breitenstein/M. A. Puhan/M. K. Muller/D. Hanloser/D. Hauri/R. Graf/P.-A. Clavien, The impact of complications on costs of major surgical procedures, Annals of Surgery 254 (2011), 907–913.
[21] K. B. Bland/D. B. Hoyt/H. C. Polk/J. E. Niederhuber, Comparative Effectiveness Research – Relative and Efficient Outcomes in Surgery Patients, Annals of Surgery 254 (2011), 550–557.
[22] J. Jähne, Medizinethik und soziale Verantwortung im Dienstleistungsunternehmen Krankenhaus, in: M. Diemer/C. Taube/J. Ansorg/J. Heberer/W. von Eiff (Hg.), Handbuch OP-Management – Strategien, Konzepte, Methoden, Berlin 2015, 407–413.
[23] Ebd.
[24] K. Homann, Gesellschaftliche Verantwortung von Unternehmen in einer globalisierten Welt: Handlungsverantwortung – Ordnungsverantwortung – Diskursverantwortung, Wittenberg-Zentrum für globale Ethik, Diskussionspapier Nr. 2006-1, 1-8, online unter: www.wcge.org/images/wissenschaft/publikationen/DP_2006-1_Homann_-_Gesellschaftliche_Verantwortung_von_Unternehmen_II.pdf (Zugriff am 03.04.2020).
[25] Jähne (Anm. 22).

Dieses Manuskript wurde während der SARS-CoV-2 Epidemie im März und April 2020 erstellt. Die langfristigen Auswirkungen dieser Epidemie auf die Strukturen und die zukünftige Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems sind gegenwärtig nicht absehbar und bleiben daher unberücksichtigt. Mögliche Auswirkungen wurden in der Schlussbemerkung thematisiert.

Der Autor dankt Prof. Dr. Hartwig Bauer, Senator der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, sowie Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, für die kritische Durchsicht des Manuskriptes.

Jähne J: Die chirurgische Indikation im Kontext medizinischer, gesellschaftspolitischer und ökonomischer Entwicklungen. Passion Chirurgie. 2020 Dezember, 10(12): Artikel 04_04.

Autor:in des Artikels



Joachim Jähne

Senator der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Diakovere Friederikenstift und Henriettenstift
Marienstr. 72-90
30171 Hannover

Kontakt