

14 Ökonomie und Chirurgie: Widerspruch oder Notwendigkeit?

H. Wiesinger

Chirurgie als Wachstumsindustrie

Das Thema der Reform des Gesundheitswesens oder besser die Debatte darüber, wie dieses Gesundheitssystem oder z.B. die Chirurgie in Zukunft finanziert werden sollen, beherrschen wie wenig anderes die politische Szene. Sehr oft ist die Rede von einem Umbau oder sogar Abbau des Gesundheitswesens und es wird eine Vorstellung erzeugt, das Gesundheitssystem wie eine gigantische Baustelle stillzulegen. Doch genaue Beobachtungen und Analysen zeigen das genaue Gegenteil.

Der medizinisch-industrielle Komplex, also die Gesamtheit aller Gesundheitsschaffenden (Kliniken, Praxen, Pharma-, medizinische Geräteindustrie, Apotheken und auch die Chirurgie), arbeitet auf Hochtouren. In Gang gehalten allein von dem aus marktwirtschaftlicher Sicht einzigem Motor, der Nachfrage.

Durch lange geplante, aber immer nur zaghafte umgesetzte Reformen mögen sich vielleicht die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen ändern, unter denen das Gesundheitsprodukt erarbeitet wird. Eines aber ändert sich mit Gewissheit nicht: Von keiner Reform wird irgendein Kranker gesünder.

Ganz im Gegenteil: Reformen werden deshalb notwendig, weil die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen (chirurgischen Leistungen) so sehr wächst, dass Korrekturen der Ressourcen vorgenommen werden müssen. Das eigentliche Problem unseres Gesundheitswesens ist also nicht, wie oft angenommen wird, ein allgemeiner Niedergang, sondern die Bewältigung seines außerordentlichen und kontinuierlichen Erfolgs und der ständig steigenden Nachfrage nach Dienstleistungen, die der Gesundheitsbetrieb produziert und bereitstellt. Im Gesundheitswesen gibt es die typischen Probleme des normalen Marktes (zyklische Krisen, Zusammenbruch von Marktsegmenten oder des gesamten Marktes) nicht. Das Produkt wird vielmehr von immer mehr Leuten in immer größeren Stückzahlen in immer kürzerer Zeit beansprucht und die Nachfrage übersteigt die Produktionskapazitäten systemimmanent. Die Krisen unseres Gesundheitswesens sind keine Kosten, sondern Wachstumskrisen. Alle Schwierigkeiten rühren nicht aus einem Abbau des Gesundheitswesens, sondern aus den Regulationsmaßnahmen, die erforderlich sind, um das System weiterhin finanzierbar zu machen. Dies lässt sich objektiv belegen: Trotz Rückgang des Bruttoinlandsproduktes steigt das Gesamtvolumen der Gesundheitsausgaben, womit die Gesundheitsindustrie in Zeiten anhaltender Rezessionen

¹ Kapitel 4
Version 1.0
Stand 04/1997

sionen ihre Krisenfestigkeit bewiesen und gezeigt hat, dass sie der möglicherweise erfolgreichste Sektor der Volkswirtschaft ist.

Es wäre deshalb schlichtweg falsch zu behaupten, dass es bei den notwendigen Reformen und den Debatten um eine Kostendämpfung oder um Abbau ginge. Das genaue Gegenteil ist der Fall. Kostendämpfung versteht sich bestenfalls als Dämpfung der Anstiegsgeschwindigkeit der Kosten.

Wir erleben im ausgehenden 20. Jahrhundert die Metamorphose der Chirurgie von einer, auf sehr persönlicher Beziehung zwischen Arzt und Patient beruhenden, Heilkunst im Grenzbereich zwischen Wissenschaft und Handwerk, zu einer komplexen, überproportional wachsenden Industrie, die viele Bereiche der Volkswirtschaft entscheidend beeinflusst und in den wirtschaftlichen Kenndaten alle anderen Branchen (Energie, Stahl, Waffen etc.) weit hinter sich gelassen hat. Die Medizin (und somit auch die Chirurgie) scheinen heute laut The Economist «The World's biggest business» zu sein.

Folgen der Medizinindustrialisierung

Die Gesundheitsindustrie ist einer der größten Arbeitgeber im Staat, einer der potentesten Bauherren, von der Medizin leben längst nicht nur mehr die Ärzte, sondern auch die Taxifahrer, die Kongreßzentren, die Architekten, die Techniker, die Art-Direktoren von Werbeagenturen und die Redakteure in hunderten von Zeitschriften. In vielen Orten, so auch in Villach, ist das Krankenhaus einer der größten Wirtschaftsbetriebe.

Diese Industrialisierung führt in der Folge durch Einführung industrieller Produktionskomponenten (Zeit, technische Rationalisierung, Qualitätssicherung) auch zu einer Beeinträchtigung der Arzt-Patientenbeziehung in der Art, dass ein möglichst standardisiertes Gesundheitsprodukt (z.B. minimalinvasive Chirurgie) in immer größeren Stückzahlen zu immer günstigeren Preisen bereitgestellt werden muss und der Preisverfall nur dadurch ausgeglichen werden kann, dass immer mehr Leistung in kürzerer Zeit erbracht, also schneller gearbeitet werden muss. Dies lässt sich ab einem bestimmten Punkt nur mehr durch technische Rationalisierung bewerkstelligen, d.h. der Arzt muss, um seine unter Kostendruck stehenden Aufgaben erfüllen zu können, auf intelligente Technik zurückgreifen, was zwangsläufig zur Einführung von mehr Technik und nie zum Abbau, wie eigentlich angenommen, führt. Die Kostendämpfungspolitik verstärkt die immer weitergehende technologische Hochrüstung, welche eigentlich verhindert werden sollte und verkürzt damit die Arzt-Patientenkontaktzeiten.

Für die Qualitätssicherung in der Chirurgie ist eine möglichst weitgehende Standardisierung des Produktes (Operationsmethode), also eine Verringerung der Variabilität der Abläufe und Ergebnisse, Grundvoraussetzung. Bislang war die individuelle Vorgangsweise bei der Problemlösung, z.B. im operationstechnischen Bereich die Lösung eines Problems. In der Zukunft wird der möglichst standardisierte Ablauf, um die Individualität der Verläufe möglichst zu begrenzen, den Fall in ein Statistikraster zu bringen und ihn qualitätssichernden Routinen unterziehen zu können, immer wichtiger.

Hierarchischer Umbau des Medizinbetriebes = Abstieg des Arztes?

Für die Ärzte spürbar sind die Veränderungen der hierarchischen Verhältnisse mit einer Verschiebung zugunsten des Management und der industriellen Partner. Mit fortschreitender technischer Rationalisierung wird der Bedarf an medizinischem Personal zurückgehen. Innerhalb des sich derzeit vollziehenden Umbauprozesses im Gesundheitswesen lassen sich grundsätzliche Parallelen zu den Industriepartnern erkennen. Hier wie dort verlieren die Produktionskräfte und eigentlichen Hauptleistungsträger -in unserem Fall Ärzte und das Pflegepersonal- zugunsten des Managements an Einfluss. Denn je größer ein Industriebetrieb wird, desto mehr werden die Entscheidungsprozesse vom eigentlichen Produktionsgeschehen in Managementetagen, weitab von der eigentlichen Leistungserbringung, verlagert. Eine Verlagerung auf nichtärztliche Berufsgruppen führt zu einer enormen Aufblähung des Verwaltungsapparates, mit der Notwendigkeit neue Stellen zu schaffen, und man fragt sich: Trägt das nicht zu den bestehenden Problemen der Spitalsfinanzierung bei und kritische Stimmen sprechen schon von einem Parkinson'sches Gesetz in Reinkultur.

Tatsache ist auch, dass durch den Druck der Krankenkassen und Versicherungen eine wirkliche Reform der Strukturen nicht vorgenommen, sondern bei den «prima vista» vordergründigen Personalkosten als erstes gespart wird.

Es kann jedoch nicht deutlich genug gesagt werden, dass die Hauptleistungsträger in einem Gesundheitsbetrieb die Ärzte und das Pflegepersonal sind. Allen diesen wird in immer größerem Maße immer mehr Leistung für immer weniger Bezahlung abverlangt. Die Rechnung für diese pauschale Negierung, Demoralisierung und immer geringere Wertschätzung dieser eigentlichen Leistungsträger wird der Patient zu spüren bekommen, wenn er in wenigen Jahren in den öffentlichen Krankenhäusern einen der wenigen dort noch anwesenden Ärzte trifft, der innerlich bereits gekündigt hat und die Zuwendung des Pflegepersonals lediglich in Basismaßnahmen besteht.

Zukunftsentwicklungen und Rolle des Arztes

Ohne polemische Überspitzung kann man sagen, dass im gegenwärtigen Medizinbetrieb, die Ärzte nach und nach die Rolle der Produktionskräfte übernommen und dabei am Einfluss auf das Management immer mehr verloren haben. Dieser Machtverlust reduziert den Arzt auf seine ökonomische Rolle als «Leistungserbringer», lässt aber seine wichtigste Funktion außer Acht, nämlich die des Arztseins. Mit der geplanten Einführung einer «Second Opinion» als Patientenrecht wird eine Institutionalisierung geschaffen, mit der dem Arzt die alleinige Entscheidungskompetenz bestritten wird, was mit den Prinzipien eines (noch) freien Berufes in keiner Weise vereinbar ist und was es beispielsweise weder bei Rechtsanwälten noch Wirtschaftsprüfern oder Architekten gibt.

Die drohende Zukunftsvision ist: Das Krankenhaus in dem Ärzte nur geduldet werden und der Manager das Sagen hat. Es muss mit Nachdruck festgestellt wer-

den, dass die Führung eines Krankenhauses nach der Kosten- Nutzen-Rechnung die Inhumanität schlechthin ist.

Der Patient will aber nicht verwaltet, sondern behandelt werden.

Gefährdet ist in dieser Richtung die früher selbstverständliche, enge Zusammenarbeit zwischen ärztlichem und Pflegepersonal mit gegenseitiger Hilfestellung, die zu manchem Erfolg am Krankenbett führten. Durch starken äußeren Einfluss seitens der Politik und Bürokratie wird diese in manchen Belangen negiert oder zumindest in Frage gestellt und damit scheinbar bewusst versucht, die medizinische Autorität zu untergraben. Dass dadurch das Arbeitsklima der Abteilung leidet, wird nicht beachtet. Die Einhaltung und Durchführung lawinenartig anwachsender Vorschriften im Rahmen der Bürokratie nehmen Arzt und Pflegepersonal die Zeit weg, die sie für die Zuwendung zum Patienten benötigen würden. Dies bedeutet eine regulative Einschränkung der ärztlichen Tätigkeit. Gleichzeitig wird aber beklagt, dass Arzt und Pflegepersonal sich zu wenig Zeit für die Patienten nehmen.

Machtverschiebungen sind meist Nullsummenrechnungen, so dass Machtverluste auf der einen zu Machtzuwächsen auf der anderen Seite führen. Deshalb hat es parallel zum Bedeutungsverlust der Ärzte einen Aufstieg des Regulationsapparates (Krankenkassen, Versicherungen, Verwaltungen, Politik) gegeben, jener Instanzen also, die im weitesten Sinne mit der Festlegung von Rahmenbedingungen, sowie mit der Kontrolle und Steuerung der Gesundheitsindustrie befasst sind.

Während Ärzte, Spitalsverwaltungen und die Medizinindustrie sich im Streit um die Verteilung der finanziellen Ressourcen gegenseitig paralisieren, ist es dem Regulationsapparat in erstaunlicher Weise gelungen, der Öffentlichkeit (den Teilnehmern am Gesundheitsmarkt) zu suggerieren, sie seien die eigentlichen Interessensvertreter der Patienten und zwar entgegen alle anderen, somit auch gegen die Ärzte. Zu denken gibt dabei die Tatsache, wobei angemerkt werden muss, dass die Versicherung von Krankheitsrisiken eine finanztechnische Dienstleistung ist und die Versicherungswirtschaft direkt am linearen Wachstum des Finanzvolumens im Gesundheitswesen partizipiert, weil ihr mit steigendem Umsatz auch höhere Kostenerstattungen zustehen. Deshalb sind die Sparappelle der Krankenkassen oder Versicherungen gegenüber Patienten und Ärzten in erster Linie unter Marketinggesichtspunkten zu sehen, sie verschleiern nämlich den Umstand, dass die Krankenkassen genau wie alle anderen Sektoren unserer Volkswirtschaft, nicht am sinkenden, sondern immer nur am steigenden Umsätzen interessiert sein können.

Einfluss der EDV

Wenig bemerkt wird derzeit noch das Anwachsen der Daten, die in den Rechenzentren der Spitalsverwaltungen, Krankenkassen und Versicherungen zusammenfließen. Da die EDV, von Ärzten hauptsächlich unter epidemiologischen und medizinstatistischen, im niedergelassenen Bereich sicher auch unter ökonomischen Gesichtspunkten gesehen wird, in ihrer Kontrolle und somit berufspolitischen Brisanz jedoch wenig oder gar nicht erkannt wird, gerät der Arzt immer stärker in eine Abhängigkeit von Kontrollroutinen einer Regulationsbürokratie, die ihm gegenüber immer mächtiger wird. Denn, durch die eigentlich von Ärzten erbrachte Datenan-

sammlung, wird eine Analyse des Leistungsgeschehens von einer bislang unbekanntem Tiefenschärfe erbracht.

Die Ärzte haben deshalb guten Grund, ihren Machtverlust nicht einfach hinzunehmen, sondern sich an den in Form von gesundheitspolitischen Debatten ausgetragenen Verteilungsauseinandersetzungen aktiver und stärker zu beteiligen, um nicht eines Tages die Entscheidungsbefugnis darüber zu verlieren, wie eigentlich Krankheit definiert werden soll.

Ökonomie chirurgischen Handelns

Der Einsatz für Leben und Gesundheit eines Menschen nach ökonomischen Gesichtspunkten zu bewerten liegt für den Ökonomen nahe, ist für den Arzt jedoch eher ungewöhnlich. Die Ökonomen werden deshalb auch oft als Menschen bezeichnet, die «von allem den Preis kennen, aber von nichts den Wert».

Mit der Frage Ökonomie und Chirurgie -Widerspruch oder auch Notwendigkeit-, geht es um die Rahmenbedingungen für chirurgisches Handeln, das sowohl unter ethischen Gesichtspunkten als auch unter dem Aspekt von knappen finanziellen Ressourcen verantwortet und beurteilt werden muss. Das Prinzip der Wirtschaftlichkeit verlangt, dass jede medizinische Handlung mit den geringstmöglichen Kosten zu verwirklichen ist, oder umgekehrt, aus jeder Kostensumme ist ein Maximum an medizinischem Erfolg herauszuholen.

Dem Grundsatz «Das Leben ist das höchste Gut und um die Gesundheit zu erhalten, ist nichts zu teuer» würden wohl die meisten Menschen zustimmen. Auf der anderen Seite werden jedoch regelmäßig Entscheidungen getroffen, die ein Abwägen zwischen der Erhaltung und Verlängerung menschlichen Lebens und den Einsatz knapper Mittel beinhalten. Kosten-Nutzen-Analysen wurden in den vergangenen Jahren häufig zur Beurteilung von gesundheitspolitischen Programmen und von neuen medizinischen Verfahren herangezogen. Der Versuch Leben mit Geld zu bewerten wird als moralisch verwerflich angesehen. Es stellt sich deshalb auch die Frage, ob es gerechtfertigt ist, beliebig hohe Mittel für die Genesung eines Kranken einzusetzen, um dessen Leben möglicherweise nur um Monate zu verlängern (aufwendige Therapien bei Karzinompatienten mit infauster Prognose), wenn man bei begrenzten Ressourcen mit dem gleichen Beitrag eine viel größere Anzahl von Menschen mit alternativem Mitteleinsatz (z.B. Vorsorgeprogrammen) von vorne herein gesund erhalten könnte.

Es gibt keinen grundsätzlichen Konflikt zwischen Wirtschaftlichkeit und Humanität. Es gibt nur einen Dauerkonflikt zwischen Mittelknappheit und dem Bedarf im Gesundheitswesen.

Wirtschaftlichkeit ist abhängig von erwartetem bzw. erhofftem Erfolg. Dieser Erfolg muss in einem angemessenen Verhältnis zum Aufwand stehen. Maßgebliches Kriterium ist aber nicht etwa die Wirtschaftlichkeit des Erfolges. Ob die Lebensverlängerung durch eine Operation sich lohnt, dies bleibt bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung außer Betracht, was zählt sind die Kosten, die erforderlich sind, um einen Erfolg, z.B. die Lebensverlängerung um eine bestimmte Zeit, zu erreichen. Noch ist

es bestenfalls apokalyptischen Zukunftsvisionen der Science Fiction Literatur vorbehalten, für die Lebensverlängerung eine Kosten-Nutzen-Rechnung anzustellen und Vergleiche zwischen verschiedenen Patientengruppen zu ziehen. z.B. Zwischen einem jungen Traumatpatienten und einem multimorbiden Bypasspatienten, für dessen Lebenserhaltung die Kosten für ein Jahr gewonnenes Leben ein Vielfaches gegenüber dem Traumatpatienten betragen und was man als unwirtschaftlich bezeichnen könnte. Diese wenigen, angesichts des knappen zur Verfügung stehenden Raumes möglichen, Szenarios zeigen wohl schon mit aller Deutlichkeit, welche tief greifenden Widersprüche und Gegensätze zwischen Erforderlichem und Wirtschaftlichem entstehen können. Wirtschaftlichkeit wird anhand statistischer Daten, anhand von Durchschnittswerten geprüft, die Erfordernisse bemessen sich nach dem Einzelfall. Gibt es keine Behandlungsökonomie in dem Sinne, dass der erzielbare Erfolg an Kriterien der Wirtschaftlichkeit gemessen, also die erreichbare Lebensverlängerung an den dafür erforderlichen Kosten gemessen wird, so bleiben meines Erachtens die Indikation zu einem chirurgischen Eingriff, die erreichbare Lebensverlängerungsdauer und die Lebensqualität die Indikatoren bei Therapieentscheidungen, nicht im Sinne einer zu erzielenden Kosteneinsparung sondern im Hinblick auf die Richtigkeit des Behandlungszieles. Nur kurzfristige Lebensverlängerungen unter belastenden Bedingungen, z.B. um den Preis verstümmelnder Operationen mit hohem Aufwand, sollten als Therapieziel kritisch geprüft werden. Sie sind durchwegs nicht, oder nur in Ausnahmefällen indiziert. Werden solche Operationen nicht mehr durchgeführt, so bleiben auch die Kosten niedriger. Das ist aber nur ein Nebeneffekt einer primär unter therapeutischen Gesichtspunkten nicht indizierten Behandlung, vielleicht wird auch dadurch ein Stück Wirtschaftlichkeit erreicht.

Chirurgie und ihre Grenzen- jedem Alles?

Man darf deshalb schon jetzt voraussagen, dass die Chirurgie sich durch formale Vorgaben wie ökonomisch qualitative (weniger große oder radikale Eingriffe) und auch quantitative (numerische) Eingrenzungen in ihrem Aktionsradius nicht einschränken lassen wird. Qualitative Begrenzungen sind nicht vertretbar und nicht durchsetzbar. Die Quantität der chirurgischen Eingriffe kann aber auch durch Fallpauschalen (Hinwendung zur Bezahlung der Leistung und Abrücken von manipulierbaren Liegezeiten) begrenzt werden, sonder einzig und allein durch eine Qualitätskontrolle, der Indikation.

Nur wer die Indikation zu einem chirurgischen Eingriff erfasst und überprüft, kann die Chirurgie in ökonomische Grenzen zwingen und das «jedem Alles» eindämmen. Die Indikation wiederum kann von drei Faktoren beeinflusst werden:

1. Erkrankung
2. Patient
3. Chirurg

Um eine Erkrankung sinnvoll chirurgisch behandeln zu können, muss das Problem im weitesten Sinne mechanisch lösbar sein. Chirurgie ist eine mechanistische Therapieform, die überall dort erfolgreich eingesetzt werden kann, wo mechanische Probleme mechanisch behebbar sind. Es mag darüber hinaus überraschen, dass der Faktor Erkrankung der Chirurgie auch Grenzen setzen kann, dass es die Er-

krankung als solche gar nicht gibt. Gemeint sind chirurgische Eingriffe bei morphologischen oder funktionellen Veränderungen ohne Krankheitswert -exemplarisch seien hier die «chronische» Appendizitis, die «weiche» Leiste und die asymptomatische Cholezystolithiasis- die drei in Österreich am häufigsten ausgeführten operativen Eingriffe, genannt, und je weniger invasiv der Zugang zu derartigen Eingriffen ist, desto niedriger wird offenbar die Hemmschwelle ihn auszuführen. Wenn die Art der Eingriffe sich auch noch in Fallpauschalen wieder finden, wird der Hang sie auszuüben übergroß werden.

Am nachhaltigsten werden die Grenzen der Chirurgie durch den Patienten und dessen individuelle Belastbarkeit geprägt. Objektiv sind Belastbarkeitsgrenzen durch individuelle Risikoanalysen präoperativ (Quantifizierung aller Organfunktionen mit vitaler Bedeutung), mit einem gewissen diagnostischen Aufwand, zuverlässig erfassbar und das Risiko postoperativer Probleme relativ sicher abzuschätzen. Entscheidend dafür sind weniger das Alter sondern vielmehr die Begleiterkrankungen, die heute oft vorhandene Multimorbidität, die limitierend wirken können. Subjektiv nimmt der Patient auf die Therapieentscheidung Einfluss, ob er auch unter den Bedingungen eines möglicherweise erhöhten Risikos seinem Schicksal in den Arm fällt oder ob er ihm seinen Lauf lassen will.

Oft wird der Chirurg, wohl objektiv gesehen nur Mittler innerhalb des Indikationsprozesses, auch selbst Anlass zu Grenzüberschreitungen, denn Chirurgie ist freier Markt, Unkosten entstehen und müssen beglichen werden. Chirurg und Krankenhaus müssen leben, die Konkurrenz drängt. Führt der eine Chirurg den Eingriff nicht aus, wird der Patient im Nachbar Krankenhaus operiert, die Indikation und damit die Grenzen werden weiter, dies um so mehr als der risikoarme Patient am leichtesten und Kosten sparendsten zu operieren ist, noch dazu wenn der Aufwand der Operation gering ist.

Die Grenzen des ökonomisch Machbaren, d.h. des Realisierbaren, sind bislang von der Chirurgie nicht ernst genug genommen worden, sie werden uns von extern vorgegeben. Ob allerdings therapieorientierte Fallpauschalen das dafür geeignete Mittel sind, muss offen bleiben, da auch Fallpauschalen beliebig vermehrt und genutzt werden können. Der Chirurg bestimmt letztlich selbst, was eine chirurgische Erkrankung ist, er kann sich seinen eigenen Markt schaffen, wobei die Chirurgie nicht den Gesetzen des freien Marktes, in dem die Nachfrage das Angebot regelt, gehorcht. Eine Begrenzung der Chirurgie kann nur über eine Qualitätskontrolle der Indikationsstellung erreicht werden. Natürlich kann die Chirurgie nicht jedem alles geben, aber sie muss für jeden das notwendigste bereithalten. Dies bedeutet eine sorgfältige, verantwortungsvolle Indikationsstellung, durch sie gelangt man an die Grenzen der Chirurgie, die allerdings individuell und schwer objektifizierbar sind. So kann man schließen: Nicht jedem Alles, aber jedem Patienten sein Recht!

Literatur

1. Biermann H Zukunftsentwicklung des Gesundheitswesens und die Rolle des Arztes. Effektivität und Ökonomie chirurgischen Handelns, Thieme 1994
2. Die Zeit Nr. 52, 22. Dezember 1995

3. Neugebauer G, Moos G Wirtschaftlichkeit und Humanität in der Medizin. Thieme 1994
4. Schreiber HL Ökonomie chirurgischen Handelns und rechtlicher Sorgfaltsmaßstab. Thieme 1994
5. Siewert JR Chirurgie und ihre Grenzen. Springer 1994
6. Trede M Leben oder Überleben? Aufgaben der onkologischen Chirurgie. Springer 1994