Prof. Dr. Martin Wehling

Warum ist die Verschwendungsmedizin gefährlich für Patienten?

Zusammenfassung

Deutschland hat ein sehr teures Gesundheitssystem, das sich durch Verschwendung und geringe Effizienz auszeichnet; neben den Kosten der Verschwendung, die u.a. zur unnötigen Leistungsverknappung führen kann, ist aber auch die Gefährdung von Patienten durch unnötige Eingriffe sowohl in Diagnostik als auch Therapie von großer Relevanz. Unnötige CT-Untersuchungen erhöhen z.B. das Tumorrisiko, invasive Verfahren wie der Herzkatheter, Operationen und Vollnarkosen haben eine prozedurale Morbidität und Mortalität z.T. bis in den Prozentbereich, und nosokomiale Infektionen treten bei 3,5-15% hospitalisierter Patienten auf, also auch bei solchen die nicht hospitalisiert sein müssten. Eine Angebotsverknappung als Abhilfe erscheint angesichts vorhandener Überkapazitäten illusorisch, eine unabhängige Indikationsprüfung, auch stichprobenweise, als aussichtsreicher.

Schlüsselwörter

Verschwendungsmedizin, unnötige Kosten, Patientengefährdung, Indikationsprüfung

Deutschland ist ein reiches Land, trotz der Finanzkrise und ihren globalen Folgen. Es leistet sich das drittteuerste Gesundheitswesen der Welt - nach den USA und den Niederlanden[1]. Trotzdem werden die Menschen hier nicht älter als in Ländern mit wesentlich billigeren Systemen, wie z.B. dem in Schweden. Die Lebenserwartung bei Geburt lag 2009 in Deutschland bei 80,3 Jahren, in 13 europäischen Ländern war sie größer, am größten in der Schweiz mit 82,3 Jahren[2]. Es ist unbestritten, dass der Fortschritt Geld kostet und Innovationen langfristig nicht immer sinnvoll sein müssen - zumindest am Anfang der Einführung ist das nicht immer genau zu estimieren. Aber hier liegt das Problem ganz anders: Es sind nicht die Innovationen, die das System so teuer machen, obwohl das gerne behauptet und daher besonders kritisch gesehen wird, sondern die unkontrollierte Anwendung von Techniken und Abläufen, die oft sogar schon veraltet sind.

>> Das Grundproblem ist die Zugangs- und Bedarfssteuerung für medizinische Leistungen, bzw. ihre Abwesenheit aus medizinischer Sicht. In den vergangenen 40 Jahren vervielfachte sich die Zahl und mengenmäßige Anwendung komplexer Diagnose- und Therapieverfahren, die fast immer einen großen technischen Aufwand und sehr teure andere Komponenten, wie Operationssäle oder Arzneimittel einschließen. So gab es 1984 in Deutschland 56797 diagnostische Herzkatheteruntersuchungen, 2008 845172[3]. Deutschland ist im OECD-Vergleich das Land mit den meisten Koronarinterventionen, Brusterhaltungs-, Hüftgelenkersatz- und Leistenbruchoperationen[4].

Wer sagt nun, welcher Patient welche Verfahren bekommen soll und wer nicht? Dass diese Entscheidung eine ausschließlich ärztliche sein sollte, liegt auf der Hand. Ärzte sollten sich am Patientenwohl und nur an diesem orientieren, und anhand vorliegender Studien, Erfahrungen, Leitlinien und anderen Empfehlungen in dessen Sinne entscheiden. So ist der ärztliche Beruf nach allen Normen definiert; der hippokratische Eid, der zwar keine echte, direkte Rechtswirksamkeit mehr hat, aber die Grundlage des ärztlichen Berufsrechts ist, schreibt dies mittelbar eben in dieser Berufsordnung vor.

Das Patientenwohl scheint in der Medizin nicht mehr vorrangig zu sein

Dieses Primat des Patientenwohls in der Medizin scheint nicht mehr zu funktionieren, zumindest gibt es gravierende Indizien dafür. Neben dem oben genannten Faktum der hohen Gesamtkosten bei mangelnder Effizienz sprechen zahlreiche Detailuntersuchungen für einen verschwenderischen Einsatz hochteurer Verfahren, bei gleichzeitiger Verkümmerung „einfacher“ Verfahren. Zahlreiche Analysen in westlichen Industrieländern, vor allem aus den USA (die in diesem Punkt noch schlimmer sind als Deutschland) belegen eindrücklich, dass mindestens 25% der hochteuren Verfahren nicht oder nicht zwingend indiziert sind[5]. In einer früheren Analyse hat der Autor aus diesem Durchschnittsverschwendungswert für das deutsche System, das einen Jahresgesamtumsatz von etwa 300 Milliarden EUR hat, eine Verschwendungssumme von 60 Milliarden EUR abgeleitet.[6,7]

Die Liste besonders verschwendungslastiger Verfahren ist lang, und wird in Einzeltatbeständen gegenwärtig in zahlreichen Veröffentlichungen in Printmedien und Rundfunk angeprangert (z.B.[8]). Spitzenreiter sind hierbei die interventionelle Kardiologie (München hat z.B. mehr Herzkatheterplätze als Schweden, fast nirgendwo sonst werden soviele Defibrillatoren implantiert und Vorhöfe thermisch abgetragen wie hier), Rückenoperationen, Knie- und Hüftoperationen, radiologische Bildgebungsverfahren (MRT, CT, PET-CT), aber auch hochteure Krebstherapien mit geringen Endpunkteffekten; so hat sich die Lebenserwartung bei inoperablem Pankreascarcinom durch komplexe Chemotherapien in den letzten zehn Jahren nur um wenige Wochen bis Monate verlängert[9]. Die Liste (siehe auch Fußnoten [6, 7]) ist fast beliebig lang, hat aber in ihren Positionen ein Grundthema: Sie enthält fast nur sehr hoch vergütete Verfahren, die eben die oben erwähnten Charakteristika haben: Große technische Investitionen, hohe Unterhaltskosten oder teure Präparate sind regelhaft die entscheidenden Argumente für die hohen Vergütungen, die diese Verfahren erzielen.

Folgen der Ressourcenverschwendung

Diese Ressourcenverschwendung hat zwei gravierende Folgen:

1. Die oben genannte Belastung des Systems mit immensen Kosten, in deren Folge Rationierungsmaßnahmen fast zwangsweise auftreten
2. Unnötig (Überversorgung) durchgeführte Untersuchungen oder Eingriffe gefährden den Patienten, können zu Komplikationen einschließlich solchen mit Todesfolge führen.

Ad 1: Die Kostenexplosion, die Rationierungsversuche haben Irrwege erzeugt und über fragwürdige Beurteilungsmethoden, deren Exponent das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ist, zu einer Bedarfsregulierung über ungezielte Sanktionen, wie Nichterstattung durch gesetzliche Krankenkassen, zu unangemessenen Rationierungen und schlichten Fehlentscheidungen geführt, die mit der ärztlichen Behandlungsfreiheit fundamental kollidieren, z.B. den Entzug der Erstattung von Atorvastatin 2007[10] mit nachfolgendem Patientenschaden (Verdopplung der Hospitalisationen durch erzwungene Umstellung auf Simvastatin[11]). Die Unterversorgung ist besonders gravierend in Bereichen, die „einfach“, also ohne große

Maschinen, zu diagnostizieren und therapieren sind, also den Volkskrankheiten wie Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, Osteoporose uvm. Das Erfolgsmodel anderer, kostengünstigerer Länder zielt genau auf eine Besserung in diesen Bereichen, die sehr kosteneffizient ist und viel unnötiges Leiden durch Prävention verhindern lässt. Das jahrelang debattierte Präventionsgesetz ist 2010 zunächst begraben worden, die Wiederaufnahme der Bemühungen 2013 ist nicht besonders vielversprechend; dieses politische Debakel markiert einen Meilenstein in der Festigung des hier angeprangerten Verschwendungssystems.

Ad 2: Eine unnötige CT-Untersuchung erhöht das Krebsrisiko um 0,08%[12], auf etwa 10.000 diagnostische Herzkatheteruntersuchungen kommen bei abnehmender Tendenz etwa 4 Todesfälle[13]; im Qualitätsreport 2010 von AQUA wird bei reiner Diagnostik sogar eine Krankenhausmortalität von 1% angegeben[14]. Die Mortalität einer Narkose wird mit 0,4:100.000 angegeben und ist bei Begleiterkrankungen deutlich höher[15]. Hinzu kommen Operationsfolgen, die den Patienten kränker machen als er vor dem Eingriff war, und z.B. über 80% der Rückenoperationen überflüssig erscheinen lassen[16]. 3,5% der Patienten auf Allgemeinstation, 15% der Patienten auf Intensivstation bekommen eine nosokomiale Infektion[17]. Diese Liste ließe sich beliebig verlängern, zeigt aber ohne Zweifel, dass es in der Medizin nichts umsonst gibt, und hierbei neben den materiellen Kosten (Geld) die „Kosten" an Komplikationen, Nebenwirkungen einschließlich von Todesfällen stehen. Diese „Kosten" lassen sich nur über den Patientennutzen balancieren, der aber bei überflüssigen Verfahren offensichtlich fehlt; so ist ja die Überflüssigkeit definiert.

Hieran erkennt man, dass die Verschwendung in der Medizin nicht nur Geld kostet, das an anderer Stelle fehlt, an der dann Patienten wegen Unterversorgung Schaden nehmen, sondern auch direkt zum Schaden von Patienten beiträgt.

Es lohnt sich daher, die Ursachen der Verschwendung zu definieren, nicht nur um Geld zu sparen, sondern auch und gerade zum Schutz der Patienten.

Mechanismen der Verschwendung

Um die Mechanismen der Verschwendung zu verstehen, müssen wir kurz die Anreizsysteme in der Medizin betrachten: Hierbei sind grundsätzlich der ambulante vom stationären Bereich zu trennen. Eine der wichtigsten Ursachen der Verschwendung ist die hohe Vergütung technisch-operativer Verfahren, und die völlig unangemessen niedrige Vergütung intellektueller Leistungen oder einfacher Verfahren; letztere werden unter dem Begriff „denkende Medizin" zusammengefasst, wobei hierzu auch die unbeliebten Verfahren wie Anamneseerhebung und körperliche Untersuchung, aber auch die Arzneimittelverordnung gehörten. Letztere ist die überhaupt wichtigste therapeutische Maßnahme des Arztes und umfasst 90 % aller therapeutischen Interventionen. Therapie aber ist das eigentliche Ziel der Medizin! Hierfür wird übrigens gar kein Geld ausgegeben (Keine Ziffer in der GOÄ für die Arzneimittelverordnung, schon gar nicht für eine qualifizierte Verordnung, die eine längere Beschäftigung mit dem Patienten erfordert, z.T. über eine Stunde[18]).

Die Ursache der Überbewertung technisch-operativer Maßnahmen liegt in der offensichtlichen Betonung technischer Maßnahmen als grundsätzlich fortschrittsträchtig, die hohen Anschaffungs- oder Betriebskosten, die erfolgreiche Lobbyarbeit von Medizingeräteherstellern, die heute wesentlich größere Verschwendungstreiber als die Pharmaindustrie sind, und nicht zuletzt auch die erfolgreiche Lobbyarbeit der entsprechenden ärztlichen Berufsvertreter. Es ist schließlich nicht verwunderlich, wenn (cum grano salis) Fachärzte in diesen technisch-operativen Bereichen (z.B. Radiologen) wesentlich mehr einnehmen, nämlich 402.204 Euro, als z. B. Allgemeinärzte (180.582 Euro[19]).

Im ambulanten Bereich sind die Privatpatienten nach wie vor die interessanten Klienten, da ihre Kassen sehr unkritisch auch unsinnige Leistungen mangels Prüfung bezahlen; sie sind daher hier als besonders gefährdet einzustufen. Aber alle Patienten sind Opfer der Überbewertung technischer Leistungen im ambulanten Bereich, hier insbesondere durch radiologische Verfahren, ambulante Eingriffe oder - soweit ambulant durchgeführt - invasiv-kardiologische Verfahren, da hier auch von gesetzlichen Kassen höhere Entgelte anerkannt werden.

Während im ambulanten Bereich (noch, das kann sich mit Verbreitung der medizinischen Versorgungszentren ändern) die Ärzte in Personalunion wirtschaftlich und ärztlich verantwortlich sind, hat im stationären Bereich eine besonders bedenkliche Entwicklung stattgefunden. Hier hat eine fast flächendeckende Trennung der wirtschaftlichen und ärztlichen Verantwortlichkeiten dazu geführt, dass Ärzte als leitende Angestellte Weisungen der wirtschaftlichen Geschäftsführung ausführen sollen, oder sanktioniert werden. Die Details dieser Abhängigkeit sind in den „modernen" Chefarztverträgen geregelt, die heute fast nur noch eine Umsatzbeteiligung in Form von „Zielvereinbarungen" enthalten, die den gesamten Umsatz der Klinik, also auch die Kassenpatienten betrifft. 2011 hatten nur noch 51% der Chefärzte einen „alten" Vertrag mit Liquidationsrecht, Tendenz stark fallend[20]. Über diese Knebelung, die auch rigoros zur Anwendung kommt („Ihre Klinik hat leider das Umsatzziel X nicht erreicht, vertragsgemäß kürzen wir ihre Zielvereinbarungsvergütung auf Y"), werden in die Verschwendungsförderung jetzt nicht mehr nur die Privatpatienten, sondern auch die Kassenpatienten einbezogen. Während also in den Kliniken früher über die Liquidationsberechtigung des Chefarztes „nur" Privatpatienten bezüglich unnötiger Verfahren gefährdet waren, wurde dieses lukrative Prinzip jetzt auf alle Patienten ausgedehnt. Salopp gesagt: Also hat die Bedrohung endlich bald alle Patienten erreicht = klassenlose Gesellschaft.

Im stationären Bereich hat also ein angestellter Chefarzt mit „neuem" Vertrag nur die Wahl, die Umsatzerwartungen der ökonomischen Geschäftsführung zu erfüllen oder Einkommen zu verlieren. Ein guter Arzt zu sein, ist unter diesen Umständen nicht nur schwierig, sondern auch teuer - und zwar für den Arzt.

Hier liegt ein Rechtsbruch vor.

In diesem Zusammenhang erscheint es wichtig, dass bei in einer GmbH oder AG angestellten Ärzten ein offener Rechtsbruch (also keine Rechtsverletzung, wie z.B. bei einem Diebstahl, sondern eine Unvereinbarkeit unterschiedlicher Rechtsnormen) vorliegt: Eigentlich dürfte ein Arzt nicht in einer GmbH oder AG arbeiten, da sein Berufsrecht ihm vorschreibt (s.o.), dass an erster Stelle seiner Willensbildung das Patientenwohl steht, während das GmbH und AG Recht die Gewinnerzielung als erstes grundsätzliches Gebot des Handelns sieht. Dem Autor ist unklar, warum dieser offensichtliche Rechtsbruch in Deutschland noch nicht thematisiert oder gerichtlich geklärt wurde.

Selbst eine Anstellung in einer gGmbH kann problematisch sein, da auch die Erzielung eines neutralen Ergebnisses in der Medizin mit der oben beklagten Beugung des Patientenwohls einhergehen kann: In diesem Konstrukt wird also zwar postuliert, dass es nicht erste Absicht ist, einen Gewinn zu erzielen, aber einen Verlust soll es auch nicht geben. Nun hat aber niemand jemals unzweifelhaft festgestellt, dass die hochkomplizierte Krankenhausmedizin mit nicht oder unzureichend vergüteten Innovationen unbedingt kostendeckend arbeiten kann. Zumindest für Universitätsklinika muss daher postuliert werden, dass ein

Gewinn den Einsatz innovativer Therapie indikativ fast ausschließt, denn ihrem Wesen nach hinken Erstattungsprozesse den Innovationen immer hinterher und erzielen Kostendeckung regelhaft erst später. Natürlich wäre es eine Revolution und unerwünscht, wenn man in innovativen Kliniken das Defizit zum Leistungsindikator erklären würde, aber die angestrebte Kostendeckung in Universitätsklinika oder großen anderen Maximalversorgungskliniken erscheint unter diesen Bedingungen als ein fast abenteuerliches Konstrukt.

Abhilfen

Das Problem des Gesundheitswesens in Deutschland liegt darin, dass jeden Tag ein anderer kommt, der weiß wie es zu sanieren sei. Kontinuität ist daher eine Grundvoraussetzung für einen langfristigen Umbau. Es sollte aber jedem klar sein, dass der Abbau der Verschwendung nicht nur aus ökonomischen Gründen dringend notwendig ist. Trotzdem wären die ökonomischen Folgen auch direkt in Patientenwohl umzumünzen, weil die freiwerdenden Mittel die fragwürdigen Prozesse zur Rationierung in einer teurer werdenden Fortschrittsmedizin zumindest aufhalten könnten, nach Meinung des Autors um immerhin etwa zehn Jahre (s. Fußnoten 6 und 7). Die freiwerdenden Mittel müssten vor allem in die wesentlich effektivere Prävention als die jetzige Verwendung in der „Zuspätmedizin" umgelenkt werden.

Die Freisetzung der verschwendeten Mittel kann nur über eine Zugangs- und Vergütungskontrolle erfolgen. Während bis jetzt jede Absenkung der Vergütung technischer Leistungen („Punktwertverfall") mit einer Leistungsausweitung verbunden war[21] (ein Schelm, der Böses dabei denkt), ist dieses Mittel also nur in Verbindung mit einer konsequenten Zugangskontrolle wirksam. Hierbei ist es illusorisch, jetzt noch in Deutschland das „schwedische Modell" einzuführen, das bei einer verfügbaren Spitzenmedizin aber nur sehr begrenzte Kapazitäten vorhält und von der Hoffnung lebt, dass nur die kränksten Patienten Zugang bekommen und dann auch am meisten profitieren; die Wartezeiten für einen elektiven Eingriff waren bei 4 mal so vielen Patienten in Schweden wie in Deutschland länger als 4 Monate[22]. Der Abbau der Überkapazitäten als primäre Maßnahme erscheint hier illusorisch; der Autor favorisiert eine konsequente, entweder flächendeckende oder stichprobenartige Sanktionierung der Indikationsstellung. Hierbei dienen entweder die jetzt schon praktizierte Genehmigungspflicht von elektiven Eingriffen wie Zahnsanierungen oder die retrospektive, regressbewehrte Indikationsprüfung in Stichproben (Modell Medizinischer Dienst der Krankenkassen MDK) als Vorlagen. Entscheidend wird sein, dass die Prüfer selbst wirtschaftlich völlig unabhängig sind. Dass es Probleme gibt, diese Prüfer zu finden und ihre Vergütung zu finanzieren, liegt auf der Hand. Daran führt aber letztlich auch im Sinne der Patientensicherheit kein Weg vorbei. Es hat noch

Literatur

1. OECD-GESUNDHEITSDATEN 2012. Deutschland im Vergleich. www.oecd.org/.../BriefingNoteDEUTSCHLAND2012inGerman.pdf, besucht 3.6.2013
2. European Commission Eurostat, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php?title=File:Life_expectancy_at_birth,_1994_and_2009_%28years%29-de.png&filetimestamp=20120712141531, besucht 3.6.2013
3. Van Buren F. 25. Bericht über die Leistungszahlen der Herzkatheterlabore in der Bundesrepublik Deutschland Kardiologe 2010 · 4:502–508
4. OECD MANAGING HOSPITALVOLUMES, GERMANY AND EXPERIENCES FROM OECD COUNTRIES April 2013, http://www.managing-hospital-volumes.de/cms/medium/20/ManagingHospitalVolumes_GermanyandExperiencesfromOECDCountries.pdf, besucht 3.6.2013
5. Davies SM, Geppert J, McClellan M, et al. Refinement of the HCUP Quality Indicators. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2001 May. (Technical Reviews, No. 4.) APPENDIX 8, Literature Tables for Utilization and ACSC Indicators. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43841/, besucht 3.6.2013
6. Wehling M. Das Geld im Gesundheitswesen reicht noch lange, wenn die Verschwendung aufhört. Teil 1. Monitor-Versorgungsforschung 2009, 2(6): 46-51
7. Wehling M. Das Geld im Gesundheitswesen reicht noch lange, wenn die Verschwendung aufhört. Teil 2. Monitor-Versorgungsforschung 2010, 3(1): 33-39
8. Pennekamp J. Unnötige Eingriffe In der OP-Fabrik. FAZ 11.8.2012, http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/unnoetige-eingriffe-in-der-op-fabrik-11852366.html, besucht 3.6.2013
9. Choi M, Kim R, Saif MW. What options are available for refractory pancreatic cancer?JOP. 2012 Mar 10;13(2):163-5.
10. Wehling M. Eine Bedrohung für Patienten. FAZ 21.3.2007
11. Bestehorn K, Greiner W. Effects of the introduction of fixed prices for statins on lipid levels in Germany. J Publ Health. 2008;16:215–219
12. Brenner DJ, Elliston CD. Estimated radiation risks potentially associated with full-body CT screening. Radiology 2004, 232:735-738
13. West R, Ellis G, Brooks N; Joint Audit Committee of the British Cardiac Society and Royal College of Physicians of London. Complications of diagnostic cardiac catheterisation: results from a confidential inquiry into cardiac catheter complications. Heart. 2006 Jun;92(6):810-4
14. AQUA Qualitätsreport 2009, http://www.sqg.de/sqg/upload/CONTENT/Qualitaetsberichte/2009/AQUA-Qualitaetsreport-2009.pdf, besucht 3.6.2013
15. Gottschalk A, Van Aken H, Zenz M, Standl T. Ist Anästhesie gefährlich? Dtsch Arztebl Int 2011; 108(27): 469-74
16. Techniker Krankenkasse Deutschland hat Rücken – Der TK-Rückenreport http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/445838/Datei/3918/Medienservice-Maerz-2012-TK-Rueckenreport.pdf, besucht am 3.6.2013
17. Daschner F HYGIENE Hysterie in Deutschland. Dtsch Ärzteblatt 2012, 109, A1314
18. Wehling M, Gladisch R Arzneimitteltherapie im Alter: erste Erfahrungen aus der gerontopharmakologischen Ambulanz Dtsch med Wochenschr 2009; 134(21): 1121-1123
19. GKV-Umsätze, Vetter M. DAS EINKOMMEN DER ÄRZTE Was letztlich übrig bleibt Dtsch Ärzteblatt 2009, 106, A1318
20. Schoder J Vergütung Chefärzte-Brief 2012, 1, 1 http://www.iww.de/index.cfm?pid=1314&pk=151450&spid=1296&spk=1284&sfk=18, besucht 3.6.2013
21. Busse R. Vortrag Ambulante Versorgung III: Vergütung, vom 7.2.2013 http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CDcQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.mig.tu-berlin.de%2Ffileadmin%2Fa38331600%2F2012.teaching.ws%2FMiG_2%2F2013.02.07__RB__Amb3_Verguetung.pdf&ei=9r6sUb-BMYjNswaarIHgDg&usg=AFQjCNFbU1s-aB1QIuhsOBwGp_PUOuH45A&bvm=bv.47244034,d.Yms, besucht 3.6.2013
22. OECD Health at a Glance 2011: OECD Indicators http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011_health_glance-2011-en, besucht 3.6.2013
23. Wehling M. Guideline-driven polypharmacy in elderly, multimorbid patients is basically flawed: there are almost no guidelines for these patients. J Am Geriatr Soc 59, 376-377, 2011
24. Veit C, Hertle D, Bungard S, Trümner A, Ganske V, Meyer-Hofmann B. Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung, 2012. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2012/2012_03/120817_PM_58_Anlage_Gutachten_BQS_01.pdf, besucht 3.6.2013

nie geklappt, in einem rein wirtschaftlichen Anreizsystem die Nutznießer durch reine Appelle davon abzubringen es auszunutzen, eine wirklich bittere Pille in einem besonders ethischen Bereich wie der Medizin. Aber die Ärzte sind nur teilweise die treibenden Kräfte, noch schlimmer sind die nichtärztlichen Treiber der Verschwendung, die die medizinischen Folgen weder abschätzen können, noch sich dann dafür verantwortlich halten. Die Ärzte haben bei Beanstandungen allerdings immer den „schwarzen Peter", und zwar ganz allein. Die Kontrolleure werden zwar Leitlinien verpflichtet sein, aber deren Anwendung im Einzelfall ist fast nie kochbuchmäßig und bedarf einer individualisierten Adaptation[23], was einerseits die Anforderungen an diese Personen hoch hängt, aber andererseits auch Spielräume lässt. Erst die Praxis wird zeigen, welche juristischen Fallstricke ein derartiges Sanktionswesen mit sich bringt, aber der MDK existiert auch seit vielen Jahren ohne in Prozessen zu ersticken. Völlig reibungslos wird diese Kontrolle von Ärzten durch Ärzte nicht verlaufen, aber es erscheint als wahrscheinlich, dass die Ärzte die Drohung des Regresses als Argument den wirtschaftlichen Direktoren entgegenhalten können, wenn diese die Auslastung technischer Kapazitäten wider ärztliche Ratio einfordern. Es wäre schließlich auch ein Mittel dagegen, die Inanspruchnahme des Arztes bei Nichteinhaltung von Zielvereinbarungen dem Arzt anzulasten und so ein Mittel gegen die sachfremde und patientengefährdende Umsatzbeteiligung des Arztes.

Pay-for-performance-Modelle lassen sich gut, aber nicht ausschließlich im präventiven Bereich (z.B. Vergütung nach dem messbaren Erfolg bei der Blutdruckeinstellung richten) anwenden und sollten die Umschichtung in den präventiven Bereich unbedingt begleiten und fördern, auch wenn nach einem Gutachten erstellt im Auftrag des BMG noch Unklarheiten herrschen und daher zunächst andere Möglichkeiten der Steuerung ausgeschöpft werden sollten[24].

Die rationale und effektive Medizin der Zukunft wird um Bewertungsverfahren zum Verhalten der Ärzte, und zwar auch der einzelnen Ärzte und vor allem in der Einzelfallbetrachtung, nicht herum kommen. Eine unregulierte Selbstbedienungsmentalität, getrieben von oft nichtärztlichen wirtschaftlichen Interessen in vielen Bereichen, kann nicht die Grundlage ärztlichen Handelns bleiben.

Es ist erfreulich, dass die Medien das Thema „unnötige Medizin" zunehmend aufgreifen, wobei aber naturgemäß die „spektakulären" Fälle im Vordergrund stehen und das Systematische an diesem Problem nicht umfassend dargestellt wird. Patienten meiden dann einzelne, gerade besonders im Fokus stehende Bereiche, ohne die an jeder Ecke lauernde Gefahr richtig einschätzen zu können.

Vom Patientenwohl darf das System nicht nur reden, es muss es auch meinen und zum ultimativen Ziel machen. <<

Why is Wasting of Medical Resources Dangerous for Patients?

The German health care system is excessively expensive and characterized by wasting and limited efficacy. As a result of wasting extremous expenditures are seen leading to segmental shortages and rationing, but another serious consequence is the endangerment of patients by unnecessary interventions both in diagnostics and therapy. „Luxury" CT-scans may cause cancer, invasive procedures such as cardiac catherizations, surgery and general anaesthesia expose procedural morbidity and mortality which may reach the percent range, and nosocomial infections are to be seen in 3.5-15% of hospitalized patients including those who were hospitalized without stringent reasons. Just reducing capacities in the system does not appear to be feasible as excessive capacities have already been installed; an independent assessment of indications, including that by random samples, is considered to be more promising.

Keywords

Wasting of medical resources, unnecessary expenditures, patient endangerment, assessment of indications

Autorenerklärung

Martin Wehling ist alleiniger Autor des Beitrages und hat ihn in allen Abschnitten selbst erarbeitet. Eine finanzielle Unterstützung von dritter Seite erfolgte nicht.

Prof. Dr. Martin Wehling
ist Professor für Klinische Pharmakologie a.d. Univ. Heidelberg in Mannheim.
Seit 1995 ist er Ordinarius für Klinische Pharmakologie und war von 1998 bis 2001 Vorstandsmitglied der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg. 2004 bis 2006 war er Direktor der Discovery Medicine/Experimental Medicine bei AstraZeneca R&D (Sabbatical). Seit 2007 ist er wieder in Mannheim als Ordinarius für Klinische Pharmakologie und Direktor am Institut für experimentelle und klinische Pharmakologie und Toxikologie der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg.
Kontakt: martin.wehling@medma.uni-heidelberg.de

