



## Tagungsdokumentation

# Welche Ärzte will unsere Gesellschaft?

Der ärztliche Behandlungsauftrag heute

Jahrestagung des Nationalen Ethikrates 2004



## Tagungsdokumentation

Welche Ärzte will unsere Gesellschaft?

# Welche Ärzte will unsere Gesellschaft?

Der ärztliche Behandlungsauftrag heute

Vorträge der Jahrestagung des Nationalen Ethikrates 2004

## INHALT

### Herausgegeben vom Nationalen Ethikrat

Vorsitzende: Kristiane Weber-Hassemer  
Jägerstraße 22/23 • D-10117 Berlin  
Telefon: +49/30/203 70-242 • Telefax: +49/30/203 70-252  
E-Mail: kontakt@ethikrat.org  
www.ethikrat.org

Nationaler Ethikrat  
Tagungsdokumentation  
Welche Ärzte will unsere Gesellschaft?

© 2006 Nationaler Ethikrat  
Alle Rechte vorbehalten  
Eine Abdruckgenehmigung wird auf Anfrage gern erteilt.  
Gestaltung: BartosKersten Printmediendesign, Hamburg  
Titelillustration: Manfred Bogner  
Druck: Druckerei in St. Pauli, Hamburg  
Bindung: Buchbinderei Büge, Celle

- Seite 11 >> **Christiane Woopen**  
*Mitglied des Nationalen Ethikrates*  
Einführung: Welche Ärzte will unsere Gesellschaft? Der ärztliche  
Behandlungsauftrag heute
- Seite 17 >> **Klaus Bergdolt**  
*Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin, Universität zu Köln*  
Selbstverständnis und Rolle des Arztes im Wandel
- Seite 29 >> **Peter Sawicki**  
*Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Köln*  
*Evidence-based medicine* versus individuelle ärztliche Erfahrung – wie ändert  
sich ärztliches Handeln durch eine wissenschaftliche Theorie?
- Seite 41 >> **Eugen Münch**  
*Vorstandsvorsitzender der Rhön-Klinikum AG, Bad Neustadt/Saale*  
Arzt versus Unternehmer – wie ändert sich ärztliches Handeln unter dem  
Primat der Ökonomie? (Teil 1)
- Seite 49 >> **Lutz Helmig**  
*Vorsitzender des Aufsichtsrats der HELIOS Klinikum GmbH, Fulda*  
Arzt versus Unternehmer – wie ändert sich ärztliches Handeln unter dem  
Primat der Ökonomie? (Teil 2)
- Seite 55 >> **Rainer Hess**  
*Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses*  
Ärztliche Indikation versus Patientenorientierung – wie ändert sich ärztliches  
Handeln unter dem Anspruch von Patientenwünschen?
- Seite 69 >> **Bernhard Badura**  
*Professor der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld*  
Die sich wandelnde Verantwortung des Arztes in einem sich  
wandelnden Gesundheitssystem

## **Einführung: Welche Ärzte will unsere Gesellschaft? Der ärztliche Behandlungsauftrag heute**

„Welche Ärzte will unsere Gesellschaft? Der ärztliche Behandlungsauftrag heute“: Dieses Thema – das selbstverständlich auch Ärztinnen umfasst – hat der Nationale Ethikrat für seine Jahrestagung 2004 mit Bedacht gewählt. Die nicht aus den Schlagzeilen kommende Diskussion über die Struktur und Finanzierung unseres Gesundheitssystems sowie ethische, rechtliche und soziale Probleme moderner Forschungs- und Behandlungsmethoden insbesondere am Anfang und am Ende des menschlichen Lebens sind zweifellos von herausragender Bedeutung, lassen aber gleichzeitig einen anderen Aspekt – vielleicht auch wegen mangelnder Sensationseignung – zu leicht der öffentlichen Aufmerksamkeit entgehen: Gemeint ist das Handeln des einzelnen Arztes am einzelnen Patienten, und dies insbesondere im Hinblick auf die Ansprüche, die er oder sie in der Behandlungsplanung und -durchführung zu berücksichtigen hat. Diese Ansprüche haben sich im Laufe der Zeit verändert, und es lohnt sich, einmal genauer hinzuschauen.

Der ärztliche Beruf ist einer der ältesten dieser Welt. Um das sechste vorchristliche Jahrhundert hat sich im griechischen Kulturraum der Berufsstand der Ärzte von demjenigen der Priester getrennt. Herodot berichtete im fünften Jahrhundert vor Christus sogar schon von einem hohen Grad an Spezialisierung bei ägyptischen Ärzten: „Eine jede Krankheit hat ihren eigenen Arzt, welcher sich um keine andere bekümmert: Daher ist“ – so offenbar schon die damalige Situation – „alles voller Ärzte.“

Die lange Tradition des Berufsstandes, seine gilde- und zunftmäßige Organisation und die herausgehobene Stellung des Arztes in der Gesellschaft führten zu einer umfassenden, seit nunmehr 2.500 Jahren gewachsenen berufsinternen Kodifizierung, vom hippokratischen Eid bis zum Genfer Gelöbnis und der heutigen Berufsordnung. Sich durchhaltende Werte und Verpflichtungen beziehen sich unter anderem auf die

persönliche Haltung des Arztes, der sein Leben laut Genfer Gelöbnis „in den Dienst der Menschlichkeit“ stellt, sein Handeln vor allem anderen an der Gesundheit des Patienten ausrichtet, die Schweigepflicht einhält, alle Menschen als Gleiche behandelt und dem Leben des Menschen von Beginn an Ehrfurcht entgegenbringt.

Diesen Verpflichtungen liegt die Vorstellung zugrunde, dass es eine Beziehung zwischen einem einzelnen Arzt und einem einzelnen Patienten gibt, eine – wie es Wolfgang Wieland formuliert – Dyade, deren Raum von keiner der Verpflichtungen erreicht wird, unter denen jeder der beiden Partner sonst noch stehen mag. Es ist die Vorstellung einer gegenüber dem Zugriff von Institutionen so weit wie möglich abgeschirmten interpersonalen Zweierbeziehung.

Verschiedene Entwicklungen haben dazu geführt, dass genau dieses Bild nicht mehr den ärztlichen Handlungsbedingungen entspricht und dass es keineswegs ohne weiteres möglich ist, vor diesem Hintergrund die Maßstäbe für in ethischer Hinsicht gutes ärztliches Handeln zu gewinnen. Vier Faktoren sind es im Wesentlichen, die dazu führen, dass sich der ärztliche Behandlungsauftrag nicht mehr einfachhin und ausschließlich am individuellen Patienten ausrichtet. Es sind dies:

1. die Entwicklung der Wissenschaften,
2. die Dringlichkeit ökonomischer Belange,
3. die unter Berufung auf das Primat der Selbstbestimmung vorgetragenen Patientenwünsche und
4. die vor dem Hintergrund von Spezialisierung und Arbeitsteiligkeit sowie effizientem Ressourceneinsatz zunehmende Einbindung des einzelnen Arztes in institutionelle Handlungsformen.

Erlauben Sie mir, Ihnen hier zu Beginn der Tagung diese vier Anspruchshorizonte, unter denen der klassische ärztliche Behandlungsauftrag heute steht, in der gebotenen Kürze etwas näher zu bringen.

### **Zum Anspruch der Wissenschaften**

Ärztinnen und Ärzte erlernen ihre Fertigkeiten und Fähigkeiten im Laufe ihrer Ausbildung und beruflichen Tätigkeit. Sie sammeln auf der Grundlage ihres Wissens einen praktischen Erfahrungsschatz in einem konkreten Kontext und versuchen dies zum Wohl jedes einzelnen ihrer Patienten umzusetzen. Zusätzlich werden weltweit unzählige klinische Studien durchgeführt. Wie soll der einzelne Arzt einen Überblick

über all die erzielten Ergebnisse erhalten, geschweige denn sie bezüglich ihrer tatsächlichen Wertigkeit und Bedeutung für den Patienten gewichten? Es ist die sogenannte *evidence-based medicine* (EBM), auf die nun die Hoffnungen gesetzt werden. Sie soll praktische Erfahrung als interne Informationen einerseits und Ergebnisse aus systematischer Forschung als externe Informationen andererseits integrieren. Da interne ohne externe Informationen leer und externe ohne interne Informationen blind sind, soll die Integration beider Quellen die Lösung sein. Doch nicht nur, dass der einzelne Arzt sich in seinem Handeln an der EBM orientieren soll, ganze Versorgungsstrukturen müssen aufgrund neuer wissenschaftlich gewonnener Erkenntnisse verändert werden. Welche Spielräume bleiben dem Arzt noch – nicht zuletzt vor dem Hintergrund stets drohender Haftungsfragen – angesichts von Hunderten von Leitlinien unterschiedlicher Herkunft und Validität, die den individuellen Fall immer nur partiell und insbesondere die vielfältigen individuellen Präferenzen und Lebenssituationen gar nicht abbilden können?

### **Zum Anspruch der Ökonomie**

Der zweite Faktor betrifft die Ökonomisierung. Ethik und Ökonomie verkörpern nicht den Widerspruch von gut und böse, sondern müssen vielmehr im Dienste des Patienten zusammenarbeiten. Die Erkenntnis, dass die im Gesundheitssystem zur Verfügung stehenden Mittel knapp sind, ist banal. Die ethisch begründete Forderung, verantwortungsvoll mit begrenzten Mitteln umzugehen, das heißt, sie effizient und gemäß argumentativ ausgewiesenen Prioritäten einzusetzen, ist ebenso banal. Weit weniger banal ist der Umstand, dass die Finanzkrise unseres Gesundheitssystems seit etlichen Jahren zu einer Vielzahl an höchst detaillierten Rettungs- und Steuerungsmaßnahmen führt, die den Arzt – mehr oder weniger bemerkt – zu einer Marionette an den Fäden finanzieller Anreize denaturieren lassen. Was aber wird aus unseren Ärzten, wenn ökonomische Kriterien nicht mehr nur ein Element der Rahmenbedingungen für ihr Handeln, nicht mehr nur eine beigeordnete Gruppe an Entscheidungskriterien unter mehreren sind, sondern zu vorrangigen Kriterien oder sogar zum Ziel des Handelns selbst werden und der Patient in der Folge nicht mehr das Ziel des Handelns, sondern vielmehr das Mittel zur Gewinnmaximierung darstellt? Nicht zuletzt sind die sogenannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), die vom Patienten selbst bezahlt werden, in diesem Rahmen zu bedenken. Wie können medizinische und ökonomische Handlungskriterien in ein angemessenes und verantwortbares Verhältnis gesetzt werden? Wie kann in einem Fallpauschalensystem verhindert werden, dass der Arzt – wie es ein Philosoph kürzlich formuliert hat – zum „Rationierungsagenten mit Qualitätsminderungsinteresse“ wird?

## Zum Anspruch der Patientenwünsche

Als dritter Anspruchshorizont, unter dem sich der klassische ärztliche Behandlungsauftrag verändert, sind die Wünsche zu bedenken, die der Patient an den Arzt heranträgt und aufgrund deren er zu einem Kunden wird, der bestimmte Techniken oder ein spezielles Know-how in Anspruch nehmen will. Zwei Unterscheidungen sind hier von vornherein von elementarer Bedeutung für die Diskussion: Die eine betrifft die Frage der Finanzierung: Sollen diese Wünsche auf Kosten der Solidargemeinschaft erfüllt oder aber privat bezahlt werden? Die zweite Unterscheidung betrifft die gesundheitliche Relevanz: Handelt es sich um therapeutisch relevante Wünsche eines Kranken oder Lifestyle-Wünsche eines Gesunden? Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben der Gesetzgeber und die von ihm dazu eingesetzten Institutionen Definitions- und damit Steuerungsmacht. Für den privat bezahlten Bereich gilt das nicht. Hier grenzen zurzeit nicht mehr gesundheitliche Belange und notwendige Maßnahmen den Zuständigkeitsbereich des Arztes ab, sondern die Fähigkeiten und Fertigkeiten, die er auf dem Markt anbieten kann. Ein Beispiel sind die schon erwähnten IgeL, etwa im Rahmen pränataler Diagnostik; populärstes Beispiel ist aber sicherlich die Schönheitschirurgie, nicht etwa zur Rekonstruktion nach einem Unfall, sondern zur Umgestaltung von Körperteilen nach dem Geschmack des Kunden.

Setzen wir einmal voraus, dass es um die Behandlung eines kranken Menschen geht: Wie weit reicht vor diesem Hintergrund eigentlich die Aufklärungspflicht des Arztes? Will die Gesellschaft Ärzte, die über alle wirksamen Methoden aufklären, auch wenn der Patient sie selbst bezahlen müsste und auch wenn der Arzt selbst sie möglicherweise gar nicht anbieten kann, oder soll er sich auf das beschränken, was Bestandteil des GKV-Leistungskatalogs ist?

## Zum Anspruch institutioneller Einbindung

Als vierter Faktor schließlich soll heute der ärztliche Behandlungsauftrag vor dem Hintergrund neuartiger Versorgungsstrukturen für den Patienten in den Blick genommen werden. „Integrierte Versorgung“ und „Disease-Management-Programme“ sind nur zwei Begriffe in diesem Zusammenhang. Durch Spezialisierung und Arbeitsteilung sowie Leistungserbringung in institutionellen Zusammenhängen wie einem Krankenhaus ist der Arzt häufig nur noch für einen Teil der Behandlung eines einzelnen Patienten zu einer bestimmten Zeit und an einem bestimmten Ort verantwortlich. Wer aber trägt die Gesamtverantwortung, und wer ist Ansprechpartner für

den Patienten? Wer ist bei chronischen und komplexen Erkrankungen für die einheitliche Beratung des Patienten verantwortlich, damit er nicht im Konzert verschiedener Aufklärungen und Beratungen durch mehrere Personen, die sich nicht abgesprochen haben, die Orientierung verliert? Wem soll zum Beispiel ein Patient glauben, der von vier untersuchenden Ärzten vier unterschiedliche prognostische Einschätzungen bezüglich seines Krebsleidens erhält?

Vier Anspruchshorizonte heute. Es ist die Aufgabe der Gesellschaft, ihren Politikern und Ärzten zu vermitteln, wie sie diese integrieren und gewichten sollen. Das ist wiederum abhängig von der Möglichkeit der Patientenbeteiligung in dafür etablierten Strukturen, aber auch vom Verhalten jedes einzelnen Patienten in seiner Verantwortung für sich selbst und für die Gesellschaft.

## **Selbstverständnis und Rolle des Arztes im Wandel**

Historiker – und damit auch Medizinhistoriker – sind irgendwie auch, wie einst Friedrich Schlegel betonte, „rückwärtsgewandte Propheten“, wobei der von der Medizin faszinierte Romantiker offensichtlich den nicht minder klugen Hinweis des englischen Dichters Horace Walpole übersehen hatte: „Erfahrene Propheten warten die Ereignisse ab.“ Kühne Vorausschau und abwartende Vorsicht – beide haben ihre Zeit, auch in der Medizin. Mit der Warnung Walpoles – Vorsicht mit Prognosen! – würde man heute wohl manchen Konstrukteur allzu forscher medizinischer Zukunftsvisionen vor den Kopf stoßen. Dabei sind, um kein Missverständnis aufkommen zu lassen, Visionen – vor allem optimistische – ohne Zweifel notwendig, und jede medizinische Forschung ohne positive Erwartungen wäre zum Scheitern verurteilt. Optimistische Visionen machen Forscher allerdings auch, die Erfahrung lehrt es, politisch hoffähig. Wissenschaftler unterschiedlichster Ausrichtung, Ärzte, Molekularbiologen, Ethiker – aus welcher Disziplin sie kommen mögen – wissen dies. Im Zeitalter karriereentscheidender Drittmittelwerbungen ist man deshalb verständlicherweise verführt, die Bedeutung der eigenen Forschung für notleidende Menschen etwas zu übertreiben. Häufig wird sogar in Kauf genommen, dass Schwerkranke (wie etwa der vor kurzem verstorbene amerikanische Filmschauspieler Christopher Reeve) blumige Versprechungen für bare Münze nehmen und, unter Aufwendung all ihrer Energie, Tag für Tag den versprochenen therapeutischen Durchbruch erwarten. Zauderer und Warner, aber auch Leute, die allzu kritisch mit der eigenen Methodik umgehen, haben dagegen, wissenschafts- wie medienpolitisch gesehen, viel weniger Marktchancen. Das Problem gilt modifiziert auch für die Ethik-Diskussion, wo es zuweilen geradezu Mut erfordert, darauf hinzuweisen, dass die wissenschaftliche Präzision ethischer Stellungnahmen, wie Aristoteles am Anfang der Nikomachischen Ethik betonte, schlicht vom umstrittenen Gegenstand abhängt – umso mehr, als solche Stellungnahmen häufig von Prognosen und prognostischen Gutachten beeinflusst werden. Ethisch heikle Fragen können – gerade angesichts ei-

niger erst durch die moderne Medizintechnik beziehungsweise molekularbiologische Forschung möglich gewordener Optionen – zunehmend nicht mehr mit unbestreitbaren Argumenten beantwortet werden, sondern lassen nicht selten verschiedene, ja konträre Lösungsvorschläge zu. Dass die Meinungen innerhalb des Nationalen Ethikrates zu strittigen Punkten divergieren, ist somit verständlich, ja fast zwangsläufig (ich habe deshalb die Kritik eines Teils der Presse an der Kompromissentscheidung über die Zulässigkeit des therapeutischen Klonens nie verstehen können!). Aber nicht nur in der Forschung gibt es kaum die eine und wahre Lösung: Das ganze Feld der Medizin, der gesamte ärztliche Alltag im Krankenhaus, in der Praxis, im Labor und in den Gesundheitsbehörden wird zunehmend von Entscheidungszwängen beherrscht, die alles andere als nur wissenschaftlich regelbar sind. Es handelt sich um eine Art Systemkrankheit der Medizin, die dem Arzt Antworten und prinzipielle Entscheidungen – in praktischen wie ethischen Fragen – abverlangt, die Parteilichkeit, Ungerechtigkeit und politische Anpassung vorprogrammieren und ihn chronisch überfordern und verunsichern.

Ich spreche hier nicht von jenen leider üblichen, längst bekannten ärztlichen Stresssituationen, die Mediziner signifikant früher sterben lassen, als dies beim Durchschnitt der Bevölkerung der Fall ist. Es handelt sich vielmehr um die Abforderung von Entscheidungen, die letztlich nicht getroffen werden können, ohne dass bei den Betroffenen ein Gefühl der Frustration, ja nicht selten des moralischen Versagens entsteht. Da ich dem Ethikrat eines großen Universitätsklinikums vorstehe, spüre ich diese Überforderung hautnah – nicht nur in den Intensivstationen, nicht nur in kritischen Situationen, welche sich am Anfang und am Ende des anvertrauten Lebens ergeben können, nicht nur in der Molekularbiologie, wenn zum Beispiel über die Forschung mit menschlichen embryonalen Stammzellen diskutiert wird, sondern zunehmend im „banalen“ ärztlichen Alltag. Da wünscht man sich Entscheidungsvorlagen von dritter Seite (und vergisst, dass die Schwierigkeiten auch für die – wie immer hierfür ausgebildeten – „Ethiker“ selbst gelten, deren Urteil häufig genug – wie könnte es anders sein! – ebenfalls von subjektiv-weltanschaulichen, biographischen, wissenschaftspolitischen oder politischen Aspekten sowie von der vorherrschenden öffentlichen Meinung beeinflusst wird). Goethes Bemerkung, nicht der Handelnde, sondern „einzig der Betrachtende“ habe Gewissen, macht in solchen Momenten fast wütend, nicht nur, weil sie arrogant klingt, sondern auch, weil Theoretiker in der Regel weniger unter dem Druck des Faktischen stehen.

Angesichts dieses Entscheidungsdrucks etwa in der Presse oder bei Literaten Verständnis oder gar echte Unterstützung zu finden, gehört nicht zur Begabung der Ärzte, vor allem der sogenannten Schulmediziner. Immerhin steht ihr Ansehen, aller Pauschalkritik zum Trotz, bei ihren Patienten hoch im Kurs. Ihr Prestige entspricht in Deutschland letztlich der Tradition des 18. und 19. Jahrhunderts. Vorher bildeten – um einige Schriften des 16. und 17. Jahrhunderts herauszupicken – das „Lob der Heilkunst“ von Erasmus, das „Castle of Health“ von Sir Thomas Elyot, Alvisio Cornaros „Sulla vita sobria“ oder die positiven Betrachtungen von Francis Bacon eher Ausnahmen. Einige dieser Autoren rühmten übrigens bereits – in althippokratischer Tradition – die schwierigen und einsamen Entscheidungen, welche die Ärzte auszeichneten. Seit etwa der Mitte des 19. Jahrhunderts im Studium auf eine „positivistische“, vernunftgetragene wissenschaftliche Methodik eingeschworen, verlernten sie allerdings, die Schattenseiten dieses fachbeherrschenden Paradigmas zu erkennen. Wer in Ärztekreisen oder aus Forschersicht zu medizinisch-naturwissenschaftlichen, strukturellen und ethischen Fragen Stellung nahm, wurde und wird seitdem, wie der Philosoph Vittorio Hösle schreibt, vor allem danach beurteilt, ob und wie weit seine Argumentation von der naturwissenschaftlichen Methodik und Denkweise abweicht. Weder die Psychoanalyse noch die Psychosomatik noch die mit 1968 verbundenen Umwälzungen haben daran viel geändert. Geisteswissenschaftliche Argumentationen hatten – von der „Naturphilosophie“ einmal abgesehen – für den Physiologen Emil Du Bois-Reymond oder für Rudolf Virchow, Götter des deutschen Medizinerhimmels gegen Ende des 19. Jahrhunderts, per se etwas Defizitäres. Medizin erschien ihnen als Naturwissenschaft und, wie es Bernhard Naunyn andeutete, als nichts anderes. Auch viele Laien waren von den naturwissenschaftlichen Visionen und Versprechungen hingerissen. Allein die rasanten Entdeckungen im Bereich der Bakteriologie schienen das positivistische Paradigma zu rechtfertigen.

Ethische Skrupel, welche das Denken und die medizinische Fachliteratur über Jahrtausende – parallel zu allen Entdeckungen und Entwicklungen auch noch im 18. Jahrhundert – durchtränkt hatten, spielten bei den führenden europäischen Ärzten um 1900 eine eher untergeordnete Rolle. Historische, philosophische oder gar theologische Argumente wurden hier in der Regel verlacht. Der von Ernst Haeckel begründete freidenkerische Monistenbund erhob in den zwanziger Jahren die Naturwissenschaft beziehungsweise den Biologismus selbst zur Religion. Es war die Tradition Claude Bernards, welcher in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Metapher vom

neuen Tempel der medizinischen Wissenschaft kreierte: Dessen Vorhalle sei der Patient, sein Allerheiligstes das Labor. Ein klares Ranking!

Für Weichzeichnungen moralischer Fragen blieb – zumindest unter der wissenschaftlichen Avantgarde an den medizinischen Fakultäten – kaum Raum. Erst die Katastrophe des Dritten Reichs führte dazu, dass man das rein naturwissenschaftliche Denken in der Medizin hinterfragte und seine Nachtseiten herausstellte. Die Mengeles und Verschuers hatten sich, wie man entsetzt bemerkte, strikt an die Methodik gehalten (wenn auch in pervertierter Form, die Virchow oder Haeckel wohl nie für möglich gehalten hätten). Wenn ein KZ-Wissenschaftler die Statistik fälschte, war seine Karriere zu Ende, sicherte er seine Ergebnisse dagegen durch eine Versuchsserie ab, die zum Tod weiterer menschlicher Versuchsobjekte führte, wurde er belohnt. Geschockt von den historischen Fakten und dem eigenen moralischen Einbruch beriefen sich deutsche Ärzte erst in den fünfziger und sechziger Jahren wieder vorbehaltlos auf das naturwissenschaftliche Paradigma. Allerdings wurde gleichzeitig – eine Analyse des „Deutschen Ärzteblatts“ beweist dies eindrucksvoll – das Humanum der Heilkunst beschworen. Die Behandlung aller Kranken nach dem letzten Stand der Wissenschaft und ihre menschliche Betreuung, auf die man nun demonstrativ Wert legte, kosteten Geld, und so wurde schon damals – allerdings nicht ganz uneigennützig – vor Einsparungen im Gesundheitssektor gewarnt. Glück und Vorteil des Patienten trafen sich in der alten Bundesrepublik mit den finanziellen Interessen des Arztes, die in der boomenden Periode des Wirtschaftswunders extensiv berücksichtigt werden konnten. Nie ging es dem deutschen Arzt im Durchschnitt so gut wie in Westdeutschland in den sechziger bis achtziger Jahren des 20. Jahrhunderts!

Die Krise des Systems – lange gesehen, aber totgeschwiegen (wer liebt schon negative Visionen!) – zwingt die Ärzte nun seit einigen Jahren, sich den ökonomisch begründeten Reformen unserer Krankenhäuser, Arztpraxen und Kassenstrukturen zu fügen, Reformen, die nicht nur im Labor und im theoretischen Bereich tief in die Entscheidungswelt der Mediziner hineinreichen und das Selbstverständnis vieler erschüttern. In den meisten Krankenhäusern, darunter praktisch allen Universitätskliniken, wurde die fast völlige Anpassung an die ökonomische Zwangssituation verordnet. Von der Politik absegnet, werden die Kliniken als Betriebe aufgefasst, deren Image sich künftig in besonderer Weise am finanziellen Gewinn und Verlust orientieren soll. Fast altväterlich wirkte da die Mahnung von Johannes Rau beim Deutschen Ärztetag im Frühjahr dieses Jahres: „Gesundheit ist keine Ware, Ärzte sind keine Anbieter und Patienten keine Kunden.“ Krankenhausreformer und zahlreiche

betriebswirtschaftlich indoktrinierte Klinikvorstände können da nur lächeln, und viele Ärzte verzweifeln an der Diskrepanz zum Alltag. Dem neuen, betriebswirtschaftlichen Paradigma folgend, das – von verschiedenen Landesregierungen unterschiedlichster politischer Couleur unterstützt – zu einer wirklichen Revolution der Krankenhäuser und zu einer Erschütterung des ärztlichen Selbstverständnisses führte (ist der Verwaltungsdirektor von einst nun doch plötzlich – in einem sogenannten Vorstand – der starke Mann, während der Chefarzt, geschweige denn andere Ärzte, Oberärzte oder Leiter kleinerer Institute – zumindest aus der Binnensicht der neuen Hierarchen – zu diversen Abteilungsleitern und deren Gehilfen degradiert wurden), sieht sich der Arzt wieder von einem harten, ans 19. Jahrhundert erinnernden, wirtschaftlich begründeten Positivismus überrollt, das heißt aber auch, von den karitativ-humanen Traditionen der europäischen Medizin, die immer etwas mit Entscheidungsfreiheit zu tun hatten, getrennt. Die Prämissen dieser Radikalreform, nämlich erschreckend negative, „rote“ Bilanzzahlen, scheinen zu stimmen, und so wagt kaum jemand zu protestieren. Ob es Alternativen gibt, ob es in Deutschland ethisch zum Beispiel geboten gewesen wäre, in einem anderen gesellschaftlichen Bereich zu sparen, um den Kahlschlag an einem gewissen Punkt stoppen zu können, wurde auf gesellschaftlicher Ebene kaum diskutiert (angesichts der endlosen Debatten über die Gesundheitsreform ein merkwürdiges Phänomen!). Kritiker werden schnell in ein ungünstiges Licht, nämlich in die Nähe derer gerückt, die immer noch nicht verstanden haben, dass die deutsche Gesellschaft – und vor allem ihr Sozial- und Gesundheitssystem – hoffnungslos verschuldet ist. Dabei geht es, etwa im Krankenhaus, längst nicht mehr um die Reform äußerer Arbeitsstrukturen, etwa die Vermeidung von Doppeluntersuchungen oder die Abschaffung von Einzel-labors innerhalb jeder Teilklinik oder das „Outsourcen“ der Krankenhausküchen – nein: Der Rotstift wird auch in jenem sensiblen Bereich angesetzt, in dem Ursprung und Motivation nicht nur jeder menschlich geführten Klinik, sondern des ärztlichen Standes überhaupt zu suchen sind: der Begegnung des hilfeschreitenden, häufig verzweifelte Kranken mit dem Arzt als kompetentem Helfer. Es werden bestimmte, skandalös kurze, nach außen möglichst unter Verschluss gehaltene Sollzeiten errechnet, innerhalb deren sich ein Arzt – statistisch gesehen – täglich um einen Patienten kümmern darf, und entsprechend Stellenberechnungen angesetzt. Klinikchefs erhielten bereits und erhalten von ihren Verwaltungen Mahnungen mit der Drohung, ihr Budget würde reduziert, wenn weiter über das gesetzte Limit hinaus Menschen mit bestimmten, nach der DRG-Rechnung (DRG: *diagnosis-related groups*) wenig profitablen Langzeiterkrankungen oder mit gleich mehreren komplizierten Diagnosen (seit alters die klassische Klientel der Universitätskliniken) auf-

genommen würden. Im Klartext heißt das (und man erschrickt): Solche vom Schicksal besonders getroffenen Patienten sind überall unwillkommen, wo fortschrittliche Vorstände das betriebswirtschaftliche Damoklesschwert schwingen. Bisher waren zumindest noch die Universitätskliniken eine Art Auffangstation dieser Schwerkranken, die erstaunlicherweise (und bezeichnenderweise) keine Lobby haben. Dass sie wieder oder noch einmal zur Wahlurne schreiten, ist unwahrscheinlich.

In vielen subtilen Bereichen des ärztlichen Alltags werden die Entscheidungen deshalb nicht mehr ohne Druck gefällt. Dabei liegen die Folgen der Nummerierung und Klassifizierung von Patienten bereits auf der Hand: An der Medical School der University of Connecticut (USA) hat man den Erfolg von Pneumoniebehandlungen vor und nach Einführung der Fallpauschalen (die ja auch bei uns als vermeintlicher Rettungsanker etabliert wurden) analysiert. Tatsächlich ging die durchschnittliche Verweildauer in der Klinik um etwa 35 Prozent zurück, die Kliniksterblichkeit – es klingt phantastisch – um 15 Prozent und die Kosten für das Krankenhaus um 25 Prozent. Die ökonomischen Bandagen schienen sich zu bewähren, das neue Paradigma triumphierte. Wie dumm nur, dass die Sterblichkeit unter den radikal Entlassenen in den ersten 30 Tagen um 35 Prozent stieg und die Wiederaufnahmerate wegen Rückfälligkeit um 23 Prozent zunahm. Die durchschnittliche Überlebenszeit verkürzte sich deutlich.

Dennoch werden, wie Krankenhausplaner voraussagen, auch in Deutschland nach diesem Modell hochspezialisierte Kliniken mit privaten Trägern dank geschickter Ausnutzung der DRG-Mathematik zunehmen. Die medikamentöse Entscheidungsfreiheit der Ärzte soll nach und nach, unter Beachtung eines gewissen (zumindest im Moment noch konzertierte) Erfahrungs- und Entscheidungsspielraums auf *evidence-based medications* festgelegt werden. Die Patienten, deren Behandlung sich nach der DRG-Philosophie nicht lohnt, hätten demnach Pech. Ihr Schicksal taucht in den Hochglanzprospekten der Privatklinikketten nicht auf. Subtil werden sich dabei auch Bild und Selbstverständnis des deutschen Arztes ändern. Schon in zehn bis 15 Jahren werden viele Kliniken als Aktiengesellschaften geführt – was sich wohl auch auf das ärztliche Gewissen auswirken wird. Ein Arzt, der weiß, dass er bei Benachteiligung der Aktionäre, etwa durch eine medizinisch gebotene, aber kostspielige Behandlung eines Langzeitpatienten, durch ökonomisch überflüssig erscheinende, da zeitraubende verbale Zuwendungen oder ein nicht programmgemäßes soziales Engagement (wenn auch vielleicht erst im Wiederholungsfall oder bei Häufung) entlassen wird, das heißt seine Anstellung und sein Einkommen hier gefährdet sieht, wird anders handeln als ein kaufmännisch unbelasteter Kollege.

Die Ergebnisse von Connecticut lassen sich durch andere, etwa aus der McMaster University von Hamilton/Ontario (Kanada) ergänzen. Dort stellten Paul Devereaux und seine Arbeitsgruppe in einer viele tausend Patienten umfassenden Studie fest, dass die Sterblichkeit von Patienten, die in den achtziger und neunziger Jahren in den USA und in Kanada an gewinnorientierten Spitälern (die wir hierzulande, es sei noch einmal betont, gerade favorisieren!) behandelt wurden, eindeutig höher war als in Kliniken, deren Bilanz keine Aktionäre oder Investoren zufrieden stellen musste. Nierenkranke, die in den USA in auf den Aktienkurs bedachten Dialysezentren behandelt wurden, wiesen entsprechend, so eine weitere Studie Devereaux', eine um fast zehn Prozent geringere Lebenserwartung auf als solche, die in *not-for-profit-orientated centers* behandelt wurden. Der Autor der beiden Studien sah die Wahrheit sogar noch düsterer: Da gewinnorientierte Kliniken in der Regel aus naheliegenden Gründen häufig weniger schwer erkrankte Patienten behandeln, wäre eigentlich zu erwarten gewesen, dass sie eine niedrigere Mortalität aufwiesen als die üblichen Krankenhäuser – ein Aspekt, der, wie Devereaux selbstkritisch einräumte, erst gar nicht berücksichtigt wurde. Devereaux – und auch einige Leute in Deutschland – kritisieren, dass bei der Diskussion um die Wirtschaftlichkeit der Kliniken das komplexe Wohl des kranken Menschen (Tücke der Mathematik und Statistik) weitgehend außer Acht gelassen wird'. Ich möchte hier nicht auf die Begründung dieses ethisch gesehen skandalösen Ergebnisses eingehen. Das Risiko tödlicher Komplikationen erwies sich als umso höher, je weniger Ärzte und medizinisches Fachpersonal zur Verfügung standen, je mehr die für den Patienten effektiv durch den einzelnen Arzt verwendete Zeit – durch Verminderung der Ärztezahle oder durch sonstige ablenkende Arbeitsbelastungen – reduziert wurde. Ungeachtet dessen rollt auch bei uns eine neue, von Beraterfirmen und betriebswirtschaftlichen „Controllern“ empfohlene Welle des Messens, Kodierens, Übertragens, Ergänzens, Abhakens, Gegenzeichnens, Ausfüllens, Beantragens und Begründens an, die die Arbeitszeit und Arbeitskraft der Ärzte weiter reduziert und schwächt. Die Folgen für die Kranken werden nicht lange auf sich warten lassen! Das „neue deutsche Denkvirus“ (Ulrich Beck), in der Schockreaktion auf die schwere wirtschaftliche Krise unseres Landes alles, aber auch alles dem Primat des Ökonomischen zu unterwerfen, zeigt Früchte und verändert das ärztliche Handeln schon äußerlich.

<sup>1</sup> P. J. Devereaux et al. 2002, A Systematic Review and Meta-Analysis of Studies Comparing Mortality Rates of Private For-profit and Private Not-for-profit Hospitals, in: Canadian Medical Association Journal 166, S. 1399–1412; ferner ders. 2002, Comparison of Mortality between Private For-profit and Private Not-for-profit Hemodialysis Centers. A Systematic Review and Meta-Analysis, in: JAMA 288, S. 2449–2457.

Man hat zuzugeben, dass ökonomische Fragen schon immer die ärztliche Ethik mit beeinflusst haben. Niemand wird auch bestreiten können, dass utilitaristische Überlegungen, also die Idee des bestmöglichen Glückszustandes möglichst vieler Bürger (wobei eine Minderheit allerdings das Nachsehen hat, das heißt im medizinischen Bereich akzeptieren muss, eben nicht optimal behandelt zu werden), in einigen Ländern ethisch seit fast zwei Jahrhunderten akzeptiert werden! Was für Deutschland im Moment charakteristisch ist, ist ein abrupter, notfallmäßig verordneter, bedingungsloser Paradigmenwechsel. Er hat zur Folge, dass man in vielem über das Ziel hinausschießt und vielerorts ohne breite Information und Diskussion einer problematischen Rationierung die Tür öffnet. Dabei soll, es sei noch einmal wiederholt, die schwierige finanzielle Situation unseres Gesundheitssystems nicht bestritten werden. Auch ich halte es im Übrigen ethisch für keineswegs geboten, dass jeder Kranke nach dem letzten Schrei der Forschung behandelt wird – allerdings auch deshalb, weil ich als Medizinhistoriker weiß, dass dieser in der Vergangenheit allzu oft recht kurzlebig war.

Das eigentlich Erschreckende der aktuellen Entwicklung stellt für mich aber die schleichende Zerstörung der Beziehung von Arzt und Patient dar. Viktor von Gebattel (1883–1976), erster Inhaber eines deutschen Lehrstuhls für medizinische Psychologie (in Würzburg), teilte die Begegnung zwischen beiden, etwa in einer Praxis, noch in klassische drei Stufen ein: eine elementar-sympathetische Stufe (der Arzt fühlt sich beim ersten Gespräch in den Patienten ein, welcher ihm sein Vertrauen zu schenken sucht), eine Entfremdungsstufe (der Arzt überlegt, plant, stellt technische Untersuchungen an, diagnostiziert, was notgedrungen eine gewisse Sachlichkeit, ja Kälte impliziert) und schließlich wieder eine empathische Stufe, die eigentliche Begegnung in Partnerschaft, auf deren Ebene das weitere Vorgehen besprochen wird. Es handelt sich um jene Phase vertrauensvoller Begegnung, die Viktor von Weizsäcker mit dem berühmt gewordenen Bild des Gestaltkreises korrelierte. Schachspielern gleich – auf gleicher (nicht fachlicher, sondern menschlicher) Ebene – ringt man um die Gesundung des Kranken. Diese Zeiten scheinen im Zeichen eines aufoktroyierten, in jeder Hinsicht positivistisch-ökonomischen ärztlichen Selbstverständnisses vorbei zu sein. Vielmehr spielt unter dem Druck betriebswirtschaftlicher Einengung des Behandlungsalltags die Frage, wie der Arzt dem Kranken gegenübertritt, wie er sich selbst und seine eigene Identitätsproblematik sieht, wenn überhaupt nur eine völlig untergeordnete Rolle. Viele Ärzte spüren dies und leiden darunter.

Doch lassen sich hierfür nicht nur der allgemeine Sparzwang und das betriebswirtschaftliche Management der Kliniken verantwortlich machen. Infolge der fachlichen

Aufsplitterung der Medizin, vor allem ihrer klassischen Teilgebiete, durfte der Arzt seit langem schon deshalb nicht mehr unbegrenzt helfen, weil ihm für gewisse Behandlungen – etwa als Kinderarzt, sollten auch die Eltern Masern bekommen – faktisch die Legitimation entzogen wurde. Die betriebswirtschaftliche Umschichtung heutiger Kliniken zielt, im Zeichen des auch in den Ministerien kaum hinterfragten Zauberworts „Synergien“, nun allerdings auf eine weitere Einengung ärztlicher Zuständigkeiten.

In diesem Zusammenhang hüte ich mich dennoch, die angeblich gute alte Zeit zu verklären, in der das Hausarztssystem das Selbstbewusstsein und Identitätsgefühl der Mediziner stärkte. Sie hatten eine feste Klientel, deren Grundlage die Familie war, in deren Umfeld der Patient therapiert, beraten und begleitet wurde. Ein standesgemäßes Einkommen und hohes Ansehen förderten zumindest in der Stadt das nicht gerade unterentwickelte Selbstwertgefühl des deutschen Arztes, der im 19. und frühen 20. Jahrhundert wusste, dass er an den besten medizinischen Fakultäten der Welt studiert hatte. Die Befriedigung im Beruf war hoch, und man konnte problemlos moralische Grundsätze beschwören, die in der Regel – ich habe es bereits ausgeführt – dem fast pathologischen Optimismus des naturwissenschaftlichen Positivismus verpflichtet waren. Dass viele Patienten außerhalb dieses Netzes standen, dass die zahlungskräftigen systematisch bevorzugt wurden, dass die ärmeren Schichten panische Angst vor Aufhalten in Krankenhäusern hatten (man befürchtete um 1900, dort vor allem „Versuchskaninchen“ zu werden!), störte wenig. Dass der vorherrschende Biologismus à la Haeckel oder Ostwald an den Grundlagen ärztlicher „Caritas“ rüttelte, ebenso wenig. Widerstände und Unsicherheiten stellten sich erst dann ein, als das Gesamtgebiet der Medizin für den einzelnen Praktiker immer unüberschaubarer wurde und das Arzt-Patient-Verhältnis durch die Zwischenschaltung von Kranken-, aber auch Haftpflichtversicherungen in eine Dreiecks-, ja Vierecksbeziehung verwandelt wurde. Ärztliche Aufgabe war nun nicht mehr reine Hilfeleistung, sondern – unter dem Einfluss des Utilitarismus und der Nachwirkung der in der Aufklärung geborenen Idee der staatlichen Gesundheitsfürsorge – öffentliche Funktionsausübung unter zunehmender staatlicher Kontrolle. Der gute, erfolgreiche Arzt fühlte sich als aufgeklärter Naturwissenschaftler und verlängertes Arm der Obrigkeit.

Positivismus und primär ökonomische Ausrichtung der Medizin ließen vergessen, dass Arzt und Patient, will man diesem gerecht werden und nimmt der Arzt seine Aufgabe ernst, im Grunde gemeinsam eine Art Grenzerfahrung erleben, häufig verstärkt durch Gefühle der Ohnmacht, Hilflosigkeit und Aussichtslosigkeit, die es

dennoch positiv umzusetzen gilt. Das für den Arzt Belastende und Unangenehme dieses Gedankens wird häufig dadurch verdrängt, dass er sich auf die Krankheit konzentriert (und nicht auf den Menschen). Dies geschieht und geschah Tausende von Malen. Im Zeichen des biologischen Paternalismus erstirbt die Frage nach Mitbestimmung und Würde des Kranken leicht, erscheint der Arzt doch als Lehrer, ja Vorgesetzter, als einziger Fachmann für die Maschine „Körper“.

Es gab in Deutschland in den letzten zehn, 15 Jahren deutliche Zeichen einer Korrektur dieses Missverhältnisses. Doch werden diese sehr wichtigen Bemühungen um eine ebenso effektive wie menschliche Behandlung durch die aktuellen Reformen zunichte gemacht. Sollten sie wirklich in dieser Form notwendig sein, hätte die Gesellschaft über die Konsequenzen, nämlich über die Vernachlässigung, ja die Aufgabe bestimmter, an sich heilbarer Kranker aus Kostengründen informiert werden müssen, aber auch über die neue Verzwecklichung des Arztes. Nicht erst der ungarische Arzt Michael Balint hat festgestellt, das „am allerhäufigsten verwendete Heilmittel“ sei der Arzt selbst. Goethes zitierte Behauptung „Einzig der Betrachtende, nicht aber der Handelnde hat Gewissen“ mag provokant und elitär gewesen sein. Dass aber der ständig tätige, handelnde, gestresste, rastlose, unter Druck gesetzte Arzt in ethischen Fragen souverän entscheidet, diese Annahme wäre genauso provokant und sehr naiv. Im Gegenteil: Er wird zunehmend passiver Teilnehmer eines ökonomisch orientierten Systems, das angeblich der Gesellschaft (durch Reduzierung der Staatsverschuldung) nützt, in Wirklichkeit aber den meisten Bürgern schadet. „Der Mensch, der krank ist, will gehorchen“, sagte Jaspers. Ich weiß nicht, ob das so stimmt. Sicher will er aber nicht, dass sein Arzt ihn unter Druck zu mehr Leiden verurteilt, ohne dass die Gesellschaft dies weiß und er selbst zuvor darüber informiert wird.

PETER SAWICKI

*Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Köln*

## ***Evidence-based medicine versus individuelle ärztliche Erfahrung – wie ändert sich ärztliches Handeln durch eine wissenschaftliche Theorie?***

Ich werde Ihnen an praktischen Beispielen, zum Teil auch an Studienbeispielen, darzustellen versuchen, wie die Tätigkeit des Arztes beeinflusst wird und wie der Arzt sein praktisches Tun am Kriterium der Qualitätsverbesserung ausrichten kann. Im Grunde geht es darum, wie sich das ärztliche Handeln durch die wissenschaftliche Erkenntnis ändert. Da könnten wir uns erst einmal anschauen, was das ärztliche Handeln, das ja Voraussetzung für die Qualität in der Medizin ist, beeinflusst.

Die Qualität des ärztlichen Handelns wird traditionell durch zwei Dinge bestimmt, nämlich durch die praktische Erfahrung und die klinische Expertise. Das stand früher im Vordergrund. Man hat eher erfahrene Ärzte, die schon viele Fehler gemacht und aus ihnen hoffentlich gelernt hatten, aufgesucht. Heute ist aber auch das theoretische Regel- und Faktenwissen von entscheidender Bedeutung. Dieses theoretische Regel- und Faktenwissen, nach einer bestimmten Struktur aufgebaut, bietet eine Grundlage für das ärztliche Tun, zusammen mit der praktischen Erfahrung und klinischen Expertise. Es gibt bisher wenige Untersuchungen, die der Frage nachgegangen sind, was passiert, wenn die Ärzte ohne das Regelwissen arbeiten. Eine kommt aus den Vereinigten Staaten. Da sie so eindrucksvoll ist, will ich sie Ihnen kurz vorstellen.

Es handelt sich um eine Studie mit 1.000 Kindern im Alter von elf Jahren. An 61 Prozent dieser Kinder war bereits eine Tonsillektomie – eine Entfernung der Rachenmandeln – vorgenommen worden. Übrig blieben in dieser Studie also 390 Kinder. Diese wurden ärztlich untersucht. Dann wurden die Ärzte gefragt, wie viele von diesen 390 Kindern einer Tonsillektomie unterzogen werden sollten, ohne Leitlinien, ohne Studien, ohne irgendetwas. Bei 45 Prozent dieser Kinder, so entschieden die untersuchenden Ärzte, sollten die Rachenmandeln entfernt werden. Übrig blieben 215

Kinder. Diese wurden wiederum ärztlich untersucht, allerdings von anderen Ärzten, die von der vorhergehenden Untersuchung nichts wussten. Die Frage, ob diesen 215 Kindern die Mandeln entfernt werden sollten, wurde in 46 Prozent der Fälle von den Ärzten bejaht. Übrig blieben 116 Kinder. Diese wurden wiederum ärztlich untersucht, wieder von anderen Ärzten, die von den vorhergehenden Untersuchungen nichts wussten. Wiederum wurden die Ärzte gefragt, ob bei diesen 116 Kindern eine Rachenmandeloperation durchgeführt werden solle. Diesmal wurde die Frage in 44 Prozent der Fälle bejaht. Von den 1.000 Kindern in dieser Studie blieben also 65 übrig, die ihre Rachenmandeln noch hatten. Die Studie ist dann abgebrochen worden, weil es keine Ärzte mehr gab, die man noch hätte fragen können.

Dieses Beispiel ist natürlich nicht dazu gedacht, sich über die Ärzte lustig zu machen, sondern um darzustellen, dass Ärzte bestimmte Kriterien brauchen. Neben ihrer Erfahrung, neben ihrer Fertigkeit, was die Entfernung der Rachenmandeln und den Umgang mit Kindern angeht, benötigen sie außer dem Herzen, mit dem man den Kindern und auch anderen Patienten begegnet, und der Hand auch den Kopf, das Denken, das Regelwissen. Man muss irgendwie wissen, warum man das tut und ob die Kinder davon profitieren. Dieser Wunsch nach einer Verbindung des praktischen ärztlichen Könnens mit Regelwissen ist so alt wie die Medizin. Das älteste Regelwissen stammt von Hippokrates oder zumindest von seinen Schülern. Ich habe im Nachdruck von Kühlen die Übersetzung aus dem 18. Jahrhundert gefunden. Hippokrates – oder einer seiner Schüler – soll gesagt haben: „Die Erfahrung allein“ – also nur die Erfahrung und sonst nichts – „ist eine gefährliche Lehrmeisterin. Die durch sie bloß allein geleitet Arzneikunst treiben, stürzen die Kranken leicht ins Grab.“ Dann folgt eine Fortsetzung, die nach mehreren tausend Jahren so gilt wie damals: „Was aber diejenigen nicht einsehen, denen unter ihrer Leitung die meisten Fälle davon vorkommen.“

Diesen Wunsch hatten auch Politiker, so Kaiser Friedrich im 13. Jahrhundert. Wie soll man diese Verbindung herstellen? Wie soll man die Ärzte dazu bewegen – in diesem Fall „zwingen“ –, sich auch dem theoretischen Wissen zuzuwenden? Kaiser Friedrich hat geschrieben: „Da die Medizin niemals erfolgreich sein kann ... ohne die Kenntnis der Logik, befahlen wir“ – mit „wir“ meint er sich selbst –, „dass keiner Medizin studiere, der nicht vorher mindestens drei Jahre Logik betrieben habe.“

Drei Jahre sind eine lange Zeit. Wir haben im Netzwerk evidenzbasierter Medizin einen Grundkurs, der anderthalb Tage dauert. Im Laufe der Zeit ist die Notwendigkeit, sich damit zu beschäftigen, natürlich nicht geringer worden. Aber die Zeit, die man

dafür opfern muss, ist reduziert worden. Voraussetzung ist natürlich das Medizinstudium. Im Medizinstudium lernen die Ärzte leider nicht das kritische Beurteilen des Wissens und auch nicht, wie man das Wissen sucht, wie der Einzelne feststellen kann, ob etwas für ihn anwendbar ist und ob das, was er da sieht, auch stimmt.

Der böse Denker und Arzt Peter Škrabaneck, der leider viel zu früh verstorben ist, hat das in seinem Buch „Torheiten und Trugschlüsse in der Medizin“ kritisiert. Er hat es als „Skeptikämie“ bezeichnet, dem Neuen, dem allerletzten Schrei in der Medizin entgegenzutreten. „Skeptikämie“ sei eine seltene generalisierte Störung – „Störung“ ist interessant dabei – mit niedrigem Ansteckungsgrad. Das Medizinstudium – wobei er hier das Trinity College meinte, denn er hat in Dublin unterrichtet – verleihe in den meisten Fällen eine lebenslange Immunität.

Die Evidenz in der Arztentscheidung beinhaltet zwei Aspekte, nämlich zum einen eine interne Evidenz, die Intuition, zum anderen eine externe Evidenz. Interne Evidenz liegt vor, wenn der Oberarzt oder manchmal auch der Chefarzt in ein Zimmer kommt und sagt: Das ist doch klar. Der Patient hat das und das. Die jungen Ärzte fragen sich dann: Wie ist er darauf nur gekommen? Das Schlimme daran ist, dass das meistens auch stimmt. Das heißt, man hat damit meistens Recht. Das ist die Intuition. Das ist das Gefühl. Das sollte man auf keinen Fall auf ein Kochbuch, auf ein Computerprogramm reduzieren. Das ist wichtig. Aber das allein genügt nicht. Man braucht auch das Regelwissen, die externe Evidenz. Leider ist es momentan so, dass die Entwicklung in der Zeit der Berufserfahrung unterschiedlich ist. Die interne Evidenz nimmt natürlich zu. Je länger der Arzt arbeitet, je mehr er übt, je mehr Patienten er behandelt hat, desto mehr Intuition, desto mehr interne Evidenz ist vorhanden. Er wird Dinge sehen, fühlen. Leider werden aber die Taschen der Ärzte, die im Krankenhaus arbeiten, mit der Zeit immer leichter. Am Anfang haben sie noch viele Bücher bei sich. Mit der Zeit jedoch verlassen sie sich immer mehr auf die interne Evidenz und nach 20 Berufsjahren immer weniger auf die externe Evidenz. Das aber ist eine Verarmung der Qualität. Es wäre besser, wenn man die interne Evidenz behielte und das Regelwissen noch dazunähme, es zumindest konstant berücksichtigen würde; denn man kann viele Dinge nicht sehen. Man kann nicht sehen, ob ein Patient von einem Statin, also einem Cholesterinsenker, nach einem Herzinfarkt nach fünf Jahren einen Vorteil hat oder nicht. Das entzieht sich der ärztlichen Wahrnehmung, so wie sich vor hundert Jahren die Bakterien der ärztlichen Wahrnehmung, dem Auge entzogen haben. Viele haben damals gesagt, dass es keine Bakterien gibt, weil sie sie nicht gesehen haben. Es müssen andere Methoden, andere Mikroskope verwendet

werden, um bestimmte Effekte, um bestimmte Größen in der Medizin zu sehen. Das Zauberwort lautet also: Ergänzung. Qualität der Information.

Es gibt drei Schlüsselfragen, die zu stellen sind, wenn man sich als Arzt eine Information anschaut. Die erste Frage lautet: Ist diese Information überhaupt wichtig für mich? Bezieht sie sich auf irgendwelche Abläufe in der Zelle? Ist sie für die Grundlagenforschung wichtig? Oder bezieht sie sich – wie es häufig in der Forschung vorkommt – mehr auf Nagetiere? Mit Nagetieren werden in der Forschung ja die meisten Versuche gemacht. Die zweite Frage lautet: Ist die Information valide? Das ist sehr schwierig und wird auch immer schwieriger zu beurteilen. Als Drittes stellt sich die Frage: Ist diese Information auf meinen Patienten anwendbar? Will er das überhaupt? Kann er das überhaupt? Glaube ich, dass diese externe Information überhaupt auf ihn zutrifft? Das lässt sich nur individuell beantworten. Das kann man nicht über ein Buch, ein Institut, über eine externe Dienstleistung tun. Die Antwort kann sehr unterschiedlich sein. Denn diese Struktur führt dazu, dass man dem Patienten auf der gleichen Ebene begegnet, dass man sagt: Das und das ist, glaube ich, jetzt richtig. Für Menschen, die so sind wie du, ist das belegt, und zwar mit den und den Nachteilen, die es immer gibt, die aber gerne verschwiegen werden. Dann kann der Patient fragen, inwiefern das für ihn persönlich gilt. Dann wird der Arzt sagen: In deinem Fall – wir kennen uns schon so lange – ist das so und so. Dann können beide das aushandeln.

Das heißt, die Entscheidung ist in der evidenzbasierten Medizin offen. Der eine Patient wird – nehmen wir das Beispiel Vioxx – sagen: Ja, ich möchte dieses Präparat doch haben, weil ich solche Angst vor Magenblutungen habe. Der andere Patient hingegen wird sagen: Nein, in meiner Familie sind so viele Herzinfarkte aufgetreten. Ich möchte das auf keinen Fall. Gibt es nicht eine Alternative? Beide Entscheidungen sind nach evidenzbasierter Medizin richtig; denn sie werden auf der Arzt-Patienten-Ebene getroffen. Die evidenzbasierte Medizin, die praktische, ist nicht die allerletzte Wahrheit, die irgendeine andere Eminenz nur durch einen Begriff ersetzt, sondern sie ist die Verlagerung der Entscheidung auf die Arzt-Patienten-Ebene bei einer korrekten und praxisrelevanten Information.

Dabei gibt es auch in Deutschland – da sind wir nicht alleine, sondern das ist weltweit so – Qualitätsmängel. Es fehlen Studien mit Patienten. Wie gesagt, die meisten werden mit Nagetieren gemacht. Ferner gibt es eine Unterdrückung von Ergebnissen, eine Manipulation der Daten und fehlende Objektivität in der Weitergabe. Das sind,

glaube ich, die vier Hauptpunkte, die uns Ärzten momentan eine unabhängige und auch praxisrelevante Information erschweren. Ich will sie einmal nacheinander anhand von Beispielen abhandeln.

Erstes Qualitätsproblem: Fehlende Studien zu praktischen Aspekten der Medizin. Wir haben das für den Fall des Diabetes in Deutschland überprüft. In den letzten zehn Jahren sind weltweit 1.234 wissenschaftliche Publikationen zum Thema Diabetes in anerkannten Zeitschriften erschienen. Davon waren nur 932 Originalarbeiten und nur 380 Arbeiten überhaupt mit versorgungsrelevanten Themen. Die meisten bezogen sich also auf völlig andere Themen. Es gab nur 103 Arbeiten mit validen klinischen Endpunkten, die für die Praxis wichtig sind. Das heißt, man kann sagen, acht Prozent der Diabetesforschung könnten – wir wissen ja nicht, ob das stimmt – für die Praxis wichtig sein und dem Arzt bei seinen täglichen Entscheidungen helfen. Da ist ein Ungleichgewicht. Nicht, dass Grundlagenforschung falsch ist. Aber über 90 Prozent im Vergleich zu weniger als zehn Prozent ist ein Ungleichgewicht. Dieses Ungleichgewicht gilt es auszugleichen.

Zweites Qualitätsproblem: Unterdrückung wesentlicher Studienergebnisse. Das ist jetzt mein persönliches Coming-out und Problem: die CAST-Studie. Ich musste als junger Arzt Anfang der achtziger Jahre bei sehr vielen Patienten ein 24-Stunden-EKG (Elektrokardiogramm) durchführen. Diejenigen der anwesenden Ärzte, die schon etwas älter, also etwa in meinem Alter sind, werden es noch wissen. Wir haben das immer gemacht. Dann haben wir die sogenannten Extrasystolen gezählt. Das sind Extraschläge im EKG. Dann – das unterschied sich von Oberarzt zu Oberarzt – verabreichte man den Patienten je nach Anzahl dieser Extraschläge bestimmte Medikamente, um diese Extrasystolen zu unterdrücken, weil man dachte, dass sie Gefahr laufen, eines plötzlichen Herztodes zu sterben. Das habe ich immer gemacht. Ich habe auch immer brav alles beschrieben. 1991 kam dann die besagte CAST-Studie heraus, die das unabhängig untersucht hatte. Da hatte man 1.498 Patienten mit diesen ventrikulären Extrasystolen mit Klasse-I-Antiarrhythmika oder einem unwirksamen Präparat, Placebo, behandelt. Anhand der dort getroffenen Feststellungen könnte ich ausrechnen, wie viele Patienten ich in den zehn Jahren zuvor mit diesen Präparaten umgebracht habe. Das habe ich bisher aber noch nicht ausgerechnet. Die Mortalität betrug in dieser Studie bei Verabreichung von Klasse-I-Antiarrhythmika acht Prozent, bei den Placebos drei Prozent. Das ist ein Unterschied von fünf Prozentpunkten. Jeder zwanzigste so behandelte Patient, der verstorben ist, wäre also nicht verstorben, wenn ich ihm diese Präparate nicht verschrieben hätte. Nun kann man

sagen, dass das erst 1991 publiziert worden ist, dass man das vorher also nicht hätte wissen können. Aber man hätte es wissen können. Diese Studien wurden nämlich schon Anfang der achtziger Jahre von der pharmazeutischen Industrie durchgeführt. Die toxische Wirkung war bekannt. Anfang der achtziger Jahre, als ich angefangen habe, als Arzt zu arbeiten, gab es dazu 50 Studien. Diese Studien wurden jedoch unter Verschluss gehalten. Dadurch, dass man sie nicht publiziert hat, hat es in den USA 20.000 bis 70.000 Todesfälle pro Jahr gegeben, die vermeidbar gewesen wären. Dr. Iain Chalmers, der das Ganze untersucht hat, sagt: Die Nichtpublikation von Studienergebnissen kostet Leben. Ganz klar. Ich persönlich hätte Menschen nicht umgebracht, wenn man Anfang der achtziger Jahre alles publiziert hätte, was man in den Stahlschränken hatte.

Ein weiteres Beispiel ist Vioxx. Die Studie wurde im Jahre 2000 publiziert. Es ging dabei um Magen-Darm-Komplikationen bei Naproxen, das ist das konventionelle Schmerzmittel, verglichen mit Rofecoxib. Neun Monate ist die Studie gelaufen. Die Anzahl der Patienten, bei denen Magen-Darm-Komplikationen auftraten, ist unter Rofecoxib geringer als unter dem konventionellen Schmerzmittel. Der Unterschied beträgt ungefähr 1,5 bis 1,6 Prozent. Was in dieser viel beachteten und viel verteilten Arbeit nicht vorkam, sind die Daten, die der US Food and Drug Administration (FDA) von der Firma vorgelegt wurden. Sie sind damals nicht publiziert worden. Man hat sie unterschlagen. Laut diesen Daten sind unter Rofecoxib, also Vioxx, sehr viel mehr Herzinfarkte, Schlaganfälle und Todesfälle aufgetreten als unter Naproxen. Das hätte man den Ärzten sagen müssen. Man hätte ihnen sagen müssen: Dieses Präparat wirkt sich positiv auf den Magen aus – wenn auch nicht hundertprozentig –, hat aber, wie alle Präparate, bestimmte Nachteile. Wenn man das den Ärzten so gesagt hätte, hätten sie das bei ihren Verschreibungen beachten können, und die Präparate wären sicher gewesen.

Drittes Problem: Manipulation von Studiendaten. Das ist nicht verboten, zumindest rechtlich nicht. Da ist einmal das Weglassen von Daten zu nennen. Man lässt die Dinge schon mal weg, die einem nicht passen. In Publikationen kann man manchmal lesen: „Nach Bereinigung der Ergebnisse kamen wir zu folgenden Schlussfolgerungen ...“ Zu nennen sind ferner der Ausschluss von Patienten, die einem nicht passen, die Änderung der Beobachtungszeit – dazu nenne ich Ihnen gleich ein Beispiel aus der Schmerzmittelszene – sowie die Änderung der Endpunkte. Die Änderung der Endpunkte ist sehr beliebt. Man macht irgendetwas. Wenn man dann herausfindet, dass das nicht so richtig erfolgreich gewesen ist, sagt man: Eigentlich wollte ich ja etwas

ganz anderes sehen. Das ist so, als würde ich mit einem Bogen irgendwohin schießen und erst im Nachhinein dort, wo der Pfeil stecken bleibt, um den Pfeil herum die Zielscheibe malen, und zwar so, dass der Pfeil mitten im schwarzen Punkt steckt, und würde dann sagen: Wirklich klasse, ich kann wirklich gut schießen!

Weiteres Beispiel: ein Artikel im Journal of the American Medical Association (JAMA), auch aus dem Jahre 2000. Das JAMA ist die wichtigste Zeitschrift der amerikanischen Ärzteschaft, unabhängig wie das „Deutsche Ärzteblatt“. In diesem Artikel ging es unter anderem um ein Coxib, also ein Vioxx-ähnliches Medikament, das noch auf dem Markt ist, nämlich Celebrex. Das war sogar im JAMA-Express zu lesen. Nur selten macht das JAMA einen sogenannten JAMA-Express-Artikel. In diesem Fall ist das geschehen. Durch dieses neue Medikament, so wurde berichtet, habe es bei den Magenblutungen eine Reduktion von 3,5 Prozent auf zwei Prozent, also um 1,5 Prozentpunkte, bezogen auf ein halbes Jahr, gegeben.

Ich erläutere Ihnen im Folgenden die Studie, wie sie der FDA vorgelegt und von der Schweizer Cochrane Collaboration dann dargestellt wurde. Das ist publiziert. Es geht um einen Vergleich zwischen Celecoxib, also Celebrex, Diclofenac und Ibuprofen. Das ist auch eine pharmagesponserte Studie. So ist das für Diclofenac gewesen, so für Celecoxib und so für das Ibuprofen. Man hat geschaut, wie viele Komplikationen im Magen-Darm-Trakt auftreten. Nach Ablauf eines Jahres ist die Zahl der Magen-Darm-Blutungen gleich hoch. Was würden Sie jetzt tun, wenn Sie derjenige wären, der in die Entwicklung dieses Präparats bereits hundert Millionen Dollar investiert hat? Man macht nach sechs Monaten einen Schnitt und multipliziert die Daten mit zwei. Damit ist weltweit Werbung gemacht worden. Das ist auch nicht kriminell. Man kann sagen, dass das nicht schön ist. Aber es ist kein Straftatbestand.

Mit diesen Daten sind die Ärzte konfrontiert worden, und aufgrund dieser Daten haben sie ihren Patienten dieses Präparat und auch andere Coxibe verschrieben, in der Meinung, dass die Magen-Darm-Blutungen damit geringer seien. Vielleicht fehlte die „Skeptikämie“. Aber es ist schwer, bei der FDA die Daten herauszukriegen. Das ist nicht ganz harmlos. Denn wenn Ärzte nicht genau wissen, was sie tun, dann kann das gefährlich sein. Dann kann es zum Beispiel passieren, dass Sie diese Präparate unter Umständen bei Magen-Darm-blutungsgefährdeten Patienten einsetzen. Genau das ist passiert. Dazu gibt es eine Studie aus Kanada. Bei den untersuchten Pharmaka handelte es sich um Celecoxib und Rofecoxib, also Celebrex und Vioxx, und andere nichtsteroidale Antirheumatika. Mit dem Zeitpunkt der Zulassung stieg

die Zahl der Verschreibungen natürlich an. Die Zahl der Krankenhausaufnahmen aufgrund von Magenblutungen ging in Kanada von 1995 bis 2002 hingegen zurück. Die Ärzte können mit diesen Präparaten also besser umgehen. Sie verordnen vielleicht gleichzeitig mehr Magenschutzpräparate. Was aber passiert jetzt? Bei vermehrter Verschreibung der Coxibe erhöht sich die Zahl der Krankenhausaufnahmen wegen Magenblutungen. Das heißt, wenn man das so macht, erreicht man genau das Gegenteil dessen, wovor diese Präparate eigentlich schützen sollen. Wenn man sie unkritisch einsetzt, erreicht man mit einem zumindest potentiell magenfreundlichen Präparat eine Zunahme der Magenblutungen. Das ist der Unterschied zwischen pharmakologischer Forschung und Anwendungsforschung. Man kann mit einem eigentlich besseren Präparat schlechter behandeln, wenn man nicht die volle Information hat.

Viertes Qualitätsproblem: fehlende Objektivität der Information. Leitlinien, ein leidiges Thema. Wir haben in Deutschland sehr viele Leitlinien; daran mangelt es nicht. Ich glaube, es hat jemand ausgerechnet, dass es die meisten pro Kopf der Bevölkerung weltweit sind. Sie werden nicht benutzt und sind nicht unabhängig. Für Deutschland ist das nicht untersucht worden. Aber die Stelfox-Arbeitsgruppe, Choudry, hat das untersucht und im JAMA publiziert, 2002. 44 Leitlinien – evidenzbasierte Leitlinien, nicht die Phantasien eines Lehrstuhlinhabers – von 192 Autoren wurden identifiziert. Diese wurden angeschrieben. Es blieben 37 Leitlinien von 106 Autoren, die tatsächlich nachzuverfolgen waren, die man bezüglich ihrer Aussagen evaluieren konnte und deren Autoren auch bereit waren zusammenzuarbeiten. 87 Prozent der Leitlinienautoren erhielten Geld von der pharmazeutischen Industrie. Sie werden sich fragen: Warum nur 87 Prozent? Weil in den angelsächsischen Staaten häufig Patienten an der Erstellung der Leitlinien beteiligt sind. Das ist ungefähr ein Siebtel, 13 Prozent. Durchschnittlich waren es 10,5 Firmen pro Autor. Es existieren überhaupt keine Leitlinien weltweit – englischsprachige, wohlgemerkt – ohne Interaktion der Autoren mit der Industrie. Die Abhängigkeit ist den Autoren nicht bewusst. Man hat sie gefragt, ob die finanzielle Verbindung zur Industrie irgendeinen Einfluss auf das hatte, was sie geschrieben haben. Da haben alle gesagt: Nein, auf keinen Fall. Diese gezielte Beeinflussung ließ sich auch tatsächlich nicht nachweisen; denn meistens ist es so: Sobald ein Präparat neu auf dem Markt ist, wird es auch in den Leitlinien empfohlen. Das heißt, es wurde ohnehin alles Neue empfohlen und man konnte eine gezielte Beeinflussung nicht nachweisen.

Jüngstes Beispiel ist die *Cholesterol Guideline* der Amerikaner, die vom renommierten National Heart and Blood Institute and the American Heart Association – ich glaube,

höher in der Expertenevidenz kann man nicht mehr steigen – am 12. Juli 2004 beschlossen worden ist. In dieser Leitlinie ist der therapeutische Zielwert des LDL-Cholesterins bei Hochrisikopatienten so niedrig angesetzt, dass im Grunde alle Menschen krank sind. Es gibt ab einem bestimmten Alter überhaupt niemanden mehr, der nicht krank ist, weil diese niedrigen Cholesterinzielwerte – das ist jetzt nur ein Beispiel – kein Mensch erreicht. Das heißt, das betrifft alle Patienten mit Diabetes, alle Patienten, die in der Familiengeschichte irgendjemanden mit koronaren Herzkrankungen haben, alle mit irgendwelchen Durchblutungsstörungen; irgendwann ist jeder betroffen, wenn man die Leitlinienwerte nur niedrig genug ansetzt. Dann hat man geschaut, wie viele dieser Experten unabhängig sind: Acht der neun Leitlinienautoren sind finanziell abhängig von der pharmazeutischen Industrie, die Cholesterinsenker herstellt. Deswegen fordern die Patientenverbände in den USA nun eine unabhängige Leitlinie, die von Experten – wenn es solche gibt – erstellt ist, die nicht ein finanzielles Interesse am Verkauf von Cholesterinsenker haben.

Fehlende Zuverlässigkeit der Informationen in Deutschland – das haben wir in diesem Jahr untersucht. Wir haben uns eine bestimmte Anzahl von Praxen angeschaut, die mitarbeiten wollten, zufällig ausgewählte Praxen. Wir haben sie gebeten, einen Monat lang alles aufzuheben, was sie von den Pharmareferenten als schriftliche Information bekommen. Die mündlichen Informationen kann man hinterher ja nicht gut rechtssicher evaluieren. Dann haben wir uns einen kleinen Laster geliehen und haben das Material mit einem Doktoranden, der Bodybuilding macht, abgeholt (das stimmt wirklich). Insgesamt waren es 175 verschiedene Werbeprospekte. 37 Prozent waren nicht überprüfbar. Das waren irgendwelche Reiseinformationen. 63 Prozent waren zumindest zum Teil mit medizinischen Aussagen überprüfbar. Davon waren 28 Prozent vollständig transparent. Was heißt transparent? Es wird dort auf schönem Papier eine bestimmte Aussage gemacht, und darunter steht, wie diese Aussage zustande kommt, was die wissenschaftliche Grundlage dafür ist, es wird also zum Beispiel ein Zitat aus einer Studie angeführt. In solchen Fällen, wenn der Arzt also zumindest theoretisch nachsehen konnte, ob die Information stimmt oder nicht, haben wir gesagt, dass die Information transparent ist; das waren 28 Prozent. Von diesen 28 Prozent waren aber 24 Prozent nicht kongruent. Das heißt, wenn man nachgeschaut hat, ob das, was da steht, in der wissenschaftlichen Publikation, die da zitiert ist, auch wirklich so gesagt wird, dann war das in 24 Prozent der Fälle nicht so. Wir haben nicht überprüft, ob die Aussage als solche stimmt, sondern wir haben nur geprüft, ob das, was in dem Prospekt gesagt wird, auch in der angegebenen Quelle gesagt wird. Da waren, wie gesagt, 24 Prozent nicht kongruent. Wenn man es positiv

darstellt, sind vier Prozent der Informationen transparent und stimmten mit der zitierten Literatur überein.

In den 175 Werbeprospekten wurden 520 Aussagen getroffen. Davon waren 58 Prozent nicht transparent. 42 Prozent waren durch Quellenangaben, also Zitate der Originalliteratur, belegt. 34 Prozent stimmten jedoch nicht überein. Das heißt, die Behauptung in den Werbebroschüren ist in der Quelle, die da zitiert wird, so nicht enthalten. Man erweckt also durch ein wissenschaftliches Zitat nur den Anschein der Wissenschaftlichkeit. Acht Prozent der Aussagen stimmten überein – immerhin! Wenn man das alles zusammenrechnet, kann man sagen: Sechs Prozent der Ärztinformationen durch die pharmazeutische Industrie, also durch die Praxisvertreter, sind durch wissenschaftliche Studien korrekt belegt. Das andere kann der Arzt nicht nachprüfen.

Daher haben wir folgende Wünsche: Die Forschung muss auf einen patientenorientierten Fortschritt ausgerichtet werden. Wir brauchen vollständige und korrekte Publikationen aller Daten. Ich denke, dass es Aufgabe der pharmazeutischen Industrie ist, gute Medikamente herzustellen, sie vielleicht bis zur Zulassung zu untersuchen. Aber die pharmazeutische Industrie sollte sich nicht an der Fortbildung der Ärzte beteiligen, weil das zu einem Qualitätsverlust führt.

EUGEN MÜNCH

Vorstandsvorsitzender der Rhön-Klinikum AG, Bad Neustadt/Saale

## Arzt versus Unternehmer – wie ändert sich ärztliches Handeln unter dem Primat der Ökonomie? (Teil 1)

Das mir vorgegebene Thema impliziert, dass sich ärztliches Handeln ändert, denn sonst müsste die Frage lauten: Ändert sich ... ?

Das zweite eingebaute Postulat impliziert, dass es ein Primat der Ökonomie gibt und dieses – im Gegensatz zu was? – vermutlich eine Änderung des aktuellen oder eines bis zum Zeitpunkt x gegebenen Zustands des ärztlichen Handelns bewirken würde.

Außerdem stellt sich die Frage: Wird der Begriff der Ökonomie volkstümlich als Orientierung an privatem Gewinnstreben oder korrekterweise als die Lehre von der optimierten Verwendung aller Ressourcen, also als ein Nachhaltigkeitsprinzip, verstanden?

Da mir der Grund meiner Einladung als ein strategisch politischer erscheint, gestatten Sie mir, politisch-dialektisch zu antworten.

### **Das Arzt-Patient-Verhältnis als Vormundschaft *sui generis***

Das ethisch-ärztliche Handeln umfasst einerseits die Ebene Arzt-Patient und beschreibt andererseits den daraus abgeleiteten Anspruch beziehungsweise die Pflicht des Arztes, für seinen Patienten im gesellschaftlichen Umfeld einzutreten und die notwendigen Ressourcen zu sichern. Lassen Sie mich in Anbetracht des Themas nur den zweiten äußeren Aspekt, der gedanklich dem, was man mit Ökonomisierung bezeichnet, ausgesetzt wäre, betrachten.

Das ärztliche Handeln war und ist, seit die Solidarfinanzierung des Gesundheitswesens begann – besonders im rechtlichen und politischen System –, enormen Veränderungen unterworfen. Da der Anspruch auf ethisches Verhalten von Ärzten gegenüber ihren

Patienten nur aus der besonderen Schutzwürdigkeit, welche die Gesellschaft dem Patienten als dem Schwachen zubilligt, abgeleitet werden kann, muss man die Veränderungen der Patienten an sich und deren Einbindung in die mentale Lage der Gesellschaft beachten, um Veränderungen im Arzt-Patient-Verhältnis – durch was auch immer hervorgerufen – begreifen und gewichten zu können.

Geprägt wurden die ethischen Maßstäbe in der Zeit der beginnenden Sozialversicherung, als der gesellschaftliche Konsens dem unverschuldet in Not geratenen Patienten solidarische Hilfe gewährte und der Arzt praktisch als dessen äußerer Vertreter ermächtigt war, solidarisch verfügbare Ressourcen zu nutzen. Dem Arzt wurde zugesagt mit dem Segen der Gesellschaft bei der Ressourceninanspruchnahme Vorfahrt eingeräumt. Dabei war man von der Vorstellung geprägt, dass das Interesse des Arztes und das Interesse des Patienten identisch seien. Der Arzt übernahm infolge seiner höheren Kompetenz beim Ressourceneinsatz die Führung, und per Umkehrschluss wurde er damit für den hinter ihm befindlichen Patienten in einer Art vormundschaftlicher Stellung tätig. Diese Position billigten der Patient selbst und die Gesellschaft dem Arzt dem Zeitgeist entsprechend und kraft der faktischen Umstände (Patient in der Narkose – Arzt bei der Operation) auch zu.

### **Vorfahrtsrechte für Ressourcenverzehr bei Nothilfe unbestritten**

Der Umkehrschluss, der automatisch gezogen wurde, dass nämlich ein so geforderter Arzt, wenn er denn in die Vertrauensposition durch die Wahl des Patienten gekommen ist, die ethische Bedingung erfülle und dass er daraus die für die Ausübung nötigen Sonderrechte im Konkurrenzkampf um Ressourcen in Anspruch nehmen könne, war nur eine allzu menschliche Konsequenz. Der Anspruch ging so weit, dass jede vom Arzt beanspruchte Ressource als eine für den Patienten nötige und nicht in Frage zu stellende zu behandeln sei. In einer Zeit, als das Gesundheitswesen – das heißt zu Beginn der Sozialversicherung – noch auf Nothilfe ausgerichtet war und die Inanspruchnahme tatsächlich den verunfallten Arbeitnehmer, der eine Familie ernähren musste, betraf, war die ethische Vorfahrtsregel gesellschaftlich anerkannt und in ihrer Verwerfungswirkung gering. Das will heißen, dass die aus dem Gesamtsystem für die Notfallgesundheitsversorgung entnommenen Ressourcen leicht zu tolerieren waren und an keiner Stelle die Gesellschaft überforderten.

### **Ethische Vorfahrtsregel versus Eigeninteresse**

Beim Patientenverhalten hat sich jedoch ein vielschichtiger Wandel vollzogen. Mit sich verstärkender Tendenz wurde weniger Abhilfe von Leiden und Beschwerden

im Sinne der Nothilfe gesucht. Verstärkt hat sich die Inanspruchnahme der gesundheitlichen Dienstleistung zur Hebung der Lebensqualität. In dem Maße, in welchem die vom Patienten beanspruchten Leistungen von solidarigeneigten Formen in konsumgeneigte übergingen, verlor das ethische Primat innerlich seine Berechtigung. Ein vielschichtiger Wandel hat sich auch bei der inneren Positionierung und dem Verhalten der Ärzte vollzogen. Im Außenverhältnis wurde die ethische Vorfahrtsregel längst an die ärztlichen Funktionen an sich geknüpft. Im Innenverhältnis gilt bei Ressourceneinsatz im Falle der Nothilfe zwar immer noch die „besondere Ethik“, das heißt die Vorfahrtsberechtigung für den Notfallpatienten, aber ansonsten werden die Vorfahrtsregeln nach „normaler Ethik“ vom Stärkeren, das heißt dem Arzt, eigens bestimmt angewandt und die Entscheidungskriterien nicht mehr aufgezeigt.

Damit meine ich, dass Ärzte beispielsweise Patienten, die altersentsprechend zum Beispiel eine Graue-Star-Operation beanspruchen, wie Kunden behandeln – und wenn es Privatpatienten sind, werden diese als Premiumkunden eingestuft, deren sie sich mit gestufter Intensität annehmen, wenn und soweit ihr eigener wirtschaftlicher Erfolg gewährleistet ist. Es handelt sich dabei um einen völlig verständlichen und berechtigten Vorgang, denn es geht beim Patienten mit grauem Star darum, die Lebensqualität zu verbessern. Man erkennt dies sofort, wenn man gedanklich ein verunglücktes Kind in Ressourcenkonkurrenz zu dem beschriebenen Patienten mit grauem Star bringt. Beim verunglückten Kind wird der behandelnde Arzt – und dies ist Land auf und Land ab zu erkennen – mit jedem Recht der Welt für die Vorfahrt bei Ressourcenverbrauch eintreten und auch seine eigenen Interessen in die zweite Reihe stellen. Er wird aber völlig zu Recht den Patienten mit grauem Star nicht umsonst in seinem – dann aufgegebenen – Urlaub behandeln.

### **Solidargeneigter versus konsumgeneigter Ressourceneinsatz**

Im Innenverhältnis unterscheiden alle im Gesundheitswesen, auch die Ärzte, sehr genau, wo einerseits eine besondere Ethik verbunden mit der beschriebenen Vorfahrt und andererseits die normale Ethik, die zwischen Schwächeren und Stärkeren gilt, anzuwenden ist. Das System ist in Krankenhäusern und bei den Ärzten durchgängig intakt. Der Nothilfepatient ist zwar den ökonomischen Regeln des rationellen Ressourceneinsatzes unterworfen (was es nicht gibt, kann nicht eingesetzt werden), aber er hat Vorfahrt.

Die Frage oder häufig das Postulat, dass ärztliche Tätigkeit an sich und per se auf der Basis von Ethikregeln, die vom Nothilfepatienten auf alles ärztliche Handeln über-

tragen werden sollen, ausgeübt wird, ist hingegen – und hier sprechen wir über Ökonomisierung – anders zu betrachten.

Durch die Verschiebung des Leistungsspektrums der ärztlichen Tätigkeit arbeitet meiner Meinung nach der durchschnittliche Arzt nur noch zu 15 Prozent in dem Bereich, der nach ursprünglicher Lesart dem solidarisch geneigten angehört, und zu 85 Prozent in Bereichen, die von stark bis total als konsumgeneigt einzustufen sind. In diesem Bereich hat er sich als niedergelassener Arzt längst der Ökonomie mit Ressourcenoptimierungsmodellen – allerdings im Wesentlichen zum Zwecke der Maximierung eigener Interessen – verschrieben. Es kommt nicht von ungefähr, dass der niedergelassene Arzt im volkswirtschaftlichen Modell als einer der erfolgreichsten Kleinunternehmer gelten konnte.

### **Ressourcenknappheit zwingt zum ökonomischen Einsatz**

Die für das Innenverhältnis Arzt-Patient beschriebene Veränderung – nämlich die Unterwerfung von 85 Prozent der Leistung unter die Leistungs-Nutzen-Relation Arzt-Patient – ist nun auch bei der Frage der Finanzierung der Solidargemeinschaft angekommen. Die bisherige Selbstverständlichkeit, Solidarbeiträge aus Arbeitseinkommen anderer für eigene konsumtive Gesundheitsleistungen zu verwenden, wird in Frage gestellt. Damit geraten die Vorfahrtsrechte, die es für Patienteninteressen und für verbrämte Arztinteressen, die als Vorfahrtsanspruch artikuliert werden, in eine Interessenabwägung, die es bisher in dieser Form der aus dem Überfluss schöpfenden Gesundheitssysteme nicht gab.

Es muss zu einer Interessenkonkurrenz zwischen Nothilfepatienten und konsumnahen Gesundheitsleistungen kommen. Es könnte beispielsweise das Problem zu lösen sein: Bleibt es bei dem Nothilfestützpunkt für die Landbevölkerung, oder werden die solidarisch noch akzeptablen Umlagen für die Behandlung des grauen Stars im Alter, den rein altersbedingt zehn Prozent der Bevölkerung bekommen, und für das blühende Geschäft eines ambulanten OP-Zentrums verbraucht?

Es stellt sich somit die Frage: Sollten wir nicht die pharisäerhafte Frage, ob Ökonomisierung die ärztliche Ethik gefährdet, durch die Frage ersetzen, wie wir bei dem Nothilfepatienten die ärztliche Ethik und den damit verbundenen Vorfahrtsanspruch beim Ressourceneinsatz im Rahmen des gesellschaftlichen Konsenses, dafür aufzukommen, sichern und wie wir eine zweite Ebene ärztlicher Ethik für Patienten er-

öffnen, die als Kunden mit Serviceanspruch, möglicherweise bald mit Zuzahlungspflicht – und damit mit einem neuen, emanzipierten Bewusstsein –, in Behandlung kommen?

In dem Bereich, in dem Ärzte, Krankenhäuser und andere Gesundheitsdienstleister Leistungen erbringen, die näher am Konsum als an der Nothilfe liegen, würden wir eine Lücke schließen, die sich längst aufgetan hat, und wir würden erkennen, dass ein großer Teil der Patienten und die Leistungen, die an ihnen vollbracht werden, Teil eines ökonomischen Prozesses sind. Es ist nicht die Ökonomie, die die Ethik der Medizin gefährdet, sondern die Medizin gefährdet die ethischen Grundsätze, wenn sie ökonomische, nämlich ressourcenschonende Prinzipien zu negieren versucht.

### **Ethik und ökonomischer Ressourceneinsatz**

Die losgebrochene Diskussion über Ökonomisierung versus Ethik versucht, den Eindruck zu erwecken, als stünden wir vor einer Entscheidung, dabei findet im Arzt-Patient-Verhältnis bei den konsumgeneigten Patienten längst eine Ökonomisierung, sprich Ressourcenzuordnung, statt. Das ist so, weil der Arzt jetzt – und das ist neu – das knappe Budget in Praxis und Krankenhaus zuordnen muss. Das ist bei Patienten, die in Konkurrenz zueinander unterschiedliche Formen der Verbesserung ihrer Lebensqualität wollen, eigentlich nicht tragisch. Es ist im Grunde kein Problem (Nothilfepatienten sind hierbei ausgeschlossen), wenn der Arzt dem an Verbesserung der Lebensqualität interessierten Patienten sagt, dass er in der ressourcengesteuerten Selektion verloren hat beziehungsweise dass er zuzahlen muss oder diese Form der Lebensqualitätsverbesserung (Verschreibung von VIAGRA) nicht mehr der Solidargemeinschaft aufgebürdet werden kann. Denn dies wird dazu führen, dass der Patient verzichtet, zuzahlt oder – was das Klügste wäre – seinen Politiker zwingt, ein System zu entwickeln, das dieser Grauzone zwischen Notfall und Lebensqualitätsverbesserung einen geordneten Rahmen gibt. Für die im System Tätigen stellt sich somit nicht die Frage, wie man Ökonomisierung verhindern kann, sondern wie wir im Wandel der Verhältnisse ökonomisch in der Medizin vorgehen und dabei unseren ethischen Anspruch behalten.

Im klinischen Betrieb wird der Ressourcenkonkurrenz als dem eigentlichen Feind des Ethischen dadurch begegnet, dass über Prozessorganisation und Investition ressourcenverschwendende Verfahren durch solche ersetzt werden, die mit den vorhandenen Mitteln eine höhere Reichweite zulassen.

Bei gewinnorientierten privaten Betreibern verstärkt sich das Motiv in dieser Richtung, weil sie für effizienten Ressourceneinsatz mit Gewinn belohnt werden. Da aber Gewinn, insbesondere bei getätigten Investitionen, nur unter Nachhaltigkeitsgesichtspunkten gesehen werden kann, wird der erfolgreiche Unternehmer Ressourceneinsparungen, die zu Lasten des Rufes gehen oder zur Schwächung seiner Stellung im Markt geeignet sind, tendenziell vermeiden. Der Ruf und die Stellung am Markt werden aber immer dann geschwächt, wenn Patienten schlechte Betreuung und schlechte Ergebnisse verbreiten. Viel größer ist die Gefahr, dass schädliche Patientenselektion – zum Beispiel zugunsten angenehmer Arbeitsbedingungen oder zum Erhalt von Arbeitsplätzen an Stellen, wo die Leistung nicht gebraucht wird, etc. – betrieben wird. Konkret würde dies bedeuten: schlechte Leistung am und für Patienten aus Gründen der Lebensqualität der Mitarbeiter von Krankenhaus und Praxis. In diese Kategorie gehört auch die Verweigerung von Veränderungen in Organisation und konkreter Tätigkeit, ein besonders im öffentlichen Dienst sehr bekanntes Problem.

### **Ethik und Interessenausgleich**

Betrachtet man die Quintessenz aller Veränderungen für den Arzt, die mit dem Prozess der Ökonomisierung umschrieben werden, so zeigt sich, dass er gefordert wird und damit eine Fähigkeit, die er als niedergelassener Unternehmer längst für sich erfolgreich praktiziert hat, zunehmend im gesamten System Platz greift. Er ist allerdings nun angehalten, nicht nur im eigenen Interesse, sondern im Systeminteresse ressourcenschonend vorzugehen. Die sparsame Verwendung von Ressourcen kann sogar im Rahmen der Frage, welche ethische Dimension dieser Vorgang zur Herstellung eines ethischen Prinzips – beispielsweise dem der Generationengerechtigkeit – hat, gesehen werden. Außerdem wissen wir, dass ein Übermaß – beispielsweise von Medikamenteneinsatz oder Antibiotika statt Hygiene – zu Recht qualitative und, wenn sie unbeachtet bleiben, auch ethische Fragen aufwirft.

Dort, wo Ressourcen auch bei optimalem Einsatz zu knapp sind, ergibt sich eine neue, tatsächlich schwere Aufgabe des Arztes. Er muss nämlich, will er ethisch glaubhaft bleiben, selektierende Entscheidungen treffen und damit Patienten nach dem Prinzip der Nothilfe als solidarabhängige Primärpatienten qualifizieren und die Patienten, die Lebensqualität verbessernde Teile seiner Tätigkeit in Anspruch nehmen, als Sekundärpatienten einstufen. In diesen Entscheidungen kann er natürlich von gegenläufigen Vorgaben einer andersartigen Gewinnerwartung beeinflusst werden oder genauso einer gewerkschaftlich geforderten Erhöhung von Lebensqualität durch Vermeidung von Sonntagsarbeit ausgesetzt sein. Das Auf-

einanderprallen solcher Interessengegensätze kann nur gemildert werden, indem nicht nur Ärzte, sondern auch die Gesundheitsunternehmer und Führungskräfte im Gesundheitswesen generell ethischen Grundsätzen unterworfen werden und der Arzt damit zwar keine Exklusivität für Ethik mehr hat, aber Bundesgenossen für seine verantwortungsvolle Arbeit gewinnt.

### **Ethikregel als Verhaltensnorm**

Wir betrachten diesen Teil der unternehmerischen Führung deshalb als besonders wichtig, weil wir die Funktion dieses ethischen Vorfahrtsprinzips für das langfristig wirkende Erscheinungsbild der Krankenhäuser als unverzichtbar einstufen. Deshalb finden Sie in der (beigefügten) Präambel jedes Dienstvertrages mit Führungskräften unseres Klinik Konzerns die Ethikregel in Form des kategorischen Imperativs als Verhaltensnorm. Dabei darf ich konstatieren, dass die Umsetzung nicht leicht ist und ein hundertprozentiger Erfolg nicht erreichbar zu sein scheint, weil der Schutz der Arbeitnehmer über Arbeitsgerichte und Gesetze Verhaltensnormen in dieser Richtung an keiner Stelle unterstützt, sondern sogar unterläuft. So ist es tatsächlich nicht möglich, einen Chirurgen, der betrunken seiner OP-Tätigkeit nachgeht, aus einem solchen Arbeitsverhältnis zu entfernen.

Zusammenfassend kann also festgestellt werden, dass sowohl der Arzt wie auch der Krankenhausunternehmer wesentlich weniger eine Gegeneinanderposition haben, sondern vielmehr werden sie durch die seit vielen Jahren stattgefundenen Veränderungen im Wechsel eines Großteils der medizinischen Leistung von der solidar geneigten Nothilfe in eine konsumgeneigte Verbesserung der Lebensqualität tangiert. Dieser Prozess führt zu veränderten Verhaltensweisen und bedingt, dass das Idealbild ärztlicher Ethik nicht verschwindet; vielmehr wird der erfolgreiche Unternehmer, will er nicht seinen Patienten, den er an dieser Stelle wie einen Kunden betrachten muss, verlieren, das Idealbild der ärztlichen Ethik auf das Verhalten der Mitarbeiter insgesamt und des Unternehmens übertragen. Dies ist kein Widerspruch zu ökonomischem Verhalten, da Ethikregeln ohne Bruch in langfristig ausgerichtete Nachhaltigkeitskonzepte passen beziehungsweise nicht konkurrierend, sondern stabilisierend wirken.

## **Arzt versus Unternehmer – wie ändert sich ärztliches Handeln unter dem Primat der Ökonomie? (Teil 2)**

Das Thema des heutigen Tages hat den „ärztlichen Behandlungsauftrag heute“ zum Inhalt. Das Wort „heute“ suggeriert zumindest Anpassungs- oder Erklärungsbedarf. Bei einem Auftrag unterscheidet man Auftraggeber und -nehmer. Beauftragt der Patient seine Krankenkasse aufgrund der ihr gesetzlich zugewiesenen Aufgaben, oder ist es der Staat selbst kraft Gesetzesmacht oder allgemein die pluralistische Gesellschaft, die ihre Meinungsmacht noch auf anderen Wegen geltend machen kann? Und wer ist in einem Krankenhaus der Auftragnehmer – der Krankenhausträger, der Chefarzt oder der jeweils behandelnde Arzt? Gerade im Krankenhaus gibt es sicher nicht nur einen ärztlichen Behandlungsauftrag. Diese kleine Anmerkung soll verdeutlichen, dass es genaue Absprachen zum Auftrag eigentlich nicht gibt.

Der Sachverständigenrat hat in seinem Gutachten 2001 den Gesundheitsdienstleistern vorgeworfen, das deutsche System liege mit den Kosten an dritter Stelle, die erzielte Lebenserwartung aber nur an 19. Stelle. Dieser Hinweis ist zwar dumm, da der Einfluss der kurativen Medizin auf die Lebenserwartung äußerst gering ist, wie wir an dem Beispiel DDR erneut lernen konnten. Aber die Äußerung kennzeichnet einen von einer breiten Mehrheit der Bevölkerung geteilten Wunsch. Bei gesichertem Wohlstand möchte man alt werden, und das möglichst ohne beeinträchtigende Krankheiten. Der Krankenhausträger HELIOS geht davon aus, dass diese Botschaft demnächst klarer gefasst wird, dass die pluralistische Gesellschaft sie an die demokratischen Repräsentanten heranträgt und dass diese dann wiederum den konsensuellen Wünschen gesetzlichen Nachdruck verleihen werden.

HELIOS kann die Lebenserwartung kaum, die Morbidität nur gering beeinflussen. Dennoch richten wir unsere klinische Forschung und Schwerpunktbildung auf die

beiden Ziele Lebensverlängerung und Morbiditätsminderung aus. Freilich muss man wissen, welche Behandlungen diese Ziele besonders effektiv fördern.

Als Auftragnehmer hat der Krankenhausträger HELIOS in seinem Firmengrundsatz festgelegt: Wir wollen den auftragsbezogenen Nutzen des Patienten mehren. In diesem schwer verständlichen Motto stecken zwei Ärzten ungewohnte Gedanken.

Erstens ist darin eine Beschränkung auf einen Auftrag enthalten. Das widerspricht unserer universitären Ausbildung. Dort wird verlangt, den Patienten, der mit irgendeinem Problem zum Arzt kommt, grundsätzlich von Kopf bis Fuß zu untersuchen. Der klinische Alltag kann diesem Anspruch schon lange nicht mehr gerecht werden, und die Einführung der *diagnosis-related groups* (DRG) fördert das Umdenken. Der Auftrag ist bei etwa 70 bis 80 Prozent der Krankenhausaufnahmen mit Behandlungsbeginn evident. Der Patient mit der Überweisung zur Cholezystektomie (Gallenblasenentfernung) ist vordiagnostiziert, und Patient wie Hausarzt erteilen den Auftrag, dieses erkrankte Organ möglichst sicher und schmerzarm bei kürzestem Krankenhausaufenthalt zu entfernen. Da braucht es vieles, was heutzutage immer noch routinemäßig prä- und postoperativ gemacht wird, nicht. Bei Patienten unter 60 Jahren bringt eine vorherige Röntgenaufnahme des Thorax (Brustkorb) keine bessere Narkose. Und statt Routine-EKG ist die Frage, ob der Patient vier Stockwerke am Stück Treppen steigen kann, zielführender. Nicht, dass Sie glauben, ich hätte solche Gedanken auch nur einem Teil unserer 3.000 Ärzte vermitteln können. Aber zumindest werden nicht mehr vor jeder Gallenblasenentfernung zwei Blutkonserven gekreuzt, die anschließend vergessen und später verworfen werden. Die Beschränkung auf den Auftrag geht natürlich einher mit einer Erhöhung bestimmter Risiken für den Patienten. Den Nebentumor eines Hirntumors entdeckt man natürlich nicht, wenn man nicht jeden Patienten durch den Computertomographen schiebt. Aber es ist umgekehrt für viele Patienten ein großer Nutzen, wenn nicht alles bekannt wird, was sich im Körper bildet. Ab einem gewissen Alter kann man zum Beispiel bei jedem Patienten in der Struma (Schilddrüsenschwellung) einige kalte Knoten erwischen. Daraus wird meist kein das Lebensende bestimmender Krebs. Man braucht aber starke Nerven, wenn man von solchen Knötchen weiß; und die meisten Jünger der Heilkunst können es nicht lassen, auch bei älteren Patienten Biopsien und Weiteres zu veranlassen.

Natürlich kann der Auftrag auch eine sehr breite Diagnostik verursachen, deren Kosten sich zum Schluss nicht in der gefundenen DRG widerspiegeln. Dies ist bei vielen

unklaren Beschwerden in der inneren Medizin der Fall. Aber in einem solchen Fall besteht der Auftrag darin, die unklaren Beschwerden kausal zu deuten, und das kann mühsam sein oder endet nur in Ausschlussdiagnosen. Will heißen, wir können dem Patienten nur sagen, was er alles nicht hat. Auch das gibt es noch in der Medizin und nicht nur bei Steuerberatern, Wirtschaftsprüfern, Anwälten und ähnlich angesehenen Berufsgruppen.

Zweitens ist mit Nutzenmehrung gemeint, dass jeder Einzelschritt auf seinen Nutzen zu überprüfen ist. Dies sollte ein selbstverständliches menschliches Handlungsprinzip sein. Höchst aktuell wird es uns von der japanischen *Kaizen*-Methode in Erinnerung gebracht, die sich die Vermeidung von Verschwendung (*muda*) zum Ziel gesetzt hat. Ich habe davon vor 30 Jahren noch nichts gewusst, aber Verschwendung war mir immer zuwider, und unnützen Taten widersetzt sich meine angeborene Faulheit.

Bei beiden Gedanken der Mehrung nur des auftragsbezogenen Nutzens muss klar sein, dass diese Zielabwägung die Akzeptanz eines Restrisikos durch die Gesellschaft zur Bedingung hat. Wie ausgeführt, ist dieses Restrisiko gut erträglich und wird durch die Vermeidung des Überversorgungsrisikos gemindert.

Als spezielles Thema wurde mein Beitrag unter den Titel „Arzt versus Unternehmer – wie ändert sich ärztliches Handeln unter dem Primat der Ökonomie?“ gestellt. Da wäre zunächst zu fragen: Meint der Veranstalter den Arzt als Krankenhausunternehmer oder den Arzt als Praxisunternehmer?

Als Krankenhausunternehmer, und im weitesten Sinne sind das alle ärztlich leitenden Ärzte in Krankenhäusern, habe ich überhaupt kein Problem mit der Ökonomie. Ressourcen sind immer begrenzt, und meine Generation hat bisher in der glücklichen Situation gelebt, dass wir jedem Patienten das für ihn Sinnvolle immer anbieten konnten. In Einzelfällen bei Transplantationen oder lang dauernden Therapien wie bei Apallikern mag dies gelegentlich an finanzielle Grenzen gestoßen sein. Aber das sind wirklich Einzelfälle; ich selbst bin in meinem Fachgebiet, der Angiochirurgie, nie in die Lage gekommen, eine Therapie aus Kostengründen verweigern zu müssen. Eher kann ich über zahlreiche Fälle von Verschwendung berichten. Und auch bei nicht steigenden Gesundheitsausgaben muss man eher von einer Überversorgung in vielen unwichtigen Bereichen ausgehen. Legt man gar das Ziel der Lebensverlängerung gesellschaftlich fest, dann ist die kurative Medizin unbedingt energisch zugunsten der Prophylaxe zurückzufahren. Dies lässt sich aber nur dann verwirklichen,

wenn man die Menschen in ihre Eigenverantwortung zurückzwingt. Das möchten unsere Sozialpolitiker und Kassenfunktionäre offensichtlich noch nicht. Lieber diskutiert man, wie man noch mehr Geld in das System der gesetzlichen Krankenversicherung pumpen kann. Die unangenehme Seite der Leistungsbegrenzung sollen die Ärzte am Patienten leisten. Das ist feige.

Der Arzt als Praxisunternehmer ist in einer schwierigeren Situation als der Krankenhausarzt. Die dort in den fünfziger Jahren durchgesetzte Einzelleistungsvergütung verführt zur „diagnostischen Abrundung“, wie ich das einmal euphemistisch nennen will. Als Belegarzt kenne ich diese Probleme zur Genüge. Wenn man 40.000 Euro mit präoperativen Röntgenaufnahmen des Thorax umsetzen kann, ist es schwer, die Kollegen davon zu überzeugen, dass man das besser lassen sollte. Als Belegarzt hat man das Ventil, den Anteil der effektiven therapeutischen Leistungen zu erhöhen, was eine befriedigendere Tätigkeit ist. Röntgenaufnahmen des Thorax kosten schließlich auch Zeit, die man sinnvoller verwenden kann.

Auch im niedergelassenen Bereich gibt es also partielle Über- neben bestimmter Unterversorgung. Beispiele kennt jeder Arzt. Aber man kann festhalten, dass die sogenannte diagnostische Abrundung kaum im Sinne einer Schädigung von Patienten angewandt wird. Insofern braucht man sich um die Ethik der deutschen Ärzte noch keine Sorgen zu machen.

Was die Kernfrage angeht – „Ändert sich ärztliches Handeln unter dem Primat der Ökonomie?“ –, kann ich für mich die klare Antwort geben, dass sich da überhaupt nichts ändert. Gute Ärzte handeln immer ökonomisch im Sinne des Patienten. Unser Problem wird in Zukunft nur darin bestehen, weiterhin gute Ärzte ausbilden zu können. Dazu müssen die Arbeitsbedingungen aber attraktiver werden. Damit meine ich nicht die Bezahlung, sondern die für einen freien Menschen unerträgliche Gängelung durch Politik und Funktionäre, wobei ich die ärztlichen Funktionäre, die ich auch noch bezahlen muss, von diesem Vorwurf nicht ausnehme. Sie sollten uns Ärzten mal wieder Luft zum Atmen und zu eigenem Handeln geben.

RAINER HESS

*Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses*

## **Ärztliche Indikation versus Patientenorientierung – wie ändert sich ärztliches Handeln unter dem Anspruch von Patientenwünschen?**

Wenn Sie das mir gestellte Thema an meiner beruflichen Funktion messen, dann werden Sie sich zunächst fragen: Was kann der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses zu diesem Thema sagen? Denn der Gemeinsame Bundesausschuss ist eine Einrichtung im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-System); die Fragestellung betrifft aber primär das individuelle Arzt-Patient-Verhältnis. Wie weit muss der Arzt sich veränderten Patientenwünschen stellen? Kann er sie ablehnen? Muss er sie bedienen? Unter welchen Voraussetzungen geschieht das?

Ich hoffe, Ihnen darlegen zu können, dass ein sehr enger Zusammenhang besteht zwischen Patientenwünschen einerseits und deren Realisierbarkeit durch den Arzt im System der gesetzlichen Krankenversicherung andererseits. Das individuelle Arzt-Patient-Verhältnis ist für sozialversicherte Patienten in zunehmendem Umfang durch das Leistungsrecht der GKV und die immer enger werdenden Rahmenbedingungen für die Berufsausübung der Ärzte in diesem System überlagert.

Bezogen auf das individuelle Arzt-Patient-Verhältnis, ist die Frage nach dem Verhältnis von Patientenwünschen und Arztpflichten mit zwei einfachen Grundsätzen sehr schnell zu beantworten.

Der erste Grundsatz lautet: Der Patient definiert durch sein Selbstbestimmungsrecht, welche Leistung bei ihm erbracht werden kann oder nicht erbracht werden darf. Herr des Verfahrens, also Herr über seinen Gesundheitszustand und Herr über das, was an ihm geschieht, ist der Patient und nicht der Arzt.

Der zweite Grundsatz lautet: Allein der Arzt trägt die Verantwortung für die Durchführung der Behandlung. Das heißt, er bestimmt, welche Leistungen er seinem

Patienten anbieten will. Er kann vom Patienten nicht gezwungen werden, bestimmte Maßnahmen zu erbringen, sondern das bestimmt der Arzt in eigener Verantwortung.

Der zweite Grundsatz wird häufig als „Therapiefreiheit“ definiert. Ich benutze diesen Begriff in diesem Zusammenhang sehr ungern, weil er den Anschein beliebiger Entscheidungsfreiheit des Arztes erweckt. Es ist aber eine Entscheidungsverantwortung, die der Arzt trägt. Er hat keine Freiheit, sondern er muss das erbringen, was medizinisch notwendig ist. Aber gerade unter Hinweis auf diese Verantwortung kann der Arzt den Wunsch eines Patienten nach einer bestimmten Leistung zurückweisen. Er kann dem Patienten sagen: Das, was du von mir wünschst, erbringe ich nicht, weil ich das mit meinem Gewissen nicht vereinbaren kann, weil das medizinisch nicht sinnvoll ist, weil das über das hinausgeht, was medizinisch notwendig ist. Hier ist also der Arzt der Souverän.

Verweigert der Patient aber seine Zustimmung zu einem vom Arzt für dringend notwendig gehaltenen Eingriff, dann darf der Arzt diesen Eingriff nicht gegen dessen Willen durchführen. Hier siegt das Selbstbestimmungsrecht des Patienten über das Fürsorgebedürfnis des Arztes.

Daher könnte man, wenn es nur um die zweiseitige Rechtsbeziehung zwischen Patient und Arzt ginge, die gestellten Fragen – jedenfalls im Grundsatz – relativ eindeutig beantworten. Eine Vielzahl von Abgrenzungsproblemen (zum Beispiel bei eingetretener Bewusstlosigkeit des Patienten) bleibt, kann aber in meinem Referat nicht aufgegriffen werden.

Wir haben in Deutschland ein GKV-System, in dem sich dieses individuelle Arzt-Patient-Verhältnis fundamental verändert. Seit der bismarckschen Sozialversicherungsgesetzgebung hat der Versicherte seinen Anspruch auf ärztliche Behandlung primär nicht gegenüber dem Arzt, sondern in Form des Sachleistungsanspruchs gegenüber der Krankenkasse. Die Krankenkasse erfüllt diesen Sachleistungsanspruch mit Hilfe des Vertragsarztes oder mit Hilfe der Kassenärztlichen Vereinigung, so dass der Vertragsarzt hier als Erfüllungsgehilfe der GKV tätig wird. Er erfüllt die Leistungspflicht der Krankenkasse gegenüber den Versicherten dieser Krankenkasse. Vergleichbares gilt für die Krankenhausbehandlung.

Deswegen muss man die Frage bezogen auf sozialversicherte Patienten differenzierter formulieren. Was kann der Versicherte im GKV-System vom Arzt verlangen? Auf was hat

er Anspruch, das die Kasse bezahlt? Was muss der Vertragsarzt im GKV-System ihm an Leistungen anbieten, und was kann der Vertragsarzt im GKV-System unter Umständen an Leistungen verweigern? Diese Fragen stehen auch im Mittelpunkt meines Referates: Wie wirken sich vor allem die begrenzten Finanzmittel im GKV-System auf die Rechte des Patienten und die Pflichten des Arztes aus? Kann der Arzt eine Leistung mit der Begründung ablehnen: Ich kann die Leistung zu dem Preis, den deine Kasse bezahlt, nicht kostendeckend erbringen, und deshalb erbringe ich sie nicht?

Dazu gibt es eine gefestigte Rechtsprechung des Bundessozialgerichts: Der Vertragsarzt darf dem sozialversicherten Patienten eine Leistung, die er in seiner Praxis anbietet, nicht mit der Begründung einer nicht kostendeckenden Vergütung der Krankenkassen für diese Leistung verweigern. Vor allem darf er sie nicht von einer Privatliquidation abhängig machen; und er muss als Vertragsarzt die zum Kernbestandteil seines Fachgebiets gehörenden Leistungen auch sozialversicherten Patienten anbieten.

Das Arzt-Patient-Verhältnis im GKV-System wird aber nicht nur durch den wachsenden Druck begrenzter Finanzmittel auf die Leistungen der Ärzte und Krankenhäuser geprägt. Gemeinsam mit der Einführung begrenzter Ausgabenbudgets der Krankenkassen hat der Gesetzgeber die Krankenkassen einem verschärften Beitragswettbewerb um Versicherte ausgesetzt und den Versicherten mehr Wahlfreiheiten nicht nur unter den Krankenkassen, sondern auch unter verschiedenen strukturierten Versorgungsangeboten eingeräumt. Was bewirkt dieser vom Gesetzgeber gewollte Wettbewerb? Wie stehen Arzt und Patient im Wettbewerb, wenn Krankenkassen mit Ärzten Einzelverträge abschließen? Dann wird das Kollektivvertragssystem, in dem Kassenverbände mit Kassenärztlichen Vereinigungen für alle Versicherten normierte Verträge abschließen, die Versorgungsansprüche und Vergütungsansprüche einheitlicher Art auslösen, zumindest teilweise abgelöst durch das Versorgungsangebot einer einzelnen Krankenkasse an ihre Versicherten; an diesen Einzelverträgen nehmen aber auch als Leistungserbringer nicht mehr alle Vertragsärzte teil, sondern nur diejenigen, mit denen die Kasse den Vertrag abgeschlossen hat.

Insoweit kann zunächst festgestellt werden (das betrifft insbesondere die Reform der letzten vier Jahre, etwa das „Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“): Wir haben es nicht nur mit veränderten Rahmenbedingungen zu tun, sondern mit einem politischen Trend. Deswegen ist das Thema richtig gestellt. Es geht hier um die Beurteilung eines auf längere Zeit angelegten Veränderungspro-

zesses: Wie verändert sich das Arzt-Patient-Verhältnis unter den Bedingungen eines solchen Vertragswettbewerbes, der sich insbesondere im GKV-System abspielt, das System der privaten Krankenbehandlung aber nicht unverändert lassen wird?

Da ist als Erstes die gesetzliche Einschränkung des Sachleistungsanspruchs zu nennen. Es gibt jetzt eine Wahlmöglichkeit zur Kostenerstattung für alle Versicherten mit einjähriger Bindungswirkung. Mit der Ausgliederung des Zahnersatzes als einheitlicher Satzungsleistung aller Krankenkassen und einer Begrenzung der Leistungspflicht auf befundorientierte Festzuschüsse wird für einen Leistungsbereich das Sachleistungssystem weitgehend verlassen. Der Gesetzgeber denkt offenkundig daran, aufgrund knapper Finanzmittel bestimmte Leistungen nicht mehr als Sachleistungen anzubieten, sondern sie nur noch in Form von Zuschüssen zum vereinbarten Leistungsentgelt zu gewähren.

Setzt sich dieser Trend fort – und nicht nur die FDP, sondern auch viele Ärzte und Zahnärzte fordern den Ausstieg aus dem Sachleistungssystem –, dann wird der Gang zum Arzt für die sozialversicherten Patienten zunehmend mit finanziellen Hürden belastet. Dies mag angesichts der demographischen Entwicklung langfristig unvermeidbar sein, kann aber bei vielen Patienten zu einer Zurückhaltung in der Inanspruchnahme auch notwendiger Behandlungen und damit zu Einbußen in der Qualität der Versorgung führen.

Solche radikalen Alternativen zum Sachleistungssystem kommen aber insbesondere deswegen in Mode, weil die jetzt seit zehn Jahren bestehenden gesetzlichen Ausgabenbudgets der Krankenkassen für die ambulante und die stationäre Versorgung, jedenfalls aus Sicht der Ärzte, in Krankenhäusern und den Arztpraxen zu unzumutbaren Arbeitsbedingungen geführt haben. Das hat natürlich negative Auswirkungen auf das Arzt-Patient-Verhältnis. Dem Arzt fällt es zunehmend schwer, unter diesen Budgetbedingungen nicht nur vom Patienten gewünschte, sondern unabhängig davon auch zweckmäßige Leistungen zu erbringen. Daraus ist die Diskussion über die Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) entstanden, die in dieser Dimension noch vor fünf Jahren undenkbar gewesen wäre. Es wird zunehmend versucht, auch notwendige Leistungen in den Privatsektor zu verlagern.

Hier hat sich ein grauer Markt entwickelt, der das Arzt-Patient-Verhältnis empfindlich belastet. Daher hat der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz gut daran getan, den Weg zur Ablösung dieser Budgets zu bahnen, und zwar

im stationären Bereich durch die Einführung indikationsbezogener Fallpauschalen (DRG – *diagnosis-related groups*) und im ambulanten Bereich durch morbiditätsorientierte Regelleistungsvolumen mit festen Punktwerten.

Aber auch diese grundlegenden strukturellen Umstellungen sind für das Arzt-Patient-Verhältnis mit Problemen verbunden: Wenn im DRG-System einheitliche standardisierte Vergütungen bezahlt werden, werden sich viele Krankenhäuser fragen müssen, ob sich bestimmte Leistungen noch kostendeckend erbringen lassen oder ob es nicht ökonomisch geboten ist, sie an andere Krankenhäuser abzugeben. Damit wird der bisher durch die Krankenhausplanung vorgegebene Versorgungsauftrag in Frage gestellt. In jedem Fall wird es zu einer massiven Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus mit anschließend länger notwendigen ambulanten Weiterbehandlungen kommen.

Dieser erhöhte ambulante Weiterbehandlungsbedarf wird den Druck auf das vertragsärztliche Vergütungssystem erhöhen. Auch hier werden Vertragsärzte ähnlich wie Krankenhäuser vor die Frage gestellt, wie sie bei einer nicht am Leistungsbedarf des einzelnen Versicherten, sondern an der Morbidität einer bestimmten Versichertengruppe ausgerichteten Vergütung multimorbide Patienten mit einem individuell hohen Versorgungsbedarf behandeln können.

Deswegen ist es natürlich wichtig, dass dieselbe Gesetzgebung dem Versicherten in Deutschland ab Anfang 2004 erhebliche Wahlentscheidungen eingeräumt hat: Er kann sich in eine hausarztzentrierte Versorgung begeben, bei der er dann einen Teil der Praxisgebühr oder die gesamte Praxisgebühr einsparen kann. Er kann sich in ein integriertes Versorgungsmodell begeben, also in ein Krankenhaus, kombiniert mit ambulanter Versorgung durch niedergelassene Haus- und/oder Fachärzte, oder ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) wählen, mit dem seine Krankenkasse Verträge abgeschlossen hat. Er kann Kostenerstattung wählen. Er kann *Disease-Management-Programme* (DMP) wählen. Er hat also eine Fülle auch eigener Wahlmöglichkeiten, um sich das System auszusuchen, von dem er glaubt, dass er sich mit seinen Ärzten so verständigen kann, dass seine individuellen Patientenwünsche jeweils am besten bedient werden.

Mit der Erweiterung dieser Wahlmöglichkeiten wird zunehmend eine Konkurrenz zwischen Kollektivvertrag und Einzelvertrag, das heißt zwischen flächendeckend gesicherter und kassenindividueller Versorgung entstehen. An die völlige Ablösung des flächendeckenden Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen

ist jedoch so lange nicht zu denken, wie eine einzelne der nach wie vor etwa 300 Krankenkassen nicht in der Lage ist, für ihre Versicherten durch Einzelverträge die notwendige flächendeckende Versorgung zu gewährleisten. Damit bleibt dem sozialversicherten Patienten unabhängig von seiner Wahlentscheidung für eine der aufgezeigten einzelvertraglichen Versorgungsstrukturen für absehbare Zeit insbesondere im Notfall die Rückkehr in die „Regelversorgung“ als Möglichkeit erhalten. Der aufgezeigte Trend in eine stärker einzelvertraglich ausgestaltete (Zusatz-) Versorgung dürfte sich aber fortsetzen.

Wir sind somit am Anfang einer Entwicklung zu mehr Vertragswettbewerb. Ich kann deswegen auch nur ansatzweise darstellen, welche Vertragsvielfalt hier neu entsteht und wie intransparent einzelvertragliche Versorgungsangebote nicht nur für die Patienten, sondern auch für die Ärzte und deren Praxisführung jedenfalls derzeit sind.

Es gibt nach wie vor die zwei großen durch getrennte Budgets voneinander abgeschotteten Blöcke der vertragsärztlichen Versorgung und der Krankenhausversorgung. Nach wie vor definiert das Kollektivvertragssystem zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassenverband die hausärztliche und die fachärztliche Regelversorgung, auf die jeder Versicherte Anspruch hat. Aber die einzelne Krankenkasse kann mit Hausärzten Einzelverträge über eine hausarztzentrierte Versorgung abschließen, die dem Hausarzt, der einen solchen Vertrag mit einer Krankenkasse abschließt, eine besondere Koordinationsverantwortung für die Versicherten dieser Kasse überträgt, die diese Form der hausärztlichen Versorgung mit Bindungswirkung für ein Jahr gewählt haben. Dies betrifft insbesondere die Koordination von Überweisungen an andere Vertragsärzte, die Koordination von DMP, den wirtschaftlichen Umgang mit Arzneimitteln etc. Sie kann vergleichbare Verträge aber auch mit MVZ abschließen, die mit angestellten Hausärzten ebenfalls eine hausarztzentrierte Versorgung anbieten können. Sie kann integrierte Verträge mit niedergelassenen Fachärzten und mit Krankenhäusern in Kombination abschließen und dann versuchen, zumindest die Vergütung dieser Einzelverträge aus den beiden Budgetblöcken herauszulösen, was zurzeit aber auf erhebliche Probleme stößt. Außer dem gesetzlich hierfür vorgesehenen einprozentigen Abschlag von beiden Budgets dürfte das kaum gelingen.

Aber wenn wir in Zukunft die gesetzlich bis 2008 einzuführenden neuen Vergütungsstrukturen haben, DRG im Krankenhaus und morbiditätsorientierte Vergütungen der Vertragsärzte, dann kann das Geld der Leistung, sprich der Wahlentscheidung des Versicherten, folgen. Dies wird dann die Vertragslandschaft beleben und je nach den

„Einkaufsangeboten“ der einzelnen Krankenkassen und den „Verkaufsangeboten“ von Ärzten, Krankenhäusern, MVZ und Zusammenschlüssen dieser Gruppierungen zu einer Vielzahl regional unterschiedlich wählbarer Versorgungsformen führen.

Wo wird sich diese Vertragslandschaft, die einem Gemischtwarenhandel gleicht, hinbewegen? Und warum hat der Gesetzgeber das deutsche Gesundheitswesen mit einer solchen Fülle von Vertragsvarianten überschüttet? Dahinter steht, glaube ich, eine zentrale Ausgangsposition, die sich an einem magischen Dreieck von Ausgaben, Kosten und Qualität gut erläutern lässt. Angesichts der demographischen Entwicklung werden bei allen Reformen der Finanzierungsgrundlagen – ob eine Bürgerversicherung, eine Gesundheitsprämie oder was auch immer eingeführt wird – die Ausgaben im Gesundheitswesen begrenzt bleiben, schon allein deshalb, weil es immer weniger aktive Versicherte gibt, die für nicht mehr aktive Versicherte durch Beiträge das Solidarsystem finanzieren müssen. Daher wird der politische Druck auf die Ausgabenseite wegen der begrenzten Einnahmehasis der Krankenkassen unvermindert anhalten.

Auf der anderen Seite wird aber mehr Qualität eingefordert. Gleichzeitig werden angebliche Wirtschaftlichkeitsreserven im deutschen Gesundheitswesen in Milliardenhöhe behauptet und eine entsprechende Kostensenkung eingefordert. Infolgedessen schält sich im deutschen Gesundheitswesen ein sozialpolitischer Zielkonflikt heraus. Der Zielkonflikt heißt: Kosten senken und Qualität erhöhen. Das ist ein Spannungsfeld und so mit Sicherheit nicht umsetzbar. Aber das ist das, was der Gesetzgeber als politisches Ziel verfolgt. Er will über Wettbewerb, über die verschiedenen Vertragsmodelle erreichen, dass Krankenkassen vor allem über Einzelverträge in die Lage versetzt werden, Kosten zu senken, also vor allem die doppelte Facharztschiene zu beseitigen und die Fachärzte am Krankenhaus über integrierte Versorgungsverträge zu konzentrieren. Gleichzeitig soll der Auftrag erfüllt werden, die Qualität zu erhöhen. Dieser Zielkonflikt prägt daher auch den Vertragswettbewerb, und deshalb ist es so bedauerlich, dass zwar Einzelverträge abgeschlossen werden, niemand aber so recht an einer Evaluation damit erreichbarer Ergebnisse in der Effizienz und Qualität der Versorgung interessiert zu sein scheint.

Das ist aber auch der Zielkonflikt, in dem sich der Gemeinsame Bundesausschuss befindet. Damit bin ich beim letzten Teil meiner Ausführungen. Welche Aufgaben hat eigentlich der Gemeinsame Bundesausschuss in diesem Zielkonflikt? Wie kann er durch normative Vorgaben in diesen Vertragswettbewerb eingreifen und seinen Beitrag zur Lösung des Zielkonflikts leisten?

Dazu ist zunächst festzustellen, dass als Folge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes und des darin verschärften Vertragswettbewerbes der ärztliche Behandlungsauftrag neu zu definieren ist. Der Gesetzgeber definiert diesen Behandlungsauftrag für die GKV zunächst einmal durch den gesetzlichen Leistungskatalog. Dabei ist es dem Parlament vorbehalten, die rechtlichen und ethischen Grundsatzentscheidungen über den Umfang solidarisch zu finanzierender Sozialleistungen zu treffen. Welche Leistungen soll ein Sozialversicherter im Umlageverfahren aus Solidarbeiträgen finanziert bekommen? Gibt es die Möglichkeit, in Grundleistungen und Wahlleistungen zu trennen? Muss man nicht nach wie vor, jedenfalls in der ambulanten ärztlichen Behandlung, einen das Notwendige umfassenden Anspruch aufrechterhalten, und kann man eine vergleichbare Differenzierung nur durch eine strukturelle Abstufung der Versorgungsangebote zum Beispiel in Hausarztssysteme, integrierte Systeme und Kostenerstattungssysteme vornehmen?

Ferner muss der Gesetzgeber selbst entscheiden, ob er Sterbegeld, Krankengeld, Zahnersatz, Psychotherapie etc. weiterhin als Pflichtleistungen der GKV anbietet, ob er eine Altersgrenze als Mindestgrenze einführt oder ob er eine Altersgrenze als Obergrenze für die Inanspruchnahme bestimmter Leistungen einführt, was wir als unethisch ansehen, was aber in Großbritannien praktiziert wird.

Unterhalb der Ebene des Gesetzgebers füllt der Gemeinsame Bundesausschuss – durch das Bundesverfassungsgericht bestätigt – den gesetzgeberisch vorgegebenen Rahmen durch seine normativen Richtlinien aus. Ein Gesetzgeber kann im Gesundheitswesen nicht definieren, ob ein Mittel zu Lasten der Kassen verordnet wird und unter welchen Bedingungen das zu geschehen hat. Dafür ist die medizinische Entwicklung zu schnelllebig. Auch der Verordnungsgeber hat es bei den Festbeträgen versucht und ist daran gescheitert. Es besteht daher weitgehend Konsens unter allen Beteiligten, dass jedenfalls in einem selbstverwalteten Gesundheitswesen ein Gremium wie der Gemeinsame Bundesausschuss derartige Konkretisierungen des GKV-Leistungskataloges vornehmen sollte.

Wir finden die Partner des Behandlungsverhältnisses im GKV-System im Gemeinsamen Bundesausschuss wieder: den Versicherten über den Patientenvertreter, die Krankenkasse über die Krankenkassenbank und die Ärzte, Psychotherapeuten, Zahnärzte und Krankenhäuser jeweils über die Bank der Leistungserbringer, so dass dieser Gemeinsame Bundesausschuss sozusagen die Beteiligten auf der Bundesebene bündelt und daher auch eine Regelungskompetenz hat, die jedenfalls dafür spricht,

dass bei seinen Entscheidungen Sachnähe und Transparenz gewahrt werden und die Dinge so geregelt werden, dass sie letztlich dem Versorgungsbedarf entsprechen. Hinzu kommt, dass die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses Bestandteil der Bundesmantelverträge und über diese Bestandteil der Gesamtverträge in der vertragsärztlichen Versorgung werden und Vorrang vor den ebenfalls auf Landesebene abgeschlossenen Verträgen zur Krankenhausbehandlung haben. Diese „Kollektivverträge“ konkurrieren aber in Zukunft zunehmend mit den Einzelverträgen der Krankenkassen im Vertragswettbewerb. Letztere wiederum ermöglichen den Versicherten zunehmend Wahlentscheidungen, die auch für den Behandlungsvertrag des Arztes mit dem Versicherten maßgebend sind. Erst als letztes Glied der Kette folgt das individuelle Arzt-Patient-Verhältnis. Es ist an alle Vorstufen gebunden. Erst wenn der Arzt weiß, dass der Versicherte die Wahl für eine hausarztzentrierte Versorgung getroffen und ihn als Hausarzt gewählt hat, weiß er, welche Ansprüche des Versicherten er zu erfüllen hat. Ist ein anderer Versicherter derselben Krankenkasse nicht im Hausarztssystem bei demselben Arzt eingeschrieben, gibt es einen völlig anderen Spielraum, weil der Arzt dann mit anderen Ärzten konkurriert und nicht der zentrale Ansprechpartner seines Patienten ist.

Um auf die eingangs gestellte Frage zurückzukommen: Wie sich ärztliches Handeln unter Patientenwünschen ändert, hängt in Zukunft entscheidend davon ab, welches System der Versicherte für sich gewählt hat, ob er Hausarztpatient, Regelleistungspatient, DMP-Patient oder Integrationspatient ist und in welche Art von Behandlungsverbund er sich selbst eingebracht hat.

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll als eine seiner zentralen Aufgaben durch seine Richtlinien in diesem Wettbewerbsgefüge bestimmte Standards verbindlich vorgeben. Dadurch soll verhindert werden, dass auch der Leistungskatalog der GKV und Mindestanforderungen an die Qualität der Leistungserbringung unter die Räder eines solchen Wettbewerbes geraten. Der Bundesausschuss steht dabei in einem sehr großen Spannungsverhältnis zum einen zu den Versicherten, deren Leistungen er Anfang des Jahres im direkten zeitlich befristeten Auftrag des Gesetzgebers durch Krankentransportrichtlinie, OTC-Präparatliste (Liste der nicht verschreibungspflichtigen Medikamente – OTC: *over the counter*), Zahnersatzregelung etc. erheblich eingeschränkt hat.

Er steht ferner im Spannungsverhältnis mit den Drittbetroffenen, also mit der Industrie, denen er durch Festbetragsgruppen, OTC-Präparatliste, Arznei-, Heil- und

Hilfsmittelrichtlinien erhebliche Markteinbußen zumuten muss. Er steht deswegen natürlich genauso im Spannungsverhältnis mit der Politik, denn jeder Abgeordnete wird in seinem Wahlkreis von den Versicherten auf aus ihrer Sicht unzumutbare Leistungseinschränkungen und von der Industrie auf aus ihrer Sicht unzumutbare Wettbewerbsbeeinträchtigungen angesprochen.

Wir werden auch in ein Spannungsverhältnis zu der eigenen Selbstverwaltung geraten, weil die Qualitätssicherung, die wir als Hauptaufgabe sehen, in ihrer sektorübergreifenden Bedeutung unterschiedlich gesehen wird.

Ein Beispiel soll aufzeigen, wie dieses Spannungsverhältnis sich darstellt: Neustrukturierung der Arzneimittelversorgung. Wir definieren über Lifestyle-Präparate-Liste, OTC-Präparateliste im direkten Auftrag durch den Gesetzgeber den Leistungskatalog. Wir nehmen dabei bestimmte Präparate aus der Leistungspflicht der GKV heraus, oder wir definieren Ausnahmetatbestände, aufgrund deren grundsätzlich ausgeschlossene Präparate doch zu Lasten der GKV verordnet werden können. Wir beeinflussen den Preis der Produkte, indem wir über Festbeträge definieren, wie viel die Kassen für bestimmte vergleichbare Arzneimittel erstatten dürfen, und der Hersteller ist dann häufig gezwungen, seinen Preis entsprechend anzupassen. Wir definieren in den Arzneimittelrichtlinien über eine Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln, die das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit durchführt, auch Verordnungseinschränkungen. Ferner legen wir fest, welche Art von Arzneimittelversorgung in DMP effizient ist. Damit legt der Gemeinsame Bundesausschuss für die einzelne Arzneitherapie in seinen Richtlinien die Anforderungen an den therapeutischen Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit fest.

Aber eines kann der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien nicht wirksam beeinflussen: die Mengenerwicklung. Die Aufgabenstellung, als Bundesausschuss Qualitätsnormen aufzustellen und die Qualität der einzelnen Leistungen zu sichern, eröffnet so gut wie keine Möglichkeit, die Mengendynamik als eines der Kernprobleme unseres Gesundheitswesens zu steuern. Das gilt für die Arzneimittelversorgung, das gilt aber zum Beispiel auch für teure Geräte.

Ein weiteres Beispiel dazu betrifft die Entwicklung der Positionen-Emissions-Tomographie (PET) in Deutschland. In Großbritannien hat das dortige National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) die PET für bestimmte Indikationen zugelassen.

Wir haben dies in der ambulanten Versorgung bisher abgelehnt. In Großbritannien gibt es einen nationalen Gesundheitsdienst und keinen Vertragswettbewerb. Der nationale Gesundheitsdienst hat entschieden, dass an sechs Großkliniken sechs PET-Geräte für die Versorgung der Bevölkerung aufgestellt werden. Das hat natürlich Wartelisten zur Folge; aber die Ausgaben für PET werden damit in finanzierbaren Grenzen gehalten. Wir haben in Deutschland, obwohl wir PET als Leistung in der ambulanten Versorgung bisher abgelehnt haben, schon etwa hundert Geräte sowohl in Praxen als auch in Krankenhäusern stehen. Wenn wir PET für die ambulante Versorgung in Deutschland zulassen würden, dann hätten wir morgen – das garantiere ich Ihnen – 140 Geräte, und keiner wüsste, wer das bezahlen soll. Wir sind nicht in der Lage, das über den Gemeinsamen Bundesausschuss zu steuern.

Das Hauptproblem ist deswegen aus meiner Sicht, dass wir zwar Qualität definieren können, aber keine Einschränkung einer aus der Zulassung einer Leistung im deutschen Gesundheitsmarkt resultierenden Mengendynamik vornehmen können. Über Qualität allein und auch über den Preis allein lässt sich die Mengenentwicklung nicht steuern. Sie nimmt uns aber die Finanzmittel weg, um den medizinischen Fortschritt jeweils zeitnah in einer auf den wirklichen Versorgungsbedarf zugeschnittenen Menge in die Versorgung einzubringen.

Wir haben als Gemeinsamer Bundesausschuss die Kompetenz, neue ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden hinsichtlich ihres Nutzens auch im Vergleich zu bestehenden Leistungen zu bewerten. Insoweit besteht ein Konflikt zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. In der ambulanten Versorgung gilt der Erlaubnisvorbehalt: Solange wir nicht eine Methode zulassen, darf sie ambulant nicht zu Lasten der Kassen abgerechnet werden. In der stationären Versorgung gilt der Verbotsvorbehalt: Solange wir eine Methode nicht ausschließen, darf sie im stationären Bereich erbracht werden.

Nehmen Sie das Beispiel der Balneo-Phototherapie: ambulant ausgeschlossen, stationär zugelassen. Das führt zu einer teuren Leistungsverlagerung in die Krankenhäuser, weil die Patienten, die diese Leistung wünschen, dann auf Anraten des Arztes in die Krankenhäuser gehen und die Leistung dort unter stationären Bedingungen teuer bekommen. Dieser Widerspruch muss aufgelöst werden. Wir führen deswegen zurzeit einen Musterprozess gegen das Bundesgesundheitsministerium, um diese Frage gerichtlich klären zu lassen: Muss nicht die Bewertung von Leistungen und deren

Konsequenzen identisch sein, egal wo sie erbracht wird? Muss sich – zumindest nach einer Innovationsphase – nicht auch das Krankenhaus einer evidenzbasierten Bewertung seiner Leistungen genauso stellen wie der niedergelassene Bereich?

Wir haben als Gemeinsamer Bundesausschuss eine Empfehlungskompetenz für DMP, die anschließend als Grundlage eines erweiterten Risikostrukturausgleiches in die Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) aufgenommen werden. Viele Ärzte, die gerne mit evidenzbasierten Leitlinien arbeiten, empfinden die damit wegen der notwendigen Rechtssicherheit des Risikostrukturausgleichs verbundene Dokumentationsdichte als Überbürokratie. Ärzte sollten aber motiviert werden, im Interesse ihrer Patienten solche evidenzbasierten Leitlinien ihrer ärztlichen Tätigkeit zugrunde zu legen, und sich hierbei nicht gegängelt fühlen.

Wir sind deswegen bestrebt, die Vielzahl von Vorschriften des Gesetzes zur Qualitätssicherung möglichst unbürokratisch umzusetzen. Dabei wollen wir für das nächste Jahr zunächst sektorübergreifende Anforderungen an Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Sektor erarbeiten. Im DRG-Zeitalter – das kommt ja auf uns zu – macht es keinen Sinn, für die zwei Tage verbleibenden Krankenhausaufenthalts ein eigenes Qualitätssicherungssystem beizubehalten, wenn man die Phase der notwendigen ambulanten Weiterbehandlung – schon aus datenschutzrechtlichen Gründen – nicht mit in dieses Qualitätssystem hineinnehmen kann. Darüber hinaus müssen die parallelen Vorschriften zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements ebenfalls so aufeinander abgestimmt werden, dass keine Doppelbürokratien entstehen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat nicht die Aufgabe, über die Rationierung von Leistungen im Gesundheitswesen zu entscheiden. Rationierungsentscheidungen kann nur der Gesetzgeber treffen. Aber er hat den Auftrag zu rationalisieren. Das heißt, wir sollen definieren, was medizinisch notwendige Behandlung und was unter Umständen medizinisch überflüssige oder unwirtschaftliche Behandlung ist. Wir müssen daher den Leistungskatalog nach evidenzbasierten Kriterien weiterentwickeln und gegebenenfalls auch bereinigen können. Dabei haben wir das aufgezeigte Problem der Trennung in eigenständige Verfahren für die ambulante und stationäre Versorgung. Wir müssen evidenzbasierte medizinische Leitlinien als Grundlage für DMP, als Grundlage einer indikationsbezogenen Qualitätssicherung und für Integrationsverträge in ihrer Effizienz und Evidenz bewerten. Und wir müssen übergreifende, einheitlich durchführbare Verfahren zur Qualitätssicherung einführen.

Darüber hinaus brauchen wir ein effizientes Patienteninformationssystem, das der Bevölkerung Auskunft gibt über den gesicherten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und ihr über eine Informationsplattform auch Auskünfte über die Ergebnisse von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement eröffnet. Dazu dient uns als unabhängiger Partner das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, mit dem wir jetzt eine Kooperation begonnen haben. Ich hoffe, dass wir gemeinsam diesen Berg von Aufgaben so bewältigen werden, dass man hinterher sagen kann, die gemeinsame Selbstverwaltung hat diesen Gesetzesauftrag ordnungsgemäß erfüllt, wobei ich angesichts der aufgezeigten Schwierigkeiten nicht garantieren kann, dass das mit Kosteneinsparungen verbunden sein wird. Aber wenn es denn schon dazu dient, die Qualität zu steigern, dann haben wir, glaube ich, einen Teil des aufgezeigten Zielkonflikts gelöst.

Was an Problemen ansteht, habe ich genannt. Das ist einmal die weitergehende Abstimmung ambulant/stationär. Es ist das Problem der Mengendynamik, das wir mit den vorhandenen Mitteln wohl so nicht lösen können. Insoweit bedarf es einer ergänzenden gesetzlichen Auftragserteilung.

Letzten Endes ist es natürlich die Bewältigung der Vertragsvielfalt. Ich weiß gar nicht, wie der Gemeinsame Bundesausschuss mit seinen Richtlinien eine Kasse im Einzelvertragssystem erreichen kann, wenn weder die Kasse noch die Vertragspartner bereit sind, den abgeschlossenen Vertrag so offen zu legen, dass die Einhaltung von Qualitätssicherungsrichtlinien überprüft werden kann. Aber wir bleiben guten Mutes und werden unsere Aufgaben weiterhin optimistisch erfüllen.

## Die sich wandelnde Verantwortung des Arztes in einem sich wandelnden Gesundheitssystem

Aus *Public-Health*-Sicht wird die bisherige Priorität unserer Krankenversorgung bei der akutmedizinischen Beeinflussung biomedizinischer Endpunkte zukünftig in zwei Richtungen differenziert werden:

- » zugunsten einer stärkeren Gewichtung von Prävention und Gesundheitsförderung
- » zugunsten einer ganzheitlichen, besser koordinierten, dem Krankheitspanorama angepassten Versorgung

Die Erwartungen und Bedürfnisse der Patienten, Angehörigen und Versicherten werden dabei eine wachsende Rolle spielen, sowohl bei der genauen Definition der Ziele wie auch der einzuschlagenden Wege zur Zielerreichung.

Aus *Public-Health*-Sicht wird die Weiterentwicklung bestehender Strukturen und Prozesse evolutionär erfolgen und sollte mit Blick auch auf das zukünftige Handeln der Ärzte im Rahmen von Prävention, Gesundheitsförderung und integrierter Versorgung drei Kriterien genügen:

1. Ziele und Wege sollten für die Bürger sinnhaft sein, das heißt eine klare Wertebindung (zum Beispiel Solidarprinzip) und Kontinuität aufweisen (kein Bruch in den grundlegenden Prinzipien, wohl aber in deren Konkretisierung).
2. Ziele und Wege sollten transparent, das heißt versteh- und nachvollziehbar sein. Technisch gut durchdachte Lösungen müssen auch in ihrer Begründung den Bürgern vermittelbar sein.
3. Die Bürger sollten erkennen, dass sie auf Ziele und Wege Einfluss nehmen können und dass Lösungen angestrebt werden, die ihnen Möglichkeiten zur Mitarbeit an kontinuierlichen Verbesserungen einräumen.

Als Weiteres gilt es aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht insbesondere das gewandelte Menschenbild zu berücksichtigen, wie es Fortschritte in der biologischen, medizinischen und sozialwissenschaftlichen Grundlagenforschung nahe legen.

Mit den zunehmenden Kenntnissen über Neuroanatomie und die Wechselwirkungen zwischen Psyche, Hormon- und Immunsystem, mit dem wachsenden Interesse von Psychologen, Soziologen und Gesundheitswissenschaftlern an der Erforschung der Ursachen guter Gesundheit, mit den sich stabilisierenden Erkenntnissen zum Einfluss sozialer Faktoren auf Krankheit und Sterblichkeit hat sich ein neues Verständnis von der wechselseitigen Beeinflussung sozialer, psychischer und biologischer Prozesse entwickelt, ist ein neues Bild vom Menschen entstanden als einem sozialen Wesen, das zur Bewältigung seiner äußeren Anforderungen in Arbeit, Familie, Freizeit, aber auch zur Regulierung seines „inneren Milieus“, das heißt seiner Psyche und biochemischen Reaktionen, auf Interaktionen mit anderen angewiesen ist.

1. Die seit René Descartes in der Medizin über Jahrhunderte denk- und handlungsleitende Vorstellung einer strikten Trennung von „Geist“ und „Körper“ ist überholt. Denken, Fühlen und somatische Prozesse verlaufen vielmehr parallel und hoch vernetzt: Psyche und Biochemie des Menschen befinden sich in permanenter Kommunikation. Von besonderer Bedeutung sind dabei bestimmte Gehirnregionen, wie zum Beispiel Cortex, Hypothalamus und limbisches System, die Produktion von Stresshormonen und die Immunreaktionen.
2. Neben Kognition und Motivation spielen Emotionen eine wesentliche Rolle bei der alltäglichen Situationsbewältigung. Emotionen beeinflussen Denken, Handeln und körperlichen Zustand. Anhaltend negative Gefühle wie Angst, Wut oder Hilflosigkeit beeinträchtigen Gedächtnisleistung und Motivation; auf Dauer können sie auch das Immunsystem schädigen und die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder anderen somatischen Störungen begünstigen. Selbstwert- und Selbstwirksamkeitsgefühl hingegen beeinflussen das Leistungs- und Sozialverhalten positiv.
3. Die soziale Integration des Menschen hat maßgeblichen Einfluss auf seine Leistungsfähigkeit (Problemlösung) und sein emotionales Gleichgewicht (Gefühlsregulierung). Stabilität, Qualität, Umfang und Funktionalität sozialer Netzwerke, insbesondere das in ihnen bestehende Vertrauen (Klima), beeinflussen das „innere“ Verhalten, das heißt Kognition, Motivation, Emotionen und biochemische Reaktionen, aber auch das „äußere“ Verhalten, zum Beispiel Umfang und Qualität der geleisteten Arbeit. Anhaltende soziale Isolation ist ein folgenschwerer Risikofaktor.

4. Gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln (Kultur) stiften Sinn, erleichtern Kooperation und erlauben hohe Berechenbarkeit der Lebens- und Arbeitswelt. Sie wirken Unsicherheit, Ungewissheit und Desorientierung entgegen. Dadurch helfen sie, Stress zu vermeiden und erleichtern seine Bewältigung.

Dieses neue Menschenbild wird Konsequenzen haben für das Selbstverständnis und die Aufgabenwahrnehmung von Ärzten und anderen Experten im Gesundheitswesen. Es sollte auch Auswirkung haben auf die Menschenführung in Gesundheitseinrichtungen.

#### **Die gewandelte Rolle der Ärzte in der Prävention und Gesundheitsförderung**

Ärztinnen und Ärzte sind gegenwärtig in der Prävention überwiegend in zwei Bereichen tätig: dem öffentlichen Gesundheitsdienst und der Arbeitsmedizin. Im Bereich der betrieblichen Gesundheitspolitik hat unlängst eine Expertenkommission der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung gearbeitet. Diese Kommission, besetzt mit namhaften Vertretern aus Politik, Wirtschaft, Wissenschaft, Verbänden und der Arbeitsmedizin, hat dazu im Frühjahr 2004 nach zweieinhalb Jahren Arbeit einen Ergebnisbericht vorgelegt. In diesem Bericht heißt es unter anderem:

*„Die Kommission vertritt ein umfassendes Gesundheitsverständnis im Sinne der Leitidee der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als soziales, psychisches und körperliches Wohlbefinden. Die Kommission sieht zukünftig als zentrales Problemfeld nicht mehr allein die Mensch-Maschine-, sondern insbesondere die Mensch-Mensch-Schnittstelle. Ihre Vision betrieblicher Gesundheitspolitik lautet: gesunde Arbeit in gesunden Organisationen.<sup>1</sup> Investition in Gesundheit ist – so die zentrale Prämisse der Kommissionsarbeit – originäre Aufgabe der Unternehmen, Verwaltungen und Dienstleistungseinrichtungen selbst.*

*Dazu gehört nach Auffassung der Kommission das gesamte inner- und überbetriebliche Handlungsfeld auf den Prüfstand, insbesondere auch die Wechselwirkungen zwischen betrieblicher Gesundheitspolitik und den Systemen der sozialen Sicherung. Die Kommission hat sich in ihrer Arbeit an folgendem Leitbild orientiert: Gesundheitliche Probleme müssen dort gelöst werden, wo sie entstehen, das heißt unter anderem auch dezentral in den Unternehmen, Verwaltungen und Dienstleistungsorganisationen, präventiv und gesundheitsfördernd und nicht nachträglich kurierend. Sie müssen als Führungsaufgabe*

<sup>1</sup> Das US-amerikanische National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) definiert „gesunde Organisation“ als „one whose culture, climate and practices create an environment that promotes employee health and safety as well as organizational effectiveness“.

wahrgenommen und dürfen nicht nur von nachgeordneten Fachabteilungen behandelt werden. Betriebliche Gesundheitspolitik muss partizipativ, das heißt unter Einbeziehung der Betroffenen, praktiziert und darf nicht nur von Experten verordnet werden, und sie muss in ihrer Ausgestaltung vielfältig sein, also den unterschiedlichen Bedürfnissen einzelner Branchen und Betriebsgrößen entsprechen.

Die Expertenkommission will die Aufmerksamkeit der Verantwortlichen auf den hier bestehenden Veränderungsbedarf lenken und den ‚Einstieg‘ in eine zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik herbeiführen. Es geht ihr nicht um einzelne Maßnahmen oder Projekte, sondern um einen längerfristig angelegten Lernprozess und Kulturwandel, der Veränderungen bestehender Institutionen und bisheriger Verhaltensweisen erforderlich macht.“<sup>2</sup>

„Die Empfehlungen der Kommission verfolgen einen dreifachen Zweck: Durch die Betonung ‚weicher‘ Unternehmensgrößen wie Sozial- und Humankapital für den Unternehmenserfolg leisten sie einen Beitrag zur Unternehmenspolitik. Durch die Betonung präventiver und gesundheitsförderlicher Ansätze leisten sie einen Beitrag zur Gesundheitspolitik. Durch ihre Betonung der Wettbewerbsfähigkeit und vermeidbarer Sozialversicherungsfälle leisten sie schließlich einen Beitrag zur Wirtschaftspolitik.“<sup>3</sup>

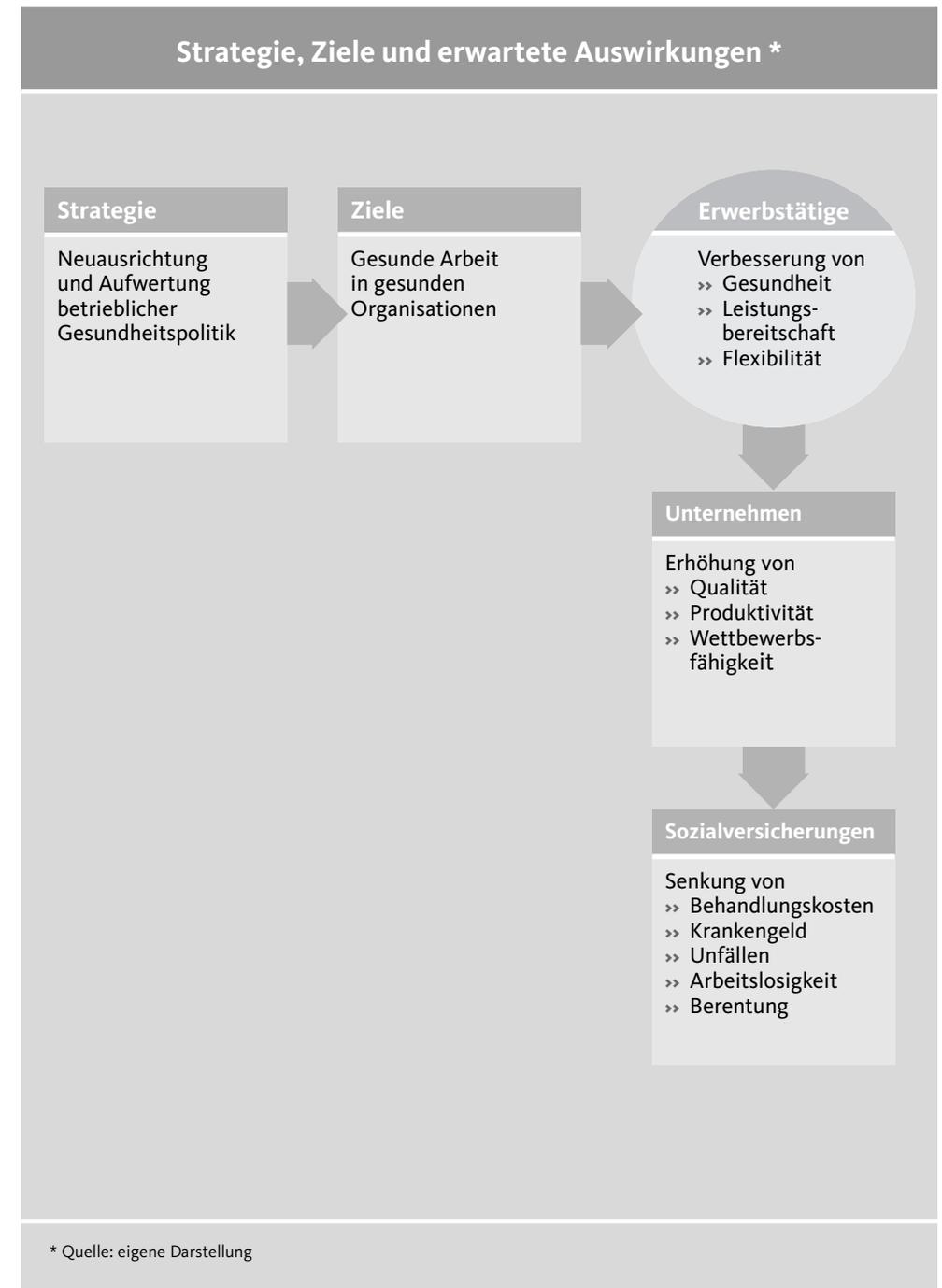
Für die Arbeitsmedizin in den Unternehmen und überbetrieblichen Einrichtungen der sozialen Sicherung bedeutet dies:

1. Förderung von Gesundheit, nicht nur Vermeidung von Krankheitsrisiken und Unfällen
2. Stärkere Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsexperten (zum Beispiel Sicherheitsfachkräften, Arbeitspsychologen, Sozialarbeitern) und mit dem Personalmanagement
3. Weiterbildung im betrieblichen Gesundheitsmanagement, das heißt in der organisations- und verhaltensbezogenen Diagnostik, Planung, Projektsteuerung und Evaluation

Eine vergleichbar umfassende und begründete Ausarbeitung zur Rolle der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst fehlt nach meiner Kenntnis. Einige der von der

<sup>2</sup> Bertelsmann Stiftung/Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) 2004, S. 38 f.

<sup>3</sup> Ebd., S. 42.



Expertenkommission angestellten Überlegungen und erarbeiteten Empfehlungen dürften vom Themenfeld Arbeitswelt durchaus auch auf das Themenfeld Gemeinde bzw. Region übertragbar sein.

### Die gewandelte Rolle der Ärzte in der integrierten Versorgung

Im Rahmen einer integrierten Versorgung chronisch Kranker werden zwei Ziele eine wesentlich größere Bedeutung haben, als dies bisher der Fall ist: Kooperation und Koordination – Kooperation mit anderen Kollegen und Berufsgruppen und auch sektorübergreifend zwischen ambulanter und stationärer Versorgung inklusive Rehabilitation und (Alten-) Pflege, Koordination durch Leitlinien, Verträge und regionales Management.

Überlegungen und praktische Schritte in Richtung einer besser koordinierten und vom Geist der Zusammenarbeit beförderten (integrierten) Versorgung wurden bisher in zahlreichen Ländern unternommen – in Ländern mit einem verstaatlichten Gesundheitssystem ebenso wie in Ländern mit mehr marktwirtschaftlicher Steuerung. Die Vorstellungen und Wertungen von integrierter Versorgung gehen allerdings unter den Akteuren zum Teil weit auseinander:

- » *Public-Health*-Experten setzen auf integrierte Versorgung mit Blick auf die Versorgungsbedürfnisse chronisch Kranker und Ganzheitlichkeit und Kontinuität der Versorgungsgestaltung.
- » Krankenkassen erhoffen sich davon in erster Linie kostensenkende Effekte.
- » Die Ärzteschaft befürchtet Einbußen an Autonomie und negative Auswirkungen auf das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten und Patienten.

*Public-Health*-Experten erwarten von einer integrierten Versorgung eine Veränderung im Arbeitsverhalten der Ärzte in Richtung *shared decision-making*, das heißt partnerschaftlicher Beziehungen zwischen Arzt, Patienten und Angehörigen, *case-management*, das heißt eine stärkere Unterstützung und Prozessbegleitung sowie sehr viel mehr Beratung und Schulung der Patienten und Angehörigen.

Nicht nur biomedizinische Endpunkte und der Einsatz von Technik sollten hierbei handlungsleitend sein, sondern der Arzt sollte wieder stärker in seiner Rolle als Helfer und Begleiter gefragt werden. Entsprechend sollten Qualifikationen wie das Sich-Hineinversetzen-Können in die Rolle der Patienten und kommunikative Fähigkeiten eine Aufwertung erfahren.

Für die Akzeptanz und Realisierung der Idee einer integrierten Versorgung von grundlegender Bedeutung ist die Frage, wer letztendlich das unverzichtbare Mehr an Steuerungsleistungen aufbringen soll, ohne das ein Mehr an Koordination und Kooperation kaum erreichbar sein dürfte. Aus meiner Sicht bestehen heute hierzu die folgenden vier Optionen:

1. Wir lassen alles so, wie es ist, weil die betroffenen Gruppen von Akteuren keine der folgenden drei Möglichkeiten akzeptieren.
2. Das Versorgungsmanagement wird bei der Ärzteschaft angesiedelt, zum Beispiel bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV).
3. Das Versorgungsmanagement geht über in die Verantwortung der Kassen (in Richtung US-amerikanischer *Managed-Care*-Lösungen).
4. Das Versorgungsmanagement wird (skandinavischen Vorbildern folgend) in die Zuständigkeit regionaler Gesundheitsagenturen gelegt als Vertragspartner bundesweit im Wettbewerb befindlicher Kassen einerseits und ebenfalls im Wettbewerb stehender Krankenhäuser und niedergelassener Experten andererseits.

Diese vierte Option soll im Folgenden etwas ausführlicher skizziert werden. Ihr zugrunde liegt die Prämisse, dass sich hochkomplexe Versorgungssysteme bürgerorientiert und effizient nur dezentral steuern lassen.

### Was ist eine regionale Gesundheitsagentur?

Dem Reformprozess im Gesundheitswesen stellen sich heute zwei Aufgaben: erstens stärkere Koordination und Kooperation der Versorgung, zweitens Sicherung ihrer Finanzierung.

Beide Aufgaben müssen gleichzeitig und mit gleicher Intensität bearbeitet werden. Eine Priorisierung – etwa der Finanzierungsfrage, wie dies gegenwärtig gesehen wird – scheint kontraproduktiv, weil sie die Versorgungssteuerung vernachlässigt und weil sie den verbreiteten Glauben weiter nährt, mit der Lösung der Finanzprobleme und Deregulierung sei das Problem der Versorgungssteuerung mehr oder weniger erledigt. Der Blick auf die Situation in den USA belegt das Gegenteil. Dies motiviert zur Suche nach Lösungen in Richtung patientenorientierten Versorgungsmanagements.

Die erste Prämisse des hier umrissenen Vorschlags lautet: Gewandeltes Krankheitspanorama, die zunehmende Komplexität und Wissensintensität der Versorgung und

ihre hohen Kosten erzwingen eine Reorganisation im Sinne einer deutlich verstärkten Kooperation der Berufsgruppen und Sektoren und im Sinne einer prozessorientierten Aufbau- und Ablauforganisation.

Die zweite Prämisse lautet: Das gewandelte Krankheitspanorama, die mangelhafte bis fehlende politische Legitimation der bisherigen Entscheidungsfindung sowie die wachsende Bedeutung, die den Patienten als Koproduzenten in der Versorgung auch für Qualität und Kosten zukommt, erfordern Versorgungsstrukturen, die von den Bürgern als sinnhaft, verständlich und beeinflussbar erlebt werden.

Die dritte Prämisse lautet: Wenn Vernetzung und Koordination, wenn verstärkte Mitarbeit und Mitentscheidung der Bürger und Patienten Antworten auf unsere wirtschaftlichen und politischen Probleme im Gesundheitswesen sind, dann erzwingt dies Steuerungsmechanismen, die nur bürger- und versorgungsnah erfolgreich sein können. Und dies ist allein in überschaubaren, identitätsstiftenden und damit Koordination und Kooperation technisch wie sozial erleichternden, begrenzten Räumen und mit entsprechenden Steuerungsformen möglich.

Ein Lösungsvorschlag hierzu könnte die Einrichtung regionaler Gesundheitsagenturen sein: Regionale Gesundheitsagenturen dienen der Steuerung und Weiterentwicklung der Versorgung. Regionale Gesundheitsagenturen sind auf der Ebene großer Kommunen oder Regierungsbezirke angesiedelt. Sie schließen Verträge mit den Kostenträgern und Anbietern. Und sie steuern die Versorgung mit professionellem Sachverstand nach politisch vorgegebenen Zielen. Über die Führung dieser Agenturen entscheiden entweder die Bürger direkt oder die jeweils in den Regionen und Kommunen gewählten Repräsentanten.

Der öffentliche Gesundheitsdienst könnte – bei entsprechender Weiterbildung im Gesundheitsmanagement – den administrativen Kern regionaler Gesundheitsagenturen bilden.

### **Die gewandelte Rolle der Ärzte im Krankenhaus**

Die sehr aufwändige Arbeit der Ärzte als biotechnische Experten wird sich zukünftig mehr noch als in der Vergangenheit auf das Krankenhaus beschränken, und zwar im Rahmen der Akut- und Notfallmedizin. Nun weisen Krankenhäuser gegenwärtig eine Reihe von Problemen auf, unter anderem dadurch bedingt, dass sie als komplexe soziale Systeme von biotechnischen Experten geführt werden, die auf diese Füh-

rungsaufgabe nicht oder nicht ausreichend vorbereitet wurden. Dieser Umstand wirkt sich direkt auf das Befinden der Beschäftigten sowie auf ihre Leistungsbereitschaft und -fähigkeit aus. Ich zitiere dazu im Folgenden aus einer multizentrischen Krankenhausstudie, die im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) an den Universitäten Köln, Dresden und Bielefeld durchgeführt wurde:

*„Führungskräfte beeinflussen maßgeblich Kultur und Klima einer Organisation und auch den Grad der Identifikation der Mitglieder mit ihrer Aufgabe und den Organisationszielen. Sie tun dies im Wesentlichen auf zweierlei Weise: durch die Gestaltung von Strukturen und Prozessen und durch ihr tagtägliches Entscheidungs- und Kommunikationsverhalten. Wie Untersuchungen zeigen, sind sie sich dessen oft nicht ausreichend bewusst (Strobel/Stadler 2000), vermutlich auch, weil sie dafür nicht ausreichend qualifiziert worden sind. Insbesondere in Krankenhäusern kommen auch heute immer noch Experten in Führungspositionen ausschließlich wegen ihrer hohen fachlichen Qualifikation, nicht wegen ihrer besonderen Befähigung in Sachen Menschenführung.*

*Führungskräfte haben erheblichen Einfluss auf das Fehlzeitengeschehen und damit auf die Kosten ihrer Organisation. Führungskräfte können beflügelnd wirken auf das Wohlbefinden, auf die Motivation und Arbeitsleistung ihrer Mitarbeiter und so zur Steigerung von Produktivität und Qualität beitragen. In jedem Fall ist die Beziehung zwischen Führungskräften und Beschäftigten von besonderer Gesundheitsrelevanz, weil auf das Engste verbunden mit wahrgenommener Anerkennung oder Ablehnung, Belohnung oder Bestrafung, Förderung oder Zurücksetzung. Führungskräfte erzeugen durch ihr Verhalten bewusst oder unbewusst positive und negative Emotionen: Wut oder Freude, Angst oder Hilflosigkeit, Zuversicht oder Hoffnungslosigkeit. Sie tragen durch ihre Entscheidungen zur Qualität der Beziehungen unter ihren Mitarbeitern bei, das heißt, sie sind mitverantwortlich dafür, ob ein Klima der gegenseitigen Unterstützung und des Vertrauens entsteht oder ein Klima des Misstrauens und gegenseitiger Rivalität, ob sich so etwas wie ‚Gemeinsinn‘, das heißt Identifikation mit dem Team und der Organisation, entwickelt und erhalten bleibt oder jeder nur seinen individuellen Karrierezielen folgt, ob Unternehmenskultur nur beschrieben oder aber gelebt wird.*

*Geführt werden kann entweder durch Erzeugung von Angst oder materielle Anreize, aber auch durch Überzeugungsarbeit, vorbildliches Verhalten und Verfolgung gemeinsam akzeptierter Werte und Ziele. Inwieweit Führungskräfte Wohlbefinden und Gesundheit ihrer Mitarbeiter aktiv fördern oder missachten, wird ganz wesentlich davon*

*abhängen, ob und wie weit ihr eigenes Verhalten an entsprechenden Zielvorgaben gemessen wird.“<sup>4</sup>*

Alle sozialen Systeme lassen sich – so die hier vertretene These – einem Kontinuum zwischen „gesund“ und „ungesund“ zuordnen. Je häufiger sich das soziale System einer Organisation in den genannten Dimensionen dem ungesunden Ende des Kontinuums nähert, umso zahlreicher werden entsprechende Symptome auftreten wie hohe Krankenstände, hohe Fluktuation, Mobbing, Burn-out, innere Kündigung etc. mit negativen Auswirkungen auf Qualität, Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit. Die folgende Darstellung (Seite 79) gibt einen Überblick über Merkmale gesunder und ungesunder Organisationen, an denen sich Experten, Führungskräfte und Beschäftigte orientieren können auf ihrem gemeinsamen Weg in Richtung gesunde Organisation.<sup>5</sup>

**Literatur**

**B. Badura/T. Hehlmann** 2003, Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation, Berlin/Heidelberg/New York.

**Bertelsmann Stiftung/Hans-Böckler-Stiftung** (Hrsg.) 2004, Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Vorschläge der Expertenkommission, Gütersloh.

**H. Pfaff** et al. 2004, Das Sozialkapital der Krankenhäuser – wie es gemessen und gestärkt werden kann, in: B. Badura/H. Schellschmidt/C. Vetter (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2004, Berlin/Heidelberg/New York, S. 81–109

**G. Strobel/P. Stadler** 2000, Personalpflege oder Personalverschleiß. Der Einfluss von Führungsverhalten auf psychische Belastungen von Mitarbeitern, in: Die Berufsgenossenschaft, S. 396–401.

<sup>4</sup> H. Pfaff et al. 2004.

<sup>5</sup> Eine ausführliche Darstellung von Theorie und Evidenzbasis des Sozialkapital-Ansatzes findet sich in: B. Badura/T. Hehlmann 2003.

**Merkmale gesunder und ungesunder Organisationen \***

	<b>GESUNDE ORGANISATIONEN</b>	<b>UNGESUNDE ORGANISATIONEN</b>
Sinnstiftende Betätigung (Arbeit, Freizeit etc.)	stark verbreitet	weniger stark verbreitet
Soziale Kompetenz	stark ausgeprägt und verbreitet	gering ausgeprägt und verbreitet
Stabilität, Funktionsfähigkeit primärer Beziehungen (Familie, Arbeitsgruppe etc.)	groß	gering
Umfang sozialer Kontakte jenseits primärer Beziehungen	groß	gering
Gegenseitiges Vertrauen, Zusammenhalt unter Mitgliedern („Klima“)	groß	gering
Ausmaß persönlicher Beteiligung an systemischer Willensbildung, Entscheidungsfindung („Partizipation“)	hoch	gering
Vertrauen in Führung	groß	gering
Identifikation der Mitglieder mit übergeordneten Zielen und Regeln ihres sozialen Systems („Wir-Gefühl“, „Commitment“)	stark ausgeprägt	gering ausgeprägt
Vorrat an gemeinsamen Überzeugungen, Werten, Regeln („Kultur“)	groß	gering
Ausmaß sozialer Ungleichheit (Bildung, Status, Einkommen)	moderat	hoch

\* Quelle: eigene Darstellung





