

KRANKENHÄUSER

"Sie brauchen ein neues Gelenk"

Wie verhindert man sinnlose Operationen? Wie viel Wettbewerb verträgt das Krankenhaus? Zwei Gesundheitsexperten streiten

VON Christiane Grefe; Elisabeth Niejahr | 25. April 2013 - 08:00 Uhr

DIE ZEIT: Herr Binswanger, Herr Lauterbach, was sagen Sie zu dieser Krankengeschichte: Ein 47-jähriger Monteur kommt schlecht die Treppe herunter, sein Knie tut ihm weh. Im Krankenhaus wird ein Riss im Innenmeniskus festgestellt, wenig später wird der Mann operiert. Doch die Schmerzen werden schlimmer. Es stellt sich heraus, dass ein Knorpelschaden schuld ist und Gymnastik eher geholfen hätte als die Operation. Ist das ein trauriger Einzelfall, oder kommen solche Fehldiagnosen im deutschen Gesundheitswesen öfter vor?

Mathias Binswanger: So etwas erleben leider immer mehr Patienten. Früher war das Hauptziel eines Krankenhauses, kranke Menschen wieder gesund zu machen. Dass die Kosten dabei nicht aus dem Ruder liefen, war eine Nebenbedingung. Heute steht die Nebensache im Vordergrund. Das gesamte Gesundheitswesen wird zunehmend nach ökonomischen Kriterien gesteuert, auch die Krankenhäuser. Darin liegt das Problem. Die Patienten sind zu einer Art Portfolio geworden. Wie optimiert man es? Indem man die Diagnosen so stellt, dass lukrative Fälle dabei herauskommen.

Karl Lauterbach: Es stimmt: Der falsch behandelte Meniskus ist kein Einzelfall. Aber ich bestreite, dass in deutschen Krankenhäusern generell nur noch an den Gewinn gedacht wird. Die Ursachen sind andere: Viele kleine Krankenhäuser zum Beispiel auf dem Land oder auch in den Vorstädten, die eine Grundversorgung für alle leisten, kämpfen momentan gegen die Insolvenz an, weil sie unterfinanziert sind. Daher kommt es mancherorts vor, dass Verluste mit Eingriffen ausgeglichen werden sollen, die nicht unbedingt notwendig wären, bei denen man aber Gewinne macht. Dann sagt man dem Patienten schon mal: Ihr Schmerz kommt wahrscheinlich von der Hüfte, Sie brauchen ein neues Gelenk. Dabei strahlt der Schmerz vielleicht von der Wirbelsäule aus.

ZEIT: Herr Lauterbach, sind die vergangenen Reformen zu weit gegangen – gibt es zu viel Gewinnstreben, zu viel Wettbewerb im Gesundheitssystem?

Lauterbach: Das Gesundheitswesen ist kein Markt und darf auch keiner werden. Das bedeutet aber nicht, dass wir weniger Wettbewerb brauchen. Einen Wettbewerb um Qualität halte ich für außerordentlich sinnvoll. Wenn jemand zum Beispiel eine planbare Operation vor sich hat, müssten ihm die Behandlungsergebnisse verschiedener Kliniken bei der Einverständniserklärung vorgelegt werden.

Binswanger: Ich habe große Zweifel, ob so etwas funktionieren kann. Wie wollen Sie die Qualität denn präzise feststellen?

Lauterbach: Spezialisten eines Instituts für Kassen und Krankenhäuser sammeln diese Daten schon heute routinemäßig für jedes Krankenhaus in Deutschland und wissen ziemlich genau, welche Eingriffe in welchen Kliniken mit welchen Ergebnissen gemacht werden. Beispielsweise können wir sagen, wie häufig am Herzen eine Bypass-Operation gelingt oder misslingt. Leider ist es der Kliniklobby gelungen, zu verhindern, dass solche Daten der Öffentlichkeit in verständlicher Sprache zur Verfügung gestellt werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft glaubt, die Kliniken schützen zu müssen, die Probleme haben. Der Patient kennt diese Daten also nicht, obwohl es für ihn sehr relevant wäre. Das dürfen wir als Gesetzgeber niemals hinnehmen. Wenn der Patient die Vergleiche in der Hand hätte, dann gäbe es einen echten Wettbewerb.

Binswanger: Ich halte das für eine Illusion. Das ist kein echter, sondern ein weiterer künstlicher Wettbewerb, der in der Gesundheitspolitik inszeniert werden soll.

ZEIT: Was meinen Sie genau?

Binswanger: Das ist wie beim Eiskunstlauf: Da geben die Preisrichter nach einer Kür zwar ganz präzise Noten. Aber in Wirklichkeit messen sie keine Qualität, sondern nur die Zahl der gelungenen Sprünge. So ist Eiskunstlaufen zu einer absurden Veranstaltung geworden, in der es vor allem darum geht, in möglichst kurzer Zeit möglichst viele komplizierte Sprünge zu zeigen.

ZEIT: Was bedeutet das für die Patienten?

Binswanger: Qualitätswettbewerbe laufen darauf hinaus, dass belohnt wird, was messbar ist. Meistens hat auch noch irgendeine Geräteindustrie im Hintergrund etwas davon. Wenn ich aber mehr Zeit mit einem Patienten verbringe, dann profitiert niemand. Dabei sind Ärzte und Pflegepersonal schon heute frustriert, weil sie immer mehr Zeit aufwenden müssen, um Daten zu liefern. Ihre ureigenen Tätigkeiten werden zunehmend verdrängt. Auch die Patienten klagen darüber, dass für Zuwendung zu wenig Zeit bleibt.

Lauterbach: In der Regel lässt sich Qualität sehr wohl messen, wenn auch nicht perfekt. Bei Krebsbehandlungen kann man vergleichen, wie hoch die Überlebensrate nach fünf Jahren ist. Bei Kniegelenken stellt man die Lockerungsrate fest oder prüft, wie oft es zu Infektionen gekommen ist. Bei Depressionen kann man die Zahl der Rückfälle messen.

Binswanger: Wenn alles so einfach wäre, müsste die Qualität der Behandlungen ja zunehmen. Wir erleben aber doch etwas anderes. Lukrative Eingriffe wie standardisierte Knie- oder Hüftoperationen nehmen zu, seit Behandlungen über sogenannte Fallpauschalen abgerechnet werden. Die sollten eigentlich Kliniken belohnen, welche ihre Leistungen möglichst kostengünstig erbringen. Das Gegenteil ist passiert. Studien, zuletzt der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), bestätigen: Die Zahl lukrativer Operationen an Knien oder Hüften nimmt in Deutschland laufend zu.

ZEIT: Herr Lauterbach, Sie waren als Berater daran beteiligt, die Abrechnungen der Kliniken auf Fallpauschalen umzustellen. Stimmt der Vorwurf?

Lauterbach: Richtig ist, dass die Zahl der Operationen in bestimmten Bereichen zunimmt – und dass wir das Vergütungssystem für Kliniken überarbeiten müssen, um Krankenhäuser in ländlichen Gebieten oder sozialen Brennpunkten zu stützen. Aber die Fallpauschalen sind nicht der Grund der Probleme. Das sieht man schon daran, dass es sie auch in anderen Ländern gibt, ohne dass die OP-Zahlen explodieren. Und die Rosinenpickerei gab es auch vorher, als noch Tagessätze bezahlt wurden. Da konnte ich ebenfalls Patienten auswählen, die mir pro Tag möglichst viel bringen und wenig Kosten verursachen.

Binswanger: Die Probleme sind doch viel grundsätzlicher. Die Gesetze des Marktes funktionieren im Gesundheitswesen einfach nicht, da können Sie nachsteuern, soviel Sie wollen. Ich erkläre das mal an einem Beispiel: Zur Zeit der französischen Kolonialregierung in Hanoi gab es eine Rattenplage. Um sie zu beenden, kamen die Kolonialbeamten darauf, jedem, der eine tote Ratte ablieferte, eine Prämie zu zahlen. Was haben die Menschen daraufhin gemacht? Sie haben Ratten gezüchtet! Im Gesundheitswesen ist es ähnlich. Ständig werden neue Krankheiten entdeckt oder gar erfunden, die man dann behandeln kann.

ZEIT: Patienten sind also nie gesund, nur nicht hinreichend untersucht ?

Binswanger: So ist es. Denken Sie nur an all die Vorbeugemaßnahmen oder Impfungen: alles neue Pharmaprodukte. Im Gesundheitswesen prallen Markt und Staat aufeinander. Auf der einen Seite haben wir Hersteller von Geräten und Medikamenten, auf der anderen steht eine quasi garantierte Nachfrage. Der Einzelne, der Leistungen in Anspruch nimmt, zahlt nicht dafür.

ZEIT: Soll man also im Gesundheitswesen keine Profite machen dürfen?

Lauterbach: Da habe ich eine klare Linie. Profit sollte nur dort erlaubt sein, wo er nachweislich zu einer besseren Versorgung beiträgt. Wenn zum Beispiel belegt werden kann, dass eine profitorientierte Pharmaindustrie mehr und bessere Medikamente entwickelt als eine staatliche, dann muss ich Gewinne zulassen.

ZEIT: Aber Herr Binswanger hat ja gerade die Probleme eines angebotsgetriebenen Marktes beschrieben.

Lauterbach: Die Profite der Pharmaindustrie müssen natürlich begrenzt werden, zum Beispiel durch Kosten-Nutzen-Bewertungen bei Medikamenten. Sie dürfen nicht zu einem Preis vertrieben werden, der in keinem Verhältnis zum Nutzen steht. Wenn aber jemand Bauchspeicheldrüsenkrebs heilen könnte, der bislang nicht behandelbar ist, dann wären auch Behandlungskosten von mehr als 100.000 Euro pro Jahr begründbar.

Binswanger: Aber oft geht es doch um Geschäftemacherei. Denken Sie an die Grenzwerte: Beim Cholesterinspiegel waren sie mal so hoch angesetzt, dass die meisten Menschen als gesund galten. Diese Werte hat man immer weiter gesenkt, sodass per Definition immer mehr Menschen krank wurden und Medikamente brauchten. Das geht so weit, dass heute in Norwegen fast die Hälfte der Erwachsenen einen falschen Cholesterinspiegel hat. Gleichzeitig gelten die Norweger als eine der gesündesten Bevölkerungen überhaupt!

Lauterbach: Das bestreite ich nicht. Es gibt auch in der Psychiatrie eine Entwicklung, Verhaltensstörungen als Krankheiten zu deklarieren, obwohl sie eher Eigenarten des Charakters sind – aber so kann man neue Medikamente in den Markt bringen. Solche Arzneien sollten grundsätzlich nicht aus Gemeinschaftstöpfen erstattet werden.

ZEIT: Märkte und Wettbewerb funktionieren nur, wenn der Verbraucher beurteilen kann, was er braucht oder will. Das ist aber im Gesundheitswesen häufig nicht der Fall.

Binswanger: Allerdings! Der Anbieter ist viel besser informiert als derjenige, der nachfragt. Deshalb versucht man jetzt auch, Qualitätsindikatoren in den Spitälern zu erheben, damit sich der Patient als Kunde ein Urteil bilden kann. Ich halte das aber, wie gesagt, für eine Illusion.

Lauterbach: So weit gebe ich Ihnen ja recht: Wir haben es übertrieben und haben derzeit zu viel Markt im System. Ärzte und Krankenhäuser haben schon so viel Vertrauen eingebüßt, dass die Behandlungsergebnisse darunter leiden. Deshalb müssen wir jetzt ein paar Dinge stärker regulieren.

ZEIT: Wie sieht es bei der Pflege aus? Da wird ja erst recht beklagt, dass bürokratische Abrechnungssysteme kaum mehr Raum für einen menschlichen Umgang mit den Patienten zulassen.

Binswanger: Das ist Übercontrolling! Hinter all diesen Systemen steckt die Illusion, dass die Beschäftigten mit Zuckerbrot und Peitsche mehr Leistung bringen würden. Man stellt sie unter den Generalverdacht, sie wollten Leistung verweigern: Ihr könntet eigentlich mehr, wenn ihr wirklich wolltet. Das mag bei langweiligen und unangenehmen Arbeiten funktionieren. Aber doch nicht im Gesundheitswesen. Da sollte man den Mitarbeitern erst einmal vertrauen, statt Kulturen des Misstrauens zu schaffen.

ZEIT: Wollen nicht viele Menschen Ärzte werden, weil sie an die guten Einkünfte denken?

Binswanger: Wenn man reich werden will, gibt es einfachere Möglichkeiten. Nein – die Mehrheit der Ärzte wie der Pflegenden macht gute Arbeit. Ich finde es gänzlich verfehlt, die Motivation der 90 bis 95 Prozent weißen Schafe zu zerstören, um 5 Prozent schwarze Schafe zu treffen. Die würde man auch ohne die komplizierten Kontrollsysteme schnell identifizieren. Ich bin gar nicht dagegen, dass man Dinge misst und überwacht. Aber das

sollte man tun, um zu überprüfen, ob gewisse Standards erfüllt sind. Wo sie das regelmäßig nicht sind, dort muss man schauen, was los ist.

Lauterbach: Ich sehe das zentrale Problem auch bei der Pflege ganz woanders. Da stehen wir mit einer massiven Unterversorgung längst im roten Bereich. Jede fünfte Stelle ist verloren gegangen, während gleichzeitig die Fälle zunehmen, komplizierter werden und die Patienten immer älter werden. Bei der Pflege müssen wir die Kliniken auf einen Mindeststandard verpflichten.

ZEIT: Krankenhausärzte klagen: Bei uns haben inzwischen die Controller das Sagen. Muss die Stellung des Arztes im Vergleich zu den Klinikmanagern wieder gestärkt werden?

Lauterbach: Wir brauchen mehr Spezialisten, die sowohl medizinische als auch ökonomische Fachkenntnisse besitzen. In den Gremien müssten immer alle Perspektiven vertreten sein.

ZEIT: Was würde sich ändern?

Lauterbach: Nehmen wir als Beispiel den Einkauf von Prothesen. Der Kaufmann weiß nicht wirklich, wie man etwas einbaut oder welche Prothesen für welche Patientengruppe gut geeignet sind. Er guckt vor allem auf den Preis. Als Arzt fehlt mir die Erfahrung, wie man mit Herstellern verhandelt oder wer mit welchen Garantien unterwegs ist. Beide gemeinsam finden die beste Lösung.

Binswanger: Die Controllingbürokratie, die da entsteht, muss man bekämpfen. Es sollten wieder die Berufe Vorrang haben, bei denen es um die ärztliche Versorgung und die Pflege geht.

COPYRIGHT: ZEIT ONLINE

ADRESSE: <http://www.zeit.de/2013/18/krankenhaeuser-mathias-binswanger-karl-lauterbach>