



PRÄSIDENTENREDE 2021 127. JAHRESTAGUNG

Prof. Dr. med. Sebastian Schellong

1. Einstieg

Als Bild für den diesjährigen Kongress habe ich ausgewählt „Das große Gehege“ von Caspar David Friedrich. Es hängt im Albertinum, der Galerie Neue Meister, in Dresden. Das 1835 gemalte Bild kann als Spätwerk des Malers bezeichnet werden. Zu



sehen ist ganz konkret eine Landschaft in einem Nebenarm oder Überschwemmungsgebiet der Elbe, fußläufig zu dem Krankenhaus, in dem ich arbeite. Wie in den meisten Bildern von Caspar David Friedrich geht der Gehalt der Komposition weit über die bloße Darstellung von Landschaft hinaus. In diesem Fall handelt es sich um nichts weniger als um eine Verbildlichung der Lage des Menschen. Der winzige Lastkahn als sein Symbol wirkt wie eingeklemmt zwischen der dunklen Erde, die sich als Oberfläche eines fremden Planeten nach oben wölbt, und dem übermächtigen, ebenfalls fast in Falschfarben dargestellten Himmel, der sich auf ihn hinabwölbt. Die Szene ist wie stillgestellt, kaum bläht ein Wind das Segel oder spielt in den Bäumen, kein Tier bringt Bewegung hinein. Es bleibt offen, ob der Kahn überhaupt so recht vorankommt, Anfang und Ende der Fahrt sind nicht zu erkennen. Jeder mag seine eigenen Verbindungen zu ihrer oder seiner, zu unserer gemeinsamen gegenwärtigen Lage herstellen. Schauen Sie in den kommenden zwanzig Minuten einfach immer wieder hin – ich werde keine anderen Bilder zeigen. So viel zum Thema „Krise“, das ich im Folgenden nicht weiter berühren will. Als ich vor gut eineinhalb Jahren die Überlegungen zu den Schwerpunkten dieses Kongresses begonnen habe, sollte das übergeordnete Motto lauten: „Weniger ist Mehr“ – eine nicht ganz neue Botschaft in der Medizin, die mir aber sehr am Herzen liegt.

2. Eine Patientengeschichte

In guter ärztlicher Tradition möchte ich mit einer Kasuistik beginnen. Sie ist etwas idealisiert, aber in allen Teilen wahr. Wie ich aus Gesprächen mit Kolleginnen und Kollegen weiß, haben viele sie schon erlebt. Sie ist daher zwar keine Dresden-Botschaft wie das Bild, ich erzähle sie trotzdem in der Ich-Form.

Ein Hausarzt weist unserem Gefäßzentrum eine 82-jährige, rüstige Patientin zu einem Gefäßeingriff an der Halsschlagader zu. Sie gibt an, seit längerer Zeit unter Schwindel zu leiden, mal mehr mal weniger, sie werde dadurch aber immer unsicherer. Der Hausarzt habe sie endlich zu einem Facharzt überwiesen zur Ultraschalluntersuchung der Halsgefäße, sie hat den Bericht dabei. Hier ist die Rede von einer hochgradigen Abgangsstenose der A carotis interna links; beigelegt sind Ausdrücke, die eine stark beschleunigte und turbulente Strömung an dieser Stelle zeigen.

Meine eigene, erneute Untersuchung bestätigt den Befund der starken Strömungsbeschleunigung und Turbulenz. Die Einschätzung des Stenosegrades anhand eines validierten Nomogramms weist einen Bereich um 60% aus, keinesfalls höher als 70%. Ich rate von einem Eingriff ab, da es sich um eine asymptotische Stenose unterhalb 70% handelt, rate zu Fortführung der cholesterinsenkenden Therapie und Kontrolle des Hypertonus und bitte um die Wiedervorstellung in drei Monaten, um zu schauen, ob der Stenosegrad zunimmt.

Die Patientin erscheint nicht zum vereinbarten Termin. Wir rufen sie an und sie berichtet mir, sie sei vor vier Wochen in einem anderen Krankenhaus an der Halsschlagader operiert worden. Alles sei gut gegangen, sie sei sehr zufrieden. Auf meine abschließende Frage, ob denn der Schwindel nun besser sei: Nun ja, die Operation sei ja noch nicht so lange her. Und überhaupt, man gewöhne sich im Laufe der Zeit ja auch daran.

Nach einigen Wochen sitze ich zum Halbjahresgespräch mit der Geschäftsführung zusammen: Die Eingriffszahlen unseres Gefäßzentrums würden ja eher stagnieren, die projizierten Wachstumsziele könnten so nicht erreicht werden. Ich studiere wie jedes Quartal unsere Zuweiserstatistik: Der betreffende Hausarzt hat seitdem keinen Patienten mehr überwiesen.

3. Handwerklicher Gehalt

Hier ist offenbar einiges schief gelaufen. Begeben wir uns auf die Fehlersuche.

Erstens: Es gab von Anfang an keine Indikation zur Ultraschalluntersuchung der Halsgefäße. Schwindel ist kein Symptom einer Carotisstenose.

Zweitens: Die Angabe „hochgradige Abgangsstenose der A carotis interna links“ klingt zwar präzise, ist aber dennoch unvollständig und daher irreführend. Es fehlt die in Zahlen ausgedrückte Abschätzung des Stenosegrades, die die notwendige Trennung zwischen größer oder kleiner 70% zulässt, zwischen möglicherweise behandlungsbedürftig und sicher nicht behandlungsbedürftig.

Drittens: Die Indikation zum Eingriff an der Halsschlagader war fehlerhaft. Selbst bei einem Stenosegrad von über 70% – und der lag hier nicht vor - wäre ein Eingriff bei Fehlen von Symptomen – und Schwindel ist kein Symptom einer Carotisstenose – zumindest strittig. Zum Vergleich: In Dänemark werden deutlich weniger als 5% aller Carotis-Eingriffe an Patienten ohne Symptome durchgeführt, in Deutschland mehr als 70%.

Wir haben es hier mit einer Fehlerkette zu tun, wie sie für die Landschaft von Übertherapie charakteristisch ist. Im Kongressheft des Internisten hat Thomas Gamstätter den Mechanismus gut beschrieben.

Bekanntlich werden die Fehler ja immer von den anderen gemacht. Habe ich auch einen Fehler gemacht? Tatsächlich: Ich habe den zuweisenden Hausarzt nicht persönlich angerufen, nachdem ich meinen Befund erhoben und die Patientin beraten hatte. Stattdessen habe ich ihm einen knisterrockenen und dadurch besserwisserischen Bericht geschrieben, der ihn natürlich brüskieren musste.

Und damit sind wir beim emotionalen Gehalt dieser Kasuistik – eine Abfolge von Emotionen, die der Fehlerkette viel Dynamik gegeben hat.

4. Emotionaler Gehalt

Zu Beginn ist die Patientin unzufrieden, da schon länger niemand Abhilfe gegen ihren Schwindel schafft. Ihr Auftreten wird immer drängender.

Der Hausarzt ist der Patientin etwas überdrüssig, da er im Grunde weiß, dass er nicht helfen kann, die Patientin aber immer wieder damit ankommt. Er fühlt sich schließlich genötigt, wenigstens irgendetwas zu machen.

Nach dem Befund der Carotisstenose ist der Hausarzt stolz, dass er „etwas herausgefischt hat“. Er bekräftigt die Patientin in der Bedeutsamkeit des Befundes „hochgradige Stenose“ und bereitet sie darauf vor, dass eine Prozedur auf sie zukomme.

Die Patientin ist nun besorgt, dass sie einen Schlaganfall bekommen könnte. Sie hofft daher auf die Maßnahme, die ihr Sicherheit verspricht.

Nach der Vorstellung bei mir ist die Patientin beunruhigt und verunsichert, dass nun doch „nichts“ geschehen soll, dass die Gefahr folglich fortbesteht.

Der Hausarzt, wie schon geschildert, ist über meinen Bericht enttäuscht, gekränkt und entrüstet. Ich habe seinen glücklichen „Fund“ entwertet. Ich habe ihn vor der Patientin mit der Vorbereitung auf die Prozedur unglaubwürdig gemacht. Ich habe seine noble Geste, mir seine Patientin zu einer Prozedur zu überweisen, zurückgewiesen. „Na, dem werde ich wohl nichts mehr schicken, da gibt es ja noch andere.“

Das andere Krankenhaus ist erfreut, lacht sich ins Fäustchen: „Wenn die da nicht wollen, wir machen das gerne.“

Nach dem Eingriff ist Patientin zufrieden mit dem Krankenhaus. Sie ist froh, dass etwas geschehen ist, dass keine Komplikation eingetreten ist, dass sie jetzt Sicherheit vor dem Schlaganfall hat.

Auch der Hausarzt ist zufrieden mit sich und mit dem Krankenhaus. Er fühlt sich bestätigt, er hat nun einen Partner für die stationäre Versorgung, mit dem er gute Erfahrungen gemacht hat.

Ich erspare es Ihnen, meine eigenen Emotionen hier vor Ihnen auszubreiten.

5. Noch mehr treibende Kräfte

Ich bitte Sie mir zu glauben, dass ich hier keine Personengruppen oder gar einzelne Personen herabsetzen möchte. Ich spreche über wiederkehrende Muster, die alle ärztlich Tätigen mit einiger Ehrlichkeit bereits wahrgenommen haben oder wahrnehmen könnten. Ich denke, es ist deutlich geworden, wie Emotionen dazu beitragen, dass Glieder einer Fehlerkette ineinandergreifen und eine ungünstige Entwicklung nach vorne treiben. Aber Emotionen sind hier nicht die einzigen treibenden Kräfte. Sprechen wir also über Geld. Im Kontext von Überversorgung sprechen wir – etwas präziser - über finanzielle Fehlanreize.

Beim Hausarzt spielt das in unserer Geschichte meiner Einschätzung nach die geringste Rolle. Er bringt keine Prozeduren zur Abrechnung, die seinen Unterhalt ausmachen. Die Patientin kommt aus freien Stücken immer wieder zu ihm, um ihre Beschwerden vorzutragen. Die Überweisung zur Ultraschalluntersuchung, so fachlich zweifelhaft sie auch war, folgte keinem finanziellen Fehlanreiz.

Die Situation des Facharztes ist schon eine andere. Er lebt von der Abrechnung von Komplexziffern, in denen der Ultraschall das Kernelement darstellt. Er hat einen Zielauftrag für diese Leistung erhalten. Warum sollte er mit dem Hausarzt über die Angemessenheit der Indikationsstellung streiten und ihn womöglich davon überzeugen, dass die Untersuchung unnötig ist?

Vollends in Schiefelage aber befindet sich das System im Krankenhaus. Krankenhäuser arbeiten auf dem Sektor der elektiven Leistungen im Wettbewerb. Sie sind froh um jede elektive Prozedur, die sie erbringen können, um in diesem Wettbewerb zu bestehen. Bei jeder Leistungsart sollen möglichst große Serien erzeugt werden, da die damit verbundenen Skaleneffekte eine höhere Wirtschaftlichkeit garantieren. Wie in jedem Strategiespiel meiner Söhne früher braucht es für den Erfolg im Wettbewerb viele Rohstoffe. In diesem Fall nicht Holz und Erz, sondern eine möglichst große Zahl an positiv gestimmten Zuweisern und Patienten. Sie verzeihen mir den Vergleich, viele werden ihn aber ebenso empfinden. Ich kann hier und heute wahrhaftig keinen Skandal mehr damit entfachen, wenn ich behaupte, dass unter diesen Vorgaben Indikationsstellungen unter Druck geraten. Die DGIM hat genau vor diesem Erfahrungshintergrund den ärztlichen Codex „Medizin vor Ökonomie“ formuliert, der auch auf diesem Kongress

zu Recht eine wichtige Rolle spielt. Ärztinnen und Ärzte fühlen sich von der sogenannten „Ökonomisierung“ unter Druck gesetzt, gegen ärztlichen Verstand und gegen ärztliches Gewissen zu handeln. Das etwas schlecht fassbare Feindbild der „Ökonomisierung“ hat noch dazu eine konkrete Ausgestaltung: die DRGs, d.h. die Fallpauschalen, nach denen Krankenhäuser vergütet werden. Der Vorwurf ist inzwischen allgemein, und es ist heute beinahe leicht geworden, Ärztinnen und Ärzte, sogar Angehörige anderer Gesundheitsberufe und Laien unter der Fahne „Kampf der Ökonomisierung, Kampf den DRGs“ zu versammeln.

6. Doch Achtung!

Sie merken, dass ich etwas auf Distanz gegangen bin, dass ich mich unter dieser Fahne nicht vorschnell versammeln mag. Leicht zu findende Feindbilder sind zumindest ungenau, und sie besitzen das Potenzial von Ablenkung. Daher möchte ich lieber wieder einen Schritt zurück gehen.

Noch einmal: Krankenhäuser in Deutschland sind durch politische Rahmenvorgaben in Wettbewerb zueinander gebracht worden. Das Ziel ist erklärtermaßen, dass einige von ihnen nicht standhalten können und sich als Marktteilnehmer abmelden. Die DRGs sind Teil dieser Vorgabe, aber nicht als Ursache, sondern als Werkzeug. Daher taugen sie meines Erachtens als eigenes Feindbild nicht. Was nützt es, gegen die Zwingen zu kämpfen, aber nicht gegen die Hand, die sie schraubt. Warum aber soll die Zahl der Marktteilnehmer reduziert werden? Weil Deutschland wie auch Österreich im OECD-Vergleich die mit Abstand größte Zahl von Krankenhausbetten vorhält und damit in vielen Bereichen auch die größte stationäre Leistungsmenge generiert. Die hohe Leistungsmenge erzeugt den Eindruck eines Mangels an Ärztinnen und Ärzten, und besonders an Pflegenden. Paradoxe Weise liegt Deutschland aber – wiederum im OECD-Vergleich - im oberen Drittel der Kennzahlen beider Berufsgruppen pro Bevölkerung. Darüber hinaus mehrt sich der Eindruck einer allgemeinen Unterfinanzierung des Gesundheitswesens, ob nun im Krankenhaus oder in der ambulanten Medizin. Aber wiederum: Die Gesundheitsausgaben sowohl pro Kopf als auch als Anteil am Bruttosozialprodukt liegen in Deutschland im vergleichsweise hohen Bereich.

Es ist leicht, von „der Politik“ ein mehr an Ressource zu fordern. Ist es aber gerechtfertigt mehr zu fordern, wenn eigentlich genug da ist? Und ist es richtig mehr zu fordern, wenn jedes Mehr letztendlich doch von der Solidargemeinschaft der Versicherten aufgebracht oder als Steuern eingetrieben werden muss? Was sollten wir also angemessener Weise von „der Politik“ fordern?

Ich bin nicht der einzige, der das Defizit der Politik im Wesentlichen in der Planung sieht. Natürlich stimmt es, dass die Länder ihrer Verpflichtung zur Finanzierung der Krankenhaus-Infrastruktur nicht ausreichend nachkommen. Viel gravierender ist jedoch der Mangel an Krankenhausplanung durch die Sozialministerien der Länder, die dafür die Hoheit besitzen. Es wäre sehr viel zielführender und für alle Seiten

schonender, die stationäre Leistungserbringung zentral zu planen, als Krankenhäuser in einen unregulierten Zerfleischungswettbewerb zu treiben, den wir derzeit erleben. Denn dieser Wettbewerb – wie unsere Kasuistik gezeigt hat – führt eher zur Leistungsausweitung anstatt zur Leistungsbegrenzung. Und es wäre sehr viel zielführender, die Grenze zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung – Stichwort „doppelte Facharztschiene“ - aufzuheben und beide Sektoren aus einer Hand zu planen. Denn derzeit werden Patienten – wie in unserer Kasuistik – erst diesseits und dann jenseits der Sektorengrenze verschiedenen Leistungserbringern zugeführt, die bei gleicher fachlicher Ausrichtung unter sehr verschiedenen Gesetzen und Anreizsystemen arbeiten.

Es verlangt keine große Phantasie sich vorzustellen, wie schwer es werden dürfte, eine größere Zahl von Ärztinnen und Ärzten unter dieser Fahne zu versammeln: Für mehr Planung! Für mehr Regulation! Für großflächige Umlenkung von Ressource weg von den einen, hin zu den anderen! Die meisten leiden doch jetzt schon jeden Tag unter zu viel Regulation und bekommen ständig Ressource strittig gestellt oder verweigert – sei es im Krankenhaus von den Krankenkassen auf dem Umweg ihrer Geschäftsführungen, sei es in der Praxis von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf dem Umweg kleinlichster und ängstigender Vorschriften.

7. Was tun?

Ich denke es ist möglich, Planung und Regulationen gegenüber eine andere Haltung einzunehmen. Gesundheitswesen ohne Planung und Regulationen kann es nicht geben, da die Ressource begrenzt ist. Weil sie aber begrenzt ist und weil sie nach dem Solidarprinzip bereitgestellt wurde, muss sie auch mit den Grundsätzen eines Interessensausgleiches verwendet werden: Interessensausgleich zwischen verschiedenen bedeutsamen Krankheitszuständen der Patienten und Interessensausgleich zwischen verschiedenen Versorgungssegmenten des Gesundheitswesens. Der durch eine angemessene Ressourcenverteilung angestrebte Interessensausgleich entsteht gewiss nicht unter den Bedingungen von Markt und Wettbewerb – wie wir derzeit erleben -, sondern er bedarf der Steuerung. Das dazu notwendige Maß an übergeordneter Planung sollten Ärztinnen und Ärzte als positiv für die Patienten bewerten und daher akzeptieren. Die dafür notwendige Grundhaltung würde sich speisen aus der Einsicht, dass die Erbringung von Gesundheitsleistungen die treuhänderische Verwendung der von der Solidargemeinschaft der Versicherten bereitgestellten Ressource ist. Ärztinnen und Ärzte, die mit den gegenwärtigen Schieflagen unzufrieden sind und sie kritisieren, sollten bereit sein, sich auf diese Haltung zuzubewegen und dann konstruktiv an Planung und Regulationen mitzuwirken. Denn natürlich werden es die besseren, die sinnvolleren Regulationen, wenn sie unter konstruktiver Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten bzw. ihrer Körperschaften entstehen. Ich darf in diesem Zusammenhang auf die erfreuliche Initiative des Sozialministeriums in Nordrhein-Westfalen hinweisen, die Krankenhauslandschaft neu zu ordnen – und auf das ausführliche öffentliche Stellungnahmeverfahren dazu.

8. Schluß

Ich gehe von der großen Politik noch einmal zurück zum Anfang der Fehlerkette meiner Kasuistik und damit zu unserem eigentlichen Anliegen auf der Jahrestagung der DGIM. Hier nämlich, bei der Wissensvermittlung und im wissenschaftlichen Austausch, wird der konkrete Anfang gemacht. Inmitten der Fülle von anderen, ebenso wichtigen Inhalten aller Fachgebiete können Ärztinnen und Ärzte in diesen Tagen hören und verstehen, dass es keinen Grund gibt, asymptotische Patienten an den Halsgefäßen zu untersuchen, und dass Schwindel und Synkope keine Symptome einer Carotisstenose sind. Allein auf dieser Jahrestagung werden 16 neue Klug-Entscheiden-Empfehlungen der DGIM vorgestellt, vierzehn davon Negativempfehlungen. Das Lernen, das Wissen und das alltägliche Beherrzigen und Umsetzen möglichst vieler derart konkreter, im engsten Sinne medizinischer Inhalte haben das Potenzial zu umfassender Veränderung. Jedes Weniger an unnötiger Leistung bedeutet und ermöglicht ein Mehr an Qualität.

Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit.