

---

# Das medizinisch Notwendige, Zweckmäßige und Wünschenswerte: Prioritäten in der Chirurgie

Volker Schumpelick, Stefan Willis,  
Gerhard Steinau, Carsten J. Krones

Ein Unternehmen, das nur von seiner Kapitalsubstanz lebt, ist innerhalb kurzer Zeit bankrott. Gleiches lässt sich ohne Einschränkung auch auf soziale Sicherungssysteme übertragen. Ohne Nachschub sind Ressourcen jeder Art grundsätzlich begrenzt. Diese Erkenntnis erscheint banal, erreicht den Anwender oder Verbraucher des entsprechenden Guts aber meist erst dann, wenn die Mittel fast ausgeschöpft sind. Und so wurde auch die Ressourcenverknappung im deutschen Gesundheitswesen erst vor dem drohenden Systemkollaps zum öffentlichen Thema. Mittlerweile ist der Sparzwang unter allen sachverständigen Beteiligten – auch der deutschen Ärzteschaft – eine zwar nur mühsam akzeptierte, aber etablierte Erkenntnis. Denn die Ursachen des Mangels an Ressourcen im deutschen Gesundheitssystem sind bereits lange definiert, und seine Auswirkungen sind unübersehbar. Zudem scheint sich die Einnahmeseite der Sozialsysteme kurzfristig nicht nachhaltig verbessern zu lassen. Die zu niedrige Beschäftigungsquote, geringe Lohnanstiege und die unaufhaltsame demografische Entwicklung belasten die Sozialkassen erheblich. Nahezu reziprok nehmen mit der steigenden Lebenserwartung, dem medizinischen und technischen Fortschritt und der Rate überlebbarer Erkrankungen die Ausgaben zu. Der dadurch anwachsende ökonomische Druck hat zusätzlich eine gesundheits- und

gesellschaftspolitische Wertediskussion initiiert, die auch die aktuelle Konjunkturverbesserung zunächst nicht beenden wird. Mehr denn je benötigt das deutsche Gesundheitssystem Effizienz. Effizienz beschreibt das Verhältnis eines qualitativ definierten Nutzens zu dem Aufwand, den man betreibt, um diesen Nutzen zu erreichen. Dabei sind sowohl Aufwand als auch Nutzen als Stellgrößen zu betrachten, die man jeweils regulieren kann.

*Notwendig – zweckmäßig – wünschenswert*

Im Streben nach Effizienz ist von medizinischer Seite die Definition von Notwendigem, Zweckmäßigem und Wünschenswertem der entscheidende Parameter. Der Aufwand, den man betreibt, um das ausgewählte Ziel zu erreichen, ergibt sich erst danach. Da aber gerade der Chirurg im Zusammenspiel mit dem Patienten schon in der Routine, aber auch im Notfall an zeitliche, physische, psychische oder auch anatomische Grenzen stößt, gehört Priorisierung seit jeher zum Entscheidungsmuster des chirurgischen Alltags.

Was ist in der Chirurgie dann tatsächlich notwendig? Zunächst und ganz allgemein: Zeit. Gute Chirurgie braucht Zeit für den Patienten und Zeit für den Arzt. Dabei geht der Bedarf an Zeit über die reine Dauer einer Operation oder einer alternativen Behandlung weit hinaus. Der besondere Wert einer engen Arzt-Patienten-Beziehung ist auch im Zeitalter industrieller Hochleistungsmedizin unter der Prämisse des Strebens nach Erfolg unumstritten. Zutrauen, Einfühlsamkeit und persönliches Engagement bleiben für viele Patienten unverzichtbare Attribute des idealen Arztes. Zeit benötigt die Chirurgie aber auch, um die nötige Kompetenz zu erwerben, mit der er seinen anspruchsvollen Beruf auf hohem Niveau ausüben kann. Der vielfältigen Belastungen unterworfenen Beruf des Chirurgen

benötigt für eine fundierte und tragfähige Ausbildung einen langen Weg. Nur so ist die Qualität zu halten, welche die moderne Chirurgie in einer langen Entwicklung erreicht hat. Und schließlich benötigt eine moderne Chirurgie die ständige Möglichkeit, echten medizinischen Fortschritt zeitnah umzusetzen. Humanität und Technik sind hier in bestem Sinne Verbündete mit dem Ziel von Heilung und Linderung.

In Zeiten industrieller Fertigungslogik, die aktuell vielerorts in den Krankenhäusern Einzug hält, sind aber gerade die Ressourcen Zeit, Ausbildung und Innovation von ernststen Beschränkungen bedroht. Die nur wenig menschenfreundlichen Vorgaben des DRG-Systems und der GOÄ lassen die ärztliche Zuwendung zum Patienten gegenüber technokratischen Wirtschaftlichkeitsberechnungen deutlich in den Hintergrund treten. Ausbildungszeiten sind in diesen Vergütungssystemen überhaupt nicht abgebildet. Eng am Profit orientierte Managementkonzepte und möglichst standardisierte Arbeitsprozesse lassen kaum Spielraum für die zeit- und personalintensive Weiterbildung des Nachwuchses. Das geltende Arbeitszeitgesetz reduziert zusätzlich die Anwesenheit der Weiterzubildenden im Krankenhaus und verlängert damit schon zwangsläufig die Ausbildungszeiten. Und auch die Auswirkungen der neuen Tarifabschlüsse lassen hier nicht nur Besserung erhoffen, wird aktuell doch vielerorts versucht, die Kostensteigerung durch die Lohnerhöhung über die Einführung von Schichtsystemen abzufangen. Investitionsstopp und Budgetierung schränken zusätzlich ausgerechnet in Deutschland, das traditionell als führend in der Medizintechnik angesehen wird, die Einführung und Weiterentwicklung von Innovationen ein, selbst wenn diese Wachstum erzeugen und damit langfristig die Schiefelage der Sozialkassen verbessern könnten.

Um nicht in die katatone Apathie einer Blockadepolitik

zu verfallen, muss die Chirurgie unter diesen politischen und gesellschaftlichen Bedingungen auf ihrer Suche nach Effizienz den angestrebten Nutzen auch über die Verzichtbarkeit bestimmen. Hier bieten sich verschiedene Bereiche an, die als Folge juristischer, medizinischer, produktionstechnischer oder auch gesellschaftlicher Fehlentwicklungen korrigierbar erscheinen.

### *Juristische Überinterpretation*

Die Bandbreite lediglich juristisch indizierter Diagnostik hat in den letzten Jahrzehnten konsequent zugenommen. Angesichts dieses Trends treten medizinische Erwägungen gegenüber dem Bestreben, sich vor unberechtigten oder alltagsfremden Klagen zu schützen, vielfach in den Hintergrund. Auch Leitlinien und Standards, die in den 80er Jahren ehemals zur Vermeidung des Unnötigen und damit zur Kostenreduktion eingeführt worden, öffnen in ihrer unkritischen Erweiterung primär der medizinischen und sekundär auch der juristischen Überinterpretation Tor und Tür. In einer eigenen Untersuchungsgruppe wurde bei 1386 Patienten mit Kopftrauma ein Röntgenbild des Schädels angefertigt. Lediglich in 13 Fällen (0,9 %) wurde eine Fraktur festgestellt, und bei keinem dieser Patienten zog diese Diagnose eine therapeutische Konsequenz nach sich (Abb. 1). Diese medizinisch also gar nicht erforderliche, da folgenlose Diagnostik bleibt jedoch weitverbreitete Praxis. Ähnlich verhält es sich mit der Behandlung der unkomplizierten Gehirnerschütterung. Die Chirurgische Klinik der RWTH Aachen behandelte 2005 mit einer Verweildauer von 0–5 Tagen 365 stationäre Fälle. Bei 28 Patienten wurde ein Computertomogramm des Kopfes erstellt, das erneut in keinem Fall zu einer therapeutischen Konsequenz führte. Insgesamt entstanden allerdings Kosten von ca. 141.255 Euro, die

z. B. Rö-Schädel  
bei Sturz auf Kopf:

1386 Patienten

13 Schädelfraktur

0 therapeutische  
Konsequenz

(RWTH Aachen)

➔ Medizinisch nicht erforderlich,  
dennoch weitverbreitete Praxis

*Abb. 1: Juristische Über-  
interpretation des ein-  
fachen Schädeltraumas*

über die DRG mit den Kassen abgerechnet wurden (Abb. 2). Bei der stationären Überwachung stumpfer Bauchtraumata ergibt sich ein ähnliches Bild. Unfälle dieser Art machen bis zu 6 % der Verletzungen bei Kindern aus. 2005 behandelte die chirurgische Klinik der RWTH Aachen 121 Fälle dieser Art. Nur bei einem Kind war tatsächlich eine Operation erforderlich. Die Gesamtkosten betragen ca. 124.146 Euro (Abb. 3). Die genauere Festlegung und vielleicht auch pragmatischere Interpretation von Leit- und Richtlinien sollte Behandlungspfade wieder zu Behandlungskorridoren öff-

### Stationäre Überwachung bei Gehirnerschütterung

*RWTH-Aachen 2005*

Zahl stat. Aufn.	n=365
Verweildauer	1 (0–5) Tage
CCT	n=28
Therapiekonsequenz	n=0
DRG-Kosten (387 €/Pat.)	141.255 €

*Abb. 2: Therapiekosten bei Überwachung der unkomplizierten Gehirnerschütterung*

Stat. Überwachung bei stumpfem Bauchtrauma  
2-6 % aller kindlichen Verletzungen  
RWTH Aachen 2005

Anzahl	n=121
OP erforderlich	n=1
DRG-Kosten	124.146 €
	(1026 €/Fall)

→ fraglich entbehrlich  
Leitlinien erforderlich



Abb. 3: Therapiekosten des stumpfen Bauchtraumas bei Kindern

nen. Eine mehr evidenzbasierte Entscheidungsfindung würde zunächst die medizinische Qualität heben. In direkter Konsequenz ließen sich dann aber auch nicht nur in den genannten Fällen erhebliche Ressourcen einsparen.

### Doppeluntersuchungen

Das Thema der unnötigen Diagnostik wird aber nicht nur durch das Damoklesschwert möglicher Klagen bestimmt. Die unveränderte Praxis von Doppeluntersuchungen, die auch durch den neuen Abrechnungsmodus nicht gänzlich vermieden wird, könnte durch verbesserte Kontrollmechanismen oder die Ausweitung von Pauschalentgelten weiter reduziert werden. Neben pekuniären Interessen der leistungserbringenden Ärzte sind die Kostentreiber hier aber auch aufseiten der Industrie zu suchen. Widersprüchliche Referenzbereiche, unvereinbare Maschinenvorgaben, die sich nicht auf den individuellen Bedarf reduzieren lassen, oder Werbung für fragwürdige Tumormarker sollten bei

knappem Gesundheitsbudget der Vergangenheit angehören. Nach Richard von Weizsäcker vollzieht sich die soziale Marktwirtschaft nicht in der Vorschrift, sondern im Handeln und Denken. Diese Aussage lässt sich bedenkenlos auf eine effiziente und soziale Gesundheitswirtschaft übertragen.

### Gesundheitserziehung

Verzichtbar erscheinen gerade im Kommunikationszeitalter auch die ganz erheblichen Mängel in der Gesundheitserziehung und dem Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung. Eine Auswertung der Notarzteinsätze der Stadt Aachen konnte bei 7032 Einsätzen in 12 Monaten nur in 42 % eine absolute Indikation für den Noteinsatz nachweisen. Damit erfolgten 4078 Einsätze im Rahmen geringfügigerer Störungen, die auch mit einem ambulanten Arztbesuch zu klären gewesen wären (Abb. 4). Selbst angesichts der Tatsache, dass es sich um Laien handelt, ist diese Quote an Fehlalarmierungen bedenklich. Eine offenere und vertiefte Information

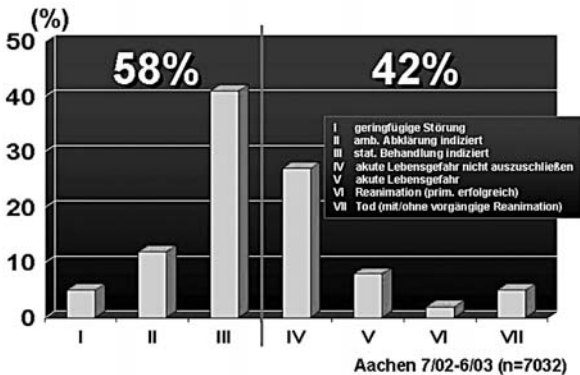


Abb. 4: Pseudonotfälle durch mangelhafte Gesundheitserziehung

könnte hier bereits mittelfristig Abhilfe schaffen. Ein Rettungssystem, das sich auch in seinen Vorhaltekosten über die tatsächlich erbrachten Einsätze finanziert, steht dem allerdings entgegen.

Die verbesserungsfähige Compliance der Patienten im Rahmen ihrer eigenen Therapie und Genesung steht hiermit in direktem Zusammenhang. Fehlende Mitarbeit oder Einsicht verschlechtern regelhaft Operationsergebnisse. Dem betreuenden Arzt kommt hier lediglich eine aufklärende Lotsenfunktion zu, d. h. die Verantwortung für die Umsetzung liegt beim Patienten. Beispielhaft seien hier nur die bereits an Gefäß- oder anderen Organkomplikationen behandelten Raucher, die fortgesetzt übergewichtigen Diabetiker oder die weiter Alkohol trinkenden Leberkranken genannt. Auch hier wären zweifellos erhebliche Einsparungen möglich.

### *Therapiekosten*

Schließlich benötigt die notwendige Sparsamkeit im deutschen Gesundheitswesen auch einen gesellschaftlichen Konsens über die Einführung neuer, begrenzt erfolgreicher, aber sehr teurer Therapien. Dabei wird zwar die Grenze zwischen Priorisierung und Rationierung fließend, der unbegrenzte medizinische Fortschritt macht diesen Schritt aber notwendig. Karzinomtherapien, die bei monatlichen Kosten von über 30.000 US-Dollar (ca. 22.900 Euro) eine durchschnittliche Lebensverlängerung von 4,9 Monaten erwirken, müssen nicht nur aus wirtschaftlichen Erwägungen auf den Prüfstand gestellt werden. Hier sind auch politische, moralische und ethische Aspekte zu bedenken.

Die Möglichkeiten der Effizienzsteigerung im deutschen Gesundheitssystem sind auch auf der Seite des Nutzens längst nicht ausgeschöpft. Vieles, was eine lange Tra-



dition hat, scheint verzichtbar, nicht jede Innovation bringt wirklichen Fortschritt, und manche Krankheiten sind gar keine (Abb. 5). Im deutschen Gesundheitswesen fehlt eine fachliche Instanz, die Schaden vom Patienten abwendet, Kosten pragmatisch begrenzt und einfache Wege zur Heilung oder Besserung zeigt. Wünschenswert ist hier neben dem Mut, auch einmal „Nein“ zu sagen, ein Mehr an persönlicher Verantwortung aufseiten von Arzt und Patient. Wir brauchen Gesundheitserziehung und Prävention statt Nachsorge. Dann werden die Ärzte auch mehr Mut haben, begrenzte Ressourcen kostenbewusst einzusetzen, und die Patienten werden das eigene Leben wieder mehr selbst in die Hand nehmen. Fachliche Kompetenzen müssen dazu gebündelt werden, falsche Propaganda läuft dann ins Leere. Echter Fortschritt bleibt bezahlbar, und das Geld bekommen statt der Gesunden wieder die Kranken.

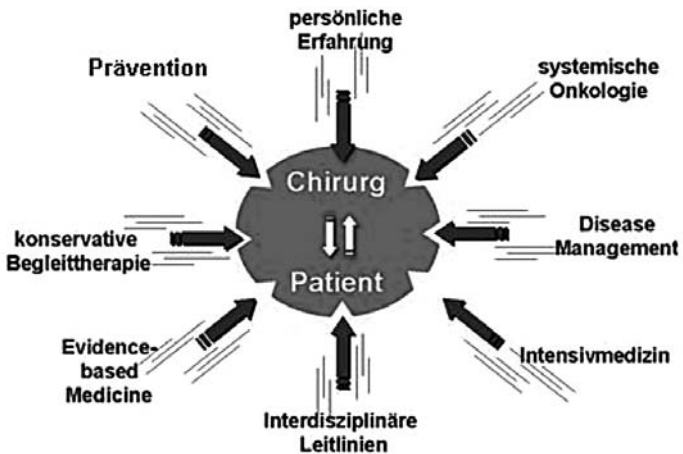


Abb. 5: Faktoren, die die Beziehung zwischen Chirurg und Patient beeinflussen