

Ist die Medizin ein Business?

Was in der Luftfahrt als umsichtige Regulierung gilt, täte auch Spitälern gut

Von Thomas F. Lüscher *

Im Gesundheitswesen ist die Suche nach Marktmechanismen ein zentrales Thema. Der in einem Spital tätige Autor des folgenden Beitrags geht der Frage nach, ob mehr Markt die Medizin verbessert. Nach seiner Einschätzung ist wie in der Luftfahrt eine Akkreditierung von Zentren und Ärzten auf Grund von Mindestzahlen an Fällen sowie Qualitätsdaten unabdingbar, um funktionsfähige Märkte entstehen zu lassen. (Red.)

Im Altertum mahnte Hippokrates: Primum il nocere – als Medizin wenig zu bieten hatte, ging es um Linderung, Schaden galt es zu meiden. Seither haben sich die Möglichkeiten erweitert. Nach dem Lindern kam das Heilen, zunächst bei Infektionen und Verletzungen. Hygiene und Impfung bewahrten uns vor Pest, Pocken und Kinderlähmung. Schwindsucht wurde heilbar, eine Pneumonie ist kaum noch der Rede wert. Selbst bei chronischen Leiden lässt sich etwas machen. Der Leistungsausweis der Medizin ist beeindruckend. Mit der wissenschaftlich begründeten Medizin kamen die Zahlen, die Nutzen und Kosten sichtbar machten. Seither ist bekannt, was wirkt und nützt.

Preis und Wert

Seit dem barmherzigen Samariter gehört die Selbstlosigkeit zum guten Arzt, von ihm wird erwartet, dass er für jeden das Beste tut. Dass er damit seinen Lebensunterhalt bestritt, wurde hingenommen, sein Einkommen galt als verdient. Mit der Technisierung wurden auch Ärzte zu Grossverdienern; zum Ansehen kam das Geld. Dies schien berechtigt: Wieso sollte Ake Senning, der die Herzchirurgie gestaltete, weniger verdienen als ein Bankdirektor? Wieso sollte sich Maurice Müller, der die orthopädische Chirurgie revolutionierte, sich mit einem Beamten Gehalt begnügen? Auch Allgemeinmediziner wollten für ihren Einsatz eine angemessene Vergütung.

Dann begannen die Manager die Spitäler zu übernehmen und zu Profitzentren auszubauen. Seither verdrängen glanzvolle Prospekte wissenschaftliche Daten; der akademische Geist musste dem Businessplan weichen. Ein weiteres Tabu wurde gebrochen: Reklame in der Medizin. Seither lesen wir im Tram, in der Zeitung von der Kompetenz medizinischer Zentren, erfahren in Fernsehspots, wo man sich hinwenden soll. Branding ist, was früher der Ruf grosser Ärzte. Was Privatanbieter vormachten, beeindruckt nun staatliche Institutionen. Nur was rentiert, zählt. Warum soll, was die Wirtschaft erstritt, nicht für die Heilkunst gelten?

Mit Recht haben steigende Kosten, die Finanzierungsprobleme, aber auch Aussichten auf einem satten Gewinn die Betriebswirtschaftler auf den Plan gerufen. Dies entbehrt nicht der ökonomischen Logik. Dennoch stellt sich die Frage nach Wert und Mass. Was Rousseau 1749 in seinem Essay für die kulturelle Entwicklung in Frage stellte, gilt auch hier: Hat die Entwicklung

der Wirtschaft zur Veredelung oder zum Verderbnis der Medizin beigetragen?

Ablenkung durch Hochglanz-Service

Konkurrenz verbessert Dienstleistungen und Waren. Die Satttheit staatlicher Institutionen, die lange ein Monopol innehatten, und sich nicht um die Zufriedenheit ihrer Kunden zu kümmern brauchten, hat dies nicht gefördert. Die Freundlichkeit der Disponentinnen und Jour-Ärzte, die Eilfertigkeit der Sekretärinnen, wie der Service der verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte haben mit der Konkurrenz zugenommen – soweit, so gut. Hat dies die Medizin verbessert? Zu betrachten gilt es hier nicht die Eilfertigkeit der Telefonistinnen oder Freundlichkeit der Ärzte, nicht die Krankenzimmer und Hotellerie, sondern die Medizin: Wird das Verfügbare sinnvoll verwendet? Sind die Ergebnisse so gut wie sie sein könnten?

Im Zeitalter glänzender Prospekte beginnt man den Schein für die Wirklichkeit zu halten. Was Broschüren verschweigen, sind die Ergebnisse ärztlichen Handelns: Werden die Zielwerte für Blutdruck und anderes mehr erreicht? Sind die Ärzte für ihre Eingriffe ausgebildet? Wieviel Eingriffe machen sie pro Jahr? Ist die Komplikationsrate so gering wie sie sein sollte? Die Luftfahrt hat längst Anforderungen für Piloten und Gesellschaften geschaffen. Was in den USA und England nun im Internet verfügbar ist, nämlich Anzahl und Ergebnis von Eingriffen, ja Komplikationsraten von Ärzten, ist bei uns weder für Behörden noch Fachgesellschaften einsehbar, geschweige denn für Patienten. In der Fachpresse sind solche Daten meist nur für universitäre Zentren zu haben.

Die Suche nach Rentabilität hat in operativen Fächern, die Gewinn versprechen, zu einer Inflation von Kompetenz-Zentren geführt. Wir lesen von Brustzentren, Herzzentren, ja Gesundheitszentren. In der Kardiologie weist die Schweiz 26 Zentren für 7.5 Mio. Bürger aus, das ist ein Rekord. Für 15 Mio. Einwohner leistet sich Holland 10 Zentren. Sicher, diese Zahlen besagen noch nichts; der Zugang zu medizinischen Leistungen kann in der Schweiz dadurch besser sein, auch Weniges kann man gut machen. Allerdings besteht ein enger Zusammenhang zwischen Patienten-Volumen und Ergebnis. Während die Skandinavier Darmkrebszentren aus Qualitätsgründen beschränkten, entstehen sie bei uns unbegrenzt, obschon Rückfälle direkt von den Fallzahlen der Chirurgen abhängen. In einem Land, das Kleinheit schätzt, ja zu seinem Markenzeichen erhoben hat, gedeihen Zentren mit kleinem Volumen besonders gut.

Wettbewerb in Überdosis?

Ein weiteres kommt dazu: Gibt es einen Schwellenwert der Konkurrenz, bei dessen Übertretung sich gute Medizin nicht mehr praktizieren lässt? Gibt es eine Art Dosis-Antwort Kurve von Qualität und Wettbewerb, bei der die Qualität bei «zu viel des Guten», also bei zu viel Wettbewerb, plötzlich wieder nach unten tendiert? Zum guten Arzt gehört nicht nur Zuwendung und Können, nein, der Verzicht auf Unnötiges und Nutzloses ist

entscheidend. Wenn der Patientenstrom hält, was er verspricht, ist dies gegeben. Was aber, wenn der Zustrom nicht dem Businessplan entspricht, wenn die Konkurrenz um Patienten mit steigender Zentrenzahl zu einem verbissenen Kampf wird? Hier entsteht ein Conflict of interest der neuen Art. Kann der Arzt dann noch angemessen handeln?

Ein Letztes gilt es zu beachten: Nicht alles in der Medizin ist rentabel. Komplexe Fälle, alte Patienten, Pflege, Weiterbildung, Forschung sind in der Welt des Gewinns nicht zu Hause. Selbst in akademischen Häusern kommt das Unrentable unter Druck. Die Politik, die die Haushalte vieler Spitäler bestimmt, wird vom gleichen Geist erfasst. Allgemein-Patienten werden im heutigen Verrechnungssystem zur Belastung, Assistenten vermindern wie man hört die Effizienz und Forschung droht zu einer Grille zu werden, die man ausserhalb der Arbeitszeit zu verrichten hat.

Medizin ist so wichtig wie die Luftfahrt

Wir kommen zurück zur anfangs gestellten Frage: Wenn wir wie Rousseau 1749 die Auswirkungen moderner Zivilisation auf die Medizin zu beurteilen hätten, was könnten wir sagen? Hat der Geist des Kapitalismus zur Veredelung oder zum Verderbnis beigetragen? Die Antwort lässt sich ungefähr wie folgt skizzieren: Der Wettbewerb hat auch die Medizin beflügelt, doch der gute Arzt kann in einem unkontrollierten Markt nicht gedeihen. Wie in der Luftfahrt braucht es eine Akkreditierung von Zentren aufgrund von Mindestzahlen für Untersuchungen und Eingriffe, sowie ihrer Ergebnisse. Erst dann kann Konkurrenz sinnvoll wirken. Auch die Kantonalisierung wie sie das KVG zementierte, würde hinfällig, und ein schweizweiter Wettbewerb würde möglich. Zuletzt kann in einem Fach, in dem es um Zuwendung, um Qualität und Innovation geht, marktwirtschaftliches Denken alleine nicht leitend sein. Ja, auch Unrentables muss sich eine zivilisierte Gesellschaft leisten. Eine einseitige Ausrichtung auf den Gewinn ohne Regeln bedroht das Eigentliche dieses Fachs.

* Prof. Thomas Lüscher ist Direktor der Klinik für Kardiologie am Herz-Kreislauf-Zentrum des Universitäts-Spitals Zürich.