

Impulsreferat auf dem Forum Hospitalmanagement, Wien, 20. 3. 2014

Dr. phil. Frank Wittig

## **Ansichten von der dunklen Seite der Medizin**

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

über die Einladung von Herrn Prof. Steyrer, hier auf dem Forum Hospitalmanagement das Impulsreferat zu halten, habe ich mich außerordentlich gefreut. Gleichzeitig hab ich mich aber auch gewundert: wie kommt er darauf, diesen prominenten Platz mit einem Journalisten zu besetzen, der ein Buch mit dem bösen Titel: „Die weiße Mafia“ geschrieben hat. Ein Buch, in dem es um Überdiagnose und Überbehandlung geht, um die Anwendung medizinisch sinnloser Prozeduren allein – so die These des Buches - des wirtschaftlichen Erfolges wegen. Es geht auch um die – zumindest für Patienten – unselige Verflechtung von Industrie und Medizin. Um eine Medizin, die ihre überlegene Position ausnützt, um arglose Patienten systematisch zu bewirtschaften. Dazu eine Zahl: Sie wissen es vielleicht, dass sich Schweden nur ein Drittel der Krankenhausbetten pro hunderttausend Einwohner leistet, die wir in Deutschland betreiben. Und die Schweden leben länger als wir Deutschen. Bei allen Unterschieden, die es in Behandlungskulturen geben mag: Da läuft bei uns etwas grundlegend schief. Die Assoziation dieser Missstände mit mafiösen Verhältnissen stammt übrigens nicht von mir. Ich hab mich dabei vom SPD Gesundheitsexperten Prof. Lauterbach inspirieren lassen, der 2012 von den „mafiösen Verhältnissen“ in der Medizin sprach, als durch eine Studie bekannt wurde, dass ein Viertel der deutschen Kliniken bereit ist, „Fangprämien“ an niedergelassene Ärzte zu zahlen. Für überwiesene Patienten.

An dieser Stelle meiner Überlegungen zu meinem Auftritt hier habe ich gedacht: Aha, das könnte der Grund sein: Deutsche Kliniken! Der Wittig hat seine Ansichten von ökonomisch motivierter Überversorgung angesichts des deutschen Gesundheitswesens entwickelt. Hier sind wir aber in Österreich. War es vielleicht der Plan des Veranstalters, Ihnen – meine sehr verehrten Damen und Herren – einfach einmal vorzuführen, wie verkommen ein

Gesundheitssystem sein kann, wenn die Ökonomie die Oberhand gewinnt und Orientierungssysteme wie Ethik oder Humanität oder sagen wir nur: „Medizin“ ins Hintertreffen geraten? Deutschland als abschreckendes Beispiel. Der Mann, der bei Rot über die Ampel geht. Und eine Mutter kann ihrem Kind zeigen: Schau, was der Onkel da macht! Das ist falsch und gefährlich! So wollen wir es nicht machen. Ich vermute, so lässt es sich erklären, dass ich hier heute vor ihnen stehe. Also wenn ich hier einige unangenehme Beobachtungen vorstelle und Kritik übe: ich habe meine Ansichten von der dunklen Seite der Medizin in Deutschland gewonnen – bitte, fühlen Sie sich nicht persönlich angesprochen.

Ich hatte Glück. Wenige Wochen nach dem Erscheinen meines Buches „Die weiße Mafia“ wurde eine OECD-Studie zu problematischen Entwicklungen im Gesundheitswesen in Europa veröffentlicht. Viele Zahlen und Probleme, die in meinem Buch thematisiert werden, tauchten in dieser OECD-Studie ebenfalls auf. Nur höflicher formuliert. Von Mafia war dort überhaupt nicht die Rede. Das Papier berichtete aber beispielsweise von einer „auffälligen Mengendynamik“ im deutschen Krankenhauswesen. Sehr verehrte Damen und Herren – auch um etwaigen späteren Angriffen zuvor zu kommen – Ich bin kein Mediziner. Ich habe Literaturwissenschaft studiert. Und als Literaturwissenschaftler kann ich mich für solche Formulierung begeistern: „Auffällige Mengendynamik“. Wie neutral! Wie elegant! Wie rücksichtsvoll! Die Kollegen von der OECD setzten auf eine Formulierung, die Laien nicht verstehen. Offenbar will man die Bevölkerung nicht beunruhigen. Einige konkrete Zahlen der „auffälligen Mengendynamik“: von 2006 bis 2010 haben die Eingriffe in den deutschen Krankenhäusern um 13 Prozent zugenommen. In einzelnen Bereichen, in der Orthopädie beispielsweise, sind sogar über 40 Prozent Wachstum zu verzeichnen. Was ist da passiert? Sie können sich das hier in Österreich sicher kaum vorstellen. Aber einer der Gründe ist: In deutschen Kliniken wird mittlerweile jeder zweite neue Chefarztvertrag mit einer Zielleistungsvereinbarung verbunden. Eine Klausel, in der die Mediziner zum Beispiel zusichern, die Menge der Eingriffe jährlich um einen bestimmten Prozentsatz zu steigern. Für einen ordentlichen Bonus als Aufschlag zum Jahresgehalt.

Was für eine Sauerei! Ja bitte, lassen sie es mich so sagen: Was für eine Sauerei. Ich muss das hier nicht ausführen: Die Zahl der operativen Eingriffe an Menschen sollte sich – in einem Land das sich das leisten kann - ausschließlich

an einer Fragestellung orientieren. Nämlich: Ist dieser Eingriff nach bestem medizinischen Wissen und Gewissen sinnvoll oder nicht? Der gemeinsame Beschluss von Medizinern und Klinikleitungen, systematisch Mengenausweitung zu betreiben, und nicht den tatsächlichen Behandlungsbedarf der Menschen als einzige Orientierungskategorie heranzuziehen, ist an Zynismus kaum zu überbieten. In meinen Augen ist das sittenwidrig. Das ist kriminell. Das ist Körperverletzung. Das ist Diebstahl aus den Sozialkassen der Gemeinschaft. In Österreich – vermute ich – undenkbar.

Eine Delegation der OECD traf sich vor einem Jahr mit unserem damaligen Gesundheitsminister Daniel Bahr von der FDP, um über die auffällige Mengendynamik zu sprechen. Experten diskutierten mit Experten. Wenige Tage später gab es eine Pressemitteilung aus dem Gesundheitsministerium, in der Herr Bahr erklärte, er werde die auffällige Mengendynamik im deutschen Krankenhauswesen untersuchen lassen. Und wem erteilte er den Auftrag dazu? Der Deutschen Krankenhausgesellschaft. (Lacher?)

In meinen Augen gibt es nur zwei Möglichkeiten diesen Vorgang zu interpretieren: Entweder Herr Bahr ist völlig kenntnislos. Er weiß nicht, dass die DKG eine Lobbyorganisation reinsten Wassers ist, und sicher niemals interessiert daran, dass in deutschen Krankenhäusern weniger operiert – das heißt: weniger Umsatz gemacht wird. In diesem Fall konnte Herr Bahr natürlich auch nicht auf den Gedanken kommen, dass es keinen Sinn macht, den Bock – die DKG - zum Gärtner zu machen, der das Gebaren der Krankenhäuser zu überprüfen hat. Die andere Interpretation scheint mir allerdings wahrscheinlicher: Zumal es ja nicht nur Herr Bahr war, sondern auch seine Experten, die an den Beratungen teilnahmen. Herr Bahr war sich dessen bewusst, dass es keinen Sinn machte, den Prüfauftrag an die DKG zu vergeben. Doch er konnte angesichts einer uninformierten Öffentlichkeit darauf vertrauen, dass dieser Unsinn nicht weiter auffiel. *„Deutsche Krankenhausgesellschaft?“* – so wird ein Laie denken – *„Natürlich, das müssen die kompetentesten sein, um Krankenhäuser zu prüfen.“*

Wir sehen hier auf oberster Ebene ein zentrales strukturelles Problem, das unsere Gesundheitssysteme zu unsinnigen medizinischen Leistungen treibt. Der Bock ist der Gärtner. Sie finden dasselbe Muster bei den medizinischen Fachgesellschaften, wo die Vertreter einer medizinisch aktiven Fachdisziplin

definieren, wie das Geschäftsfeld ihrer Fachdisziplin aussieht bis hin zum einzelnen Chirurg, der heute diagnostiziert und morgen an der Operation, die er verordnet hat, verdient. Es fehlt die Kontrolle. Die Mediziner geben sich die Regeln. Die Mediziner diagnostizieren nach diesen Regeln. Und anschließend machen die Mediziner mit dem Eingriff Umsatz. – In Deutschland - Das kann nicht gut gehen.

Wir haben in einer Demokratie normalerweise aus gutem Grund das Prinzip der Gewaltenteilung: Legislative, Exekutive und Jurisdiktion: Gesetzgebung, Polizeigewalt und Richterspruch. Um Willkür vorzubeugen. Damit eine gegenseitige Kontrolle möglich ist. Um die Bevölkerung zu schützen. In der Medizin liegt das alles in einer Hand. Dieselben Leute, die Leitlinien erlassen, diagnostizieren danach und behandeln die Patienten entsprechend. Und verdienen damit Geld. Das ist zutiefst undemokratisch, das ist gesundheitsökonomisch saudumm und es ist Anreiz, Patienten mit Behandlungen zu überziehen, die sie – gelinde gesagt – nicht brauchen.

Gestatten Sie mir, nun die Metaebene zu verlassen für einen Ausflug in die Konkretion. Sie alle – vermute ich – kennen die Moseley-Studie. Vor über zehn Jahren im British Medical Journal veröffentlicht. Moseley ein, renommierter amerikanischer Orthopäde, führte in dieser placebokontrollierten Studie Knieoperation aus. Bei Schmerzpatienten. Im Interventionsarm machte er eine arthroskopische Knorpelglättung nach allen Regeln der Kunst. Im Kontrollarm bekamen die Knieschmerzpatienten nur zwei kleine Hautschnitte, um den endoskopischen Zugang vorzutäuschen. Obwohl die Patienten unter Narkose standen gab man sich auch in der Placebogruppe viel Mühe, den Eingriff zu simulieren. Man ruckelte hinter dem Vorhang am Knie der Patienten, plätscherte mit Wasser, um die Spülung zu simulieren und spielte sogar Bilder von einem echten Eingriff auf einem Monitor ein. Sie wissen es vermutlich, das Ergebnis der Studie war eine bittere Pille für die Knorpelglätter: Es gab im zweijährigen Zeitraum der Nachbeobachtung keinen Unterschied zwischen Verum und Placebo. Im Schmerzmittelverbrauch, in der Beweglichkeit und in der Selbsteinschätzung der Patienten in diesen beiden Gruppen.

Und wie reagierte die orthopädische Fachöffentlichkeit? Hörte man ein „Uuups, da haben wir ja Millionen Menschen umsonst operiert! Wirklich peinlich. Tschuldigung, aber das Konzept erschien uns so plausibel.“ Nein! Die

Orthopäden weigerten sich, diese Studie anzuerkennen. Und schossen dagegen: die Zahl der Probanden sei zu klein, zumal es ausschließlich Männer waren (es waren Veteranen der Armee), doch wir operieren 60 % Frauen!, das soldatische Knie lässt sich mit dem Knie von Schmerzpatienten, die nicht gedient haben, nicht vergleichen. Mit solchen Argumenten einigte man sich in der orthopädischen Community darauf, dass man die Moseley-Studie zu ignorieren habe. Punkt. In Deutschland werden in Hospitälern über 200 000 dieser Eingriffe pro Jahr gemacht. Ganz nebenbei: ein Promille der Patienten stirbt bei dem Eingriff. Embolien. Probleme mit der Narkose. Die niedergelassenen Orthopäden weigern sich seit vielen Jahren, ihre Zahlen zu reportieren. Der Verwaltungsaufwand sei unverhältnismäßig. Ich nenne das Vertuschung. In der Zwischenzeit gab es weitere Studien zur Knorpelglättung – von den Orthopädischen Chirurgen wurden sie weiter ignoriert. Für mich ein unfassbares Verhalten.

Im letzten Jahr hat das IQWiG – der offizielle deutsche Medizin-TÜV – beauftragt vom Gemeinsamen Bundesausschuss, auf der Basis von Moseley und neun weiteren Studien eine Einschätzung zur Arthroskopie bei Gonarthrose und Meniskusschäden veröffentlicht. Herr Dr. Sauerländer, Orthopäde, dort Abteilungsleiter für nicht medikamentöse Verfahren, erklärte:

*Video 1 sinnlos ... nicht mehr anwenden.*

Ich arbeite bei einem Wissenschaftsmagazin im SWR-Fernsehen. Ich fuhr vom IQWiG in Köln am selben Tag, an dem ich Herrn Sauerländer interviewt hatte, nach Düsseldorf zum Generalsekretär der DGOOC. Der deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie. Also die Fachgesellschaft der Fachdisziplin, die mit Knorpelglättung Geld verdient. Hören Sie, was Prof. Niethard, Generalsekretär der DGOOC als Erwiderung seines Fachverbandes auf die IQWiG-Veröffentlichung sagte:

Video 2

Stellen Sie sich das bitte vor: Am IQWiG arbeiten 180 Spezialisten. Die Institution hat den Auftrag, die Wirksamkeit von Medikamenten und medizinischen Prozeduren auf der Basis der besten verfügbaren wissenschaftlichen Studien zu prüfen. Das IQWiG hatte vom obersten Deutschen Medizin-Gremium, dem Gemeinsamen Bundesausschuss, kurz GBA,

den Auftrag, die Studienlage zu sichten und eine Bewertung abzugeben. Das IQWiG kommt zu dem Schluss: „*Arthroskopie bei Gonarthrose ist Nonsens-Chirurgie, man könnte auch sagen High-Tech-Schamanismus mit einem gewissen Suggestivpotenzial – also Placeboeffekt. Mehr ist nicht. Lasst das bleiben.*“ Und der deutsche Fachverband sieht eines seiner erfolgreichsten Geschäftsmodelle bedroht und sagt einfach: das glauben wir nicht. Was für eine Frechheit! Nicht nur die Selbstkontrolle funktioniert nicht. Noch nicht einmal die evidenzbasierte Empfehlung der zuständigen Überprüfungsbehörde wird ernst genommen. Ich wollte dann von Herrn Prof. Niethard – der nach eigener Auskunft hunderte dieser Eingriffe selbst vorgenommen hat – wissen, was denn mit einer Knorpelglättung so im Schnitt für das Krankenhaus für ein Umsatz zu erzielen ist. Hören sie bitte, was er mir als Auskunft gab:

*Video 3 Äh äh äh, weiß ich nicht.*

Für die ambulante arthroskopische Knorpelglättung beläuft sich der Umsatz auf etwa 550 Euro. Ganz ordentlich für einen halbstündigen Eingriff. Das konnte der Generalsekretär der zuständigen Fachgesellschaft natürlich nicht wissen. Woher auch? Journalisten stellen aber auch manchmal abwegige Fragen!

Glauben Sie mir bitte. Ich habe bisher in 18 Jahren als Fernsehjournalist Interviews immer von Stotterern gereinigt. Stolperer oder Versprecher umgangen, herausgeschnitten. Ich möchte ja, dass meine Experten kompetent rüberkommen. In diesem Fall aber steckt in dem Stottern die wesentliche Information: Kostentransparenz ist unerwünscht. Es könnte ja in der Öffentlichkeit der Eindruck entstehen, der Eingriff sei lukrativ, und das sei der Grund für die Weigerung der Orthopäden, die IQWiG-Bewertung ernst zu nehmen.

Was ich mich – wenn ich solchen von mir zunächst als mafiös wahrgenommenen Strukturen begegne – immer wieder frage, ist: wie weit funktioniert der Selbstbetrug der beteiligten Mediziner? Oder: lassen sie mich ein Wort von Adorno verwenden: Wie massiv ist der „Verblendungszusammenhang“, in den sich die Mitglieder einer solchen Fachdisziplin einspinnen. Denn natürlich habe ich als Orthopäde – um nur ein Beispiel zu nennen - eher die Tendenz, positiv über mein Fach zu sprechen. Positive Studien über neuartige Eingriffe oder Fortschritte in der Prothetik kommuniziere ich lieber. Lese ich einen Aufsatz, in dem über die abenteuerlich

niedrige Zahl der Probanden der Moseley-Studie gespottet wird (n = 180 – für drei Studienarme – lächerlich) dann mache ich mir diese Argumente gerne zu eigen und bringe sie vor, wenn doch einmal über Moseley gesprochen wird, der seine Studie bei uns übrigens nie durch die Ethikkommission bekommen hätte. Eine wirklich unethische Studie! Schmerzpatienten mit einem Scheineingriff zu behandeln. Sowas geht ja gar nicht!

Ich würde gerne wissen: Wie weit funktioniert dieser Selbstbetrug wirklich? Wieviele Chefärzte behalten bei der Unterzeichnung einer Zielleistungsvereinbarung, in der sie eine Mengenausweitung versprechen, in ihrer eigenen Wahrnehmung ein reines Gewissen? Weil sie sich vielleicht sagen. „Ja bei einer klinischen Diagnose gibt’s doch immer einen Interpretationsspielraum.“ Um dann abrupt mit dem Nachdenken darüber aufzuhören. Verblendungszusammenhang: Jeder weiß, dass auf den industriefinanzierten Medizinkongressen handverlesene Redner den Ton angeben, großzügig honoriert, die eines ganz sicher nicht haben: den Auftrag etablierte Geschäftsmodelle in Frage zu stellen. Nein im Gegenteil: Die Helden sind die, die der Disziplin neue Geschäftsmodelle erschließen, die den Wirtschaftsraum erweitern. Die mehr Kranke entdecken. *Kritiker sind Querulanten. Oft sind es ja nur Versager, die es in ihrem Fach zu nichts gebracht haben und jetzt versuchen, ihren Frust mit Nörgeleien zu kompensieren.*“ Die Diskreditierung von Personen, die sich nicht konform im Mainstream bewegen: Ein wichtiges stabilisierendes Moment im Verblendungszusammenhang.

Die fachdisziplinfreundliche Kommunikationsblase, in der sich die Mitglieder einer solchen Fachdisziplin bewegen, ist gefüllt mit Dogmen, Sprachregelungen, Grundüberzeugungen zum eigenen medizinischen Tun, von denen man sich geeinigt hat, sie als Wahrheiten anzusehen. Weil man sich dann in einer behaglichen Kultur der gegenseitigen Versicherung aufgehoben fühlt. *Ja: wir machen das Richtige!* Ein menschlich äußerst nachvollziehbarer kollektiver Automatismus, der einen Verblendungszusammenhang entstehen lässt, der offenbar über ungeheure Widerstandskräfte gegen kritische Angriffe von außen verfügt, wie die Reaktion der DGOOC auf die IQWIG-Bewertung der Knorpelglättung zeigt.

Und trotzdem quält mich die Frage: wieviel Prozent der Knorpelglätter – um bei diesem Beispiel zu bleiben - wissen, dass sie einen sinnlosen Eingriff

vornehmen. Ich frage mich: wie viele Mediziner üben freiwillig wissentlich Nonsense-Medizin aus, weil sie so mehr verdienen? Oder, eine Variante: Wie viele Mediziner üben wissentlich aber gezwungenermaßen ökonomisch motivierte Nonsense-Medizin aus, weil sie Angst um Ihren Job haben. Am Telefon fragte ich einmal ein Mitglied aus der DGOOC ob er seine kritischen Anmerkungen zum Knorpelglätten vor der Kamera wiederholen würde. Er sagte nur: „Ich bin doch nicht verrückt. Ich habe Frau und Kinder.“ Manchmal habe ich die Horrorvision, dass sie es alle wissen. Es geht nur um die Kohle. Und dass sie sich alle gegenseitig und der Öffentlichkeit nur Theater vorspielen. Dass sie alle wissen, dass sie ihre „Patienten“ jedes Jahr hunderttausendfach für Nonsense-Operationen missbrauchen. Eine grauenhafte Vorstellung. Da habe ich das Gefühl, es geht mir so, wie Donald Sutherland in der Schlusseinstellung des Films Die Körperfresser. Da muss er erkennen, dass alle um ihn herum, die Normalität vorspielen, längst Zombies sind.

Hat der Wittig nicht mehr zu bieten, als die Knorpelglättung, mögen Sie sich langsam fragen. Aber ich könnte genauso gut über das prophylaktische Stenten sprechen. Hier sind wir Deutschen Weltmeister. Ohne dass in der kardialen Mortalitätsrate ein positiver Effekt nachweisbar wäre. Über Vertebroplastie bei osteoporotischen Wirbelkörperbrüchen. Über per Katheter implantierte Herzklappen bei operablen Patienten. Über Gebärmutterentfernungen bei gutartigen Erkrankungen. Über operative Wirbelkörper-Verblockungen bei chronischem Rückenschmerz. Über sinnlose medikamentöse Behandlung des Blutdrucks oder des Cholesterinspiegels. Und so weiter. Im letzten Jahr erhielt ich eine email von einer jungen Ärztin in Ausbildung. Sie hatte mein Buch: Die weiße Mafia gelesen. Sie schrieb.

*„Herr Wittig, ich muss mich bald entscheiden, wo ich meinen Facharzt machen soll. Aber es ist überall so, wie sie in Ihrem Buch schreiben. Überall herrscht derselbe ökonomische Druck, überall werden ökonomisch motivierte Behandlungen durchgeführt. Ich fühle mich wie in einem Haifischbecken.“*

Ich weiß nicht mehr genau, was ich ihr geantwortet habe. Aber ich hätte sagen können: Sie haben zwei Bereiche, wo Sie relativ sicher sein können, dass nur Medizin in Anschlag gebracht wird, die die Menschen auch wirklich brauchen. Die Notfallmedizin. Hierher gelangen Menschen, die in der Regel wirklich dringend klar definierte medizinische Hilfe brauchen. Und die Ärzte dort



versuchen, die Patienten nach allen Regeln der Kunst zu behandeln. Übrigens keine besonders lukrative Fachdisziplin. Weshalb in Deutschland viele Krankenhäuser versuchen, die Notfallmedizin aus ihrem Leistungsspektrum auszugliedern. Die zweite Nonsense-Medizin-freie Zone ist die Palliativ-Medizin. Hier hat man aufgehört, die Patienten zu behandeln. Hier kommt Medizin nur noch zum Einsatz, um den Patienten die verbleibende Lebenszeit so angenehm wie möglich zu machen. Wir werden darauf zurückkommen.

## **Ökonomisierung der Medizin**

Man kann über all diese Dinge natürlich nicht sprechen, ohne etwas zum DRG-System zu sagen. Wir haben es in Deutschland jetzt zehn Jahre, sie in Österreich ein ähnliches System schon ein paar Jahre länger. Die Idee, nur Leistungen zu bezahlen, erscheint auf den ersten Blick als ebenso rational, wie sie sich auf den zweiten Blick als verhängnisvoll herausstellt. Auf einem freien Markt – wo Anbieter und Kunden gleichberechtigte Partner sind - Leistung zu bezahlen, ist tatsächlich rational. Denn die begrenzte Nachfrage wird ein Überangebot verhindern. Krankenhausmedizin für Leistung zu bezahlen, hat in Deutschland die Folge, dass die Leistung zunimmt. Trotz Kontrollelementen, trotz halbherziger Deckelung, trotz Kontrolle durch den MDK. Weil die Mediziner die Nachfrage selbst in der Hand haben. Angebotsinduzierte Nachfrage – hinter dem vornehmen Terminus verbirgt sich die hässliche Tatsache, dass sich Mediziner ihre Kranken einfach nach Bedarf dazudiagnostizieren können, bis sie Auslastung erreichen. Die schon erwähnte OECD-Studie hat diese Entwicklung seit Einführung des DRG-Systems für Deutschland bestätigt.

Zwar hatten wir auch Kontrollelemente implementiert. Doch zum Beispiel die Deckelung der Fallzahlen für Krankenhäuser funktioniert nicht. Da die Grenzkosten bei existenter Infrastruktur und Personal für jeden neuen Fall deutlich geringer sind, als die in der Berechnung der Vergütung veranschlagten Gesamtkosten. Deshalb sind weitere Fälle auch dann noch lukrativ für das Krankenhaus, wenn sie wegen der Überschreitung der vereinbarten Fallzahlen nur mit einem Bruchteil der im DRG-System vorgesehenen Vergütung bezahlt werden. Das ist auch deshalb lukrativ für die Krankenhäuser, weil sie im nächsten Jahr mit den Kassen höhere Fallzahlen aushandeln können, wenn sie

in diesem Jahr über die Grenze kommen. Wie funktioniert die Kontrolle bei Ihnen, sehr geehrte Damen und Herren?

Auch über das Problem des upcodings brauche ich hier nicht lange zu sprechen:

Ich zeige einfach eine Folie aus einer wissenschaftlichen Arbeit, die 2004 im Journal of Health and Economics veröffentlicht wurde: Wir haben auf der linken Seite den Charlson Index of Comorbidities für einige DRG-Gruppen. Seine Entwicklung über zehn Jahre. Und auf der rechten Seite die entsprechende Entwicklung eines Aspekts in diesen Gruppen, der sich dem Zugriff der Codierer entzieht: nämlich die Mortalität.

Und wie sie sicher schon ahnen: die Kranken sind mit Einführung des DRG-Systems innerhalb von zehn Jahren deutlich kränker geworden. Etwa 30 Prozent.

Die Mortalität ist aber leicht gesunken oder etwa gleich geblieben. Wie kann man das verstehen? Wenn sie mögen, können sie diese Tabelle so lesen: „Großartig, wie die Fortschritte in der Medizin den rätselhaften Anstieg in den Krankheitsscores komplett kompensiert haben.“ Ich lese das so: konkret: der Codierer, der ja den Auftrag hat, grenzwertig erlösmaximierend zu codieren, hat – um ein Beispiel zu nennen – aus einem aufsteigenden Harnwegsinfekt eine Blasenentzündung gemacht. Dafür kann man mehr abrechnen. Und die Übergänge – wird er sich gedacht haben – sind hier ja eh fließend.

Eine gänzlich ökonomisch ausgerichtete Medizin, die mit dem DRG-System nur Leistung vergütet, ist schlimm. Denn sie führt dazu, dass Kranke aufwendiger behandelt werden als es medizinisch sinnvoll ist. Wenn Hospitäler nur die Chance haben, sich über Leistungen zu finanzieren, dann werden sie ermuntert, so viel Leistung in Anschlag bringen, bis genügend in der Kasse ist. Bei uns in Deutschland waren bis 2003 die Liegetage die wichtigste Orientierung für die Finanzierung. Klar, dass dieses Anreizsystem zu überflüssig im Krankenhaus verbrachten Tagen führte. Aber glauben Sie mir: lieber akzeptiere ich als Patient eine überflüssige Übernachtung, als eine überflüssige Behandlung.

## **Früherkennung**

Ein weiteres unheilvolles Element unserer modernen Gesundheitssysteme ist – erschrecken sie bitte nicht - die Früherkennung. Im Sommer 2012 veröffentlichte das Nordic Cochrane-Center – sie wissen, Cochrane steht für Metastudien und evidenzbasierte Medizin – eine Metastudie zu allgemeinen Gesundheits-Checkups. 14 gut gemachte Studien mit etwa 155 000 Teilnehmern wurden eingeschlossen. Die Studien waren randomisiert. Also die Studienteilnehmer wurden erst rekrutiert und dann in zwei Gruppen eingeteilt. Die Einen gingen regelmäßig zum Checkup, die Anderen nicht. Neun Jahre haben die Studien im Schnitt gedauert. Es ging um relevante Endpunkte: Krebssterblichkeit, Herz-Kreislaufsterblichkeit und Gesamtmortalität. Vielleicht kennen Sie die Zahlen: Es machte bei keinem der Endpunkte einen Unterschied ob man zum screening ging oder nicht. Aber einen relevanten Unterschied konnte die Studie zwischen den beiden Studienarmen erkennen. In der Check-Up-Gruppe gab es deutlich mehr Kranke. Check-Ups führen zur Entdeckung und teilweise lebenslanger medikamentöser Behandlung von Krankheiten, die für die Betroffenen offenbar auch ohne Behandlung nie zu einem Problem geworden wären. Die Studie legt nahe: Krankheiten sind dann problematisch und relevant und behandlungsbedürftig, wenn sie symptomatisch werden. Als Mensch, der sich gesund fühlt, zur Früherkennung zu gehen, ist demnach fahrlässig. Checkups erzeugen eine medizinische Mengenausweitung, ohne dass die Bevölkerung davon profitiert.

Dasselbe gilt auch für die meisten Krebs-Screenings. Sie haben sich soweit ich weiß erst jetzt – für 2014 – entschieden, das Mammografie-screening flächendeckend einzuführen. Das ist wirklich wirklich schlimm. Gerade wurde eine kanadische Studie dazu veröffentlicht. Laufzeit immerhin 25 Jahre. 90 000 Frauen waren eingeschlossen. Auch dies eine randomisierte Studie. Sie konnte keinen Überlebensvorteil für die Screeninggruppe ausmachen. Bisherige Studien hatten wenigstens noch einen kleinen Nutzen angedeutet. Absolute Risikoreduktion bei der Krebssterblichkeit um ein Promill in zehn Jahren. Das ist für eine einzelne Frau eigentlich lächerlich – könnte aber – epidemiologisch gedacht – es geht ja um riesige Kollektive – noch als sinnvoll erachtet werden. Der wirkliche Skandal ist aber, dass man die Frauen in Deutschland systematisch in die Irre führt, was die Nutzen-Schadensbilanz des Mammascreeenings anbelangt. Da wird teilweise von einer Reduktion der

Krebssterblichkeit um 20 – 40 Prozent gesprochen. Das hört sich gewaltig an. Da würde ich auch zum Screening gehen. Sie wissen vielleicht, wie diese Zahlen zustande kommen: Tatsächlich ist es nach einer großen Metaanalyse, die lange als Referenz galt, so, dass in der Gruppe ohne Screening von Tausend Frauen in Zehn Jahren 5 an Brustkrebs sterben und in der Screeninggruppe 4 Frauen. Eine Senkung von fünf auf vier Todesfälle kann man als Senkung um 20 Prozent bezeichnen. Es ist aber das relative Risiko. Eine statistische Größe. Das absolute Risiko – und das ist für mich als Frau die einzig wirklich relevante Größe - sinkt eben nur um ein Promil. Die Frauen mit den 20 Prozent millionenfach in die Mammografie zu locken, ist – ich muss das Wort noch einmal bemühen – eine Sauerei. Zumal über den Schaden nicht oder nur nebulös gesprochen wird. Es besteht die Gefahr einer Überdiagnostik, heißt es da oft ohne konkrete Angaben. Es könnten Tumoren entdeckt und behandelt werden, die nie bösartig geworden wären. Zahlen aus guten Studien finden sich dazu nur selten. Unter anderem, weil über Schaden in diesen Studien oft gar nicht reflektiert wird. So findet man unterschiedliche Zahlen. Die Mammografie-Fans berichten, dass lediglich eine Frau pro geretteter Frau unnötig Chemo, Bestrahlung oder/und Operation erleiden muss. Der kritische Flügel sieht mit einer Cochrane-Metastudie mit insgesamt 600 000 Teilnehmerinnen, dass etwa fünf Frauen unnötig behandelt werden, um eine zu retten. Zehnmal so viele Frauen werden zudem unnötig in Todesangst versetzt, durch falsch-positive Resultate. Und damit oft schwer traumatisiert. Bitte, meine sehr verehrten Damen und Herren, erklären sie Ihren Österreicherinnen fair das Verhältnis von Nutzen und Schaden durch die Mammografie. Damit sie die Chance haben, für sich eine vernünftige Entscheidung zu treffen. Alles andere ist eine entsetzliche, durch nichts zu rechtfertigende Irreführung. Sich – und wenn auch nur für ein paar Tage – als potenzielle Todeskandidatin zu empfinden, - und das ist noch die beste allerdings auch häufigste der negativen Nebenwirkungen des Mammascreeings - traumatisiert viele Frauen dauerhaft. Ihre Resilienz, ihre psychische Widerstandskraft wird nachhaltig geschädigt. Ihre Kollegen in der Schweiz haben gerade von ihrer Expertenkommission die Empfehlung bekommen, das Mammascreeing nicht einzuführen. Guten Gewissens empfehlen kann man das – so sagte es der Onkologe und Präsident der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Prof. Ludwig - tatsächlich nur Frauen, die genetisch vorbelastet sind.

Um zu zeigen, wie - vorsichtig ausgedrückt: - problematisch das Nutzen-Schadensverhältnis der Krebsfrüherkennung allgemein ist, nicht nur bei der Mammografie, noch einige Grafiken aus der im BMJ veröffentlichten Arbeit mit dem Titel: „Stop Harming the Healthy“:

Sie sehen überall den gleichen Zusammenhang: Je intensiver nach Tumoren gesucht wird, desto mehr findet man. Schilddrüse, Haut, Niere, Brust, Prostata. Die Fallzahlen steigen, Operationen, Chemotherapie, Bestrahlungen ebenfalls. Aber eins ändert sich nicht: Die Mortalitätsraten bleiben praktisch gleich. Und die ganze Heerschaar der unnötig Früherkannten, die auch ohne screening nicht am Krebs gestorben wären, weil bei ihnen der Krebs im Leben nicht klinisch geworden wäre, oder weil er auch dann noch gut hätte behandelt werden können, wenn er klinisch geworden wäre, denen erklärt man, die Früherkennung hätte ihnen das Leben gerettet. Man muss allerdings leider davon ausgehen, dass die meisten Mediziner, die ihren Patienten diese Interpretation nahelegen, selbst die Zusammenhänge nicht verstehen. Verblendungszusammenhang.

Erlauben Sie, dass ich zum Schluss des Referats eine Passage aus meinem Buch vortrage, eine Geschichte, die ich bei einem Dreh an der RWTH Aachen erlebt habe. Weil ich gerne mit einem positiven Beispiel – auch wenn es etwas traurig ist - schließen möchte.

Aber lassen sie mich zuvor kurz rekapitulieren: wichtige Gründe für Überdiagnose und Übertherapie im Deutschen Gesundheitswesen: Neben der fehlenden Gewaltenteilung, der Ökonomisierung und der Früherkennung gibt es einen vierten wichtigen Grund für Überbehandlung von der die Menschen nicht profitieren.

## **Das Lebensende.**

In meinem Fernsehbeitrag geht es um die Arbeit auf einer Palliativ-Station. Meine Drehpartnerin ist die Leiterin der Station, Dr. Linda Bertram. Und die erklärte mir,

»Wir gehen jetzt zu einem Patienten in der Urologie. Der ist schwer krebskrank. Eine Aussicht auf Heilung hat er nicht. Wir haben im Moment auf unserer Station ein Bett frei. Ich will versuchen, ob wir ihn nicht zu uns holen

können«, erklärt mir die junge Ärztin auf dem Weg durch die technoid anmutenden Gänge des RWTH-Klinikums. Die behandelnden Ärzte hätten oft große Schwierigkeiten, ihre Patienten »gehen zu lassen«, sagt Frau Bertram. Viele könnten nicht akzeptieren, dass ihre Kunst Grenzen hat. Ich denke: Am Ende muss doch immer der Tod stehen und das hat nichts mit einem Versagen der Medizin zu tun. Das ist das natürliche Ende des Lebens, der Fluchtpunkt tödlicher Krankheiten. Sich am Ende immer noch dagegen zu stemmen ist sinnlos. Und anstrengend für Ärzte, Pfleger und vor allem für die Patienten.

Auf Station in der Urologie bittet Linda Bertram den Kameramann und mich, einen Moment vor der Tür zu warten. »Ich frage den Patienten, ob er einverstanden ist, dass Sie mit reinkommen. Aber ich kann mir nicht vorstellen, dass er was dagegen hat.«

In dem Einzelzimmer liegt ein hochbetagter Mann mit dünnem, weißem Haar. Er ist groß und muss einmal stattlich gewirkt haben. Jetzt, wo die Haut über seine Knochen spannt und die Augen tief in den Höhlen sitzen, wirkt er gebrechlich und hilflos. Er leidet sehr unter den Nebenwirkungen der Chemotherapie. Linda Bertram fragt den Patienten nach der Übelkeit, die ihm das Essen in den letzten Tagen unmöglich machte. Keine Besserung. Auch die letzte Änderung in der Medikation hat nichts gebracht. Nicht einmal Wasser trinken kann der Patient, ohne dass ihm übel wird. Flüssigkeit bekommt er per Infusion. Das hat zur Folge, dass sein Mund vollkommen ausgetrocknet ist, worunter er besonders leidet. Es kostet mich einige Anstrengung, die stimmlosen Worte zu verstehen, die er mühsam hervorbringt: »Solange dieser Mund so ausgetrocknet und versteint ist – der Mund ist ja regelrecht versteint –, so lange kann ich nichts essen.«

Linda Bertram weist den Bettlägerigen darauf hin, wie wichtig in seinem Fall die Mundpflege ist. Doch der sagt, dass er das entsprechende Gel schon anwende. Da empfiehlt Linda Bertram einen Trick: »Was ganz gut bei dieser Sache Abhilfe schafft: So kleine Eiswürfel lutschen ... Was mögen Sie denn gerne an Säften?« Der Patient überlegt kurz: »Am liebsten Champagner.«

Wer die Medizinerin und den Patienten in diesem Moment zusammen lachen sieht, kann kaum glauben, dass sich die Szene in einem Krankenzimmer abspielt, bei einem Tumorkranken, der keine Aussicht auf Heilung hat. Der Mann ist in seinem Leben weit herumgekommen. Er war im diplomatischen

Dienst, hatte – wie man so sagt – ein erfülltes Leben. Jetzt wirkt er in diesem Zimmer wie der Gefangene einer medizinischen Apparatur, die sich verselbständigt hat. Die ihn – auf Teufel komm raus – zu heilen versucht. Der behandelnde Urologe hatte noch an diesem Vormittag versucht, ihm Mut zu machen. Sogar von Heilung gesprochen! Doch der Patient sieht das anders, und das sagt er der Ärztin, die an seinem Bett sitzt und aufmerksam zuhört, mit ganz klaren Worten: »Aber ich gehe ja auch von meinem persönlichen Empfinden aus. Und da merke ich, es kann nicht gelingen.

– Es wäre schön wenn...«, er zögert, blickt der Ärztin hilfesuchend in die Augen, diese vervollständigt den Satz: »... aber Sie spüren, dass das anders sein wird.« »Das denke ich«, sagt der Patient und nickt. Er wirkt unmittelbar erleichtert. Seine angestregten Züge entspannen sich. Endlich ist da jemand, der mit ihm zusammen anerkennt, dass die Schlacht geschlagen ist. Der ihm signalisiert: Du kannst jetzt aufhören zu kämpfen. Komm zu uns unter den Mantel. Wir bergen dich, bis es zu Ende ist. Leider geschieht das viel zu selten und oft zu spät in unseren Krankenhäusern. Zu oft ringen heroische Mediziner bis zum bitteren Ende um das Leben von Patienten, die das längst nicht mehr wollen.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

*(Beim Vortrag wurden PPT-Folien verwendet, die hier nicht eingebaut sind! Wir danken Dr. Wittig für die das Redemanuskript!)*