



„Struktur- und Indikationsqualität als Maß der Leistungsplanung“

„Mir geht es um den Blick auf das große Ganze und auch um das, was die Rolle von uns Medizinern ausmacht“, sagt Prof. Dr. med. Sebastian Schellong, 1. Stellvertretender Vorsitzender der DGIM, bis Februar dieses Jahres Vorsitzender der DGIM und Präsident des 127. Internisten-Kongresses, der im April stattgefunden hat. Im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“ mahnt er eine „zukunftsfähige Strukturierung der Krankenhauslandschaft“ an, und wehrt sich dagegen, dass „wir uns derzeit in Deutschland keinen Wettbewerb um Qualität leisten wollen, sondern einen reinen Zerfleischungswettbewerb ohne Plan und Strategie installiert haben“. Sein Vorschlag: Struktur- und Indikationsqualität zum Maß einer ebenso nachhaltigen wie regionalen Leistungsplanung zu machen.

Im Interview: Prof.
Dr. med. Sebastian
Schellong, 1.
Stellvertretender
Vorsitzender der
DGIM

>> Herr Professor Schellong, Sie plädierten auf der Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) Anfang Februar mit dem spannenden Titel „Leistungen sinnvoller einsetzen, Ressourcen schützen – Was die Medizin von der Coronakrise lernen kann“ u.a. dafür, dass man jetzt genau überprüfen sollte, welche Leistungen, die in der Corona-Pandemie heruntergefahren wurden, tatsächlich für die Versorgung der Patienten gefehlt haben und welche Leistungen möglicherweise in Zukunft gar nicht mehr hochgefahren werden sollten. Ein recht mutiger Ansatz für einen Mediziner, der in einem kommunalen Krankenhaus tätig ist, das seit längerem und auch aktuell rote Zahlen schreibt.

Das aber nur deshalb, weil es sich in einem erheblichen Wettbewerb mit anderen Kliniken in der Region und in der Stadt befindet.

Die übliche Strategie von Krankenhäusern in einer derart schwierigen Lage ist es, erstens die Kosten zu senken und zweitens die Leistungen zu mehren. Wird das von Ihnen als Chefarzt verlangt?

Unbestreitbar. Das heißt indes nicht, dass ich mich damit abfinden muss und nicht darauf hinarbeiten könnte, dass sich das ändert. Ich bin ein beobachtender Zeitgenosse, der mit einer gewissen Unzufriedenheit mit der derzeitigen Situation die Ursachen dessen analysiert, was in so vielen guten Krankenhäusern wie dem unseren Defizite verursacht. Hier kommt man ganz schnell auf den Fakt, dass wir in Deutschland im internationalen Vergleich eine viel zu große Vorhaltung an Krankenhauskapazitäten haben. Allein deshalb verteilen sich die vorhandenen Mittel auf zu viele Leistungsanbieter und die Erbringung zu vieler Einzelleistungen, um die ein wahrer Verteilungskampf ausgebrochen ist.

Allein deshalb verteilen sich die vorhandenen Mittel auf zu viele Leistungsanbieter und die Erbringung zu vieler Einzelleistungen, um die ein wahrer Verteilungskampf ausgebrochen ist.

Was hat Sie veranlasst, in der DGIM-Pressekonferenz derart deutliche Worte zu wählen, die man eventuell als Nestbeschmutzung einordnen könnte?

Ich habe meine Rolle als Präsident des immerhin schon 127. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, der unter dem Titel „Von der Krise lernen“ stattfand, genutzt, um dieses Thema auf eine etwas größere Bühne zu heben – so verantwortungsbewusst, wie ich konnte (1). Ich bin weit davon entfernt, die Leistungen ärztlicher Kollegen oder gar meiner eigenen Klinik in Abrede stellen zu wollen oder in ihrer Qualität zu beschädigen, obwohl mir natürlich von einigen genau das vorgeworfen wurde. Das war nicht meine Absicht. Mir geht es um den Blick auf das große Ganze und auch um das, was die Rolle von uns Medizinern ausmacht.

Das wäre?

Wir Ärzte sollten wieder die Treuhänderfunktion der von der Soli-

dargemeinschaft der Versicherten aufgebracht Versicherungsbeiträge einnehmen dürfen.

Die Multimilliarden an Solidarbeiträgen scheinen jedoch dem System immer weniger zu genügen.

Wir sind in Deutschland im Vergleich zu vielen anderen Ländern in der ausgezeichneten Situation, dass das Versichertengeld der Solidargemeinschaft ausreichend zur Verfügung steht, auch wenn hier Corona einen kräftigen Impact erzeugt hat. Dennoch müssen wir

diese wertvolle finanzielle Ressource vor unkoordinierter Leistungserbringung schützen und vor allem vor Leistungen, die das aufgewandte Geld nicht wert sind. Die Amerikaner haben eine eigene Wissenschaft dafür: „Low-Value-Care“ beschäftigt sich mit medizinischen Leistungen, die einen geringen oder gar keinen Wert für die Patientenversorgung haben.

Deshalb haben Sie auf der DGIM-Pressekonferenz und der traditionsreichen Präsidentenrede (1) den Titel „Leistungen sinnvoller einsetzen, Ressourcen schützen“ gewählt.

Exakt. Die Forderung ist jedoch alles andere als trivial. Man muss schon sehr genau hinschauen, um genau jene Leistungen identifizieren zu können, die nicht so oder auch gar nicht sinnvoll sind, die aber trotzdem an unserer Ressource zehren. Das gelingt nur gemeinsam, wenn alle wichtigen Akteure im Gesundheitswesen mitmachen: die, die Rahmenbedingungen schaffen, die, die Krankenhauspläne schreiben und verhandeln und die Ärzte, die die Leistungen schließlich erbringen.

Wie kann man Messgrößen für „Low-Value-Care“ identifizieren?

Man nimmt am besten erst einmal jene, die auch in klinischen Studien angewandt werden. Hier gibt es ganz klare Messgrößen. Zum einen ist das der tatsächliche Outcome, gestaffelt vom ersten, härtesten Endpunkt – der Mortalität – über beispielsweise den Grad der Behinderung, die Höhe der Re-Hospitalisierungen und die Lebensqualität. Wenn man diese wichtigen Endpunkte klinischer Studien als Bemessungsgrundlage für verschiedene medizinische Leistungen nähme, könnte man sehr genau analysieren, was mit den angewandten Leistungsarten erreicht wurde und was nicht. Und zudem, welche günstigere Alternativen es gibt, die vielleicht dasselbe oder gar ein besseres Outcome bewirken. Wenn wir das hinbekommen, sind wir auf dem richtigen Weg.

Was wäre ein Beispiel für eine „Low-Value-Care“-Leistung?

Auf dem Kongress habe ich ein Fallbeispiel ausgeführt, das den Ansatz ziemlich gut erklärt. Dabei ging es um eine Patientin, die über Schwindel klagt und vom Hausarzt zunächst zu einem Facharzt zur Ultraschalluntersuchung der hirnversorgenden Arterien überwiesen wird. Dem liegt jedoch ein Denkfehler zugrunde, weil aus der Literatur bekannt ist, dass keine Veränderung der hirnzuführenden Arterien Schwindel verursacht, was beispielsweise mein Kollege Prof. Dr. Gerd Hasenfuß und ich in dem Paper „Weniger ist mehr in Kardiologie und Angiologie“ (2) dargestellt haben. Wenn man dennoch eine Ultraschalluntersuchung durchführt, wird man dabei fast zwangsläufig Befunde erheben, die womöglich die Patienten und versorgenden Ärzte

Qualität Annung“

in eine Kaskade weiterer Diagnostik und darauf folgender therapeutischer Bemühungen treiben. Diese haben dann mit den ursprünglichen Beschwerden des Patienten nichts mehr zu tun, stellen jedoch ein echtes Risiko dafür dar, Ressourcen zu verzehren, die im engeren medizinischen Sinne gar keine Indikation hatten.

Dennoch sehen auch Sie sich als Chefarzt genau diesem Zwang ausgesetzt, möglichst viele Leistungen erfüllen zu müssen.

Das Kernproblem ist der Wettbewerb, den man zur Basis des Systems gemacht hat. Wenn man tiefer bohrt, kommt man sofort zu den sich hier manifestierenden Partikularinteressen: Niedergelassene Ärzte haben ein Interesse daran, Leistungen zu erbringen, weil sie davon leben und für jede einzeln erbrachte Leistung honoriert werden. Ich verrate kein Geheimnis, wenn ich sage, dass gerade viele niedergelassene Fachärzte ihr Geld mit solchen „Low-Value“-Prozeduren verdienen. Aber auch Krankenhäuser und die hier tätigen Ärzte haben ihre Partikularinteressen und stehen mitverantwortlich vor der Aufgabe, im Wettbewerb zu bestehen. Dass alle hier Tätigen – besonders die Ärzte – das nicht wollen, steht auf einem anderen Blatt. Doch müssen sich leider zu viele Ärzte diversen Interessenlagen und Sachzwängen unterwerfen.

Wobei so ziemlich alle Sachzwänge auf eine Leistungsausweitung hinauslaufen, oder?

Genauer gesagt auf eine Leistungsmehrung. Weit sinnvoller wäre es, als Arzt die Freiheit zurückzubekommen, die für jede Aufgabe adäquate Leistung erbringen zu dürfen, statt sich dem Zwang beugen zu müssen, Leistungen erbringen zu müssen, nur weil sie viel Geld bringen. Diesem Trend will ich aktiv gegensteuern.

Wie kann dem gegengesteuert werden?

Nehmen wir den ganzen Sektor der Hausärzte und zudem den einiger Facharztgruppen wie die der Gynäkologen, Geburtshelfer und Augenärzte als gesetzt, weil diese in der Fläche einen ganz wichtigen und unverzichtbaren Versorgungsauftrag haben. Doch warum gibt es hierzulande beispielsweise niedergelassene Kardiologen, Gastroenterologen, Gefäßmediziner oder Endokrinologen? In anderen Ländern gibt es diese Facharztgruppen überhaupt nicht. Schon wenn man nach Holland fährt, findet man keinen einzigen davon.

Weil es keine dort keine doppelte Facharztschiene gibt.

Genau das ist eines der Probleme, das wir in Deutschland seit langer Zeit haben. Aber das ist noch nicht einmal das wichtigste.

Sondern?

Das ist das Thema der fehlenden, zukunftsfähigen Strukturierung der Krankenhauslandschaft. Doch beide Themen – die doppelte Facharztschiene wie die Krankenhausstruktur – haben eines gemeinsam: Sie sind in Deutschland nahezu sakrosankt.

Was wäre ein probater Ansatz?

Probates gibt es da nichts. Man muss sich von dem Gedanken verabschieden, dass solche Diskussionen – vor allem dann, wenn darauf konsequente Entscheidungen folgen – nicht weh tun werden. Man hat seit Jahren versucht – und das auch geschafft – alle Krankenhäuser in

Wettbewerb zueinander zu bringen. Das hat eben nicht dazu geführt, den Krankenhausmarkt zu bereinigen, sondern nur dazu, dass die Effizienz aller Krankenhäuser gestiegen ist, und immer mehr Leistungen erbracht werden. Das macht doch keinen Sinn!

Wie kann man das ändern?

Wenn man das Instrument des Wettbewerbs beibehalten will, muss man seitens der Politik bereit und mutig genug sein, den Wettbewerb so straff zu führen, dass sich einige Marktteilnehmer tatsächlich aus dem System abmelden. So wird die hierzulande immens hohe Zahl der Krankenhausvorhaltung nach und nach geringer und wird sich auf die verbleibenden Systempartner verteilen, die dann mit mehr Fällen und vor allem mehr Personal bessere Arbeit abliefern können. Das Problem des ökonomischen Konstrukts namens Wettbewerb ist, dass wir uns derzeit in Deutschland keinen Wettbewerb um Qualität leisten wollen, sondern einen reinen Zerfleischungswettbewerb ohne jedwede Planung installiert haben.

Was der aktuelle „Krankenhaus Rating Report“ bestätigt, befanden sich 2018 immerhin 13 Prozent der Krankenhäuser im „roten Bereich“ mit erhöhter Insolvenzgefahr.

Insolvenz kann nie und nimmer eine planvolle Systematisierung der Krankenhauslandschaft in einer Region ersetzen.

Eine zukunftsfähigere Art von Einflussnahme auf den Krankenhausmarkt wird derzeit von immer mehr Verbänden und Akteuren in sehr konstruktiver Art und Weise (s. MVF 04/21) zur Sprache gebracht, auch von einigen Parteien in ihren jeweiligen Bundestagswahlprogrammen.

Immer mehr Akteuren und politischen Willensbildnern wird klar, dass die Maxime – der freie Markt wird es schon richten – nicht funktioniert und uns in eine Sackgasse geführt hat, auch wenn das vielleicht am ehesten der freiheitlichen Verfasstheit unseres Landes entsprechen mag.

Und auf einmal prescht ein Bundesland vor.

Hut ab vor dem Bemühen in Nordrhein-Westfalen und dem dortigen Gesundheitsministerium unter Leitung von Minister Karl-Josef Laumann. Mit dem eben vorgestellten neuen Krankenhausplan sollen in NRW tatsächlich Kriterien für eine sinnvolle Strukturierung des gesamten Leistungsgeschehens für ein Bundesland entwickelt werden, in dem immerhin knapp 18 Millionen Menschen leben. Auch sollen die dort am Versorgungsgeschehen Teilnehmenden innerhalb sogenannter Leistungsgruppen verpflichtet werden, in eine Art von Systematisierung einzutreten und dort ihren Platz zu finden. Diesen Zukunftsansatz erst einmal zu formulieren und dann konsensfähig zu machen, ist extrem schwierig, da man vor allem die Position der stationären Leistungserbringer erheblich verändern müsste. Zugrunde liegt ein ausführliches Gutachten mit einer Analyse der Versorgungssituation in NRW, die aber der Systematik nach in allen Bundesländern angewandt werden könnte.

Ein guter Plan, scheint es.

Doch wohin man auch blickt, es kommt nur Gegenwind. Gegenwärtig wird der unter großen Mühen vom Ministerium erarbeitete Ent-

„Man muss sich von dem Gedanken verabschieden, dass solche Diskussionen – vor allem dann, wenn darauf konsequente Entscheidungen folgen – nicht weh tun werden.“

wurf in den Landtag eingebracht. Wer weiß, was am Ende dabei herauskommt, frei nach dem Motto: „Der Berg kreißte und gebar eine Maus.“ Es wäre wirklich tragisch, wenn sich so viele exzellente Leute so gute Gedanken gemacht haben, und dann am Ende doch wieder nur ein Minimalkonsens ohne viel Veränderung herauskommen sollte. Andererseits ist schon der Versuch an sich lobenswert, weil er dazu führt, dass man über Inhalte diskutiert und im Dialog nach und nach Widerstände abbauen kann.

Auf Basis welchen Bedarfs könnte ein solcher Plan verhandelt werden?

Das ist die große Frage. Stand heute kann man überhaupt nicht exakt bestimmen, welches Krankenhaus qua Bettenplanung sich aus der Bedarfsplanung zu verabschieden hat und welches nicht. Bei einem privaten Eigner eines Krankenhauses käme das zudem einer Enteignung gleich. Darum muss man – wie es das derzeit das Bundesland NRW dankenswerter Weise tut – das Experiment wagen, alle Leistungserbringer in ein sinnvolles und bedarfsgerechtes Konzept zu integrieren.

Dazu müsste man die Bedarfe doch erst einmal kennen.

Da sind wir bei einem systematischen Problem: Kein Bundesland kennt seinen wirklichen Versorgungsbedarf, weil im Prinzip alle auf eine Fortführung des Status quo setzen. Doch liegen seit längerem durchaus sinnvolle Vorschläge auf dem Tisch, sei es eine Spezialisierung von Leistungserbringung und Zentralisierung auf wenige Leistungserbringer.

Das hilft einem jedoch immer noch nicht, den wirklichen Bedarf zu erkennen ...

Doch führt das auf jeden Fall zu keiner weiteren Leistungsausweitung, sondern möglicherweise sogar zu einer Begrenzung der Leistungsmenge.

Kommt die nicht quasi von alleine? Wir haben doch während der Corona-Pandemie einen Schwund der Leistungsmenge erlebt, weil viele Patienten einfach weggeblieben sind.

Das ist durchaus eine große Chance für unser System. Corona ist nicht nur ein riesiges Sozialexperiment, sondern auch ein Prüfstein für unser gesamtes Gesundheitswesen, weil – ohne dass das irgendjemand strategisch gewollt hat – auf einmal Leistungsmengen zurückgefahren wurden, von denen man vorher gedacht hat, dass es ohne sie dramatische Probleme für die Gesundheit der Bevölkerung geben müsste.

Wäre es grobschlächtig zu sagen: Na bitte, geht doch?

Unsinnig wäre es, daraus automatisch den Schluss zu ziehen, dass man die zurückgefahrenen Leistungsmengen generell nicht mehr aufbauen sollte. Das ist ähnlich wie bei der Insolvenz von Krankenhä-



Prof. Dr. med. Sebastian Schellong

ist aktuell 1. Stellv. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V (DGIM) und war Präsident des 127. Internistenkongresses, der im April 2021 stattfand. Er ist zudem seit 2008 Chefarzt der 2. Medizinischen Klinik des Städtischen Klinikums Dresden. Schellong ist Facharzt für Innere Medizin, Angiologie und Hämostaseologie

ern: Der Zufall ist ein schlechter Strategie! Sinnvoller wäre ist, genau zu analysieren, welche Leistungen weniger und welche zu wenig erbracht worden sind. Und vor allen Dingen: Welche Folgen das für die Patienten gebracht hat. Das Ergebnis wird nach Leistungsart sehr unterschiedlich ausfallen und wird auch sicher nicht jedem gefallen.

Beispielsweise gibt es den durchaus verstörenden Befund des WIdO, dass die Akutvorstellung im Krankenhaus mit Herzinfarkt und Schlaganfall in der ersten Corona-Welle um über 30 Prozent zurückgegangen ist, sowie in der zweiten und dritten Welle immer noch um knapp 20 Prozent.

Das ist ein ernster Befund, um den man sich kümmern muss. Im zweiten Schritt muss man exakt evaluieren, wann und mit welchem Gesundheitsstatus mehr Patienten mit einer schweren Herzinsuffizienz vorstellig werden, einfach weil ihre Herzinfarkte nicht früh genug behandelt wurden. Weitere Fragen lauten: Haben wir mehr Arbeitsunfähigkeit? Mehr Erwerbsunfähigkeit durch Schlaganfälle, die nicht erkannt worden sind? Gibt es Leistungsminderungen von Patienten, die nicht rechtzeitig versorgt oder im Zweifel gar nicht versorgt worden sind? Aber auch: Was bedeutet das für die Ability, für die Alltagstauglichkeit der Patienten? All das wissen wir nicht.

Kann man das in Zukunft herausfinden?

Wir haben zum Beispiel aktuell ein ganz spannendes Projekt mit dem WIdO begonnen. In diesem Projekt soll zum einen die Versorgungssituation von Covid-19-Kranken erforscht werden, zum anderen aber – das ist für mich das noch spannendere Thema – was eigentlich in der Zeit mit den Nicht-Covid-Kranken, aber ansonsten Erkrankten passiert ist. Deren Daten laufen bei den Krankenkassen

zusammen und können im zeitlichen Verlauf einiger Jahre genau darstellen, was bestimmte Ausfälle von Leistungen im Verlauf von mehreren Jahren an schwereren Erkrankungsverläufen erzeugt hat. Leider kann auch das WIdO nur auf rund 40% der in Deutschland auftretenden Fälle zugreifen und dann hochrechnen, weil es hierzulande einfach noch keine nationale Forschungsdatenbank gibt.

Dann gibt es noch die spannende Gruppe der ambulant-sensitiven Leistungen. WIdO-Geschäftsführer Jürgen Klauber vermutet, dass „möglicherweise die Pandemie hier einen grundlegenden Strukturwandel in der Versorgung ambulant-sensitiver Fälle“ befördert.

Da hat er recht. Viele dieser Diagnosen führen in anderen Ländern gar nicht zur Krankenhausaufnahme, weil entweder in vielen Ländern die Kapazitäten fehlen oder solche Leistungsarten für nicht krankenhausbehandlungsbedürftig erachtet werden. Nur in Deutschland besteht ein wesentlicher Teil der stationären Fälle aus sogenannten ambulant-sensitiven Leistungen.

Zitationshinweis

Schellong, S., Roski, R., Stegmaier, P.: „Struktur- und Indikationsqualität als Maß der Leistungsplanung“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/21), S. 6-10. <http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2338>

Warum ist das so?

Das derzeitige System zwingt Krankenhäuser, auf dem ein oder anderen Weg zu hospitalisieren. Wenn jedoch ein Krankenhaus zu einem nicht unerheblichen Teil von „Low-Value“-Episoden lebt, sollte man sich fragen, ob das auch künftig so sein muss. Man sollte jedoch sehr genau darauf achten, welche Instrumente man in Anschlag bringt, um dies zu verhindern oder zumindest zu minimieren.

Wie etwa Mindestmengenregelungen.

Mindestmengen machen nur Sinn bei hochkomplexen Prozeduren, wie etwa Transplantationen oder Pankreasoperationen. Doch leider ist die wissenschaftliche Evidenz für Mindestmengen nicht so hoch, wie man sich das wünschen würde, wenn man das Instrument wirklich weiter schärfen wollte. Ich bin trotzdem weniger wegen des Outcomes, sondern mehr wegen der prozeduralen Vereinheitlichung dafür, vermehrt Mindestmengen zu formulieren.

Liegt es nicht auf der Hand, dass ein Krankenhaus, das 8 Pankreasoperationen im Jahr macht, weniger gut darauf vorbereitet sein wird als ein Krankenhaus, das 50 davon durchführt?

Das ist zum einen eine Frage der personellen wie technischen Vorhalteleistung, in die ein Krankenhaus investieren muss, um solche Fälle für den Patienten bestmöglich abwickeln zu können. Allein deshalb sind möglichst hohe Fallzahlen wichtige Parameter. Aber es ist zum anderen tatsächlich eine Frage des Behandlungsergebnisses und der Patientensicherheit.

In der seit 2011 begonnenen „Choosing-wisely“-Initiative aus Amerika gibt es eine Art „magisches Dreieck“, das die von Ihnen thematisierte Fehlentwicklung treibt.

Dieses „magische Dreieck“ hat drei Pole. Der eine ist der Patient, der andere der Arzt und der dritte das System. Daher muss man an allen drei Polen gleichzeitig ansetzen, wenn man versuchen will, eine Entwicklung zu steuern oder einer Fehlentwicklung gegenzusteuern.

Die DGIM hat die amerikanische Choosing-wisely-Initiative adaptiert und nennt das „Klug entscheiden“.

In dieser Initiative werden „Klug-entscheiden-Empfehlungen“ entwickelt und herausgegeben. Aktuell bin ich mit der Leitung der Konsensus-Kommission betraut worden, die diese „Klug-entscheiden-Empfehlungen“ nicht nur weiterentwickeln, sondern auch für eine bessere Bekanntheit und Verbreitung sorgen soll. Das ist eine sehr wichtige und unverzichtbare Tätigkeit, weil es die Ärzteschaft in ihrem Eigen- und Rollenverständnis tangiert. Viele Ärzte sind zurecht stolz auf das, was sie sich in einem langen, sehr fordernden Studium und einer langen Praxisphase erarbeitet haben.

Es fehlt immer noch die Stellschraube: Wäre das Pay for Performance bzw. per Outcome?

Ergebnisqualität zur Grundlage von Leistungsplanung zu machen, halte ich für einen Irrweg, weil Ergebnisqualität in der Medizin messen zu wollen, unendlich schwierig ist.

Was würde besser funktionieren?

Das wäre der Parameter der Strukturqualität, auf die seit kurzem viele Krankenkassen mit Macht setzen. Manche Kassen insistierten mit Hilfe des Medizinischen Diensts unter dem Rubrum der neuen Regulation durch das veränderte MDK-Gesetz darauf, dass erbrachte Leistungen nur noch dann vergütet werden, wenn Kliniken transpa-

rent machen, welche Strukturen dafür vorrätig gehalten worden sind.

Das klingt überaus sinnig.

Ich bin überzeugt von diesem Konzept, weil damit die Krankenkassen im Grunde nach etwas sehr Sinnvolles machen. Doch leider ist auch das noch keine regionale Leistungsplanung, wie ich sie fordere. Diese Art von Strukturqualität ist zwar ein ganz wichtiger Parameter. Doch sollte man ihn nicht dafür missbrauchen, Leistungserbringer, die vielleicht regional am besten eine bestimmte Funktion hätten erfüllen können, finanziell zu ruinieren. Zukunftsorientierter und für Patienten besser wäre es, die Struktur- und zudem die Indikationsqualität als Maß für eine ebenso nachhaltige wie regionale Leistungsplanung zu machen.

Sie sprechen die Indikationsqualität an – ein Beispiel?

Als Gefäßmediziner nehme ich eine Prozedur an der Hauptschlagader. Wenn an der Aorta ein Aneurysma entweder operiert oder heutzutage gestentet werden soll, handelt es sich dabei um eine höchstpreisige Prozedur, bei denen sich alle gefäßmedizinischen Abteilungen in einem extremen Konkurrenzkampf um Patienten und Zuweiser befinden. Wenn ein Aneurysma entweder operiert oder gestentet werden soll, ist das nach Leitlinie (3) jedoch nur dann indiziert, wenn der Durchmesser der Hauptschlagader mehr als 55 Millimeter an der weitesten Stelle beträgt. Ich fände es sinnvoll, wenn sich der Medizinische Dienst vor der Vergütung des Eingriffs das entsprechende CT zeigen lässt, ob die Maßzahl eingehalten wurde.

Wo bleibt der Grundsatz „not to harm“?

Aus dem Grunde wurde schon 2019 von der DGIM das Manifest „Medizin vor Ökonomie“ (4) verfasst. In diesem Ärzte-Kodex wurde unser aller Unbehagen formuliert, dass der überbordende Wettbewerb der Leistungserbringung und der Zwang zur Leistungsmehrung nach und nach die Indikationsqualität verschlechtert, weil Ärzte genötigt werden, Indikationen – ich drücke das vorsichtig aus – zu dehnen; auf dem letzten Chirurgenkongress war die Rede von „Indikationen beugen“. Viele Ärzte wie ich wollen so etwas nicht mitmachen, weil wir uns unseren Patienten und eben dem Grundsatz „not to harm“ verpflichtet fühlen.

Wie lautet Ihre Kernforderung?

Der schiere Mengenwettbewerb muss raus aus dem System. Der Mengenwettbewerb ist omnipräsent und allen Leistungserbringern quasi eingraviert. Wenn davon fabuliert wird, der Markt würde alles regeln, tut er das eben nicht: Wenn es dem Markt freigestellt wird, sich selbst zu regeln, kommt nur Menge und Leistungsausweitung dabei raus. Sinniger wäre es, übergeordnet die Leistungsmenge zu steuern – zum einen medizinisch begründbar, zum anderen regional abgestimmt. <<

Das Gespräch führten MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Literatur

- 1) <https://www.youtube.com/watch?v=mYX53vCqqc&t=2s>
- 2) Hasenfuß, G., Schellong, S.: „Weniger ist mehr in Kardiologie und Angiologie“; Internist 62, 379–384 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00108-021-00982-6>
- 3) https://leitlinien.dgk.org/files/31_2014_pocket_leitlinien_aortenerkrankungen.pdf
- 4) <https://www.dgim.de/veroeffentlichungen/aerzte-codex/>