

Thomas F. Lüscher

Klinik für Kardiologie, HerzkreislaufZentrum,  
UniversitätsSpital, Zürich

# «Ist die Medizin ein Business?»<sup>1</sup>

## Die Anfänge des Heilens: Zuwendung und Selbstlosigkeit

Im Altertum mahnte Hippokrates zur Vorsicht: *Primum nil nocere* – als die Medizin wenig zu bieten hatte, ging es um Beistand und Linderung von Schmerz und Leid; bei Behandlungen musste zunächst Schaden verhindert werden. Über die Jahrhunderte haben sich die Möglichkeiten der Medizin vorerst zaghaft, dann fast schon berauschend erweitert: nach dem Lindern kam das Heilen. Heilen gelang der Medizin bei Infektionen, dann bei Verletzungen und Unfällen. Hygiene und Impfung bewahrten uns vor den Geisseln der Menschheit, zunächst vor der Pest, dann vor den Pocken, der Kinderlähmung, Masern, Diphtherie und Röteln. Die Schwindsucht, die vielen, nicht zuletzt den Besten, von Chopin bis Kafka, zum Verhängnis wurde, war ein heilbares Leiden geworden, eine Pneumonie ist dank Penicillin heute kaum mehr der Rede wert. Bei chronischen Erkrankungen, welche uns nun beschäftigen, Leiden wie hoher Blutdruck, Dyslipidämie, Diabetes mellitus, Arteriosklerose und Herzschwäche, dann auch die Osteoporose und Arthrose, ist die Wirkung vieler medizinischer Massnahmen nicht unbedeutend, aber meist nur vorübergehend: Heilung ist nicht zu haben, lebenslange Behandlungen sind angesagt. Dennoch ist der Leistungsausweis der Medizin mittlerweile beeindruckend und das Ansehen, das ihr – trotz aller Kritik – zukommt, entsprechend hoch.

Seit dem barmherzigen Samariter gehörte die Selbstlosigkeit zwingend zum Heiler und Mediziner. Vom guten Arzt wurde – und wird weiterhin – erwartet, dass er im Sinne des Patienten handelt, dass er für jeden Leidenden das Beste im Auge hat. Dass er mit seiner Hingabe zum Leidenden nebenbei seinen Lebensunterhalt bestritt, wurde hingenommen, sein Einkommen galt grundsätzlich als verdient. Sein Ansehen aber nährte sich aus der Zuwendung an den Nächsten, aus seiner anhaltenden Verfügbarkeit und nicht an seinem ökonomischen Erfolg. Auch Gewissenhaftig-

keit und Umsicht in der Verwendung und Ehrlichkeit in der Beurteilung medizinischer Massnahmen gehörten zum guten Arzt.

Mit der wissenschaftlich begründeten Medizin kamen die Zahlen dazu, die Aufschluss über Nutzen, Schaden und Kosten ärztlicher Untersuchungen und Eingriffe gaben. Die Evidenz-basierte Medizin führte dieses Anliegen noch etwas weiter und machte über das Internet Daten von Tausenden von Patienten zugänglich, welche die *Numbers-needed-to-treat*, die *Numbers-needed-to-harm* akkurat verfügbar machten. Dennoch bleiben die Veröffentlichungen eigener Ergebnisse medizinischer Zentren bedeutsam, da sie Aufschluss über die medizinische Qualität bestimmter Ärzte oder Teams geben und zudem Einblick in die breite Verwendung spezifischer Untersuchungen und Eingriffe, über die strengen Einschlusskriterien wissenschaftlicher Studien hinaus, vermitteln.

## Preis und Wert

Im letzten Jahrhundert wurden mit der Technisierung der Medizin erstmals auch Ärzte zu Grossverdienern: zum Ansehen kam das Geld. Zunächst war dies nicht völlig unberechtigt. Wieso sollte beispielsweise Åke Senning, der die Herzchirurgie mitgestaltete, weniger verdienen als ein Direktor einer Bank? Wieso sollte sich Maurice Müller, der die orthopädische Chirurgie revolutionierte, sich nur mit einem Beamtenalär begnügen? Auch der Allgemeinmediziner wollte für seinen Einsatz, für seine Dienste und seine Kompetenz eine angemessene Vergütung mit nach Hause nehmen.

<sup>1</sup> Die Aussagen dieses Beitrages geben ausschliesslich die Ansichten des Autors wieder und nicht diejenigen der Redaktion als solcher.

Es besteht kein finanzieller Interessenkonflikt.

Korrespondenz:  
Prof. Thomas F. Lüscher  
Direktor, Klinik für Kardiologie  
HerzkreislaufZentrum  
UniversitätsSpital  
Rämistr. 100  
CH-8091 Zürich  
E-Mail: cardiottf@gmx.ch

Doch die Entwicklung ging weiter: In den letzten Jahrzehnten begannen die Manager die Spitäler zu übernehmen und, zumal in privaten Institutionen, diese zu Profitzentren auszubauen. Seither verdrängen glanzvolle Prospekte die wissenschaftliche Dokumentation, der akademische Geist musste zunehmend dem Businessplan weichen. In jüngster Zeit wurde auch ein weiteres Tabu gebrochen: Reklame in der Medizin. Seither lesen wir im Tram, in der Zeitung von der Kompetenz medizinischer Zentren, erfahren in Fernsehspots, wo man sich im Notfall hinzuwenden hat – kurz: *public relations* machen sich auch in der Medizin daran, die Kommunikation zu beherrschen. *Branding* ist heute, was früher der Ruf grosser Ärzte war. Was die Privatanbieter vormachen, beeindruckt zunehmend auch staatliche Institutionen. Nur was rentiert, zählt. Und gewiss: warum soll, was die Wirtschaft erstritt, nicht für die Heilkunst gelten?

Mag sein, dass diese Entwicklung als Ausdruck des siegreichen Kapitalismus, der sich nach dem Fall der Berliner Mauer schrankenlos durchzusetzen wusste, hinzunehmen ist – die Umwertung der Werte scheint unaufhaltbar. Ohne Zweifel haben auch die steigenden Kosten, die Probleme bei der Finanzierung berufener Samariter und Heiler, ihre steigenden Möglichkeiten, sicher aber auch die Aussichten auf einem satten Gewinn, zumindest in einigen Bereichen, die Betriebswirtschaftler und Manager auf den Plan gerufen. Soweit ist alles verständlich, ja, entbehrt nicht der ökonomischen Logik – dennoch stellt sich die Frage nach Wert und Mass. Gereicht diese Entwicklung der Medizin zum Guten oder handelt es sich hier um Abwege, die es zu bekämpfen gilt? Was Rousseau im Jahre 1749 in seinem berühmten Essay [1] mit Bezug auf die kulturelle Entwicklung des Menschen in Frage stellte, gilt auf neue Weise auch hier: Hat die Entwicklung der Wirtschaft zur Veredelung oder zum Verderbnis der Sitten in der Medizin beigetragen?

### Segen des Wettbewerbs

Gewiss, wir erinnern uns: die liberale Marktwirtschaft hat gezeigt, dass Konkurrenz die Qualität von Dienstleistungen und Waren verbessert. Dies gilt wohl auch für die Medizin. In der Tat hat die Satttheit staatlicher Institutionen, welche lange Zeit ein Monopol innehatten und sich nicht um die Zufriedenheit ihrer Kunden zu kümmern brauchten, die Qualität der Dienstleistungen nicht gefördert. Diese

Zustände haben der Privatwirtschaft auch in der Medizin zu ihrem Recht verholfen. Die Freundlichkeit der Disponentinnen und Journalisten, die Eilfertigkeit der Planer und Sekretärinnen, wie auch die Servicebereitschaft der verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte selber, haben mit der Konkurrenz gewiss deutlich zugenommen. Während sich die alten Chefs noch Ausfälle gegen weniger geschätzte Kollegen und eine schroffe Ablehnung fraglicher Zuweisungen leisten konnten, gilt heute das Prinzip der Kundenorientiertheit – soweit, so gut.

Hat aber diese Entwicklung auch die Medizin selbst verbessert? Zu betrachten gilt es in diesem Zusammenhang nicht die Eilfertigkeit und Freundlichkeit der Telefonistinnen, nicht die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit der Ärzte, auch nicht die Einrichtung der Krankenzimmer und die Leistungen der Hotellerie, sondern die medizinische Seite der Medaille: wird das Verfügbare auch sinnvoll verwendet? Sind die Ergebnisse der Untersuchungen und Interventionen so gut, wie sie sein könnten? Kann sich das ärztliche Tun eines Zentrums mit den Besten messen?

Im Zeitalter glänzender Prospekte haben wir uns daran gewöhnt, den Schein für die Wirklichkeit zu halten. Was aber die Broschüren, die uns nun täglich erreichen, meist verschweigen, sind die Art und die Ergebnisse ärztlichen Handelns: Werden die Patienten nach den Prinzipien Evidenz-basierter Medizin behandelt? Werden die therapeutischen Zielwerte erreicht? Sind die tätigen Ärzte für ihre Eingriffe optimal ausgebildet und auch genügend erfahren? Ist die Komplikationsrate der Untersuchungen und Eingriffe so gering, wie sie sein könnte? Solche Daten sind bis heute meist nur in Publikationen grosser Zentren verfügbar, und auch da könnte sicher die Qualitätskontrolle noch verbessert werden. Was in den USA und nun auch in England im Internet für jeden verfügbar ist [2], nämlich Mortalitätsraten von Eingriffen in bestimmten Zentren, ja in gewissen Portalen auch die Komplikationsraten einzelner Ärzte und Chirurgen, ist in der Schweiz nicht einmal für Behörden oder Fachgesellschaften einsehbar, geschweige denn für den interessierten Patienten. Die Fachpresse, welche die Ergebnisse von Eingriffen und Untersuchungen einzelner Zentren veröffentlicht – sofern sie auch erhoben werden –, ist zwar zugänglich, jedoch beschränkt. Während in unserem Land universitäre Institutionen häufig Dissertationen und Arbeiten ihrer Assistenten mit Indikationen, Ergebnissen und Verläufen nach Eingriffen der medizinischen Literatur verfügbar ma-

chen, trifft dies von – löblichen Ausnahmen abgesehen [3] – nur für wenige kleinere Spitäler und Privatanbieter zu.

### Small is beautiful

Es überrascht nicht, dass die Rentabilität moderner Medizin, zumal in der Orthopädie, Kardiologie, Gynäkologie und anderen operativen Fächern (welche einen ansprechenden Gewinn versprechen), zu einem beeindruckenden Wachstum von, wie wir in diesen Fällen immer hören, Kompetenzzentren geführt hat: Wir lesen von Brustzentren, Herzzentren, Lungenzentren, ja Gesundheitszentren – und sind beeindruckt. In der Kardiologie beispielsweise weist die Schweiz mit Stolz 27 interventionelle Zentren für 7,5 Millionen Bürger aus [4] – ohne Zweifel ein Rekord. Für 15 Millionen Einwohner leistet sich Holland nur gerade mal 10 Zentren. Sicher mag man einwenden, dass dies zunächst einmal nichts weiter besagt. Ja, der Zugang zu medizinischen Leistungen ist in der Schweiz dadurch sicher besser als in anderen Ländern. Und gewiss, auch Weniges kann seriös und gut gemacht werden. Allerdings stehen uns Untersuchungen zur Verfügung, welche einen engen Zusammenhang von Patientenvolumen und Ergebnisqualität bei koronaren Untersuchungen und Eingriffen belegen [5]. Gleiches gilt für die Implantation von Geräten, von den Schrittmachern bis zu den Defibrillatoren.

Entsprechendes lässt sich für die Darmchirurgie sagen [6]: Während die Skandinavier die Zentren, welche Kolonkarzinome operieren dürfen, beschränkten, gedeihen in der Schweiz chirurgische Kompetenzzentren scheinbar unbegrenzt. Dies, obschon auch hier ein Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Ergebnisqualität wissenschaftlich belegt ist; so wird die Häufigkeit von Rezidiven direkt von den Fallzahlen des behandelnden Chirurgen bestimmt [7].

Man mag einwenden, dass der Kunde – sprich Patient – genau dies will. Ja in der Schweiz werden kleine Zentren bevorzugt: *Small is beautiful*. In einem Land, das die Kleinheit schätzt, ja zu seinem Markenzeichen erhob, gedeihen Zentren mit kleinem Volumen besonders gut. Auch die Politiker wollen den Service vor Ort für ihre Wähler, der Patient schätzt nicht ohne Grund die Hotellerie sowie die persönliche Atmosphäre, Patientenaufkommen wie Ergebnisse werden ausgeblendet.

### Ein «conflict of interest» der neuen Art

Ein weiterer Aspekt muss uns nachdenklich stimmen: Gewiss, Konkurrenz tut uns allen gut – und hat letztlich unsere Bemühungen verbessert. Und gerade akademische Zentren haben dadurch gelernt. Doch gibt es einen Schwellenwert der Konkurrenz, nach welchem vernünftige Medizin sich nicht mehr praktizieren lässt? Gibt es wie in der Physiologie eine Dosis-Antwort-Kurve von Qualität und Konkurrenz, die bei zuviel des Guten plötzlich wieder nach unten zeigt?

Ohne Zweifel gehört zum guten Arzt nicht nur die Zuwendung und das Können; genauso bedeutend ist das Nein-Sagen, der Verzicht auf einen Eingriff von fraglichem Nutzen, auch wenn er begehrt wird; das Zurückstellen einer teuren und wenig sinnvollen Untersuchung oder Therapie zum Wohle des Patienten wie auch des Gesundheitssystems als Ganzem. Wenn der Patientenstrom hält, was sich der Arzt verspricht, ist dies gewiss gegeben – und die bisherige Leistung unserer Medizin unterstützt diese Einschätzung durchaus. Lässt sich dies aber umsetzen, wenn der Kampf um Patienten – wie es sich abzeichnet – verbissen wird, der Zustrom nicht dem Bussinessplan entspricht? Entsteht hier nicht ein «*conflict of interest*» der neuen Art? Wenn der Arzt einen Businessplan in seinem Rücken spürt, wenn der Manager täglich nach seinen Einkünften fragt, bei rückläufigen Zahlen fordernd auf die Schulter pocht, kann sich dann Evidenzbasierte Medizin überhaupt noch durchsetzen? Kann der gute Arzt dann noch angemessen handeln?

Die Überversorgung droht uns alle zu verführen: Der viel, zu viel, behandelte Patient wiegt sich leicht in Sicherheit, wähnt sich besonders umsorgt, glaubt, das Beste zu erhalten – zumindest lässt sich die Sache so verkaufen. Im Grunde ist sich aber der Patient weder der Kosten noch des Nutzens voll bewusst, denn er bezahlt nicht selbst. Er überlässt sich dem Ratschlag seines Betreuers, sei er von Umsicht oder Gewinnsucht getragen. Vom Risiko erfährt er sowieso kaum, die Zahlen des Zentrums, die Erfahrung seines Arztes bleiben ihm verschlossen.

Die Medizin ist technisch, hochtechnisch geworden – und diese Entwicklung ist Teil ihres Erfolgs. Dennoch bleibt das Anliegen, mit der Innovation kritisch umzugehen für eine Evidenzbasierte, somit wissenschaftlich begründete Medizin zentral. Neue Technik darf nicht zum «*public relations*»-Instrument ver-

kommen, soll kritisch erprobt, umsichtig eingesetzt und nicht bloss öffentlichkeitswirksam vermarktet werden [8, 9]. Gewinn ist kein guter Ratgeber für den Arzt: weder für seine Patienten noch sein Fach.

### Ungeliebtes und Unrentables

Doch gilt es Weiteres zu beachten. Nicht alles, was die Medizin heute bietet, ist auch rentabel: Komplexe Fälle, alte Patienten, kontemplative Fächer, Aus- und Weiterbildung und Forschung sind in dieser Welt des unmittelbaren Gewinns nicht zu Hause. Selbst in akademischen Häusern kommt das Unrentable unter Druck; die Politik, die die Haushalte der meisten Spitäler bestimmt, wird vom gleichen Geist erfasst. Allgemeinpatienten werden im heutigen Verrechnungssystem zur Belastung, unerfahrene Assistenten vermindern, wie man hört, die Effizienz des Betriebs und Forschung droht zu einer Grille zu werden, die man, wenn überhaupt, ausserhalb der Arbeitszeit zu verrichten hat. Kurz: das Budget wird zur Beurteilungsgrundlage von allem und jedem.

Dabei ist letztlich den meisten klar: die Assistenten von heute sind die Ärzte von morgen, ihre Weiterbildung ist Voraussetzung für eine anhaltend gute Medizin. Fallen Weiterbildungsstellen dem Spardruck oder dem Renditedenken zum Opfer, werden die Folgen erheblich sein. Spitalärzte sind kein Ersatz für motivierte und fragende Nachwuchskräfte. Ohne sie ist eine anhaltende Erneuerung von Spitälern nicht gegeben.

Die Forschung ist die Medizin der Zukunft, ohne sie erstarrt die Heilkunst, sinkt Ansehen und Prestige des ganzen Fachs. Wird sie durch Budgets und Renditedenken bedrängt, ist schliesslich auch die Innovation als solche bedroht. Auch Innovation bringt zuletzt Rendite, nur stellt sich die Ernte später ein. Die Entwicklung der Ballondilatation durch Grüntzig, künstliche Gelenke in der Orthopädie und heute neue Medikamente bei Paraplegie und anderen Leiden sind nur einige Beispiele dieser Art. Schliesslich wollen auch unrentable Leiden behandelt sein, auch wenn sie heute im *Marketing* der Manager fehlen. Wenn Jahresberichte mehr Operationen vermelden, als gesamthaft behandelte Patienten [5], dann liegt entweder eine ausgeprägte Selektion von rentablen Leiden und Patienten vor oder – vielleicht auch – ein *conflict of interest* der neuen Art.

### Berechtigtes

Sicherlich täte eine weitere Öffnung des Marktes in gewissen Bereichen unserem Gesundheitssystem gut: In der Schweiz gibt es – von Privatversicherten abgesehen – keinen nationalen Markt, die Kantonalisierung, wie sie das Krankenversicherungsgesetz (KVG) zementierte, sorgt für eine Beschränkung des Wettbewerbs, die Spitallisten der Versicherer tun das Ihre. Auch diese Struktur unseres Gesundheitswesens trug zur enormen Spitaldichte und in ihrer Folge zur Überversorgung mit spezialisierten Zentren bei, wie sie sich andere Länder nicht mehr leisten. Das medizinische Angebot hat – vor allem in den Grossagglomerationen von Zürich, Basel, Bern, Lausanne und Genf – in einem schwindelerregenden Ausmass zugenommen, das nachdenklich stimmt. Selbst der Nationalrat hat über diesen Aspekt des KVG nachgedacht, die Auswirkungen der Debatte sind aber noch unbekannt. Eine freie Arztwahl über die Kantons Grenzen hinweg wäre aber sicher zu begrüessen.

### The bottom line ...

Kehren wir zur anfangs gestellten Frage zurück: Wenn wir wie Rousseau im Jahre 1749 in seinem berühmten Essay [1] die Auswirkungen wirtschaftlichen Denkens auf die Medizin der heutigen Tage zu beurteilen hätten, was könnten wir sagen? Hat der Geist des Kapitalismus zur Veredelung oder zum Verderbnis der Sitten in der Medizin beigetragen? Wir wollen nicht mit Rousseau ein *retour à la nature* fordern, das wäre naiv und blind. Der Wettbewerb hat uns alle beflügelt und die Medizin verbessert. Dennoch wollen wir ein un gutes Gefühl nicht verhehlen, dass der gute Arzt im heutigen Umfeld nicht wie früher gedeiht – Überversorgung, *public relations*, Reklame, ja der Kampf um Patienten haben die Lage überspannt. Gewiss, auch die Medizin kann sich heute der Frage ihrer Finanzierung nicht entziehen, insofern sind marktwirtschaftliche Massnahmen nützlich. In einem Fach aber, in dem es zuletzt auch um Zuwendung, um die Sorge um den Patienten und nicht bloss um das Rentable geht, kann das marktwirtschaftliche Denken alleine nicht leitend sein. Ja, eine einseitige Ausrichtung auf den Gewinn bedroht das Eigentliche unseres Fachs: Zuwendung für alle, Sorge um den Nachwuchs und Gestaltung unseres Wissens.

## Literatur

- 1 Jean-Jacques Rousseau: Abhandlung über die von der Akademie zu Dijon gestellte Frage, ob die Wiederherstellung der Wissenschaften und Künste zur Läuterung der Sitten beigetragen habe. In: Sozialphilosophische und politische Schriften. Düsseldorf, Zürich: Artemis und Winkler Verlag; 1996. S. 11.
- 2 Siehe [www.cad.org.uk/congenital](http://www.cad.org.uk/congenital) und European Perspectives. *Circulation*. 2007;115:f73–5.
- 3 Egloff L, Matthews F, Ritter M, Laske A, Kunz M, Siebenmann R. Chirurgie der degenerativen Mitralsuffizienz – auch beim asymptomatischen Patienten? *Kardiovaskuläre Medizin*. 2007;10(11):356–65.
- 4 Maeder MT, Stauffer JC, Windecker S, Pedrazzini G, Vuillomenet A, Rickli H. Interventional cardiology in Switzerland during the year 2005. *Kardiovaskuläre Medizin*. 2007;10(3):92–100.
- 5 Moscucci M, Share D, Smith D, O'Donnell MJ, Riba A, McNamara R, et al. Relationship between operator volume and adverse outcome in contemporary percutaneous coronary intervention practice. *J Am Coll Cardiol*. 2005;46:625–32.
- 6 Fey MF. Privatklinikgruppe Hirslanden. Jahresbericht 2006 – ein paar kritische Kommentare. *Schweiz. Ärztezeitung*. 2007;88:1309–11.
- 7 Hermanek P, Wiebelt H, Staimmer D, Riedl S. Prognostic factors of rectum carcinoma – experience of the German Multicentre Study SGCRC. *Tumori*. 1995;81(Suppl.3):60–4.
- 8 Pappone C, Vicedomini G, Manguso F, Gugliotta F, Mazzone P, Gulletta S, et al. Robotic magnetic navigation for atrial fibrillation ablation. *J Am Coll Cardiol*. 2006;47:1390–1400.
- 9 Di Biase L, Fahmy TS, Patel D, Bai R, Civello K, Wazni OM, et al. Remote magnetic navigation: human experience in pulmonary vein ablation. *J Am Coll Cardiol*. 2007;50:868–74.