

Geldgier, Habsucht, Korruption

Chirurg packt aus: Das sind die sieben Todsünden der modernen Medizin

27.03.2014



dpa/Ralf Hirschberger Im Gesundheitssystem läuft einiges schief, kritisiert der Chirurg und Buchautor Michael Imhof

Das Patientenwohl steht nicht mehr im Fokus, die Gesundheit verkommt zum Geschäftsmodell. In der modernen Medizin läuft einiges schief, findet der Chirurg Michael Imhof. Doch es gibt noch eine schlimmere Mediziner-Sünde: Geldgier

Die Todsünden Trägheit, Völlerei und Wollust sind nicht mehr zeitgemäß. Selbst Hochmut, Neid und Zorn haben mittlerweile ausgedient. Was bleibt, ist die Habgier – auch im Gesundheitswesen.

Die Vorwürfe lauten: Der Profit steht vor dem Wohl des Patienten. Ärzte und Pharmafirmen erfinden neue Krankheiten, um selbst an Gesunden noch Geld zu verdienen. In korrupten Verträgen schmieden sie ein Netzwerk, in dem sie sich gegenseitig Patientenströme zuschieben und betreiben Handel mit der Gesundheit.

Habgier im Gesundheitssystem – eine Todsünde, findet zumindest Michael Imhof, Chirurg an der Uniklinik Würzburg. In seinem Buch „Eidesbruch – Ärzte, Geschäftemacher und die verlorene Würde des Patienten“ definiert er die sieben Todsünden neu und geht mit der modernen Medizin ins Gericht.

Sünde 1: Die Kommerzialisierung von Krankheit und Leiden

Die Wirtschaftlichkeit rückt im Gesundheitswesen immer mehr in den Vordergrund, Krankheit und Leiden treten in den Hintergrund, kritisiert Michael Imhof in seinem Buch. Zwar gaukelten Werbebotschaften wie „Wir helfen Ihnen gerne“ dem Patienten Vertrauen

und fachliche Qualität der Behandlung vor. In Wirklichkeit könnten Patienten aus verschiedenen Angeboten aber nicht das für sie beste auswählen.

Ein grundlegendes Umdenken in Krankenhäusern brachte im Jahr 2004 die Einführung der Fallpauschalen (DRG-Katalog). Anstelle von Tagessätzen verdienen Krankenhäuser seitdem überwiegend mit einzelnen Diagnosen. Seitdem haben sich die Verweildauern in Kliniken jährlich um durchschnittliche 2,2 Prozent auf mittlerweile 6,82 Tage im Jahr 2010 verkürzt. Patienten, die noch nicht vollständig genesen sind, werden frühzeitig nach Hause geschickt.

Hüftoperationen sind rentabel

Auf der anderen Seite lässt sich ein Trend zu Behandlungen mit höheren Sachkosten feststellen. Hüft- und Bandscheibenoperationen oder Eingriffe am Kniegelenk haben in den letzten Jahren stark zugenommen. Den Grund sieht Imhof nicht nur in der älter werdenden Gesellschaft, sondern auch in den Fallpauschalen: Knapp 7000 Euro beträgt die Pauschale gemäß DRG-Katalog, die ein Krankenhaus für Hüftoperationen abrechnen kann. Für Bandscheibenoperationen bekommen Ärzte im Schnitt rund 6600 Euro. 200 000 künstliche Hüftgelenke setzen Chirurgen in Deutschland jährlich ein. In allen anderen europäischen Ländern sind es insgesamt gerade einmal rund 300 000 künstliche Hüftgelenke im Jahr.

Für „teure“ Patienten müssen Ärzte dagegen immer häufiger kämpfen, damit sie die entsprechende Behandlung erhalten. „Es wird eben nur noch das getan, was sich rechnet“, ärgert sich Imhof. „Es ist ein unwürdiges und makabres Spiel, dass Ärzte und Geschäftsführer mittlerweile darum feilschen, wie viele ‚unrentable Patienten‘ noch stationär aufgenommen werden dürfen.“

Sünde 2: Die Geldgier der Pharmaunternehmen

Pharmaunternehmen geben für ihr Marketing etwa doppelt so viel aus wie für die Forschung. Diese hohen Marketingkosten müssen sie an anderer Stelle wieder reinholen, schreibt Imhof in seinem Buch "Eidesbruch". Das sei ein Grund, weshalb Medikamente in Deutschland deutlich teurer als in vielen anderen Ländern seien. Zum Beispiel für den Wirkstoff Acetylsalicylsäure. Das Institut für Medizinische Statistik (IMS) hat errechnet, dass der jährliche Pro-Kopf-Verbrauch an Schmerzmitteln in Deutschland bei 50 Tabletten liegt. In Frankreich und Skandinavien ist der Verbrauch mit etwa 150 Einzeldosen pro Kopf im Jahr fast dreimal so hoch.

Kein Wunder, denn während in England eine Aspirin-Tablette etwa zwei Cent kostet, müssen Deutsche pro Tablette 20 Cent auf den Tisch legen. Noch krasser fallen die Preisunterschiede bei Rheuma- oder Krebspräparaten aus, berichtet Imhof. 30 Tabletten des Krebspräparats Glivec kosteten demnach in Deutschland etwa 3500 Euro, in Schweden nur 2400 Euro. Der Preisunterschied für das Rheumamittel Humira beträgt zwischen Deutschland und Schweden sogar 67 Prozent. Imhof kritisiert: „Bis heute diktieren die Hersteller für patentgeschützte Präparate den Krankenkassen die Preise.“

Gegen jede Reform

Auch Apotheken können sich von dem Preispush nicht freimachen. Ein Fall dreister Abzocke sorgte vor wenigen Jahren für Furore: Apotheken hatten sich über Pharmagroßhändler im Ausland die Bestandteile für verschiedene Krebsmedikamente zu Tiefstpreisen verschafft und die selbst hergestellten Medikamente in Deutschland zu den üblichen Sätzen abgerechnet.

Peter Sawicki, ehemaliger Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) rechnete im Jahr 2009 vor: „Wenn man davon ausgeht, dass wir dreißig Prozent höhere Preise haben im Vergleich zum Europäischen Ausland, dann könnten bei Preisanpassung etwa fünf Milliarden pro Jahr eingespart werden.“ Bislang hat es die Pharmaindustrie jedoch immer geschafft, allen Reformbemühungen gegen überbewertete Arzneimittel entgegenzuwirken, Sawicki wurde ebenfalls Opfer. Im Januar 2010 entließ ihn das IQWiG als Leiter - auf Forderung diverser Regierungspolitiker. Sawicki hatte zuvor zahlreiche Arzneimittel negativ bewertet und damit Pharmakonzerne um Millioneneinnahmen gebracht.

Sünde 3: Die Habsucht der Ärzte

In immer mehr Praxen igelt es. Das beginne oft schon im Wartezimmer, wo die Augen auf werbewirksame Ankündigungen an den Wänden fallen, in denen für dieses und jenes ein ganz spezieller Zusatzservice angeboten wird – alles im Dienste der Gesundheit, versteht sich. Angesichts eines wachsenden Budgetdrucks und sinkender Honorare in Arztpraxen mussten neue Einkommensfelder her: die Individuellen Gesundheitsleistungen, kurz IGeL.

Diese Zusatzleistungen müssen die Patienten aus eigener Tasche zahlen. Inzwischen, schreibt Imhof, habe sich ein grauer Markt der IGeL-Leistungen etabliert, der prächtig floriere. Von Vorsorgeuntersuchungen wie der Augeninnendruckmessung, reise- und sportmedizinischen Untersuchungen, Stressbewältigungstherapien bis hin zu Raucherentwöhnungen - solange es dem Patienten nicht schadet, können Ärzte die IGeL-Leistungen beliebig häufig anbieten.

Was nicht schadet, kann nicht schlecht sein

Am Nutzen der häufigsten Angebote zweifelt der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDS): 26 der individuellen Gesundheitsleistungen hat der MDS im Rahmen des „IGeL-Monitors“ bewertet. Zwölfmal lautete das Ergebnis: Nutzen nicht erwiesen, Schäden möglich. In elf Fällen gebe es zu wenig Studien, um klare Aussagen zu treffen - oder Nutzen und Schaden halten sich die Waage. Nur dreimal geben die Prüfer ein eher positives Fazit: für die Akupunktur gegen Migräne, die Laserbehandlung von Krampfadern und die Lichttherapie bei saisonaler Depression.

Für Ärzte sind die Zusatzleistungen eine willkommene Möglichkeit den Praxisumsatz aufzupolieren: Bei durchschnittlichen Kosten von 70 Euro je Leistung umfasst der IGeL-Markt rund 1,3 Milliarden Euro im Jahr 2012, schätzt das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO). In einzelnen Arztpraxen liegt der IGeL-Anteil am Gesamtgeschäft mittlerweile bei zehn bis 20 Prozent.

Sünde 4: Korruption im Gesundheitswesen

Je mehr operiert wird, desto besser ist das für die Krankenhausbilanz. Je mehr Patienten Spezialbetreuung benötigen, desto besser für die niedergelassenen Fachärzte. Und je mehr Menschen ihr Lispeln in den Griff kriegen oder ihr Hörvermögen aufpolieren wollen, desto besser für die nicht-medizinischen-Leistungserbringer.

Diese drei Gruppen profitieren vom Gesundheitssystem. Für sie geht es deshalb darum, „die richtigen Patienten zu behandeln und zu operieren“, schreibt Imhof. An Älteren oder Multimorbiden, die die Krankenhausbetten dem Geschäftsmodell nach viel zu lange belegen, lässt sich nicht so gut verdienen. Um die Patientenströme in die richtige Richtung zu lenken, bestehen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärzten deshalb oftmals Kooperationsverträge.

Das Wohl des Patienten ist zweitrangig

Die Verzahnung von ambulanter und stationärer Therapie war ursprünglich vom Gesetzgeber gewollt, weil sie Kosten einspart und den Wettbewerb fördert. „Was könnte da unter den Bedingungen des Marktes näherliegen, als Kooperationsverträge abzuschließen, von denen beide Partner profitieren?“, fragt Imhof. Solche Verträge führten aber mitunter dazu, dass ein Patient nicht zu dem weiterbehandelnden Facharzt überwiesen wird, der ihm die beste Therapie ermöglicht. Sondern an den Facharzt, der mit dem Krankenhaus einen Vertrag geschlossen hat oder an den Hörgeräteakustiker, von dem das Krankenhaus eine Prämie kassiert. Das Wohl des Patienten ist an dieser Stelle zweitrangig.

Eine Studie der Universität Halle-Wittenberg zeigt, dass jede vierte Klinik (24 Prozent) solche „Fangprämien für Patienten“ zahlt. Zwei Drittel der nicht-ärztlichen-Leistungserbringer wie Optiker oder Logopäden antworteten in der Befragung sogar, dass sie niedergelassenen Ärzten gelegentlich oder häufig wirtschaftliche Vorteile für Zuweisungen gewähren. Der Präsident der Bundesärztekammer, Frank Ulrich Montgomery, stuft die Ergebnisse dieser Studie auf dem 115. Ärztetag 2012 als unseriös ein. SPD-Politiker Karl Lauterbach bezeichnete diese Methode dagegen als „Mafia-Verhältnisse“.

Sünde 5: Die ethischen Probleme

Jedes Jahr werden Tausende medizinische Studien veröffentlicht. Im Vergleich zu der imposanten Menge hält sich der Nutzen für Patienten aber in Grenzen, bemängeln Kritiker. Mehr als 7000 Schlaganfall-Patienten hätten zum Beispiel nicht an einer Studie zu einem Wirkstoff teilnehmen müssen, weil Tierversuche schon vorher zeigen konnten, dass die Substanz keinen Schutz bietet.

Imhof ist sicher, dass es nicht nur viele unnötige, sondern auch viele gefälschte Studienergebnisse gibt. Unabhängige Studien zur Wirksamkeit von Medikamenten gebe es dagegen viel zu selten, denn „die Auftraggeber der Studien sind in vielen Fällen die Hersteller selbst, und diese haben natürlich ein großes Interesse daran, ihre Produkte auf dem Markt zu platzieren“. Fast jede dritte Studie zum Thema Krebs gibt die Pharmaindustrie in Auftrag, berichtet der Chirurg weiter. In diesem Zuge bestimme sie auch das Design klinischer Studien und welche Resultate in den Fachzeitschriften publiziert werden.

Der Unsinn von Scheininnovationen

Eine Studie der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, die die Finanzierung von Arzneimittelstudien durch pharmazeutische Unternehmen und deren Folgen untersuchte, ergab: Pharmafinanzierte Studien haben weitaus häufiger Resultate, die für das pharmazeutische Unternehmen günstig sind, als aus anderen Quellen finanzierte Studien. Die Studienautoren konnten allerdings nicht nachweisen, dass in von Pharmafirmen finanzierten Untersuchungen die Studienqualität leide.

Die Produktion von sogenannten Me-too-Präparaten ist meist ebenfalls nicht im Sinne der Patienten. Diese Nachahmerprodukte unterscheiden sich in ihrer Molekülstruktur marginal von bereits auf dem Markt vorhandenen Produkten und können deshalb als neues Produkt ausgewiesen werden. In ihrer Wirkung bringen diese Präparate jedoch keine besseren Effekte.

Krankenkassen und Politik kritisieren ebenso wie der Arzneiverordnungs-Report diese Mittel als Scheininnovationen. Sie brächten keinen oder nur einen unbedeutenden Zusatznutzen und würden nur auf den Markt kommen, um die gesetzlichen Regelungen zur Preissenkung von Arzneimitteln zu umgehen.

Sünde 6: Das Fehlende Mitleid der Ärzte

Gegen die Angst vor dem Tod helfen oft nur die Fürsorge und das Gespräch. Viele Krebspatienten sterben aber ohne diese Hilfen. Schon allein deshalb, weil es an ausreichendem Betreuungs- und Pflegepersonal in Krankenhäusern mangelt.

Stattdessen greifen Mediziner häufig zu Radikaltherapien, um die Lebenszeit der Krebspatienten noch etwas zu verlängern, meint Imhof. „Regelrecht pervers“ sei das, wenn in den letzten Tagen des Lebens „aggressive Therapien aufgefahren werden“. Nicht alles was machbar sei, sei auch medizinisch sinnvoll. Wenn das Krebswachstum unter der Therapie mit einem modernen Antikrebsmittel um mehrere Monate verzögert wird, dann heiße das noch lange nicht, dass diese Patienten tatsächlich länger überleben.

Mediziner lernen sogar, sich bei der Behandlung nicht dazu hinreißen zu lassen, mit den Kranken zu leiden, weil sie sonst manche notwendigen Maßnahmen nicht durchführen könnten. Dazu trainieren sie die kritischen Gehirnregionen während der Arbeit an – oder auszuschalten.

Mitleid für Patienten physisch kontrollierbar

Jean Decety von der Universität Chicago hat zusammen mit Kollegen der Yang-Ming-Universität in Taipeh untersucht, wie Mediziner mit dem Leid und den Schmerzen ihrer Patienten umgehen. „Während der Ausbildung und mit zunehmender Berufserfahrung lernen Ärzte, sich von ihren Patienten zu distanzieren“, schreibt der Psychiater in seiner Veröffentlichung. Jean Decety hält die kognitive Kontrolle des Schmerzzentrums, wie sie bei den Medizinern vorhanden ist, für einen hilfreichen, wenn nicht sogar notwendigen Mechanismus. Ansonsten würden sie ständig psychischen Stress erfahren, der mit ihren professionellen Fähigkeiten kollidiere, erklärt der Psychologie-Professor.

Dennoch: Nicht bis zum Schluss alle Therapien gewinnbringend auszureizen, sei eine Herausforderung für die zunehmend ökonomisch getriebene Medizin des 21. Jahrhunderts, findet der Mediziner Imhof. Ärzte müssten auch in den letzten Tagen eines Patienten ihre Behandlungen stoppen, wenn keine Chance auf Hoffnung mehr bestehe. Stattdessen würden vor allem Krebskranke auch in hoffnungslosen Situationen „oft bis in den letzten Atemzug hinein“ behandelt.

Sünde 7: Der Machbarkeitswahn der Medizin

Diagnosen sind für alle da. Und wer ist schon gesund? Niemand so richtig, irgendetwas ist ja immer. Und wenn gerade kein körperliches Leiden vorliegt, dann erfindet die Medizinwirtschaft eben neue Krankheiten oder erweitert bestehende Leiden.

Alzheimer, Burn-out, Cellulite, ADHS, Bluthochdruck oder das Chronische Erschöpfungssyndrom. Für jeden Buchstaben des Alphabets und jedes individuelle Zipperlein sei das Entsprechende dabei, kritisiert Imhof. Auch die „Wechseljahre des Mannes“ hält der Chirurg für einen Krankheitsmythos. Wenn ältere Männer müde sind oder eine schwächelnde Libido haben, sei nach neuen ärztlichen Definitionen ein Testosteron-Mangelsyndrom daran schuld. Imhof findet das lächerlich und nennt die „Hormonmangelseuche“ als Beispiel, wie die Pharmaindustrie selbst an Gesunden verdienen möchte. Auch der Kardiologe Thomas Böhmeke aus Gladbeck spottet über die Thematik. Im Deutschen Ärzteblatt definiert er die neue Krankheit DRGitis – als eine sich infektiös ausbreitende bürokratische Dysfunktion, die „uns alle so furchtbar krank“ mache, dass „wir ab dem 55. Lebensjahr in Rente gehen müssen.“

Glatzenbildung des Mannes als Krankheit

Die Medikalisierung, meint der Imhof, werde sich in Zukunft noch verstärken: Was früher als normal galt, erklärt die Medizin neuerdings für abweichend und behandlungsbedürftig. Der englische Begriff "Disease Mongering" (zu Deutsch: Krankheitserfindung) trifft die Entwicklung noch besser und lässt sich sinnbildlich auch als „Handel mit der Krankheit“ übersetzen. In der Kritik steht in diesem Zusammenhang vor allem die Pharmaindustrie, die neue Krankheitsbegriffe prägt, bestehende Begriffe ausweitet oder bestimmte Mängel oder Symptome dramatisiert, um sich neue Absatzmärkte zu erschließen. Aber auch Wellnessrichtungen, Testlabore oder Buchautoren profitieren von dem Geschäft mit der Krankheit.

Nur wenige Erkrankungen sind komplette Neuerfindungen. Die ziemlich seltene, frühe Glatzenbildung des Mannes als therapiebedürftige Krankheit zu vermarkten, schlug allerdings fehl. Da half es auch nichts, dass die von der Pharmaindustrie beauftragte PR-Agentur bis zu 30 Prozent der Männer als betroffen darstellte.

