

Schwerpunkt Medizin : Heilkunst zwischen Markt und Hightech

Autor(en): **Rychner, Marianne / Schipper, Ori / Duda, Regine**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Horizonte : Schweizer Forschungsmagazin**

Band (Jahr): **22 (2010)**

Heft 87

PDF erstellt am: **11.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-968289>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Kosten



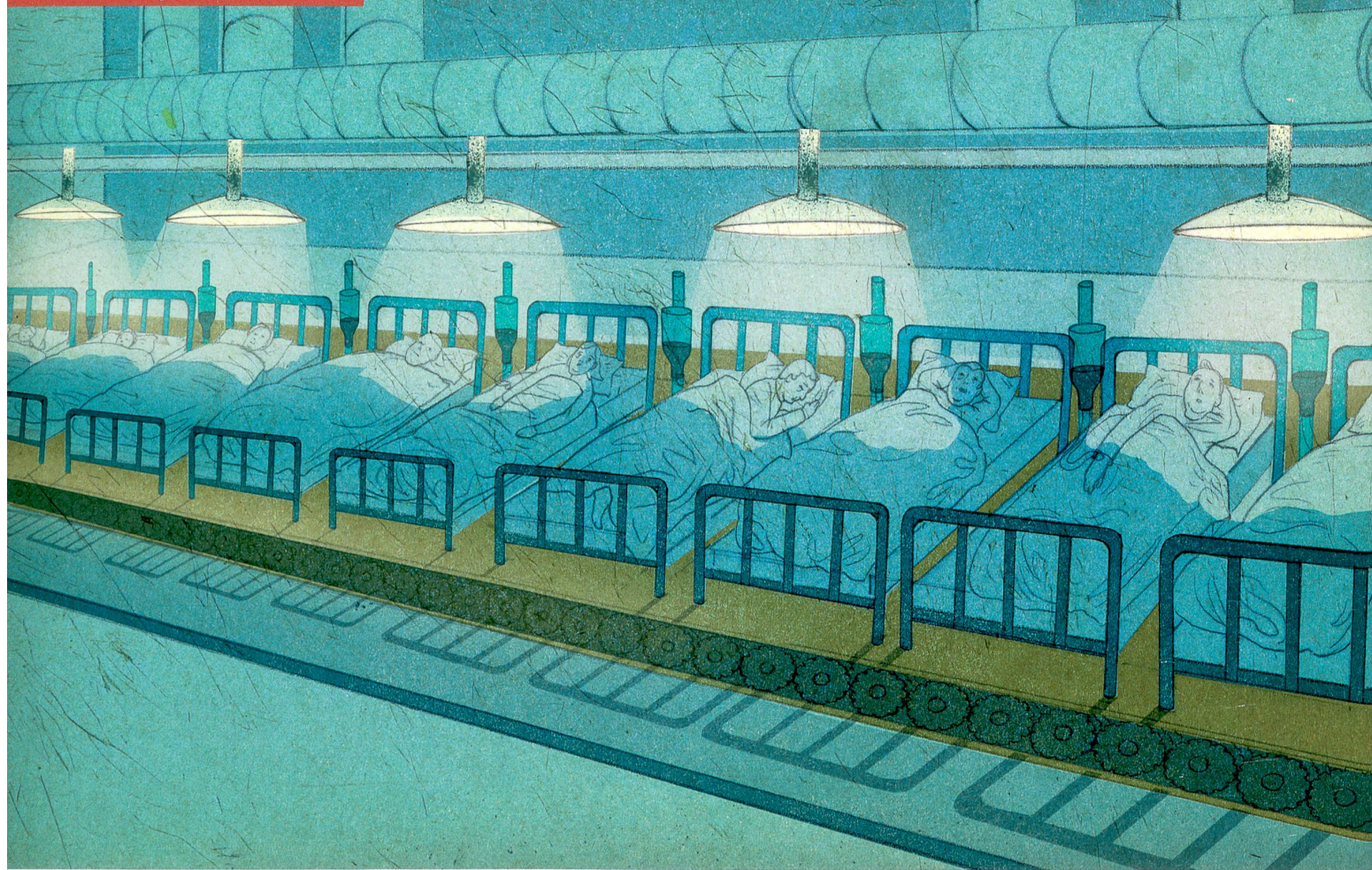
Heilkunst zwischen Markt und Hightech

Oft grenzt es an ein Wunder, was Ärztinnen und Ärzte zustande bringen. Mit Pillen und Skalpell, mit Röntgengeräten und einfühlsamen Gesprächen schaffen sie es immer wieder, Leiden zu lindern und kranke Menschen dem Tod zu entreissen. Aber zunehmend erachtet unsere Gesellschaft diese Wunder als selbstverständlich. Wir nehmen der Medizin gegenüber eine Erwartungshaltung ein, die angesichts der spektakulären Fortschritte im Kampf gegen unsere Gebrechen immer grösser wird.

Vielleicht täten wir gut daran, nicht länger dem Wunsch nach ewigem Leben nachzujagen, sondern den Tod als letzten

Teil des Lebens zu akzeptieren. Diese Bescheidenheit helfe uns auch bei den schwierigen Entscheidungen, die wir wegen der überbordenden Kosten im Gesundheitswesen zu fällen haben: Wie viel ist uns unser Leben wert?

In diesem Schwerpunkt beleuchten wir ethische Fragen, die sich bei der Beschränkung medizinischer Leistungen stellen. Wir nehmen die Auswirkungen der ökonomischen Logik auf die Arzt-Patienten-Beziehung unter die Lupe und fragen einen Arzt, inwiefern der technologische Fortschritt seinen Aufgabenbereich verändert. **orf**



Von Menschen und Pfannen

In der gesundheitspolitischen Diskussion dominieren zusehends ökonomisch geprägte Modelle. Es besteht die Gefahr, dass sie das kulturell tief verankerte Vertrauen zersetzen, das für eine funktionierende Arzt-Patienten-Beziehung notwendig ist.

VON MARIANNE RYCHNER

Die Stichworte Managed Care und DRG (Diagnosis Related Groups) prägen die aktuelle gesundheitspolitische Debatte. Beide Konzepte nehmen für sich in Anspruch, zu Kosteneinsparungen bei gleich bleibender oder gar steigender Qualität medizinischer Leistungen zu führen. Sie sollen damit das Malaise in der Gesundheitspolitik beheben helfen.

Die Managed-Care-Vorlage sieht vor, dass Patientinnen und Patienten sich

innerhalb bestimmter Ärztenetzwerke behandeln lassen müssen, es sei denn, sie bezahlen einen höheren Selbstbehalt. Die freie Arztwahl wird damit eingeschränkt. So soll verhindert werden, dass die Patienten überflüssige Leistungen beanspruchen und nicht ohne Überweisung Spezialisten aufsuchen. Hausärzten, Gruppenpraxen und HMOs (Health Maintenance Organizations) fällt dabei die Funktion von sogenannten Gatekeepern zu, die «mit Budgetverantwortung» ausgestattet sind. Aufgrund finanzieller Anreize sollen sie

daran interessiert sein, keine überflüssigen Behandlungen vorzunehmen.

Eine ähnliche Logik liegt im Spitalbereich den umstrittenen, kurz vor der Einführung stehenden DRG zugrunde: Spitäler werden von Krankenkassen und öffentlicher Hand nicht mehr für den effektiven Aufwand im Einzelfall entschädigt, sondern pauschal aufgrund bestimmter Diagnosekategorien. Auch hier wird ein finanzieller Anreiz gesetzt, Patienten eher kurz als lang im Spital zu behalten und so die Gesundheitskosten zu kontrollieren.

Beide ökonomisch geprägten Modelle werden der Komplexität ärztlichen Handelns nur beschränkt gerecht, wie eine empirisch-qualitative Rekonstruktion der Interaktionen zwischen Patient und Arzt in der ärztlichen Praxis gezeigt hat. Die entscheidende medizinsoziologische, sich auch auf die Professionalisierungstheorie des Soziologen Ulrich Oevermann stützende Frage lautet: Welche Handlungsprobleme stellen sich – idealtypisch – in der ärztlichen Praxis? Anders als der

ebenfalls idealtypisch konstruierte Homo oeconomicus ist der Patient kein Konsument: Ein Leidensdruck führt ihn in die Praxis. Dort geht es nicht darum, dass er das seinen persönlichen Wünschen entsprechende Konsumgut «Gesundheit» erwirbt. Vielmehr begibt er sich in die Hände einer Ärztin, der er zutraut, einen mehr oder weniger gravierenden, oft auch risikoreichen Eingriff in seine körperliche und seelische Integrität vorzunehmen, der sein Leiden beheben soll.

Implizite psychotherapeutische Prozesse

Das Ziel ist dabei nicht absolute Gesundheit, sondern jenes Mass an Gesundheit, das angesichts einer individuellen Lebensgeschichte mit ihren grösseren oder kleineren Beschädigungen, aber auch spezifischen Selbstheilungspotenzialen überhaupt erreichbar ist. Um diesen fall-spezifischen Besonderheiten gerecht zu werden, ist es für Hausärztinnen wie für Spezialisten unabdingbar, den Patienten als ganzen Menschen wahrzunehmen und Behandlungen nicht einfach nach einem vorgegebenen Schema durchzuführen. Sie müssen dem Fall in seiner Komplexität gerecht werden. Das betrifft unterschiedliche Medikationen, aber auch die jeweils angemessene Art und Weise des vom Patienten selbst zu verantwortenden Beitrags zu seiner Genesung.

Dabei spielen implizite psychotherapeutische Prozesse eine Rolle. Das den Genesungsprozess unterstützende und für gravierende Interventionen unabdingbare Vertrauen zum Arzt wird letztlich erst möglich durch die kulturell tief verankerte Gewissheit, dass ein Arzt dem Wohl des Patienten verpflichtet ist. Nur so kann Letzterer darauf vertrauen, dass die Ärztin eine Behandlung nicht aus eigennützigen Motiven und – im Extremfall – gar zu seinem Schaden vornimmt. Das bedeutet nicht, dass Ärzte sich aufopfern und am Hungertuch nagen sollen. Ein angemessenes Honorar, das mit hohem gesellschaftlichem Ansehen verbunden ist, soll vielmehr verhindern, dass sie sich aus ökonomischen Gründen profitorientiert zu handeln gezwungen sehen.

Gegen diese Überlegung wird in der Regel folgender Einwand erhoben: Sie sei ideologisch und diene den Ärzten zur Legitimation eines hohen Einkommens

und selbstherrlicher Machtausübung. Zur Untermauerung der Kritik werden haarsträubende Vorfälle von sich auf Kosten des Patienten bereichernden und arroganten «Göttern in Weiss» genannt. Tatsächlich existieren solche Fälle. Allerdings widerlegen sie die funktionale Tauglichkeit des professionalisierungstheoretischen Modells nicht: Der Missbrauch des Vertrauens wird ja unter Berufung auf die – offenbar – als gültig verankerte kulturelle Vorstellung von der ethisch herausgehobenen Position des Arztes angeprangert. Diese Vorstellung hat auch die Funktion, das für die Behandlung notwendige Vertrauen zwischen Patient und Arzt zu ermöglichen. Im ökonomischen Modell hingegen wird Gewinnmaximierung nicht als Missbrauch verurteilt, sondern als Normalfall unterstellt.

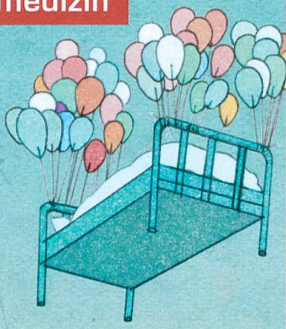
Wenn das ökonomische Modell das Ideal der ethisch herausgehobenen Position des Arztes verdrängt, kann es sich selbst erfüllende Prophezeiungen begünstigen. Die Patienten werden den Arzt in erster Linie als einen den eigenen Nutzen maximierenden Verkäufer sehen, der getestet und mit anderen, eventuell besseren und günstigeren verglichen werden muss. Das kostet Zeit und Geld. Was Managed Care also mit Anreizen einzudämmen versucht, hat in eben diesem

ökonomischen Denken seinen Ursprung. Es bleibt zu hoffen, dass es neben – vielleicht auch trotz – ökonomisch geprägten Modellen auch künftig einen medizinischen Alltag geben wird, in dem das Bild der am Wohl der Patientin orientierten Ärztin weiter wirkt. Denn auch künftig werden nicht Konsumenten, sondern ratlose, leidende, auch hypochondrische, besserwisserische, gutgläubige und miss-trauische Patienten auf Ärzte treffen, die ihre naturwissenschaftliche Bildung ganz selbstverständlich auf die Komplexität des konkreten Menschen beziehen.

Ansonsten trifft am Ende ein, was Jeremias Gotthelf bereits 1844 in «Annebäbi Jowäger» im Namen des frustrierten Landarztes angedroht hat: «Ich bin dessen gewohnt [sagte der Doktor], bin überhaupt gewohnt, dass man mir alles böses auslegt. Gerade solche Auslegungen sind schuld daran, dass uns das Interesse an den Menschen vergeht, und wundern soll man sich dann gar nicht, wenn zuletzt uns allerdings die Menschen nicht anders vorkommen als dem Kesselflicker die alten Pfannen, welche er ausbessern soll.» ■

Die Soziologin Marianne Rychner unterrichtet an der Hochschule Luzern-Wirtschaft. In ihrer Dissertation hat sie die Logik ärztlichen Handelns rekonstruiert («Grenzen der Marktlogik. Die unsichtbare Hand in der ärztlichen Praxis»).





Kostendruck und Gerechtigkeitsgefühl

Eine immer älter werdende Bevölkerung und steigende Ansprüche an die Medizin lassen die Mittel im Gesundheitswesen knapp werden. Auf welche Leistungen können wir verzichten?

VON ORI SCHIPPER

Die Zeichen stehen auf Sturm. Auf dem Spiel steht nichts Geringeres als die Zukunft unseres Gesundheitswesens. Besorgniserregend sind zum Beispiel die Hochrechnungen von Héléne Jaccard Ruedin vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium. An einer von der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) organisierten Tagung mit dem Titel «Medizin für wen?» hat sie kürzlich dargelegt, dass aufgrund der demografischen Entwicklung und der durchschnittlichen Lebenserwartung, die immer weiter ansteigen scheint, in zwanzig Jahren zwei Millionen Pensionierte in der Schweiz leben werden, fast doppelt so viele wie heute. Die Leute suchen ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin um so öfter auf, je älter sie sind. Gleichzeitig aber erwägen immer weniger Ärzte in Ausbildung, sich in einer Hausarztpraxis niederzulassen. Zwischen dem steigenden Bedarf und einer sinkenden Leistung öffnet sich eine riesige Schere, so dass im Jahr 2030 zehn Millionen ärztliche Sprechstunden ausfallen drohen. Auch bei der Pflege rechnet Jaccard Ruedin mit Bedürfnissen, die um 25 bis 40 Prozent zunehmen werden.

Doch Jaccard Ruedin bleibt optimistisch: Um den wachsenden Ansprüchen der Bevölkerung auch in Zukunft gerecht zu werden, müssten die Kompetenzen zur Selbstpflege gestärkt und die Krankheitsversorgung angepasst werden, sagt sie. Denkbar wäre beispielsweise die Übernahme des skandinavischen Modells, in welchem speziell ausgebildete Pflegefachkräfte die Arztpraxen entlasten. «Wir haben erst begonnen, bei der Betreuung

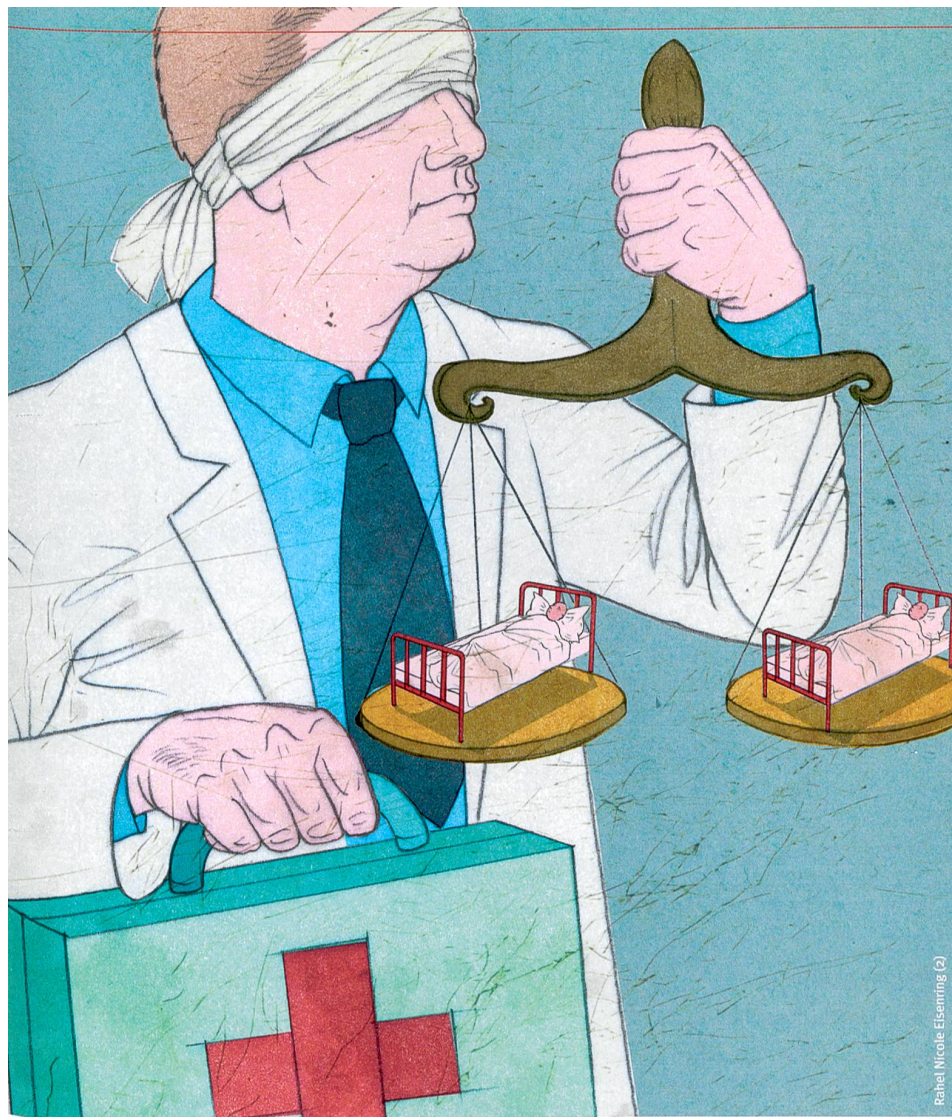
von chronisch Erkrankten nach neuen Wegen Ausschau zu halten. Solche werden sich sicherlich abzeichnen», sagt sie.

Nach neuen Wegen sucht auch die Gesundheitsökonomie, deren vordringliche Sorge die ständig steigenden Kosten sind. Mit Wachstumsraten, die sich aus dem Mehrbedarf, aber auch aus immer höheren Ansprüchen an die Medizin ergeben, hat sich der Gesundheitssektor zum weltweit zweitgrössten Wirtschaftszweig entwickelt. In der Schweiz kostet das Gesundheitswesen mittlerweile über 55 Milliarden Franken pro Jahr. Den grössten Teil dieser Ausgaben decken private Haushalte in Form von Steuern, Direktzahlungen und Krankenkassenprämien, die jeden Herbst – unter grossem medialem Trommelwirbel – etwas teurer werden.

Die Grenzen anerkennen

Zusehends aber werden die Mittel knapp. Die Politik muss schon jetzt über Leistungsbegrenzungen und Verteilungsfragen nachdenken. Wie eine zum Thema «Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen» eingesetzte Arbeitsgruppe der SAMW in einem Bericht ausführt, geht es nicht mehr darum, wie wir die Rationierung – also die Vorenthaltung von nützlichen medizinischen Leistungen – vermeiden oder umgehen können, sondern darum, die Grenzen des Systems anzuerkennen und diese möglichst gerecht zu ziehen.

Dass es der freie Markt richten soll, kommt für Georg Marckmann, Professor am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Tübingen, nicht in Frage. An der SAMW-Tagung legte er dar, dass der Markt im Gesundheitswesen versagt: Ein Notfallpatient, der Hilfe braucht, hat weder Gelegenheit noch Musse, um



Rahel Nicole Eisenring (2)

die Leistungen der verschiedenen Anbieter miteinander zu vergleichen und anschliessend seine Wahl zu treffen. Aber auch ethische Gründe sprächen für eine möglichst gerechte Rationierung, die für Marckmann dort ansetzen muss, wo sie den Patienten am wenigsten weh tut. Mit Forschungspartnern hat er sogenannte «kosten-sensible Leitlinien» entwickelt. Sie legen explizit fest, welche Patienten nur geringfügig von teureren Behandlungsoptionen profitieren würden und deshalb auf günstigere Möglichkeiten ausweichen müssen. Als verbindliche Vorgaben könnten die Leitlinien schwierige Entscheide vorspüren, die der Arzt sonst bei jedem einzelnen Patienten zu fällen hat. Wenn die Ärztin den auf ihr lastenden Kostendruck mit ihrem Gerechtigkeitsgefühl zu vereinbaren suche, befände sie sich auf einer Art moralischer Insel, sagt Samia Hurst, SNF-Förderungsprofessorin

Die Rationierung tangiert die Grundrechte.

am Institut für biomedizinische Ethik der Universität Genf. «Während wir im Alltag offensichtlich bereit sind, bei den Löhnen fünfzigfache und noch höhere Unterschiede zu akzeptieren, beunruhigen uns Unterschiede in der Qualität der Behandlung und Pflege von Kranken viel stärker. In dieser Grössenordnung wären sie schlicht undenkbar.»

Deshalb setzten die stark emotionsbeladenen Diskussionen um die Zweiklassenmedizin schon bei niederschweligen Anzeichen einer Ungleichheit ein, sagt Hurst.

Letztlich tastet die Rationierung medizinischer Leistungen die Grundrechte eines Menschen an. Die Bundesverfassung hält nicht nur das Recht auf Leben fest, sie garantiert auch die Gleichheit der Behandlung, indem sie Diskriminierungen auf Grund von Herkunft, Alter, Geschlecht und religiösen oder weltanschaulichen

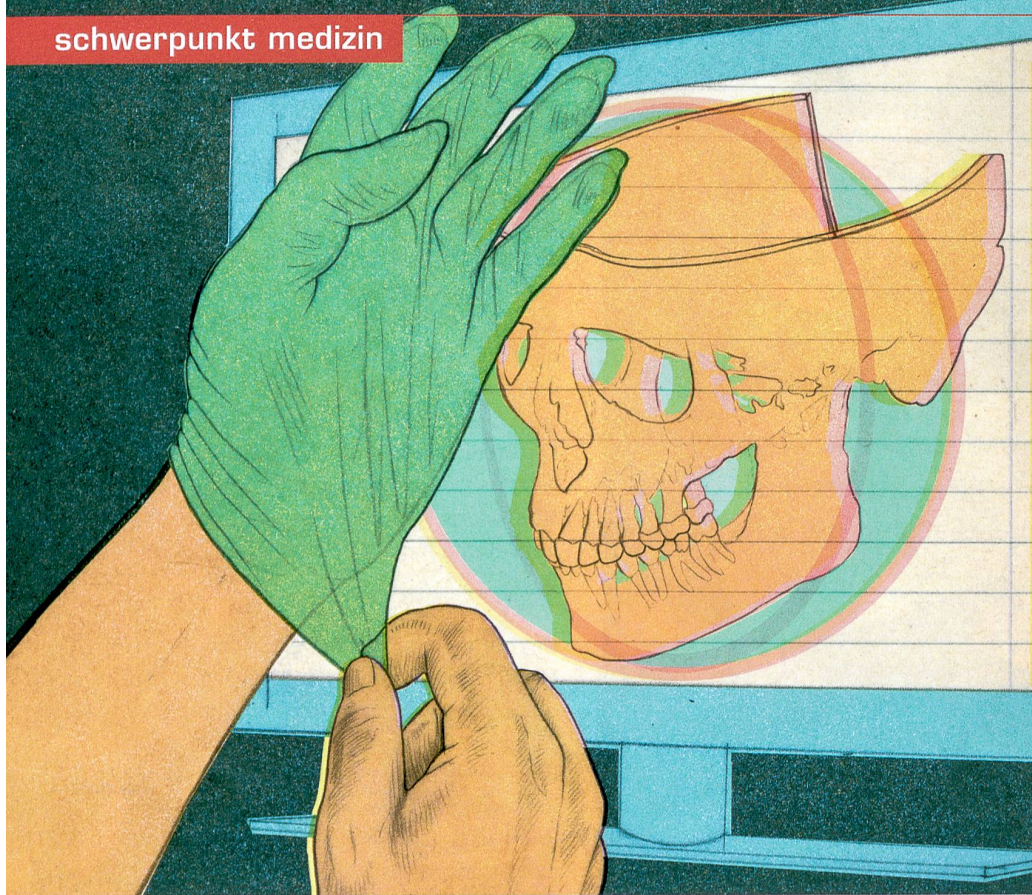
Überzeugungen verbietet. Trotzdem ist der Ermessensspielraum von Ärztinnen und Ärzten beträchtlich, wenn sie am Krankenbett von schwerkranken Patienten beispielsweise über eine Fortsetzung oder einen Abbruch der Behandlung entscheiden müssen. «Es gibt keine Einigkeit über den Begriff der medizinischen Nutzlosigkeit», sagt Stella Reiter-Theil, Professorin für Medizin- und Gesundheitsethik an der medizinischen Fakultät Basel.

Ungleichbehandlungen vermeiden

Mit ihrem Team und mit Kollegen aus der operativen Intensivbehandlung, der Akutgeriatrie und der Viszeralchirurgie hat sie deshalb «ein klinischethisches Entscheidungsinstrumentarium», die Leitlinie Metap (modular ethical treatment allocation process), erarbeitet. Diese soll Ärzten sowie Pflegenden helfen, ethische Fragen systematisch und zuverlässig zu klären und dadurch ungerechtfertigte Ungleichbehandlungen zu vermeiden. «Damit rücken die schwierigen ethischen Entscheide vom rein Subjektiven weg», sagt Reiter-Theil.

Als ethische Hilfsangebote im klinischen Alltag bieten sich beispielsweise Checklisten an für Informationen, die dem Entscheid über den Therapieabbruch zu Grunde liegen sollten. Aber auch schematische Abläufe, wie sich Ärzte in Fallbesprechungen austauschen können, sind auf einem Faltblatt im Kitteltaschenformat zusammengefasst. Darüber hinaus beschäftigt sich in jeder Klinik, die Metap eingeführt hat, eine Steuergruppe vertieft in einem dicken Handbuch mit den empirischen und rechtlichen Grundlagen für Therapieentscheidungen.

Metap könnte über die Einzelfallentscheidungen hinaus aber auch strukturelle Mängel und Grundsatzprobleme aufdecken, fährt sie fort. Doch wie sich die flächendeckende Einführung dieses Instrumentariums auf die Entwicklung der Gesundheitskosten auswirken würde, müsse erst noch erforscht werden. «Ob und falls ja welche Patienten in der Schweiz zu viel oder zu wenig behandelt werden, wissen wir nicht», sagt Reiter-Theil. ■



Rehner Nicole Eisenring

«Umsetzen muss ich mit der Hand»

Die Technologisierung der Medizin stellt den Arzt vor neue Herausforderungen. Die Beziehung zum Patienten bleibt jedoch die zentrale Aufgabe, sagt der Chirurg Hans-Florian Zeilhofer.

VON REGINE DUDA

Derek Li Wan Po



High-Tech ist aus der Medizin nicht mehr wegzudenken. Hat sie Ihre Tätigkeit als Arzt verändert?

Einerseits dramatisch. Dank der Mikrochirurgie zum

Beispiel können wir viel feiner arbeiten. Im Bereich der Neuro- und Gefässchirurgie haben wir grosse Fortschritte gemacht. Wir verfügen heute über eine Reihe von bildgebenden Verfahren wie MRI, Kernspintomografie oder Ultraschall, mit denen wir nicht nur die Morphologie des Körpers, sondern auch seine Funktionen visualisieren können. Dreidimensionale Simula-

tionen helfen uns, Operationen zu planen und durchzuführen. Andererseits aber behandeln wir immer noch die gleichen Krankheiten. Insofern müssen wir Ähnliches tun wie früher, aber wie wir es tun, hat sich grundlegend verändert.

Besteht die Gefahr, dass Simulationen und bildgebende Verfahren eine Genauigkeit vorspielen, die in der Praxis so nicht gegeben ist?

Früher war die Bildgebung nicht sehr genau oder hat sogar Artefakte geliefert, die man interpretieren können musste. Heute werden die Verfahren immer präziser. Zudem können wir die Datensätze unterschiedlicher Verfahren fusionieren. Früher musste ich mir die Informationen nacheinander auf dem Bildschirm anschauen und in meinem Kopf in einen

räumlichen Zusammenhang bringen. Heute kann ich alles in einen Datensatz zusammenführen und erhalte eine angereicherte Information. Diese ist viel genauer und anschaulicher, als ich sie je selber zusammenstellen könnte. Die Operationen, die wir dann auf der Basis dieser Daten auf den Zehntelmillimeter genau planen können, stellen mich als Chirurgen vor das Problem, die präzise Planung mit meiner Hand umzusetzen. Dafür haben wir neue, intelligente Instrumente wie die 3D-Echtzeit-Navigation entwickelt. **Ersetzen die neuen Technologien herkömmliche Untersuchungsmethoden wie die Berührung oder die Beobachtung des Patienten?**

Der Dialog mit dem Patienten ist genauso wichtig, wenn nicht sogar noch wichtiger im Hinblick auf die Technik. Denn der Patient vertraut nicht der Technik, sondern dem Arzt, der die Technik anwendet. Die Technik ersetzt nicht die Arzt-Patienten-Beziehung. Aber sie beeinflusst stark, was wir vor, während und nach der Operation tun. Die Prozesse in einem Spital werden zunehmend komplexer. Mit dieser Komplexität umzugehen, das ist heute eine grosse Herausforderung.

Die bildgebenden Verfahren sind sehr teuer. Spüren Sie als Arzt einen Druck, diese auch einzusetzen, wenn es nicht nötig wäre?

Als Arzt agiere ich immer im Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit. Ein Patient, der zu mir in die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie kommt, will nicht einfach eine Reparatur, sondern eine Wiederherstellung seiner Lebensqualität. Und Innovationen wie die verschiedenen bildgebenden Verfahren beispielsweise haben sich trotz der hohen Kosten durchgesetzt, weil sie für den Patienten die Diagnostik und die Therapie verbessert haben. Wichtig ist, dass der Patient im Fokus unseres Tuns bleibt. ■

Hans-Florian Zeilhofer leitet als Chefarzt die Abteilung Kiefer- und Gesichtschirurgie am Universitätsspital Basel. Er forscht im Nationalen Forschungsschwerpunkt Co-Me zur Planung komplexer Operationen am Kopf.