



Der überwachte Patient

Es ist an der Zeit, sich auf das Ideal des Guten Arztes zu besinnen.
Seite 2



Im Kampf gegen die Überversorgung

Ärzte setzen sich ein für Medizin mit Augenmass.
Seite 3



Staatliches Gesundheitssystem in der Krise

Der britische Gesundheitsdienst befindet sich in einem desolaten Zustand.
Seite 4

POLITIK+PATIENT

14. Jahrgang
Herausgeberin: Konferenz der Kantonalen Aerztgesellschaften KKA
Politik + Patient ist eine Beilage der Schweizerischen Ärztezeitung
Verantwortlich für die Redaktion:
Marco Tackenberg, Markus Gubler, Simone Keller, forum | pr
Layout: Claudia Bernet, Bern
Druck: Stämpfli AG

Arzt-Patienten-Verhältnis

Die bessere Reform

Eine rein ökonomisch ausgerichtete Reform kann dem speziellen Verhältnis zwischen Patient und Leistungserbringer nicht gerecht werden. Besser wäre es, die Ärztinnen und Ärzte in ihrer Professionalität zu stärken.



René Prêtre und sein Team vom Universitätsspital Lausanne bereiten sich im August 2016 auf eine Herzoperation an einem 2-jährigen Kleinkind vor. Eine Gesundheitsreform muss die ärztliche Professionalität stärken.

Bild: Keystone

Durch die Medien geistern zurzeit verschiedene Vorschläge, wie das Schweizer Gesundheitssystem verbessert werden könnte. So schlägt eine Expertengruppe im Auftrag des Bundesrats eine ökonomische Reform vor, mit Massnahmen wie einem Globalbudget oder der Einführung des Prinzips Pay for Performance für Leistungserbringer. Auf diese Weise könne man rund 20 Prozent einsparen, wird häufig kolportiert – obwohl diese Zahl nirgends belegt oder begründet ist. Wie viel Einsparungspotenzial tatsächlich besteht, sei dahin-

gestellt. Sicher ist: Solche Massnahmen schaden dem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient.

Jeder Fall ist komplex

Wenn ein Patient seinen Arzt aufsucht, dann befindet er sich in einer gesundheitlichen Krise. Er fragt den Arzt um Rat. Das Vertrauensverhältnis als Voraussetzung für eine Heilung entspricht auch dem Selbstverständnis des Arztes. Um einer Patientin bestmöglich

Fortsetzung auf Seite 2

Scharfer Kontrast

Zahlreiche Akteure reden momentan das schweizerische Gesundheitswesen schlecht. Die Politik stimmt einen Katastrophendiskurs an. Expertengremien und Parteien leiten aus der scheinbar verzweiferten Lage extreme Forderungen ab, welche der Politik mehr Steuerungsmacht geben sollen. So schlägt eine Expertengruppe dem Bundesrat eine Obergrenze für die Gesundheitskosten vor. Alle medizinischen Leistungsbereiche müssten sich an verbindliche Zielvorgaben halten anstatt sich am medizinischen Bedarf zu orientieren. Die Expertengruppe ist mit ihren Reformideen nicht allein: Die CVP will mit einer Volksinitiative eine Kostenbremse im Gesundheitswesen einführen. Und die SP hat Unterschriften gesammelt für eine Initiative, die verlangt, die finanzielle Belastung durch die Krankenkassenprämien zu begrenzen.

Die aktuelle Debatte erweckt den Anschein, dass unser Gesundheitssystem auf den finanziellen Kollaps zusteuert. Sie steht in einem scharfen Kontrast zur allgemeinen Stimmungslage in der Bevölkerung. So erfährt das Schweizer Gesundheitswesen in der aktuellen Ausgabe des Gesundheitsmonitors hohen Zuspruch. Knapp 8 von 10 Befragten haben einen positiven bis sehr positiven Gesamteindruck vom Gesundheitswesen. Diese Zustimmungsrate ist seit Jahren konstant. Mehr noch: Arztrechnungen und Medikamentenausgaben belasten die Budgets von Haushalten in der Schweiz weniger stark als früher. 23 Prozent der Befragten haben gelegentlich bis dauerhaft Mühe, die persönlichen Gesundheitsausgaben zu stemmen: ein Minus von 17 Prozentpunkten im Vergleich zum Vorjahr. Im aktuellen Sorgenbarometer erachten 26 Prozent der Befragten Gesundheit, Krankenkassen und Prämien als Problem. Zum Vergleich: 2002 waren es noch 64 Prozent. Diese Zahlen machen deutlich: Um unser Gesundheitssystem ist es nicht so schlecht bestellt, wie Politiker und Experten uns weismachen.

zu helfen, muss der Behandler sie als ganzen Menschen wahrnehmen. Denn Heilung oder Linderung bedeutet nicht für jeden Patienten dasselbe, sondern kann angesichts der individuellen Lebensgeschichte und den gesundheitlichen Voraussetzungen der Patienten ein jeweils ganz anderes Mass an Gesundheit beinhalten. Jeder Fall ist einzigartig und komplex und muss immer neu beurteilt werden. Das zeigt sich etwa in der Medikation (Medikamentenabgabe), aber auch in der Mitarbeit der Patientin, der so genannten Compliance.

Gesundheit ist kein Konsumgut

Dies sind grundlegende Unterschiede zu einem ökonomisch geprägten Verhältnis zwischen Käufer und Verkäufer: Gesundheit ist kein Konsumgut. Eine psychologische Studie der Universität Basel und der Harvard Medical School zeigt sogar, dass Vertrauen in den Arzt, Therapeuten oder ins Pflegepersonal einen positiven Einfluss auf Zufriedenheit, Gesundheitsverhalten, Lebensqualität und subjektiv wahrgenommene Beschwerden des Patienten hat.

Eine rein ökonomisch ausgerichtete Reform kann dem speziellen Verhältnis zwischen Patient und Leistungserbringer nicht gerecht werden. Im Gegenteil: Mechanismen wie Pay for Performance oder ein Globalbudget stören das Vertrauensverhältnis. Der Arzt kann dem Patienten aus finanziellen Gründen eventuell nicht die individuell beste Therapie verordnen, und der Patient kann sich nie sicher sein, ob der Arzt wirklich im Interesse seiner Gesundheit handelt oder nicht doch finanzielle Aspekte im Blick hat.

Eine Reform, die den Patienten und damit der ganzen Gesellschaft zugute kommt, müsste vor allem den Arzt in seiner Professionalisierung zum Ziel haben, d.h. neben fachspezifischen Aus- und Weiterbildungen auch die berufsspezifischen Wert- und Verhaltensorientierungen stärken. Welche Massnahmen würden Fachleute ergreifen, damit sich das Gesundheitssystem zum Wohle des Patienten und nicht nur zum Wohle des Budgets verbessert? Politik+Patient sprach mit der Soziologin Marianne Rychner.

Kollegiale Zusammenarbeit unter Ärzten

Marianne Rychner würde im Zuge dieser – besseren – Reform vor allem die professionelle Kultur ausbauen, beispielsweise durch die Förderung von Supervision, institutionalisierten Gefässen für gegenseitige Beratung wie Balint-Gruppen (Gruppengespräche von Ärzten unter der Leitung eines erfahrenen Psychotherapeuten o. Ä.) oder anderen Formen kollegialer Unterstützung. «Ein regelmässiger gegenseitiger Austausch würde die Qualität in Spitälern fördern und die Fehlerkultur verbessern», ist Marianne Rychner überzeugt. Allerdings müsste diese gegenseitige Beratung institutionalisiert und honoriert werden, sonst fällt sie dem Zeitdruck zum Opfer.

Weiter könnte die Professionalisierung der Ärzte auch über ergänzende Aus- und Weiterbildungsinhalte gestärkt werden. Marianne Rychner erklärt: «Weiterbildungsangebote sollten nicht nur die neusten technologischen Fortschritte behandeln, sondern auch die Kerntätigkeit der Mediziner». Zum Beispiel die besondere Beziehung zwischen Arzt und Patient oder die komplexen Entscheidungssituationen, mit denen Ärzte immer wieder aufs Neue konfrontiert sind. «Der Arzt muss jeweils den ganzen Menschen betrachten, um einen Fall in seiner Besonderheit zu erfassen», so Marianne Rychner. «Die meisten Medizinerinnen tun das ohnehin. Aber sie müssen sich dessen stärker bewusst sein, wissen, dass dieser Aspekt unter bestimmten Voraussetzungen vergessen werden kann und wie man dies verhindern kann.»

Qualitätsstandards und -kontrollen

Ein dritter Punkt betrifft die Qualitätsstandards und -kontrollen, die vermehrt intern und selbstbestimmt ausgerichtet sein sollten. «Externen Stellen fehlt das jeweils fallspezifische Wissen und die professionelle Erfahrung, die einer andern als der bürokratischen Logik folgt», meint Marianne Rychner. Eine Bewertung von aussen führe oft zu verzerrten Wahrnehmungen. Viele Fragen seien nun einmal nicht einfach zu lösen, und Ärzte könnten sich gegenseitig am besten beurteilen. Die professionellen Reformmassnahmen würde Marianne Rychner verbinden mit einem noch auszuarbeitenden Finanzierungssystem, das nicht nur durch Anreize gesteuert wird. Denn die angemessene Honorierung, jedoch nicht Profitorientierung von Ärzten sei eine Grundlage des professionellen Handelns. Die Soziologin schlägt vor, Modelle auszuarbeiten, die einen moderaten Ausgleich unter den Ärzten schaffen, um die Anbieter von Leistungen in der Grundversorgung (sowohl Hausärzte als auch Spezialisten) angemessener zu honorieren. So könnte auf besonders oft durchgeführte und lukrative Behandlungen eine Art interne Abgabe erhoben werden. Dies würde die Differenz zwischen den Einkommen der Ärzte abflachen lassen, ohne den Arzt zu einem reinen Lohnempfänger zu machen. Der abgeschöpfte Betrag würde wiederum für die innerprofessionelle Supervision und Weiterbildung verwendet werden können.

Marianne Rychner vermutet: «Ein solches System würde einerseits den in der gesundheitspolitischen Debatte vorherrschenden reduktionistischen Blick auf Ärzte als anreizgesteuerte Profitmaximierer korrigieren und andererseits auch Fällen von tatsächlich existierenden Exzessen, die sowieso der Professionsethik widersprechen, entgegenwirken». Dadurch würde letztlich auch das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gestärkt, was zu nachhaltigerer Genesung und weniger «Wanderbewegungen» der Patienten von einem Arzt zum nächsten führen würde – womit auf anderem Weg als in den gängigen Reformvorschlägen Budgetfragen ebenfalls im Auge behalten würden.

Der überwachte Patient

Es gibt von Klaus Dörner, einst führender Vertreter der Kritischen Medizin, ein Buch mit dem Titel «Der gute Arzt» (2001). Das Modell des Guten Arztes stammt noch aus jener Zeit, da man einen Hausarzt hatte, der als eine ganzheitlich bemühte Autorität in Gesundheitsbelangen handelte. Auf diese Weise wurde ein hohes Maß an zivilisierter Autonomie zwischen Hilfesuchendem und Helfer realisiert.

Das ändert sich mit zunehmender Spezialisierung und Anonymisierung des medizinischen Betriebs. Die Arzt-Patienten-Beziehung wird verrechtlicht. Es liegt aber in der Natur der Verrechtlichung, die Kontrollen über die gesundheitliche Langzeitsituation des Einzelnen zu optimieren. Am Ende gilt die Norm: Man lebt, um nicht krank zu werden . . . Das erfordert eine möglichst umfassende digitale Erfassung aller Risikofaktoren. Das Ziel ist die simultane Realisierung von präventiver Disziplin, medizinischer Effektivität und Rechtssicherheit.

Dadurch geraten wir auf die Rutschbahn in Richtung einer Gesellschaft, deren Datenbanken das Leben der Bürger und Bürgerinnen nicht nur in staatsbürgerlich erheblichen Aspekten umfassen. Es geht fortan auch um die Erstellung eines möglichst vollständigen Pathogenitätsprofils. Die wachsende Überwachungsdemokratie wird zusehends durch die Überwachungsmedizin flankiert. Von der Arbeitsplatztauglichkeit bis zur Suchtneigung werden verpflichtende Warn-, Eingriffs- und Sanktionsmöglichkeiten erwogen.

Angesichts solcher Ambitionen gemahnt der Begriff «Patientenautonomie» an Orwells Newspeak. Höchste Zeit, sich wieder auf das Ideal des Guten Arztes zu besinnen. Darin beschlossen ist die Vorstellung eines Zusammenklangs von selbstbestimmtem Leben und Expertenhilfe, welche die Privatsphäre ebenso achtet wie die Würde des leidenden Menschen. Eine hinterwäldlerische Utopie?



Peter Strasser

ist Universitätsprofessor i. R. Er lehrt an der Karl-Franzens-Universität Graz Philosophie. Jüngst erschien von ihm: «Spenglers Visionen. Hundert Jahre Untergang des Abendlandes».

Im Kampf gegen die Über- versorgung

Medizinischer Fortschritt verändert die Bedürfnisse und weckt Begehrlichkeiten. Ärzte wie Patienten wollen davon profitieren. Die Ärzteschaft hat Initiativen lanciert, die der Fehl- und Überversorgung Einhalt gebieten sollen.



Mehr Lebensqualität dank weniger Medizin: Die Ärzteschaft lanciert Initiativen gegen die Überversorgung.

Bild: iStockphoto

Es ist offensichtlich: Je mehr Behandlungsmöglichkeiten existieren, desto schwieriger wird es, zu entscheiden und auch mal «Nein» zu sagen. Nicht immer bedeutet mehr behandeln auch besser behandeln. In den USA wurden 2011 Stimmen laut, die vor einer Überversorgung warnten. Ärztinnen und Ärzte lancierten daraufhin die Initiative «choosing wisely». Ihr Ziel ist es, die Diskussion zwischen Ärzteschaft, Patienten und der Öffentlichkeit zu fördern und kluge Entscheidungen herbeizuführen. Dieselben Ziele verfolgt in der Schweiz die Initiative «smarter medicine». Bei gewissen Behandlungen kann weniger Medizin mehr Lebensqualität für die Betroffenen bedeuten, so das Motto. Seit 2014 veröffentlicht der Verein sogenannte Top-5-Listen. Diese enthalten je fünf medizinische Massnahmen, die in einer bestimmten klinischen Fachdisziplin in der Regel unnötig sind. Ärzte und Patienten sollten miteinander darüber reden, ob nicht besser auf eine Behandlung verzichtet wird, weil die damit verbundenen Risiken potentiell grösser sind als der Nutzen. Ein positiver Nebeneffekt: Kosten werden gespart. Die Listen beruhen auf fundierten wissenschaftlichen Erkennt-

nissen und werden von den anerkannten Fachgesellschaften erarbeitet.

Ein Hoch auf die Intuition

Im Zentrum einer smarten Medizin stehen die sogenannten «klugen Entscheidungen». Wie kommen diese zustande? In der Fülle von wissenschaftlichen Studien und unterschiedlichen Erkenntnissen zu denselben Fragestellungen verliert man leicht den Überblick. Mehr auf seine Intuition hören und Bauchentscheidungen treffen, rät der Psychologe Gerd Gigerenzer, Professor am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung. Sicher sind Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin unverzichtbar, doch für gute Entscheidungen braucht es auch Intuition und Erfahrung. Gigerenzer fand heraus, dass medizinisches Personal unter Rechtfertigungsdruck dazu tendiert, sich entgegen der eigenen Erfahrung und Intuition zu entscheiden – nicht immer zum Besten des Patienten. Die Angst vor Bauchentscheiden führe oftmals zu einer defensiven Medizin, das heisst: lieber einmal zu viel als zu wenig behandeln.

Gleiches Ziel, unterschiedliche Wege

Auch andere Initiativen zielen in die gleiche Richtung. Das Swiss Medical Board etwa beurteilt das Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis von kassenpflichtigen, medizinischen Leistungen. Daraus leitet es Handlungsempfehlungen ab. Für eine bestmögliche medizinische Behandlungsqualität in Spitälern setzt sich die Initiative Qualitätsmedizin und Peer Reviews ein. Durch klinikübergreifende Fallbesprechungen unter Fachkollegen (Peers) wird die Qualität gemessen und Verbesserungspotential eruiert.

Finanzielle Fehlanreize müssen weg

Grundvoraussetzung für eine Medizin mit Augenmass ist gemäss Markus Trutmann, Generalsekretär der fmch, dass finanzielle Fehlanreize eliminiert werden. Es brauche moderne Tarifsysteme und ambulante Pauschalen. Nur so könne sich smarte Medizin durchsetzen. Solange ein Arzt daran verdient, wenn er gewisse Leistungen erbringt, nicht aber, wenn er abwartet oder «nur» zuhört, wird er diese Leistungen durchführen. Annamaria Müller, Vorsteherin des Spitalamts des Kantons Bern, spricht von einer falschen Verteilung zwischen Finanzierungs- und Versorgungsverantwortung: «Der, der was macht, verdient daran. Solange das so ist, ist der Anreiz zur Überbehandlung gross.»

Ob diese freiwilligen Initiativen eine breite und nachhaltige Wirkung erzielen können, wird sich weisen. Das Schweizer Gesundheitswesen sei ein permanentes Schwarz-Peter-Spiel, konstatierte der ehemalige SRF-Bundeshauskorrespondent Hanspeter Trütsch jüngst an einer Veranstaltung. Es herrsche die allgemeine Meinung «wer sich zuerst bewegt, der hat bereits verloren». Selbstregulierung wird im Schweizer Gesundheitssystem grossgeschrieben. Doch sie funktioniert nur, wenn alle Beteiligten ihre Verantwortung wahrnehmen.

Dieser Artikel stützt sich in grossen Teilen auf Referate anlässlich der Trendtage Gesundheit Luzern vom 28. Februar und 1. März 2018. Weitere Informationen auf www.trendtage-gesundheit.ch.

«smarter medicine»

Die Initiative «smarter medicine» wurde in der Schweiz 2014 lanciert. Der Trägerverein ist breit abgestützt: Nebst medizinischen Fach- und Berufsorganisationen (u.a. SGAIM, SAMW) unterstützen auch Patienten- und Konsumentenorganisationen (u.a. SPO, Stiftung für Konsumentenschutz) die Stossrichtung der Kampagne. Sie möchten die Öffentlichkeit dafür sensibilisieren, dass bei gewissen Behandlungen weniger Medizin mehr Lebensqualität für die Betroffenen bedeuten kann.

Staatliches Gesundheitssystem in der Krise

Überfüllte Betten, frustriertes Personal, verzweifelte Patienten: Der britische Gesundheitsdienst NHS befindet sich im 70. Jahr seines Bestehens in einem desolaten Zustand.

Diesen Januar sind in Grossbritannien mehr als 50'000 geplante, nicht lebensnotwendige Operationen verschoben worden, um Betten für schwere Fälle freizuhalten. In Notfallambulatorien warten Patienten bis zu zwölf Stunden auf einen Arzt. Kranke müssen in Rettungswagen, auf Krankentragen, in Fluren ausharren bis sich jemand um sie kümmert. Die gegenwärtige Situation demütigt Patienten und frustriert Ärzte und Pflegende. Dies bleibt nicht ohne Folgen: Dem nationalen Gesundheitsdienst NHS läuft das Personal weg. Laut dem Royal College of Nursing, dem Berufsverband der Pflegefachfrauen, haben 2017 33'000 Personen den Dienst quittiert. 40'000 Stellen sind nach wie vor unbesetzt.

Auch beim ärztlichen Personal verschärft sich der Mangel. Einer Analyse des Imperial College London zufolge braucht der NHS bis 2020 12'000 zusätzliche Hausärztinnen und Hausärzte (General Practitioner). Erschwerend kommt hinzu, dass seit dem Brexit-Referendum Bewerbungen von Ärzten und Pflegenden aus dem EU-Raum markant zurückgegangen sind. Noch schlimmer: Ein Fünftel der europäischen NHS-Ärzte, so das Resultat einer Umfrage, plant gar, Grossbritannien zu verlassen. Die Personalkrise wird die prekäre Lage des NHS verschärfen. Die Politik aber redet das Problem klein und verweist auf die ungemein heftige Grippewelle in diesem Jahr. Doch die Schwierigkeiten des NHS liegen tiefer, wie ein Vergleich der Organisation für Wirtschaft und Zusammenarbeit (OECD) deutlich macht: Der NHS beschäftigt weniger Ärzte, weniger Pflegende und stellt weniger Betten bereit als die meisten anderen Gesundheitssysteme reicher Industrieländer. Einzig bei der Effizienz kann der NHS punkten. Briten bezahlen pro Kopf für ihre Gesundheitsversorgung deutlich weniger als Schweizer, Franzosen oder Deutsche.

Finanzierung im Ermessen der Politik

Während die Gesundheitsausgaben in der Schweiz durch Grundversicherung, Selbstzahlungen der privaten Haushalte und Staat getragen werden, erhält der NHS sein Budget aus Steuern. Als integraler Bestandteil des Staatshaushaltes liegt die Finanzierung des NHS im Ermessen der Politik. Und die Politik hat dem NHS in den letzten Jahren Sparkuren und einen weitreichenden Reformkurs auferlegt. Der NHS sollte dezentralisiert werden. Die bisherigen regionalen Versorgungseinheiten (Trusts), welche die Gesundheitsversorgung planten und finanzierten, wurden durch mehrere hundert Clinical Commissioning Groups (CCG) abgelöst. Die Gruppen umfassen Krankenhäuser, Hausärzte und auch private Einrichtungen.

Der entscheidende Unterschied: Waren Patienten früher durch den Wohnort einer regionalen Versorgungseinheit zugewiesen, können sie nun ihre Clinical Commissioning Group frei wählen. Dadurch stehen

die CCG im Wettbewerb zueinander. Gleichzeitig wurden die CCG verpflichtet, neue Versorgungsmodelle zu entwickeln und ihre Massnahmen zur Qualitätssicherung zu belegen. Mehr Wahlfreiheit und mehr Wettbewerb sollte für eine bessere Versorgungsqualität und kürzere Wartezeiten, davon waren die Befürworter überzeugt. Diese Hoffnungen bewahrheiteten sich nicht. Die jüngsten Entwicklungen geben den Reformkritikern Recht, die vor Risikoselektion und Unterfinanzierung warnen. Chronisch Kranke, Alte, Arme und Hilflose warten heute monatelang auf Termine. Ihre Ausgaben für Sozialbetreuung und Pflege wurden gesenkt, Pflegestationen, Seniorenheime, Sozialstationen geschlossen. Auch wenn die Regierung dem NHS zuletzt eine zusätzliche Finanzspritze von 337 Millionen Pfund verabreichte, bleibt der Gesundheitsdienst auch in Zeiten der Krise chronisch unterfinanziert. Die NHS-Verantwortlichen fordern zusätzliche Milliarden.

Warnzeichen

Die Gesundheitssysteme der Schweiz und Grossbritanniens weisen auf den ersten Blick wenig Gemeinsamkeiten auf. So schmerzhaft und einschneidend Erfahrungen, die auf der Insel gemacht werden, sind, sie dienen als Warnzeichen. Globale Budgetplanung, fixe Kostenbremsen, verbindliche Zielvorgaben orientieren sich nicht am medizinischen Behandlungsbedarf. Sie schaden nicht nur dem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten, sondern können für beide auch drastische Folgen haben, wie die jüngsten Ereignisse in Grossbritannien belegen.



Die Proteste gegen den Zustand des britischen Gesundheitswesens nehmen zu. Demonstrierende fordern die Regierung auf, mehr in den staatlichen Gesundheitsdienst zu investieren. Bild: Keystone