

In dieser Rubrik bemühen wir uns üblicherweise, Ihnen praxisnahe Tipps zur Optimierung des Praxisbetriebs zu vermitteln. Statt Hinweisen zur Liquiditätsplanung, Personalführung oder Steuerprobleme heute einmal etwas ganz anderes, nicht minder Wichtiges, wie wir meinen: Richtiges ärztliches Handeln dürfen wir uns nicht von aussen vorschreiben lassen, unsere ärztliche Ethik muss er-

halten bleiben. Wir freuen uns deshalb ganz besonders, dass Bernhard Rom diese ethischen Aspekte unseres Berufsalltags beleuchtet. Dr. Bernhard Rom hat nach jahrzehntelanger allgemeinmedizinischer Tätigkeit ein Nachdiplomstudium in angewandter Ethik absolviert und mit dem Master abgeschlossen. Er ist heute als Lehrbeauftragter für Medizinethik an der Universität Zürich tätig.

Was ist anstössig an einer Zweiklassenmedizin?

Der folgende Beitrag soll dazu ermutigen, die Diskussionen um ein gerechtes Gesundheitswesen aufmerksam zu verfolgen und nicht Schlagworte wie zum Beispiel «Zweiklassenmedizin» als Diskussionsstopper unhinterfragt zu akzeptieren.

Bernhard Rom

Bei politischen Diskussionen um das Gesundheitswesen wird immer wieder vor einer Zweiklassenmedizin gewarnt. Es gilt als ausgemacht, dass eine solche Zweiklassenmedizin moralisch verwerflich sei und deshalb in einer gerechten Gesellschaft nicht tolerabel. Warum eigentlich?



Bernhard Rom

Wir finden die zwei Klassen der SBB durchaus in Ordnung und leben auch mit fünf Klassen von Hotels ohne Skrupel. Medizinische Versorgung scheint also ein besonderes Gut zu sein, nicht vergleichbar mit Leistungen des öffentlichen Verkehrs oder des Gastgewerbes. Anstatt sich vom Schreckensgespenst «Zweiklassenmedizin» einschüchtern zu lassen, sollen hier einige Überlegungen zu Gerechtigkeit im Gesundheitswesen angestellt werden. Norman Daniels, Professor für Ethik und Bevölkerung (1), meint, wer sich mit Gerechtigkeit im Gesundheitswesen befasst, müsse sich vornehmlich mit folgenden drei Fragen auseinandersetzen:

1. Ist medizinische Versorgung ein besonderes Gut?
2. Wann sind Ungleichheiten der medizinischen Versorgung ungerecht?
3. Wie können unterschiedliche medizinische Bedürfnisse befriedigt werden, wenn die Mittel knapp sind?

Medizinische Versorgung als ein besonderes Gut

Wir regen uns nicht über verschiedene Klassen von Hotels auf, weil wir nicht je-

de ungleiche Verteilung von Gütern als ungerecht empfinden. Bei der medizinischen Grundversorgung empfinden wir eine ungleiche Verteilung als ungerecht, weil wir eben Gesundheit als ein besonderes Gut so speziell? Norman Daniels meint, medizinische Versorgung (Health Care) sei ein besonderes Gut, weil sie ein normales Funktionieren eines Menschen ermögliche. Nur ein gesunder Mensch habe die Möglichkeit, als gleichberechtigter autonomer Bürger zu wirken. Gesundheit ist Voraussetzung, dass wir unsere Chancen wahrnehmen und unsere Lebenspläne verwirklichen können. Chancengleichheit ist einer der fundamentalsten Werte unserer liberalen Gesellschaft. Medizinische Versorgung gehört zu den eigentlichen Grundbedürfnissen (basic needs) wie Wohnung, Nahrung, genügend Ruhezeit. Das Spezielle an der medizinischen Versorgung ist, dass die Ungleichheit in der Verteilung wesentlich grösser ist als bei den genannten Gütern. Dies besonders in den USA, wo das Gesundheitswesen praktisch dem freien Markt überlassen wird. Andererseits wird die medizinische Versorgung immer teurer, sodass Beschränkungen aus finanziellen Gründen notwendig sind. Wahrung der Chancengleichheit durch Zugang zu medizinischen Leistungen ist also moralisch gefordert.

Was alles an Leistungen benötigt wird, um diese Chancengleichheit zu erreichen, muss Gegenstand von Verhandlungen sein. Auch muss ausgehandelt werden, was ein Gesundheitswesen kosten darf, denn das Gesundheitswesen ist nicht das einzige Gut, das für ein normales Funktionieren eines Menschen wichtig ist. Ein gutes Schulwesen zum Beispiel gehört auch in diese Kategorie von Gütern. Deshalb darf das Gesundheitswesen nicht zu einem Fass ohne Boden werden. Dass das keine einfachen Auseinandersetzungen sein werden, ist klar. Ist zum Beispiel Kleinwüchsigkeit eine Krankheit, die die Chancengleichheit behindert? Amartya Sen, Nobelpreisträger für Wirtschaft, meint zum Beispiel, dass ein kleinwüchsiges, aber sonst normal begabtes Kind in der Wahrnehmung seiner Chancen nicht beeinträchtigt sei und deshalb keinen Anspruch auf eine Behandlung der Kleinwüchsigkeit habe (2).

Welche Unterschiede im Gesundheitszustand sind ungerecht? Unser Gesundheitszustand wird nicht nur durch den Zugang zum Gesundheitswesen bestimmt. So ist zum Beispiel bekannt, dass der soziale Status und die Stellung innerhalb einer beruflichen Hierarchie entscheidend für den Gesundheitszustand eines Menschen sind (3). Es ist deshalb wichtig, dass wir nicht nur ärztliche Leistungen berücksichtigen, wenn es um Gerechtigkeit bezüglich Ge-



Die Schweiz hat die Einheitskasse 2007 abgelehnt. Ein wichtiges Argument gegen die Einheitskasse war die Gefahr einer Zweiklassenmedizin. Zurecht?

sundheit geht. Bevor ein 60 Jahre alter Mann mit einem Herzinfarkt auf die Intensivstation kommt, hat er meistens jahrzehntelang Schädigungen seiner Gesundheit erlitten. Wenn wir nur bewerten, was für medizinische Versorgung ihm gerechterweise zusteht und nicht weiter überlegen, warum er diese Krankheit erlitten hat, greifen unsere Bemühungen zu kurz. Vielleicht braucht es eben Mittel, um die Krankheit zu verhindern.

Viele Diskussionen um Gerechtigkeit im Gesundheitswesen schenken diesem Punkt viel zu wenig Beachtung. Natürlich wollen wir, dass eine Ambulanz für diesen Fall zur Verfügung steht. Wir sollten aber auch die Ursachen, die die Krankheit verursachen, bekämpfen. Es ist bekannt, dass ein direkter Zusammenhang zwischen dem Wohlstand eines Landes und dem Gesundheitszustand der Bevölkerung – gemessen zum Beispiel an der Lebenserwartung der Einwohner – besteht. Aber es existieren auch bemerkenswerte andere Einflüsse. So hat das mausarme Kerala eine wesentlich gesündere Bevölkerung als die übrigen Gliedstaaten Indiens. Der Grund könnte sein, dass dieser Staat sehr viel mehr Geld ins Erziehungswesen investiert, insbesondere für die Alphabetisierung der weiblichen Bevölkerung. Es gibt sehr viele Studien, die zeigen, dass Länder, die viele Mittel ins Erziehungswesen investieren, einen besseren Gesundheitszustand der Bevölkerung aufweisen (4). Studien aus den USA zeigen, dass Frauen mit mehr politischen Aktivitäten und grösserer wirtschaftlicher Autonomie eine kleinere Mortalität haben (5).

Wann sind Rationierungen in einem Gesundheitssystem fair?

Auch in den reichsten Ländern der Welt sind die Mittel für das Gesundheitswesen beschränkt, und die Frage stellt sich: Wann sind Rationierungsmassnahmen gerechtfertigt? Es geht also um Fragen

der Verteilungsgerechtigkeit. Wie werden die Güter dieses Planeten gerecht verteilt? Leider gibt es keinen Konsens darüber, schon gar nicht im Gesundheitswesen. Wer soll bei knappen Ressourcen berücksichtigt werden? In der Transplantationsmedizin zum Beispiel sind Organe knapp. Wer soll das Organ bekommen? Derjenige, der es am nötigsten hat? Derjenige, bei dem der Nutzen am grössten ist? Derjenige, der am meisten Verdienste hat? Oder soll das Los entscheiden?

Da kein Konsens besteht, muss in einem öffentlichen Diskurs ausgehandelt werden, nach welchen Prinzipien knappe Güter verteilt werden. Wichtig ist, diesen Diskurs öffentlich zu führen und eine Zustimmung aller Akteure anzustreben. Dabei soll vermehrt mit vernünftigen Argumenten und nicht mit rhetorischen Hieben vorgegangen werden. Wenn wieder einmal argumentiert wird, unserem Land drohe eine Zweiklassenmedizin, wird der Autor dieses Beitrags antworten: «Was ist denn so schlimm daran?» ♦

Dr. med. Bernhard Rom, MAE
Lehrbeauftragter für Medizinethik
an der Universität Zürich
General-Werdmüllerstrasse 49
8804 Au
E-Mail: romau@freesurf.ch

Literatur:

1. Daniels N. 2001. Justice, Health, and Healthcare. The American Journal of Bioethics, 1: 2, 2–16.
2. Sen AK. 1980. Equality of what? In: Tanner. Lectures on human values, vol 1, ed. S. McMurrin. Cambridge: Cambridge University Press.
3. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K and Prothrow SD. 1997. Social capital, income inequality, and mortality. American Journal of Public Health 87: 1491–1498.
4. Sen AK. 1999. Development as freedom. New York: Alfred A. Knopf. Wilkinson R.
5. Kawachi I, Kennedy BP, Gupta V, Prothrow SD. Women's status and the health of women and men: a view from the States. Social Science & Medicine 48, no.1 (1999): 21–32.