

Was nötig ist, bestimmen wir – in wessen Interesse?

«Choosing wisely» fordert uns auf, weniger zu tun als das technisch und finanziell Mögliche. Nur noch das Richtige eben. Das Gescheite. Das bewiesenermassen Wirksame. Das wirtschaftlich Sinnvolle. Dagegen ist nichts einzuwenden. Auch wenn man mit Fug und Recht fragen darf, obs zur Verbreitung dieses Gedankens wirklich eine weitere Akademie von Mediziner, Ethikern, Spitalfachleuten, Psychotherapeuten und anderem braucht («Akademie für Menschenmedizin»: www.menschenmedizin.com).

Aber vielleicht unterschätzen wir ambulanten Mediziner ja die Situation. Offenbar gibt es einen erheblichen Unterschied zwischen Hausarzt- und Spitalmedizin. Wir Hausärzte (zumindest die wirtschaftlich unabhängigen) sind den Versuchungen und Pressionen von Dritten weniger ausgesetzt. Auch in den Praxen wird zwar zu viel diagnostiziert und therapiert, aber das ist dann meist eine Einsicht ex post. Wir wissen, dass wir uns die Hälfte der diagnostischen und therapeutischen Massnahmen und Eingriffe sparen könnten – aber wir wissen nicht im Voraus, welche zur Hälfte der Überflüssigen gehören. Die Spitalmediziner sehen sich anscheinend stärker, als wir ahnen, dem Druck ihrer wirtschaftlichen Führung ausgesetzt. In der Hausarztambulanz macht man vielleicht mal ein EKG zu viel oder einen Cholestasstatus mehr als nötig. Der «sanfte Zwang» der Spitaldirektion, auf eine bestimmte Anzahl Operationen pro Jahr zu kommen, damit das Budget stimmt, bedeutet da schon eine andere Qualität von dem Profit von Kliniken und Industrie verpflichteter Medizin. Wenn dann noch die Ausrichtung von Boni ans Erreichen von Operationszahl- beziehungsweise Umsatzzielen geknüpft wird, ja dann ist das Gesundheitssystem tatsächlich dabei, aus den Fugen zu geraten.

doXmedical hat über das Thema letztes Jahr in «Zoff am Züri-see» ausführlich berichtet. (Zitat: «Was geht mich dieser Zoff an? Wir meinen: sehr viel! Er zeigt, wohin hierzulande das Spitalwesen steuert.») Geändert hat sich seitdem offenbar wenig, wenn man den Mitgliedern der Akademie Glauben schenken darf. Eine offizielle Studie der FMH soll gezeigt haben, dass bei Chefärzten «leistungs»-abhängige Prämien bereits einen Viertel



des Lohnes ausmachen. Was folgt, nennt man Überversorgung: nicht zwingend notwendige Operationen, vor allem im orthopädischen Fachbereich. Leider haben auch die Patienten wenig Anlass, sich dagegen zu wehren – abgesehen davon, dass sie dazu gar nicht in der Lage sind –schliesslich werden die Kosten von quasi anonymen Dritten, den Krankenkassen, übernommen, denen man ja ohnehin sehr hohe Prämien bezahlt.

Allerdings, die Kritik am Gehabe der Ärzte hat auch eine Kehrseite. Druck kommt nicht nur von den Profiteuren der Über-arztung, sondern auch von der Gegenseite. Wenn den Ärzten ernsthaft vorgeschlagen wird, sie sollten ihren Arthropatienten den Gehstock als Alternative zur Kniegelenkprothese vorschlagen (ohne anzufügen, was für ein Medikamentenkonsum damit verbunden sein dürfte), dann mutet das eher weltfremd, ja sogar ein wenig zynisch an. Und man würde die Mitglieder der Akademie gerne fragen, ob sie sich selber oder ihren Angehörigen tatsächlich einen Gehstock anstelle einer erfolgversprechenden Operation zumuten würden.

Dass sich die Diskussion der Kosten-Nutzen-Relation vor allem an den Krebstherapien entzündet, verwundert nicht. Es geht dabei oft um den Einsatz von grossen Ressourcen in den letzten Lebensmonaten. Lohnen sich 50 000 Franken für drei Monate längeres Leben, wenn möglich bei eingeschränkter Qualität? Volkswirtschaftlich natürlich nicht. Aber ist es Aufgabe von uns Ärzten, den Patienten und Angehörigen, für die solche drei Monate den Preis wert sind, die Therapie aus volkswirtschaftlichen Gründen auszureden? Müssen wir wirklich jeden Einzelnen davon überzeugen, dass zum Menschsein das Sterben gehört und ein würdiger Tod mehr wert ist als zwei schmerzvolle Monate? Ist es ja vielleicht, aber eben nicht für jeden.

Ja, es wäre zu wünschen, wir könnten dem ökonomischen Druck widerstehen und das tun, was der Patient und wir, und nicht, was Krankenversicherer und Gesundheitsökonom für richtig halten. Unabhängig davon, ob das dann günstiger oder teurer wird.

Richard Altorfer und Peter H. Müller