

Der Arzt, Anwalt des Patienten oder Anwalt der Gesellschaft?

Braucht es eine neue staatsbürgerliche Solidarität?*

J. Martin

Als langjähriger Kantonsarzt im Kanton Waadt frage ich mich: Warum nimmt das öffentliche Gesundheitswesen immer mehr und mehr Raum ein? Es gibt eine Reihe von Gründen:

- Entwicklung der Ideen, der Mentalitäten;
- Entwicklung der technischen Mittel und Möglichkeiten;
- Entwicklung demographisch (namentlich die Alterung der Bevölkerung);
- Entwicklung ökonomisch (obligatorische Krankenversicherung, Beiträge der öffentlichen Budgets).

Gesundheitspflege und Gesundheitspolitik

Die beiden sind aus mehreren Gründen nicht mehr zu trennen.

- Seit etwa dreissig Jahren Betonung der Autonomie der Person, des Patienten in der Gesellschaft und in der Gesundheitspflege.
- In Westeuropa besteht die Tradition einer (gewissen) Solidarität innerhalb der Gesellschaft. Niemand soll ohne Nahrung, Wohnung oder Gesundheitsversorgung bleiben.
- Diese Solidarität wird zunehmend durch die öffentliche Hand reguliert und verwaltet.
- Daraus entsteht eine wachsende Finanzlast für Staat und Steuerzahler mit den entsprechenden politischen Problemen und Auseinandersetzungen.
- Die grundlegenden politischen Fragen lauten: Wieviel Freiheit? Wieviel Solidarität? Wieviel persönliche Verantwortung? Wieviel öffentliche Verantwortung?

Die französische Journalistin Josette Alia fasste die Situation treffend zusammen: «Wir wollen behandelt werden. Wir wollen eine wirksame, ausgleichende und gerechte Medizin. Wir wollen unsern Arzt wählen, ihn lieben und dass er uns liebt. Wir wollen immer noch älter werden und in guter Gesundheit sterben. Mit anderen Worten, wir wollen die Quadratur des Kreises. Seitdem die Gesundheit ein Recht geworden ist, die Krankheit eine Ungerechtigkeit und der Tod

ein Skandal ... hat man mit zahlreichen Systemen experimentiert, um das eine Ziel zu erreichen, die unmögliche Ehe zwischen unentgeltlicher Behandlung, Beherrschung der Gesundheitskosten und den stürmischen Fortschritten der Therapie.» [1]

Das Gesundheitswesen hat mehrere Funktionen und Ziele:

- Patienten zu behandeln und Krankheiten zu verhüten.
- Arbeitsplatz zu sein für Menschen in zahlreichen Berufs- und Berufsgruppen und ihnen, soweit möglich, eine befriedigende Tätigkeit zu vermitteln.
- Beschäftigung und damit den Lebensunterhalt zu bieten für 11 bis 12% der erwerbstätigen Bevölkerung.
- Es ist auch ein wichtiger Markt für die Bauindustrie, für die Produktion von hoch entwickelten Apparaten, von Medikamenten, von Wegwerfartikeln und anderem Material.
- Das Gesundheitswesen mit den darin enthaltenen Zielsetzungen und Optionen bedeutet hohe Investitionen im sozialen und politischen Bereich. Es verlangt besondere Aufmerksamkeit für die eine oder andere Bedürfnisgruppe, möglichst unabhängig von Prestigeüberlegungen.
- Selbst mit dem Hauptzweck des Systems – nämlich der besseren Gesundheit der Bevölkerung – kann es geschehen, dass die anderen Funktionen und Ziele überwiegen und die Entwicklung des Hauptanliegens konkurrenzieren, ja sogar kontraproduktiv wirken.

Eine neue staatsbürgerliche Solidarität?

Staatsbürger und Patienten haben Verantwortung zu tragen, wie dies z.B. in der Verfassung der Waadt vom 14. April 2003, Art. 8, festgehalten ist:

- «Jede Person [...] ist für sich selbst verantwortlich und übernimmt Verantwortung gegenüber andern. Sie trägt zum guten Funktionieren der Gemeinschaft bei [...]. Sie übernimmt ihren Teil an der Verantwortung

* Kurzfassung eines Vortrags an der öffentlichen Veranstaltung der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich vom 30. Oktober 2003 zum Thema «Rationierung in der Medizin». Übersetzung von Dr. med. Georg Kaufmann aufgrund der französischen und englischen Textvorlagen.

1 Alia J. Le Nouvel Observateur, 26. August 1993.

Korrespondenz:
PD Dr. med. Jean Martin
a. Kantonsarzt (VD)
La Ruelle 6
CH-1026 Echandens

- für sinnvollen Gebrauch von öffentlichen Geldern und von Dienstleistungen, die durch öffentliche Gelder finanziert werden.»
- Feststellen, akzeptieren, dass man nicht «den Fünfer und das Weggli haben kann» ... Es ist unmöglich, immer mehr Zuwendung zu verlangen und die Bezahlung dafür zu verweigern! Der Patient und der Staatsbürger/ die versicherte Person/der Steuerzahler sind ein und dieselbe Person!
 - Sich des Prinzips der Gegenseitigkeit bewusst sein. Es ist logisch, an sein eigenes Interesse zu denken, jedoch ohne das Interesse des andern zu vergessen, zu missachten.
 - «Die eigene Freiheit hört dort auf, wo die Freiheit des andern beginnt.»
 - «Das Freiheitsrecht ist die Möglichkeit, alles zu tun, was andern nicht schadet.»

Neue Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung

Bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts beruhte die gesundheitliche Betreuung im wesentlichen auf einer Beziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten (und seiner Familie), auch was finanzielle Aspekte betrifft. Diese Beziehung war vom ärztlichen Standesethos, von der Deontologie bestimmt. Dritte Partner (Staat, Versicherungen) spielten keine oder eine kleine Rolle. Das Gesundheitswesen bildete einen recht geringen Teil des Bruttosozialprodukts.

Und jetzt? Immer noch bestehen die persönliche Beziehung und das persönliche Mandat. Gesundheitsversorgung ist jedoch – gesetzlich oder praktisch – ein Recht geworden. Von der öffentlichen Hand erwartet man die Garantie, dieses Recht zu befriedigen. Die Finanzierung ist zu über zwei Dritteln durch kollektive Mechanismen gesichert (obligatorische Krankenversicherung, öffentliche Budgets). Dies bedeutet Veränderungen in der Art und Weise, wie Entscheidungen getroffen werden, sowohl auf der Makro- wie auf der Mesoebene, d.h. auf der Ebene des Staates und der gesundheitlichen Einrichtungen. Immer mehr werden die Regeln der Arzt-Patienten-Beziehung in die öffentliche Gesetzgebung eingeschlossen und beruhen nicht mehr ausschliesslich auf dem Standesethos. Es gibt Gesetze und Verordnungen über Patientenrechte.

Die öffentliche Autorität hat die Pflicht, sicherzustellen, dass die Ressourcen gemäss den wichtigsten Problemen und Bedürfnissen der Bevölkerung gebraucht werden. Der Auftrag an den Arzt bleibt in erster Linie derjenige seines

Patienten. Aber was sind die Pflichten des Patienten und Staatsbürgers?

Das entscheidende und scheinbar paradoxe Problem des heutigen Gesundheitssystems heisst: Wir besitzen immer mehr Wahlmöglichkeiten, die immer schwieriger zu treffen sind. Wir geraten aus einer Situation mit zunehmender Chance zu wählen in eine Situation mit unausweichlichem Zwang zu wählen. Die Frage lautet nur: Wie explizit tun wir es?

Ressourcen sind immer begrenzt

Wir haben einzuräumen, dass es tatsächlich Grenzen gibt für das, was eine Gesellschaft, selbst eine moderne, selbst eine florierende, selbst eine sozial denkende Gesellschaft als fundamentale Rechte und Bedürfnisse definieren kann. Und demzufolge, dass es auch in der Gesundheitsversorgung Grenzen gibt, Grenzen des Umfangs von Zuwendungen und Leistungen sowie ihrer Modalitäten, die jedem zustehen, was immer die Umstände sein mögen.

Die Schwierigkeit freilich besteht in der angemessenen Bestimmung dieser Grenzen bei gleichzeitigem Festhalten an einer breiten Solidarität. Dies muss ein gemeinsames Unternehmen des Volkes und seiner Vertreter sein, mit dem Beitrag der Partner im Gesundheitswesen.

In der Schweiz wurde uns beigebracht zu glauben, jedes Problem habe eine *gute* Lösung. Das stimmt nicht. Für einige aktuelle Fragen, die das Gesundheitssystem betreffen, gibt es nur schlechte und weniger schlechte Lösungen. Man muss sich hartnäckig bemühen, die weniger schlechten zu finden. Perfektionismus bedeutet Lähmung, oder mit einem englischen Wortspiel: «Perfectionism is spelled P-A-R-A-L-Y-S-I-S».

Manche meinen, bei vermehrter Rationalisierung brauche es keine Rationierung. Philosophisch besteht zwischen den beiden Begriffen eine klare Trennung, in der Praxis nicht. Für die unvermeidliche Rationierung, d.h. für den ökonomisch begründeten Verzicht auf Massnahmen trotz erwiesenen Nutzens, sehe ich drei Modelle:

Modell 1

Durchführung innerhalb eines Gesundheitssystems, zu dem alle gehören, wobei der gesundheitliche und medizinische Bedarf der betreffenden Person oder Gruppe die Grundlage der Wahl bildet.

Voraussetzungen

Quantifizierung und Qualifizierung der Bedürfnisse, Beurteilung der (Kosten-)Wirksamkeit von

Behandlungen, ausreichender Konsens in einigen Definitionen, wie Gesundheit, Lebensqualität, Würde. Ist das Leben heilig oder eher Gegenstand der Achtung?

Nachteile

Verzögerung, Schlangestehen, Entwicklung eines «wilden» privaten Sektors.

Modell 2

Rationierung durch Ausschluss aus dem System, gewöhnlich auf der Grundlage der Zahlungsfähigkeit. Vorstellung, dass Gesundheit ein Konsumgut sei, vergleichbar mit der Wohnung, dem Auto, den Ferien.

Nachteile

Ausgeprägte Zwei- oder Mehrklassenmedizin, fehlende oder ungenügende Sorge für eine (wachsende) Minderheit, die wie in früheren Zeiten der karitativen Unterstützung überlassen wird.

Modell 3

Irgendwo dazwischen: Freier Zugang für alle auf Grund einer Liste von zugelassenen Leistungen (Grundversicherungspaket), jedoch Ausschluss von Massnahmen, die als nur wünschbar oder fragwürdig erscheinen und der individuellen Verantwortung überlassen bleiben.

Gefordert ist eine sachliche Gesundheitspolitik. Der Staat hat folgende Aufgaben:

- Sicherstellen, dass ausreichende Daten existieren über die Häufigkeit und Schwere von Krankheiten, Unfällen, Behinderungen in der Bevölkerung.
- Sicherstellen, dass eine angemessene Evaluation der Relevanz, der Qualität und der Effizienz von Behandlungen durchgeführt wird, wobei die Organisationen der Leistungserbringer eine wichtige Rolle spielen.
- Den Dialog und die Zusammenarbeit unter den Hauptpartnern fördern.
- Sicherstellen, dass die Ressourcen so gebraucht werden, dass sie den Forderungen der Priorität entsprechen.
- Erklären und die Öffentlichkeit überzeugen, dass es nicht möglich ist, Dienstleistungen zu erhalten ohne irgendwie dafür zu zahlen. Wenn man nicht bezahlen will, hat man eine Beschränkung der Dienstleistungen zu akzeptieren!

Darf man Lebensjahre und Lebensqualität in die Entscheidungsfindung miteinbeziehen? Dazu ein Zitat aus der führenden medizinischen Zeitschrift der USA: «Einige Leute halten es für

unmoralisch, zwischen Leben und ökonomischen Kosten ein Tauschgeschäft zu machen. [...] Im Mass, dass eine Analyse zu besseren Entschlüssen führen kann, zu Entschlüssen, die ihrerseits, um mehr Leben zu retten, zum wirklichen Gebrauch von ökonomischen Ressourcen führen, mit dieser Voraussetzung ist es vielleicht unmoralisch, das entscheidende Tauschgeschäft zwischen Kosten und statistischen Todesfällen *nicht* anzugehen. Die wichtigen Fragen lauten, ob das Tauschgeschäft explizit oder implizit gemacht wird und worin das Geschäft bestehen soll.» [2].

Salus aegroti suprema lex: Für den Arzt bedeutet das Wohl des Patienten das höchste Gesetz. *Salus publica suprema lex*: Für die Regierungen ist das öffentliche Wohl das höchste Gesetz. Zwischen beiden Aufgaben besteht eine unvermeidliche Spannung, aber auch eine Wechselbeziehung, wobei die beiden Bedeutungen von *salus* sich nicht ganz decken.

Mein Postulat:

- Der Arzt ist (auch) ein Mitglied der staatsbürgerlichen Gemeinschaft.
- Der Arzt ist (auch) von der Gesundheit und vom Wohlergehen der Gemeinschaft betroffen.
- Der Arzt kann nicht übersehen, dass:
 - Ressourcen immer begrenzt sind;
 - ein grosser Teil des Gesundheitsbudgets durch öffentliche und kollektive Mechanismen beschafft wird;
 - die Gesundheitstechnologie sich ständig ausweitet und stets mehr Geld und Personal verlangt.
- So etwas wie eine Gratismahlzeit gibt es nicht: Ein unangemessen gebrauchter Franken wird einem andern Patienten, der ihn benötigen würde, weggenommen.
- Politische Prozesse (mit Einschluss von Volksabstimmungen) werden mehr und mehr Einfluss haben.
- Wahlen sind zu treffen
 - durch die öffentliche Hand;
 - durch die Ärzte, indem sie abwägen, wie sie die für einzelne Patienten verfügbaren Ressourcen beanspruchen;
 - durch die Patienten ...? Gewiss durch die Staatsbürger!

Gesundheitsforscher haben wunderbare Dinge vollbracht, indem sie durch das Mikroskop blickten. Aber sie blicken zu viel durch das Mikroskop. Sie sollten auch durch das Fenster schauen.

2 Keeney RL. Decisions about life-threatening risks. *N Engl J Med* 1994;331:193-6.

– Martin J. Médecine pour la médecine ou médecine pour la santé. Lausanne: Editions Réalités sociales; 1997.

– Martin J. Dialoguer pour soigner les pratiques et les droits. Genève: Médecine et Hygiène; 2001.