



Über 4 Jahrzehnte am Puls des schweizerischen Gesundheitswesens: Gianfranco Domenighetti. Fotos: BK

Interview mit Gianfranco Domenighetti, Gesundheitsökonom und vormaliger Direktor des Gesundheitsamtes des Kantons Tessin

«Ärzte haben einen der schwierigsten Berufe überhaupt»

Ende Januar dieses Jahres ist Gianfranco Domenighetti, eine der profiliertesten Persönlichkeiten des schweizerischen Gesundheitswesens, als Direktor des Gesundheitsamtes des Kantons Tessin in den Ruhestand getreten. Der nach wie vor sehr aktive Gesundheitsökonom blickt im folgenden Gespräch auf seine rund 40jährige Laufbahn zurück.

Interview: Bruno Kesseli

SÄZ: Herr Domenighetti, nach einem sehr intensiven Berufsleben haben Sie Ende Januar als langjähriger Direktor des Gesundheitsamtes des Kantons Tessins den Schritt in den Ruhestand vollzogen. Fiel der Abschied schwer?

Gianfranco Domenighetti: Nur was die Unterstützung durch tüchtige Sekretärinnen betrifft ... (lacht). Im Ernst: Der Übergang in den sogenannten Ruhestand war und ist in meinem Fall sehr sanft. Ich habe nach wie vor ein Büro an der Universität Lugano, arbeite weiterhin aktiv mit einer Gruppe von Ökonomen zusammen und behalte auch meinen Lehrauftrag an der Universität Lausanne. Was die Pensionierung als Direk-

tor des Gesundheitsamtes betrifft, sind meine Gefühle gemischt. Auf der einen Seite hatte ich natürlich etwas Mühe, eine Arbeit aufzugeben, die ich mit Begeisterung gemacht habe. Insbesondere in den Bereichen Forschung und Gesundheitsförderung profitierte ich von ausgezeichneten Bedingungen. Andererseits freue ich mich über die neugewonnenen Freiheiten, auch wenn ich mich nun vermehrt mit Computertechnik herumschlagen muss. Vor meiner Pensionierung habe ich nie einen PC benutzt, aber jetzt hilft mir niemand mehr, Texte zu verfassen und PowerPoint-Präsentationen vorzubereiten. Damit muss ich schon selber zurechtkommen.

Gianfranco Domenighetti

Der 1942 in Zürich geborene Gianfranco Domenighetti schloss sein Studium der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften 1966 in Fribourg mit dem Titel eines lic. rer. pol. ab. 1993 promovierte er in Lausanne zum Doktor der Sozialwissenschaften, seit 2000 ist er Titularprofessor der Università della Svizzera italiana in Lugano. Von 1969 bis Ende Januar 2007 war Domenighetti Direktor des Gesundheitsamtes des Kantons Tessin, parallel dazu übernahm er im Verlauf der Jahre Lehraufträge und Gastprofessuren an den Universitäten Genf, Lausanne und Lugano. Neben diesen Engagements war Domenighetti für eine grosse Zahl weiterer nationaler und internationaler Organisationen und Institutionen tätig, darunter auch die Weltgesundheitsorganisation WHO. Seine zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten zu Themen des Public Health und der Gesundheitsökonomie wurden von führenden Fachzeitschriften publiziert; für seine Verdienste insbesondere im Präventionsbereich erhielt er eine Reihe bedeutender Auszeichnungen.

Sie sind 1969 in den Dienst des Kantons Tessin getreten, in einer Zeit also, die von der Aufbruchstimmung des Jahres 1968 geprägt war. Traten Sie Ihre Stelle mit revolutionären Visionen und Projekten an?

Um ehrlich zu sein: Im Grunde genommen war bei mir damals kaum etwas an Visionen vorhanden. Im Gesundheitswesen bin ich eher zufällig gelandet. Zu dieser Zeit standen Studienabgängern viele Türen offen, man musste also nicht gleich bei der erstbesten Möglichkeit zugreifen. Ein ehemaliger Studienkollege, der im Tessiner Gesundheitsdepartement arbeitete, gab mir den Tip, dass beim Kanton eine interessante Stelle frei sei. Im Gegensatz zu vielen Kollegen, die eine Anstellung bei einer Bank oder Versicherung vorzogen – nicht zuletzt der besseren Verdienstmöglichkeiten wegen –, war für mich die Tätigkeit in einer öffentlichen Verwaltung eine vielversprechende Option. Als ich zusagte, tat ich dies aus Überzeugung – dennoch hatte ich zu diesem Zeitpunkt noch keine Ahnung von der Welt der Medizin. Ich musste mir das entsprechende Wissen Schritt für Schritt aneignen.

Was Ihnen ziemlich gut gelungen ist, nimmt man Ihre spätere Publikationsliste als Bezugsgrösse.

Rückblickend war ein wichtiger Schritt, dass ich – als Ökonom, notabene – begonnen habe, intensiv medizinische Fachzeitschriften zu studieren. «British Medical Journal», «Lancet», «JAMA», «New England Journal of Medicine» und auch Schweizer Zeitschriften wie «Médecine et Hygiène» waren für mich in vieler Hinsicht interessanter und lehrreicher als die gesundheitsökonomischen Zeitschriften, die natürlich auch auf meinem Tisch landeten. Als Nichtmediziner tat sich mir ein sehr spannendes Feld auf, ich erhielt viele fruchtbare Impulse und Anregungen für

meine Arbeit. Dass ich später meine Arbeiten in diesen Zeitschriften publizieren konnte, war natürlich sehr befriedigend.

In fast vier Jahrzehnten Berufstätigkeit haben Sie ein enormes Spektrum an gesundheitspolitisch und -ökonomisch relevanten Themen abgedeckt. Wo sehen Sie selbst die Schwerpunkte Ihrer Tätigkeit?

Ein wichtiger Schwerpunkt lässt sich unter dem Stichwort «Empowerment» zusammenfassen, wobei ich vor allem an das Empowerment der Patienten denke. Der Gedanke, an dem ich mich dabei orientierte, lässt sich ungefähr so umschreiben: Wenn man das Informationsgefälle zwischen Ärzten oder medizinischen Fachleuten und den Patienten verringern könnte, würden beide Seiten davon profitieren. Auf dieses Ziel hin waren etliche Projekte ausgerichtet, die ich im Bereich der Gesundheitsförderung während meiner Laufbahn in Angriff nahm.

Wobei Sie für Ihre Botschaften immer wieder griffige, manchmal auch provokative Formulierungen fanden. «Schlechter informierte Patienten lassen sich häufiger operieren» – so haben Sie es 1993 sinngemäss im Abstract einer der bereits angesprochenen Studien [1, 2] formuliert.

Tatsächlich waren für mich die Förderung des auf besserer Information basierenden Zugangs zu medizinischen Leistungen und die der «informierten Entscheidung» seitens der Patienten

«Wenn man das Informationsgefälle zwischen Ärzten und Patienten verringern könnte, würden beide Seiten davon profitieren.»

zentrale Anliegen. Einige meiner Arbeiten entstanden vor diesem Hintergrund, z.B. die Untersuchungen zur Hysterektomie [3, 4] oder zur Frage, wie die Operationsraten bei Ärzten und Anwälten im Vergleich zu den entsprechenden Zahlen für die restliche Bevölkerung aussehen [1, 2]. Ausgangspunkt dieser Studien war immer die folgende Überlegung: Man nehme eine medizinische Dienstleistung, z.B. eine bestimmte Operation, und schaue, wie häufig sie von der am besten informierten Population – also der Ärzteschaft – in Anspruch genommen wird. Es ist einigermassen naheliegend anzunehmen, dass sich die meisten Ärztinnen und Ärzte dann operieren lassen, wenn dies sinnvoll ist. Vergleicht

man die entsprechenden Raten mit denjenigen, die für die Gesamtbevölkerung gelten, lassen sich auch aus gesundheitsökonomischer Sicht interessante Schlussfolgerungen ziehen.

Auch zur Frage der Rationierung im Gesundheitswesen, die nach wie vor sehr aktuell ist, haben Sie sich wiederholt geäußert.

In der Tat ist die Rationierung eines der Themen, die mich am meisten interessieren, vor allem, wenn man sie im Zusammenhang mit der



aktuell zu beobachtenden Dynamik der Medikalisierung des Lebens und der Gesellschaft sieht. Diese Entwicklung läuft letztlich darauf hinaus, dass es keine wirklich gesunden Personen mehr geben wird. Gefördert wird diese Dynamik insbesondere von der Industrie, die ihre Märkte erweitern und ihre Profite vergrössern möchte. Beispielsweise werden Grenzwerte, die den Übergang zu krankhaften Zuständen markieren, laufend angepasst, so dass man sich schneller im «pathologischen Bereich» befindet. Die zugrundeliegenden Kriterien bleiben häufig diffus. Diese Tendenz bedeutet, dass potentiell von einem Tag auf den anderen Millionen bisher gesunder Individuen zu «Kranken» werden. Die Annahme ist naheliegend, dass solche Tenden-

zen gravierende Auswirkungen auf die Kosten und die Stabilität umfassender Gesundheitssysteme haben werden und zu einer gesellschaftlichen Verunsicherung führen können.

Im Zusammenhang mit der sogenannten Kostenexplosion im Gesundheitswesen wurden in jüngster Zeit Vorschläge laut, die Patienten bei «selbstverschuldeten» gesundheitlichen Störungen stärker in die finanzielle Verantwortung zu nehmen, beispielsweise über einen erhöhten Selbstbehalt.

Leider gewinnt die Diskriminierung von Personen, deren Lebensstil nicht einem mehr oder weniger normierten Ideal entspricht, zunehmend an Bedeutung. Wieder einmal ist man in den USA diesbezüglich bereits einen oder mehrere Schritte weiter. Dort gibt es – zum Beispiel in West Virginia – bereits Vertragsmodelle der Krankenkassen, bei denen sich die Patienten verpflichten, nicht zu rauchen, Kurse für gesunde Lebensführung zu besuchen und ihren Gesundheitszustand ärztlich monitorisieren zu lassen. Verpassen sie zwei Arzttermine, riskieren sie, im Krankheitsfall keine Leistungen vergütet zu erhalten.

Inwiefern halten Sie solche Modelle für problematisch?

Für mich ist hier die Solidarität in Gefahr. In der Regel werden wieder die wirtschaftlich Schwächsten benachteiligt, da sie gesundheitliche Risikofaktoren bzw. Risikoverhalten «akkumulieren». Ähnliche Tendenzen sehen wir auch in europäischen Ländern, zumindest werden sie zunehmend zur Diskussion gestellt, z.B. in Grossbritannien, aber auch in der Schweiz. Es beginnt mit den Rauchern und Übergewichtigen, aber in den USA zeichnet sich bereits ab, dass z.B. auch Diabetiker schon bald Probleme mit den Versicherungen bekommen könnten. Ich halte das für eine gefährliche Tendenz. Immerhin handelt es sich um legale Verhaltensweisen, die für mich im Bereich der individuellen Wahlmöglichkeiten liegen.

Ihr Verhältnis zur Ärzteschaft – vielleicht müsste man es eher umgekehrt formulieren – war nicht immer das entspannteste, was sich auch anhand von Aussagen dokumentieren lässt, die in der Schweizerischen Ärztezeitung gemacht wurden. So schrieb FMH-Präsident Jacques de Haller in der SÄZ: «Gianfranco Domenighetti ist eine bekannte Persönlichkeit des schweizerischen Gesundheitswesens ..., eine sehr bekannte gar, ... eine, die auch als «Feind der Ärzte» bekannt ist» [5] (Übersetzung SÄZ). De Hallers Vorgänger, Hans-Heinrich Brunner, widmete

Ihnen 1998 [6] sogar ein Editorial, in dem er Sie als «Hexenmeister» bezeichnete. Was machte Sie für die Ärzteschaft zur Reizfigur?

Heute hat sich die Stimmung wahrscheinlich etwas verändert, aber die Themen, die ich in meinen Studien behandelt habe, sind tatsächlich nicht bei allen Ärzten auf Gegenliebe gestossen. Man fragte sich: «Was will der eigentlich mit seinen Untersuchungen» und empfand diese als einen Angriff auf die Ärzteschaft, was sie aus meiner Sicht in keiner Weise waren. Im Gegenteil: Ich habe eine hohe Achtung vor der ärztlichen Tätigkeit und denjenigen, die sie ausüben – die

«Leider gewinnt die Diskriminierung von Personen, deren Lebensstil nicht einem mehr oder weniger normierten Ideal entspricht, an Bedeutung.»

Ärzte haben einen der schwierigsten Berufe überhaupt. Die Ärzteschaft ist für mich im übrigen auch ein Berufsstand, der seine eigene Tätigkeit kontinuierlich kritisch hinterfragt. Um diese Aussage zu überprüfen, braucht man nur gute medizinische Fachzeitschriften zu lesen. Die Grundhaltung, die man hier findet, ist eine völlig andere als in Fachzeitschriften anderer Disziplinen, insbesondere in ökonomischen. In führenden medizinischen Zeitschriften findet eine wirkliche Hinterfragung des aktuellen Wissensstandes statt. Allerdings spielt sich dies in der Regel in einem hochspezialisierten Rahmen ab, den das breite Publikum kaum zur Kenntnis nimmt. In der Laienpresse werden dann gewisse Aspekte publikumswirksam zugespitzt, was zu Irritationen führen kann.

Das tönt nun aber fast zu versöhnlich. In gewissen Fällen haben Sie die Ärzteschaft mit Ihren Erkenntnissen schon an empfindlichen Stellen getroffen ...

Das mag sein, aber es war nie das Ziel. Wie erwähnt ging es mir darum, auf der Basis wissenschaftlicher Studien Erkenntnisse zu formulieren, und nicht darum, eine Berufsgruppe als solche anzugreifen. Vielleicht fühlte sich ein Teil der Ärzteschaft durch Ergebnisse meiner Studien provoziert. Im übrigen entstanden die Studien, von denen wir hier sprechen, fast alle in enger Zusammenarbeit mit Ärzten, die als Koautoren beteiligt waren. Das Verhältnis konnte also nicht so schlecht sein.

Also keine psychologischen Faktoren, keine aggressiven Ambitionen, die – man muss wohl sagen: vormaligen – Götter in Weiss vom Sockel zu stossen?

(Lacht.) Nein, nein. Wenn wir aber schon bei diesem Thema sind: Es gibt da eine Anekdote, die in diesem Zusammenhang ganz passend ist, aber bitte nur als Witz. Als ich siebenjährig war, wurden mir und meinem Bruder routinemässig die Mandeln entfernt. Zu dieser Zeit war das eine Art Initiationsritus beim Übergang zum Schulalter. Vor der Operation sass ich in der Klinik allein auf einer Art Sofa und sollte von einer Krankenschwester eine Äthernarkose erhalten. Als ich sie so rumhantieren sah und die seltsamen Dämpfe roch, bekam ich plötzlich schrecklich Angst. Ich stand auf und flüchtete aus dem Raum, worauf ich von zwei Personen «verfolgt», «gebändigt» und zurückgebracht wurde. Soweit mein «Trauma» – ein anderes gibt es nicht. Aber viel-



leicht ist das ja der Grund, dass ich später vor allem Studien zur Chirurgie gemacht habe (lacht).

Ihre berufliche Karriere war insgesamt sehr erfolgreich. Gab es Momente, die im Rückblick herausragen?

Als Erfolg oder zumindest Phase grosser beruflicher Befriedigung würde ich die Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung bezeichnen, die nach 1984 in enger Zusammenarbeit mit Felix Gutzwiller entstanden sind. Das waren kreative Arbeiten, die Pioniercharakter hatten und die

mir auch im Rückblick als sehr sinnvoll erscheinen, z. B. im Bereich der Ernährung oder der Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen. Es war für mich auch immer wieder erfreulich, meine Arbeiten in wirklich guten Fachzeitschriften publizieren zu können. Im übrigen habe ich die öffentliche Anerkennung nie sehr stark gesucht.

Dennoch wurden Sie für Ihre Verdienste mehrfach ausgezeichnet, unter anderem von der Schweizerischen Herzstiftung und der WHO. Auch mit Spots zur Gesundheitsförderung, an deren Produktion Sie als Auftraggeber, Supervisor oder Gesamtverantwortlicher beteiligt waren, waren Sie erfolgreich: Die Bronzene Palme in Cannes 1991, der 2. Preis des Art Directors Club Zürich 1988/89 und der Grand Prix Tele 1988 sind Beispiele dafür.

Gerade im Bereich der Gesundheitsförderung ist es natürlich wichtig, eine Breitenwirkung zu erzielen, ein grosses Publikum anzusprechen. Insofern waren diese Auszeichnungen eine schöne Anerkennung. Zudem waren sie auch eine Bestätigung dafür, dass wir mit dem von uns als sehr wichtig eingestuften präventiven Ansatz auf dem richtigen Weg waren. Diesbezüglich – das darf man durchaus so feststellen – waren wir unserer Zeit um rund 20 Jahre voraus. Diese Projekte waren ausnahmslos Teamarbeiten, und die Beteiligten engagierten sich enorm für die Sache. Zudem hatten wir die nötige politische Unterstützung, ohne die es nicht geht, wenn man auf diesem Gebiet erfolgreich sein will.

Sie haben sich in einem schwierigen politischen Umfeld über eine sehr lange Zeit erfolgreich behauptet – hatten Sie besondere Erfolgsrezepte im Umgang mit Politikern, etwa den Ihnen vorgesetzten Gesundheitsdirektoren?

Nun, zunächst ist festzustellen, dass die Gesundheitsdirektoren, unter denen ich gearbeitet habe, allesamt Sozialdemokraten waren. Mein langes «Überleben» hängt vielleicht damit zusammen, dass ich bemüht war, mich aus politischen Spie-

len herauszuhalten. Ich war nie Mitglied einer politischen Partei, war auch nicht auf Parteiversammlungen anzutreffen, was mir eine gewisse Unabhängigkeit verlieh. In der Regel wurde ich als Experte auf meinem Gebiet wahrgenommen, nicht als Vertreter eines politischen Programms. Da bei politischen Entscheiden die wissenschaftlichen Argumente nicht sehr stark ins Gewicht fallen, darf man meinen Einfluss allerdings auch nicht überbewerten. Ein zweiter wichtiger Punkt ist meiner Ansicht nach die Qualität der Arbeit, die wir geleistet haben. Diese wurde in der Regel über die Parteigrenzen hinweg als seriös und fundiert eingestuft. Als in einem Fall von einem Regierungsrat zu einer unserer Arbeiten ein externes Gutachten eingeholt wurde, kamen die Experten übrigens auch zu diesem Schluss.

Nach dem Rückblick noch ein kurzer Ausblick in die Zukunft. Können wir uns auf das baldige Erscheinen Ihrer Memoiren freuen?

Auf gar keinen Fall!

Literatur

- 1 Domenighetti G, Gutzwiller F, Martinoli S, Casabianca A. Revisiting the most informed consumer of surgical services. *Int J Technol Assess Health Care.* 1993;4:505-13.
- 2 Domenighetti G, Casabianca A. Rate of hysterectomy is lower among female doctors and lawyers' wives. *BMJ.* 1997;314:1417.
- 3 Domenighetti G, Luraschi P, Casabianca A, Gutzwiller F, Spinelli A, et al. Effect of information campaign by the mass media on hysterectomy rates. *Lancet* 1988;ii:1470-3.
- 4 Domenighetti G, Luraschi P, Marazzi A. Hysterectomy and sex of the gynecologist. *N Engl J Med.* 1985;23:1482 (scientific letter).
- 5 de Haller J. L'ennemi des médecins. *Bull Méd Suisses.* 2005;86(4):221.
- 6 Brunner HH. Quod sit demonstrandum oder: das neueste Zauberstück des Hexenmeisters Gianfranco Domenighetti. *Schweiz Ärztezeitung.* 1998;79(12):459.