

# Spitzenmedizin

Erhard Taverna

Was in der Schweiz unter diesem Begriff diskutiert wird, ist politisch-sozial-ökonomisch definiert. Zur Debatte steht die Finanzierung mit öffentlichen Mitteln, wobei eine bessere Planung und Koordination die Kosten verringern soll. Im Vorfeld der Gesundheitsinitiative haben H+ Die Spitäler der Schweiz eine planwirtschaftliche Ausrichtung des Gesundheitswesens abgelehnt. Sie plädierten für Rahmenbedingungen in der Verfassung, einen regulierten Wettbewerb ohne Spitallisten und eine nationale Koordination der Spitzenmedizin durch die Universitätskliniken.

## Die politische Ebene

Ende April 2003 hat eine Arbeitsgruppe «Spitzenmedizin» im Auftrag der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) einen Schlussbericht vorgelegt. Die vorliegende Arbeit zur «Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin» realisiert eine Liste für diese Tätigkeiten, gemäss den Vorgaben eines neuen Finanzausgleichs zwischen Bund und Kantonen. Die Dokumente dienen als Grundlage für weitere Analysen und sollen einen politischen Grundsatzentscheid ermöglichen. Das Projekt einer «Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben» (NFA) sieht nämlich vor, diese medizinischen Bereiche der interkantonalen Zusammenarbeit mit Lastenausgleich zu unterstellen. Die Liste soll von der SDK nach Anhörung der Schweizerischen Universitätskonferenz (SUK) beschlossen und alle 2 Jahre überprüft und angepasst werden.

Über die Planung und Zuordnung dieser Kapazitäten und deren Zulassung auf den kantonalen Spitallisten entscheidet gemäss diesen Bestimmungen allein die SDK. Seit bald 10 Jahren wird die Frage einer besseren Nutzung durch Synergien in zahlreichen Gremien ohne nennenswerte Fortschritte diskutiert. Konkrete Projekte wurden in einer Charta der Zusammenarbeit 1999 zwischen den Universitätsspitalern verabschiedet. Die Spitäler und die medizinischen Fakultäten (Gruppe der 15) behandeln seither schwerpunktmässig den Bereich Transplantationen. Das Vorhaben «Réseau hospitalo-universitaire de Suisse occidentale» scheiterte an der Volksabstimmung in Genf. Zahlreiche parlamentarische Vorstösse fordern seit 1998

eine eidgenössische Spitalplanung (Remo Gysin), die Umwandlung in Bundesuniversitätsspitäler (Stéphane Rossini und 22 Mitunterzeichner), eine Lizenzvergabe für Kompetenzzentren (Guido Zäch und Bruno Frick) oder die Gründung einer Medizinischen Hochschule Schweiz (Remo Gysin). Die Koordination der Universitäten und der Forschung wird seit dem 1. April 2000 durch den Bund mit dem Universitätsförderungsgesetz (UFG) neu geregelt. Ein strategisches Organ, genannt Schweizerische Universitätskonferenz, soll einst rechtsverbindlich entscheiden. Neu ist auch die doppelte Mandatierung dieser Konferenz durch ein interkantonales Konkordat.

Im Rahmen der NFA wurden einige Grundsätze postuliert: Die Zuständigkeit für die Sicherstellung der Versorgung mit hochspezialisierten medizinischen Leistungen bleibt bei den Kantonen. Eine starre Definition, was darunter zu verstehen wäre, sei nicht zu empfehlen.

## Die medizinische Ebene

Die Arbeitsgruppe hat einen Kriterienkatalog erarbeitet, welcher entscheiden soll, ob bei hochspezialisierten Leistungen ein Koordinations- oder Konzentrationsbedarf vorliegt oder nicht. Dieser verbindliche Rahmen für eine künftige Planung und Finanzierung der Kapazitäten stützt sich auf Kriterien wie: Qualität, Wirtschaftlichkeit, Wirksamkeit, Nutzen, technologisch-ökonomische Lebensdauer, Verfügbarkeit hochqualifizierten Personals und Teambildung, Relevanz des Bezugs zur Forschung und Lehre. Die Liste der medizinischen Leistungen soll der SDK als Entscheidungsgrundlage dienen. Momentan ist der Schlussbericht bei den Kantonen und weiteren Organisationen bis Anfang September 2003 in der Vernehmlassung.

Ein Materialband I überprüft die medizinische Leistung perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA), wie sie an Koronararterien erstmals 1977 in Zürich durchgeführt wurde. Bereits 1993 wurden mehr Koronarangioplastien durchgeführt als Bypassoperationen. Entsprechend hat sich die Anzahl der Anbieter rasant vermehrt, vor allem seit Dilatation und Stent-einlage, auch ohne chirurgische Bereitschaft in demselben Spital, angeboten werden. In dieser

ausführlichsten aller Untersuchungen lautet das Fazit: «In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass jegliche Bestrebung in Richtung Koordination und Konzentration den tatsächlichen Entwicklungen hinterherhinkt.» Dies sei auch Ausdruck einer Dynamik, die durch die wünschenswerte Konkurrenz zwischen einzelnen Forschungsgruppen entstehe und keinesfalls zu unterbinden sei.

Anders tönt es im Materialband II, einer Sammlung von «fact sheets» zu den Bereichen Herzchirurgie und interventionelle Kardiologie bei Kindern, interventionelle Neuro-radiologie, Ophthalmologie, hämatopoietische Stammzellentransplantation, Schwerstverbrennungen, Protonenstrahlentherapie, Positronen-Emissions-Tomographie (PET), Hypophysenchirurgie und zum Management hochkonta-

giöser Erkrankungen mit schlechten oder fehlenden Präventions- und Therapiemöglichkeiten. Nur bei den Infekten sehen die Autoren keinen Handlungsbedarf, überall sonst wäre ein Potential für neue Organisationsstrukturen sinnvoll.

Die sogenannte Spitzenmedizin steht hier stellvertretend für das ganze Gesundheitswesen. Nicht weitere Anwendungen der Biowissenschaften und Biotechnologie stehen zur Diskussion, sondern das Problem eines gerechten und finanzierbaren Zugangs für möglichst viele Bewohner dieses Landes. Es wäre schade, wenn dieses zentrale Anliegen im Kompetenzgerangel von Bund und Kantonen, SDK, öffentlichen und privaten Spitälern, santésuisse und Universitäten auf der Strecke bliebe.

## Schwarze Schafe und gute Ärzte

### Einige persönliche Gedanken

T. Schweizer

Unser Präsident H. H. Brunner hat die Öffentlichkeitsarbeit der FMH kritisch beurteilt [1]. In der uns bekannten, klarsichtigen und scharfen, von einer Prise Humor gemilderten Art hat er das beschrieben, was uns tagtäglich als öffentliche Meinung entgegenkommt. In einem zweiten Teil hat er darüber nachgedacht, wie demgegenüber die Haltung der Ärzteschaft erkennbar sein könnte. In diesem zweiten Teil findet sich ein «Diskurs der schwarzen Schafe». Dieser Diskurs hat in mir einige gedankliche Unruhe verursacht:

1. H. H. Brunner schreibt, dass es nur graue Schafe gebe und der Begriff des schwarzen Schafes wie ein fliegender Holländer sich jeder Definition entziehe. Das denke ich auch. Der Begriff ist eher dazu geeignet, ein juristisch problematisches Vorgehen gegen einen beliebig definierbaren Teil der Ärzteschaft zu rechtfertigen. Trotzdem wird in diesem Diskurs gesagt, dass wir schwarze Schafe ganz gezielt aus unseren Reihen eliminieren sollten. Wir müssen aber definieren, was wir eliminieren wollen. Die Krankenkassen werden uns behilflich sein. Sie tun sich mit der Definition des schwarzen Schafes weniger schwer. Es gelten ökonomische Kriterien. Längst wird eine geradezu

indirekte Proportionalität von Kosten und Qualität suggeriert. Es wird also nicht schwer sein, in immer neu definierten Gruppen neue schwarze Schafe zu finden. Gesundheitskosten werden dadurch nicht gesenkt. Die Nachfrage bleibt ungebrochen.

Nach der Aufhebung des Kontrahierungszwangs wird es für die Kassen ohnehin kein Problem mehr sein, die Ärzteschaft auszudünnen. Sie werden so das Tor zur privaten ambulanten Medizin öffnen, in welche dannzumal auch die klugen Kassenärzte ein Standbein setzen wollen.

2. Der Begriff des schwarzen Schafes spiegelt vor, und das ist das Verführerische daran, dass es weisse gibt. H. H. Brunner spricht von der Wunschvorstellung des guten Arztes. Ich fühle mich bei dieser Wunschvorstellung sehr unbehaglich. Sie riecht zu sehr nach manipulierender Moral. Ich bin vielleicht ein brauchbarer Arzt, und manchmal haben die Patienten eine Chance mit mir. Die Qualität der medizinischen Leistung resultiert aus der Zusammenarbeit von Arzt und Patient. Sie ist einmal besser und einmal schlechter. Moralische Vorgaben sind bei diesem gemeinsamen Bemühen wenig nützlich. Mir scheint ohnehin, dass die wirklich guten

1 Brunner HH. Öffentlichkeitsarbeit FMH. Schweiz Ärztezeitung 2003; 84(17):784-92.

Korrespondenz:  
Dr. med. T. Schweizer  
Hessstrasse 47  
CH-3097 Liebefeld

- Dinge ohne moralischen Anspruch daherkommen. Manchmal müssen sie sich sogar regelrecht gegen ein «gutes Gewissen» durchsetzen.
3. H. H. Brunner erinnert zu Recht daran, dass der Topos des in Not helfend zur Seite stehenden Arztes konstant bleibt. Dieser Topos ist ein Bild, welches aus erfahrener Liebe im persönlichen und intimen Umfeld entsteht. Diese Erfahrungen sind es auch, die unser Urvertrauen schaffen und uns hoffen lassen, dass das Ende nicht Zerstörung sei. Ich teile diese Hoffnung und auch den Gedanken, dass der Arzt in ihrer Vermittlung eine priesterliche Funktion hat. Dem Bild real entsprechen zu wollen ist aber eine geradezu narzisstische Versuchung. Natürlich ist der Arzt nach aller Hoffnung ein Mensch, der seine Kräfte aus Liebeserfahrungen schöpft. Er ist dadurch aber kein guter Arzt, sondern allenfalls ein getrösteter und gelassenerer Mensch. Das ist mir geheurer.
  4. Das medizinische System ist eine Art Zufluchtsstätte, auf die wir alle ein Anrecht haben. Das Wort «Anrecht» bedarf allerdings der gelegentlichen Reflexion. Rechte und Anrechte sind nur vor dem Hintergrund einer Macht zu haben. Diese (gesellschaftliche) Macht hat den Zugang zu medizinischen Leistungen rund um die Uhr zu einer Selbstverständlichkeit gemacht. Unausgesprochen wird damit auch ein Anrecht auf ärztliches Engagement, Empathie und Zuwendung angenommen. Diese Eigenschaften können zwar ein Produkt medizinischer Schulung sein und damit einen Teil des Qualitätsanspruches ausmachen. In ihrem Kern aber sind sie Merkmale der Liebe. Und wir alle wissen, dass Liebe stirbt, wenn sie als Anrecht eingefordert wird. Ich erlaube mir hier noch einen Exkurs zur menschlichen Würde. Nach allem, was Menschen Menschen antaten und antun, ist es mehr als gut, dass der Begriff von der Würde des Menschen in unser kollektives Denken Eingang gefunden hat. Nur wird dieser Begriff sogleich ergriffen und als Waffe gebraucht zur Erlangung diversester Partikularinteressen. Flugs werden alle möglichen Rechte daraus abgeleitet, so auch das Recht auf Gesundheit. Leise erinnert man sich an ein altes Wort, wonach der Mensch nicht würdig, sondern erbarmungswürdig sei. Erbarmungswürdig ist der Patient, aber auch seine Ärzte. Die Seele der Medizin besteht nicht im Wissen um all die aus der Menschenwürde abgeleiteten Rechte, sondern im Wissen um unsere Erbarmungswürdigkeit. Das altmodische Wort findet keinen Eingang in die sich häufenden Leitbilder des guten (Haus-)Arztes. Da werden wir bisweilen als halbe Übermensch beschrieben.
  5. Dieser Versuchung zur halben Heiligkeit schreibe ich es auch zu, dass unsereiner bisweilen meint, wir seien auch die geeigneten Therapeuten für das Kostenfieber. Budgetverantwortung heisst das neue Wort, dem man nichts anhaben kann, und das einmal mehr unterschlägt, dass man eine solche Verantwortung nur gemeinsam mit dem Patienten tragen kann. Unter Budgetverantwortung von ärztlichen Netzwerken hat man sich ja wohl eine jeweilige Globalbudgetverantwortung vorzustellen, die nur über eine Art Kopfpauschale definierbar ist. Bei steigender Nachfrage des einzelnen müssten dann unsere Preise sinken. Natürlich wären wir versucht, Einzelfallkosten tief zu halten, was früher oder später den Vorwurf einträgt, Ärzte würden mehr verdienen, wenn sie weniger Sorgfalt anwenden. Ich möchte aber betonen, dass ich an die Möglichkeit einer Kostensenkung ohne wesentliche Qualitätseinbusse durchaus glaube. Sie entsteht aber nur dort, wo die Nachfrageseite bzw. der Patient in seinem konkreten Fall Auftraggeber und Mitverantwortender ist.
  6. H. H. Brunner spricht davon, dass wir in der Öffentlichkeit in erster Linie Vertrauen schaffen sollten. Ich bin mit ihm einverstanden. Dieses Vertrauen entsteht nach meiner Meinung dann, wenn wir der Öffentlichkeit nicht vormachen, wir seien anders als sie selbst. Unser medizinisches System ist von unserer Gesellschaft als Ganzes hervorgebracht worden, mit all seinen problematischen Seiten. Es ist eine Heuchelei, wenn wir Sündenböcke opfern. Die Probleme ändern sich dadurch nicht, auch nicht die Kosten. Wirksamer wäre, wenn wir einsehen würden, dass unsere Sicherheitsansprüche, nicht nur in der Medizin, zu hoch sind und wenn wir Anreize schafften, die denjenigen belohnen, der Verantwortung und Risiken mitträgt und der dadurch wahrscheinlich billiger krank, nicht aber kränker ist. Dürfen wir Ärzte fordern, dass wir an der Verantwortung für die Patienten nicht schwerer zu tragen haben als an derjenigen für uns selber?