



SGBEbulletinSSEB

No. 61 Oktober / octobre 2010 letzte Ausgabe / dernier numéro

EDITORIAL

Medizin für wen?

Gesundheitsversorgung im Spannungsfeld zwischen den Bedürfnissen der Patienten und der Dynamik einer marktorientierten Medizin

Wie sieht die allgemeine Gesundheitsversorgung der Zukunft aus? Kann sie so ausgestaltet werden, dass der Zugang zu Gesundheitsleistungen und die Qualität derselben für alle gewährleistet bleiben? Und: Wirkt sich die Dynamik der Marktkräfte, denen die Medizin in zunehmendem Mass ausgesetzt scheint, im Hinblick auf die Sicherung der Gesundheitsversorgung förderlich oder doch eher limitierend aus? Diese Fragen sind zunächst empirischer Natur – der Versuch, sie zu beantworten, ist Teil der Kontroversen, welche die gesundheitspolitische Diskussion gegenwärtig prägen. Die Entwicklungen, denen diese Fragen gelten, sind freilich auch in ethischer Hinsicht bedeutsam. Dies etwa dann, wenn die spezifischen Bedürfnisse speziell vulnerabler Patientinnen und Patienten mit einer vermehrten Marktorientierung der Medizin in Konflikt zu geraten drohen. Aber auch dann, wenn veränderte Anreizstrukturen zu einer Abwanderung der Fachkräfte in die lukrativen Bereiche der Medizin und zu einer weiteren Attraktivitätseinbusse herkömmlicher medizinischer Tätigkeit beitragen, und natürlich auch, wenn die gerechte Ausgestaltung des Gesundheitsversorgungssystems und die Prinzipien einer fairen Verteilung der stets knappen Mittel diskutiert werden.

An ihrem zweiten gemeinsamen Symposium in der Reihe „Ökonomisierung der Medizin“ setzten sich die Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK-CNE) und die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) zum Ziel, diesen und weiteren ethischen Fragen, die sich mit Blick auf die Gesundheitsversorgung heute stellen, nachzugehen. Das vorliegende Heft dokumentiert dieses Symposium.

Claudine Burton-Jeangros zeigt zunächst auf, wie die heute bestehenden Ungleichheiten mit Blick darauf, an der Gesundheitsversorgung partizipieren und von dieser profitieren zu können, mit der sozialen Schicht der Betroffenen korrelieren. Darauf folgend geht *Georg Marckmann* der Frage nach, inwiefern Marktorientierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen tatsächlich zueinander in Spannung stehen und legt dar, wie mit kostensensiblen Leitlinien legitime Rationierungsentscheide getroffen und – im Sinne einer expliziten Rationierung – transparent begründet werden können. *Ruth Baumann-Hölzle* und *John-Paul Vader* setzen sich in zwei Kommentaren kritisch mit Marckmanns Beitrag auseinander. In der Folge fragt *Pia Coppex* nach Kriterien gelingenden Alterns und zeigt auf, welche Herausforderungen sich hierbei im Hinblick auf die Zuteilung medizinischer und vor allem pflegerischer Ressourcen stellen. *Philippe Snozzi* legt abschliessend dar, dass die „Lifestyle-Medizin“ nicht als Konkurrenz der allgemeinen Gesundheitsversorgung gesehen werden sollte, dass diese neuen medizinischen Tätigkeitsfelder aber stärker von der klassischen Medizin zu trennen seien. Es stelle sich jedoch die gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die Anziehungskraft der „herkömmlichen“ Medizin als Arbeitsgebiet zu stärken, um der Abwanderung qualifizierten Personals in die gänzlich marktorientierten und oft attraktiveren Bereiche der Medizin entgegenwirken zu können.

Diese Schlussfolgerung, der sich anlässlich des Symposiums auch eine Diskussionsrunde mit politischen Akteuren anschloss, wird die SAMW und die NEK-CNE weiterhin in zentraler Weise beschäftigen – Chancen und Risiken der „Ökonomisierung der Medizin“ werden die beiden Organisationen auch 2011 an einer gemeinsamen Veranstaltung zum Thema machen.

Dr. des. Jean-Daniel Strub, Geschäftsleiter der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK-CNE), Bern

Contenu / Inhalt

Editorial	1
Riche et en bonne santé? Pauvre et malade? L'influence du statut socio-économique sur l'accès aux prestations de santé	2
Marktorientierung und Gerechtigkeit: Prinzipien im Widerspruch?	5
Gerechtigkeit im Gesundheitswesen	13
Mis à l'écart et laissé-pour-compte	18
Critères d'un bon vieillissement: Tâches et obligations des soins	21
Lifestyle-Medizin: Ergänzung oder Konkurrenz zur Gesundheitsversorgung?	24
Impressum	27
SGBEbulletinSSEB – (k)ein Schlusswort zur letzten Ausgabe	28

Riche et en bonne santé ? Pauvre et malade ? L'influence du statut socioéconomique sur l'accès aux prestations de santé

Prof. Dr. Claudine Burton-Jeangros, Département de sociologie, Université de Genève

L'état de santé est associé au statut socioéconomique des individus et s'améliore pour chaque échelon gravi dans la hiérarchie sociale. Si les services de soins ne constituent qu'un maillon d'un vaste système de déterminants de la santé, il est néanmoins essentiel d'analyser comment ces services répondent aux besoins, socialement distincts, des différentes catégories de la population. En effet, dans la réflexion menée autour de l'économicisation de la santé, il importe d'évaluer si le système de soins parvient à prendre en compte, voire à réduire les inégalités sociales face à la santé ou si, au contraire, il renforce les écarts entre groupes sociaux.

Les inégalités sociales face à la santé

« Une inégalité sociale est le résultat d'une distribution inégale, au sens mathématique de l'expression, entre les membres d'une société, des ressources de cette dernière, distribution inégale due aux structures mêmes de cette société ». ¹ Les inégalités sociales sont multidimensionnelles et forment système, autrement dit certains individus cumulent les avantages alors que d'autres cumulent les désavantages. Les inégalités face à la santé ne sont donc que l'une des facettes d'écarts entre groupes sociaux qui se déclinent au niveau de la formation, du revenu, du prestige, etc... Pour les sociologues ² et les épidémiologues sociaux ³, les inégalités entre les nantis et les défavorisés non seulement persistent, mais se sont accrues au cours des dernières décennies. La vulnérabilité de certaines catégories sociales – chômeurs, travailleurs pauvres, parents élevant seuls leurs enfants, migrants – a ainsi été plus particulièrement mise en avant.

Cependant, les différences entre groupes sociaux ne se réduisent pas à une opposition bipolaire entre des riches et des pauvres. De manière récurrente dans les travaux menés, les inégalités face à la santé se déclinent sous forme d'un gradient social à travers l'ensemble de l'échelle sociale : pour chaque strate sociale gagnée, la santé des individus s'améliore. ⁴ Depuis plusieurs décennies maintenant, les études épidémiologiques conduites dans divers contextes nationaux confirment l'ampleur de ces inégalités, observées autour de nombreux indicateurs, dont la mortalité, la morbidité, l'évaluation de l'état de santé, les comportements face à la santé. En Suisse aussi, de telles inégalités sont documentées depuis les années 1980 ⁵ et restent régulièrement constatées ⁶. Cependant, ces inégalités face à la santé sont encore souvent invisibles et peu prises en compte. Elles sont a priori naturelles et contre-intuitives car elles semblent incompatibles avec les systèmes de santé modernes, dont l'accès est assuré par l'assurance-maladie. Dans le contexte helvétique, on peut y ajouter la réticence marquée à raisonner en termes de classes sociales (à la différence de la France ou de la Grande-Bretagne par exemple), leur préférant des distinctions entre milieu urbain et rural, ou entre régions linguistiques.

Le rôle du système de santé dans la constellation des déterminants face à la santé

Si la description de ces inégalités est aujourd'hui solide, expliquer comment le social s'inscrit dans le biologique, autrement dit comment les

¹ Bihl, A./Pfefferkorn, R. (2008) : *Le système des inégalités*, Paris : La Découverte, 8.

² P. ex. Bihl/Pfefferkorn 2008.

³ P. ex. Marmot, M. (2004) : *The Status Syndrome. How Social Standing Affects our Health and Longevity*, New York : Owl Books.

⁴ Cf. Marmot 2004.

⁵ Lehmann, P. et al. (1988) : „Les inégalités sociales face à la santé en Suisse“, in : *Cahiers médico-sociaux* 32 (1), 13.

⁶ Meyer, K. (éd.) (2008) : *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008*, Genève : Médecine et Hygiène; Villiger, S./Knöpfel, C. (2009) : *La pauvreté rend malade. Pourquoi les conditions sociales influent sur la santé*, Lucerne : Editions Caritas.

inégalités se construisent et se maintiennent au long du parcours de vie des individus va moins de soi. Différents déterminants sociaux ont été identifiés, incluant notamment les modes de vie, les réseaux sociaux et communautaire, les conditions de vie et de travail qui incluent le système de santé et enfin les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales.⁷ Au sein de l'ensemble des facteurs influençant l'état de santé des individus, le rôle joué par les services de santé est donc limité. D'ailleurs, des inégalités sont observées quel que soit le système de santé : elles sont ainsi tant avérées aux Etats-Unis qu'en Grande-Bretagne, connus pour des organisations de soins tout à fait distinctes⁸ ; elles sont par ailleurs importantes en France alors que son système de santé a été classé au premier rang mondial par l'OMS.⁹ Il n'en reste pas moins que le système de soins est à même de jouer un rôle important en matière d'équité face à la santé, en particulier celui de corriger les écarts induits par l'organisation sociale en fournissant des soins adaptés aux besoins inégaux des différentes catégories sociales.¹⁰ Il s'agit là d'un principe central des systèmes de soins modernes, qui sont financés par des fonds publics et visent à fournir des prestations en fonction des besoins et non pas en fonction de la capacité des individus à payer.¹¹

L'accès aux services de soins

La notion d'accès aux soins renvoie tant à la possibilité théorique de bénéficier de prestations, telle qu'elle est définie par les droits sociaux et les mécanismes d'assurances, qu'à l'usage concret que les individus font de ces services¹² ; différentes barrières – d'ordre géographique ou culturel par exemple – pouvant intervenir entre ces deux niveaux.¹³ Une distinction est usuellement faite entre l'accès primaire – entrée dans le

système de soins – et l'accès secondaire – « manière structurellement déterminée dont se déroulent les soins après un premier contact »¹⁴.

L'accès primaire

En Suisse, les consommations de soins sont différenciées entre milieux sociaux.¹⁵ Comme on peut s'y attendre, des différences marquées sont observées dans les recours aux soins dentaires qui ne sont pas inclus dans l'assurance-maladie de base. Les individus ayant un niveau de revenu élevé sont trois fois plus nombreux à consulter au moins une fois par an un dentiste, la vulnérabilité de la population immigrée à cet égard est particulièrement soulignée. Les données de l'enquête suisse sur la santé confirment par ailleurs le recours plus marqué des milieux sociaux favorisés aux examens préventifs. La plus forte consommation de soins des personnes appartenant aux milieux sociaux inférieurs (en termes de visites médicales, d'hospitalisations et de prise de médicaments) est attribuée à leurs besoins plus importants. Cependant, les individus socialement favorisés recourent plus souvent aux spécialistes, alors que les individus socialement défavorisés consultent plus fréquemment des généralistes. Une étude comparative sur les pays de l'OCDE montre qu'une telle différence entre soins de base et soins spécialisés en fonction du niveau de revenu de manière est généralisée.¹⁶ Ces recours différenciés sont susceptibles d'accroître les inégalités sociales de santé.¹⁷

En outre, l'augmentation continue des primes d'assurances maladie en Suisse requiert non seulement un vaste investissement de l'Etat, mais en vient à affecter les assurés. En effet, suite à l'adoption de l'article 64A de l'assurance maladie (LAMal) autorisant depuis le 1^{er} janvier 2006 les assureurs à interrompre le remboursement des prestations de soins reçues en cas de paiement incomplet des primes, des personnes vivant avec le VIH/sida se sont vus refusées l'accès à leur

⁷ Cf. Kickbusch, I./Engelhardt, K. (2008) : „Le concept des déterminants de la santé“, in: Meyer 2008, 17-30.

⁸ Cf. Marmot 2004.

⁹ Cf. Lombrail, P./Pascal, J. (2005) : „Inégalités sociales de santé et accès aux soins“, in: Sève (automne), 31-39.

¹⁰ Leclerc, A. et al. (2008) : *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*, Paris : La Découverte.

¹¹ Van Doorslaer, E. et al. (2006) : „Inequalities in access to medical care by income in developed countries“, in: *Canadian Medical Association Journal* 174 (2), 177-188.

¹² Cf. Lombrail/Pascal 2005.

¹³ Cf. Leclerc et al. 2008.

¹⁴ Lombrail/Pascal 2005, 34.

¹⁵ Cf. Huwiler, K. et al. (2002) : *Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz*, Neuchâtel : BFS ; Jaccard Ruedin, H. et al. (2007) : *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse*, Neuchâtel : Obsan ; Meyer 2008.

¹⁶ Cf. Van Doorslaer et al. 2006.

¹⁷ Veugelers, P.J./Yip, A.M. (2003) : „Socioeconomic disparities in health care use : does universal coverage reduce inequalities in health ?“ in : *Journal of Epidemiology and Community Health* 57, 424-428.

traitement.¹⁸ Ces auteurs ont relevé l'impact de cet article de loi pour les patients appartenant à des catégories vulnérables (notamment sans emploi, au bénéfice de l'aide sociale, souffrant de maladies chroniques). Mais, plus largement les assistants sociaux soulignent aujourd'hui qu'une proportion de plus en plus importante d'assurés peinent à régler leurs cotisations d'assurance-maladie et peuvent donc se trouver exposés à des difficultés d'accès aux soins.¹⁹

L'accès secondaire

Au-delà de la capacité à accéder aux prestations de soins, la question se pose de savoir comment sont traités les demandes et besoins des patients. Or, peu de travaux se sont intéressés à la qualité de soins et il est souligné que les acteurs du système de soins sont généralement peu conscients des enjeux liés aux écarts entre milieux sociaux.²⁰ Deux mécanismes sont incriminés : d'une part l'omission des caractéristiques sociales des patients, résultant du fonctionnement usuel du système de soins ; d'autre part, la construction référant à l'absence systématique des critères sociaux dans les programmes ou protocoles de soins.²¹

Par ailleurs, les interactions entre patients et médecins sont susceptibles d'intervenir dans la qualité des soins fournis. De nombreuses études montrent que la perception du patient par le médecin influence le traitement offert. Ainsi, les médecins sont moins empathiques lorsque la distance sociale avec la personne soignée est plus grande²² et fournissent moins d'informations à leurs patients de niveau socioéconomique inférieur²³.

Conclusions

L'accès primaire aux services de santé est socialement différencié, malgré un accès a priori universel aux prestations médicales, pour des raisons qui sont à la fois structurelles (restrictions liées aux mécanismes de l'assurance-maladie) et culturelles (pratiques socialement différenciées dans les recours aux services offerts). S'y ajoute des inégalités au niveau de l'accès secondaire aux prestations (manque de visibilité des paramètres sociaux parmi les soignants, interactions entre soignants et patients). Ces éléments soulignent qu'actuellement les systèmes de santé, en Suisse mais ailleurs aussi, ne sont pas suffisamment sensibles aux écarts sociaux, voire que certaines pratiques professionnelles favorisent une médecine à deux vitesses, qui renforce les inégalités face à la santé.

*« Ces inégalités en santé, qui pourraient être évitées, tiennent aux circonstances dans lesquelles les individus grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi qu'aux systèmes de soins qui leur sont offerts. »*²⁴ Au-delà de la responsabilité de la société à engager des actions relatives aux déterminants sociaux de la santé, les services de soins et les professionnels de la santé ont sans conteste également un rôle à jouer dans la réduction des inégalités face à la santé.

¹⁸ Marti, C./Wolff, H. (2006) : „Inégalités sociales et accès aux soins: conséquences de la révision LA-Mal“, in : *Revue médicale suisse* 85, 3085.

¹⁹ Informations transmises par des travailleurs sociaux participant au Certificat de politique sociale, dispensé par le département de sociologie de l'Université de Genève, dans le cadre du module 'Inégalités sociales face à la santé et politiques sociales' (en 2009 et 2010).

²⁰ Cf. Lombrail/Pascal 2005.

²¹ Cf. Lombrail/Pascal 2005.

²² Street, R.L. et al. (2007) : „Physician's communication and perception of patients: is it how they look, how they talk, or is it just the doctor?“, in : *Social Science and Medicine* 65, 586-598.

²³ Fainzang, S. (2006) : *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris : PUF.

²⁴ OMS, Commission des déterminants sociaux de la santé (2008) : *Comblent le fossé en une génération, instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Genève : OMS.

Marktorientierung und Gerechtigkeit: Prinzipien im Widerspruch?

Prof. Dr. Georg Marckmann, Universität Tübingen

Problemhintergrund

Fast alle Gesundheitssysteme der Industrienationen sind mit einem ähnlichen Problem konfrontiert: Der *medizinische Fortschritt* eröffnet immer neue, häufig kostspielige Diagnose- und Therapiemöglichkeiten, die die Nachfrage nach medizinischen Leistungen und damit auch die Gesundheitsausgaben in die Höhe treiben. Gleichzeitig verschärfen Veränderungen im Altersaufbau der Bevölkerung die Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und sinkenden Geburtenraten nimmt nicht nur die absolute Zahl, sondern auch der relative Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung zu. Dieser *demographische Wandel* bedingt einen steigenden Versorgungsbedarf mit höheren Ausgaben, da ältere Menschen häufiger an mehreren chronischen Erkrankungen leiden. Besonders prekär ist die Situation, weil viele Innovationen gerade älteren Menschen zugutekommen. Beispielhaft erwähnt seien innovative Krebsmedikamente, die bei Behandlungskosten von 20.000 bis über 100.000 € den Patienten (wenn überhaupt) nur einen Überlebenszeitgewinn von wenigen Monaten bieten. Aufgrund der alternden Bevölkerung ist die Inzidenz von Krebserkrankungen steigend, bis 2020 werden Krebserkrankungen zur häufigsten Todesursache werden. Aktuell befinden sich gut 400 neue Wirkstoffe von 180 Herstellern in Prüfung, wodurch in den kommenden 5 Jahren mit etwa 40 neuen Wirkstoffen zu rechnen ist.¹ Die präferenz- und konsumorientierten Bereiche der Medizin (sog. „Wunschmedizin“) werden gegenüber der Kostenentwicklung bei innovativen Therapien im „konventionellen“ Bereich der Medizin (Krankheitsbehandlung) eine untergeordnete Rolle spielen. Das medizinisch Mögliche und das solidarisch bzw. öffentlich Finanzierbare werden in Zukunft

noch weiter auseinanderdriften.² Es stellt sich damit die Frage, wie mit der zunehmenden Mittelknappheit im Gesundheitswesen in einer medizinisch rationalen und ethisch vertretbaren Art und Weise umgegangen werden kann.

Fazit 1: *Medizinische Innovationen und der demographische Wandel werden die Finanzierungsprobleme der Gesundheitssysteme in den kommenden Jahren weiter verschärfen.*

Gerechtigkeit im Gesundheitswesen

Probleme der Verteilungsgerechtigkeit ergeben sich im Gesundheitswesen auf zwei Ebenen.³ Auf der Systemebene stellt sich zunächst die Frage, nach welchen Grundprinzipien eine gerechte Gesundheitsversorgung zu organisieren ist: Sollen die Gesundheitsgüter auf einem freien Markt oder im Rahmen eines zentral organisierten öffentlichen Gesundheitswesens verteilt werden? Sofern man sich für eine – zumindest teilweise – staatlich regulierte Gesundheitsversorgung entschieden hat, ergibt sich auf einer nachgeordneten Ebene ein zweites Gerechtigkeitsproblem: Nach welchen Verfahren und Kriterien können die begrenzt verfügbaren Mittel innerhalb des Systems gerecht verteilt werden?

Zunächst sei die Frage erörtert, ob und ggf. inwieweit die Verteilung von Gesundheitsressourcen dem freien Markt überlassen werden sollte. Der Reiz einer marktorientierten Verteilung liegt darin, dass – unter Bedingungen eines vollkommenen Wettbewerbs – die Güter effizient produziert und nach den Präferenzen der

¹ Vgl. Ludwig, W.-D. (2009): „Kostenzuwächse bei neuen Wirkstoffen: Welche Ergebnisse benötigen wir zu patientenrelevanten Endpunkten aus klinischen Studien?“ in: *Thieme Gesundheitsökonomie Report* 1, 37-42.

² Vgl. Marckmann, G. (2007): „Zwischen Skylla und Charybdis: Reformoptionen im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive“, in: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 12, 96-100.

³ Kersting, W. (2002): „Gerechtigkeitsethische Überlegungen zur Gesundheitsversorgung“, in: Schöffski, O./von der Schulenburg, J.-M. (Hg.): *Gesundheitsökonomische Evaluationen*, Berlin: Springer-Verlag, 25-49.

Konsumenten, ausgedrückt in ihrer Zahlungsbereitschaft, verteilt werden. Der Markt regelt in vielen anderen Lebensbereichen die Verteilung knapper Güter, ohne dass in einem zentralen Verfahren festgelegt werden muss, wer nach welchen Kriterien welche Güter erhalten soll. Mit einer marktorientierten Verteilung von Gesundheitsleistungen könnten folglich viele schwierige Entscheidungen über Verfahren und Kriterien der Verteilung vermieden werden. Versicherte bzw. Patientinnen und Patienten könnten ihren individuellen gesundheitsbezogenen Präferenzen auf dem freien Markt Ausdruck verleihen.

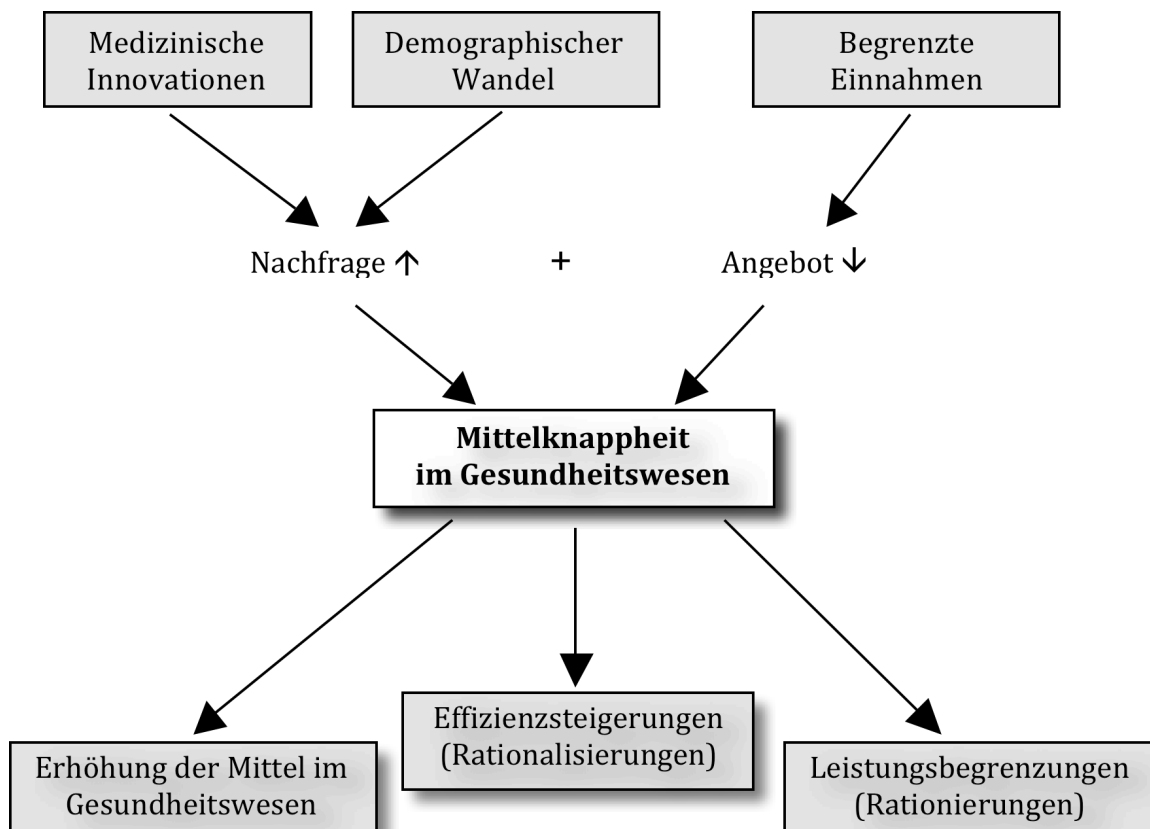
Ökonomische und gerechtigkeitsethische Argumente sprechen jedoch dagegen, die Verteilung von Gesundheitsgütern allein dem freien Markt zu überlassen. Den *ökonomischen* Argumenten zufolge weisen die Märkte für Gesundheitsgüter Eigenschaften auf, die zu einem Marktversagen führen. Ein wesentlicher Grund dafür liegt in der eingeschränkten Konsumentensouveränität. Patienten befinden sich häufig in einer existentiellen Notlage, die es ihnen erschwert oder unmöglich macht, verschiedene Angebote zu vergleichen und eine rationale Wahl zu treffen. Informationen über Qualität und Preise medizinischer Leistungen sind überdies nur sehr eingeschränkt verfügbar. Ohne staatliche Regulierung

kann deshalb keine optimale Allokation erreicht werden.

Die *gerechtigkeitsethischen* Argumente setzen an den besonderen Eigenschaften der Gesundheit als transzendentales Gut an, das alle Menschen benötigen, egal welche Ziele und Pläne sie verwirklichen möchten. Auf einem freien Markt werden Gesundheitsleistungen vor allem nach der individuellen *Zahlungsfähigkeit* verteilt, was aufgrund der ungleichen Einkommensvoraussetzungen zu einer ungerechten Verteilung von Gesundheitsgütern führen würde. So lässt sich die Gewährleistung einer medizinischen Grundversorgung im Rahmen eines solidarisch finanzierten öffentlichen Gesundheitswesens unabhängig vom Einkommen begründen: Es ist gerechter, allen Bürgern einen begrenzten Zugang zu wichtigen Gesundheitsleistungen zu ermöglichen als nur einem Teil der Bevölkerung unbegrenzten Zugang zu allen verfügbaren Leistungen. Darüber hinausgehende, individuell unterschiedliche Versorgungspräferenzen können ihren Ausdruck in einem Markt für Zusatzleistungen finden.

Fazit 2: *Es gibt überzeugende ethische und ökonomische Gründe für ein – zumindest teilweise – staatlich organisiertes und solidarisch finanziertes Gesundheitssystem.*

Abbildung 1: Bedingungen der Mittelknappheit im Gesundheitswesen und Strategien zum Umgang mit der Mittelknappheit (vgl. Marckmann 2007)



Strategien zum Umgang mit der Mittelknappheit

In einem staatlich regulierten Gesundheitssystem bieten sich grundsätzlich drei verschiedene Strategien, um der zunehmenden Diskrepanz zwischen steigenden Ausgaben und begrenzten Einnahmen zu begegnen (vgl. Abb. 1): (1) Effizienzsteigerungen (Rationalisierungen), (2) eine weitere Erhöhung der Finanzmittel und (3) Leistungsbegrenzungen (Rationierungen).

Effizienzsteigerungen (Rationalisierungen)

Rationalisierungen erhöhen die Effizienz der medizinischen Versorgung: Der gleiche medizinische Effekt wird mit weniger Mitteln oder ein größerer medizinischer Effekt mit den gleichen Mitteln erzielt. Da bei Effizienzsteigerungen die ökonomische und medizinisch-ethische Rationalität konvergieren, handelt es sich um die primär gebotene Strategie im Umgang mit Mittelknappheit. Es ist allgemein anerkannt und mit vielen Beispielen belegt, dass in allen Gesundheitssystemen noch erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven vorhanden sind. Welche Größenordnung sie haben und wie hoch dementsprechend die vorhandenen Einsparpotentiale sind, lässt sich aber nur schwer abschätzen. Wirtschaftlichkeitsreserven lassen sich nicht allesamt und schon gar nicht sofort ausschöpfen, da Rationalisierungen methodisch aufwändig sind (vgl. die evidenzbasierte Leitlinienentwicklung) und häufig strukturelle Veränderungen im Versorgungssystem erfordern, wie etwa eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung oder die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung. Rationalisierungen reduzieren deshalb nur mit zeitlicher Latenz und ohne Erfolgsgarantie den Mittelverbrauch. Zudem erlauben sie in der Regel nur einmalige, im Ausmaß begrenzte Einsparungen, während medizinischer Fortschritt und demographischer Wandel die Kosten anhaltend in die Höhe treiben.

Fazit 3: *Trotz aller Bemühungen werden Rationalisierungen ein weiteres Auseinanderklaffen von Machbarem und Finanzierbarem nicht verhindern können.*

Erhöhung der Mittel im Gesundheitswesen

Da die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht ausreicht, um den absehbaren Mehrbedarf bereitzustellen, steht das Gesundheitswesen zwischen Skylla und Charybdis, d.h. vor zwei gleichermaßen unange nehmen Alternativen:⁴ Entweder müssen die Mittel für die Gesundheitsversorgung weiter erhöht oder die solidarisch finanzierten Gesundheitsleistungen begrenzt werden (vgl. Abb. 1). Verschiedene Argumente sprechen dafür, die Gesundheitsausgaben nicht immer weiter steigen zu lassen: Der Gesundheitssektor konkurriert mit anderen Bereichen wie z.B. Bildung, Umweltschutz, Bekämpfung von Armut, Arbeitslosigkeit und Wohnungsnot oder die innere Sicherheit um prinzipiell begrenzte öffentliche Finanzmittel. Eine weitere Erhöhung der Gesundheitsausgaben kann deshalb nur mit Einschränkungen in anderen sozialstaatlichen Bereichen erkaufte werden. Dies wäre nicht nur ethisch problematisch, sondern hätte auch negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung. Zudem weisen viele medizinische Verfahren einen abnehmenden Grenznutzen auf: Der (oft geringe) Nutzensgewinn durch neue Behandlungsverfahren erfordert überproportional hohe Ausgaben. Ein „Versorgungsmaximalismus“, der alle verfügbaren Gesundheitsleistungen umfasst, ist weder ökonomisch sinnvoll noch ethisch vertretbar. Eine Obergrenze der Gesundheitsausgaben lässt sich aus diesen Argumenten jedoch nicht ableiten, sondern muss vielmehr *normativ* festgelegt werden. Die Mittelknappheit im Gesundheitswesen beruht folglich auf Wertsetzungen, die zum einen vom medizinischen Entwicklungsstand und der ökonomischen Leistungsfähigkeit der Gesellschaft abhängen, zum anderen aber auf die grundlegende Frage verweisen, wie viel wir bereit sind, für die medizinische Versorgung im Vergleich zu anderen Gütern auszugeben.

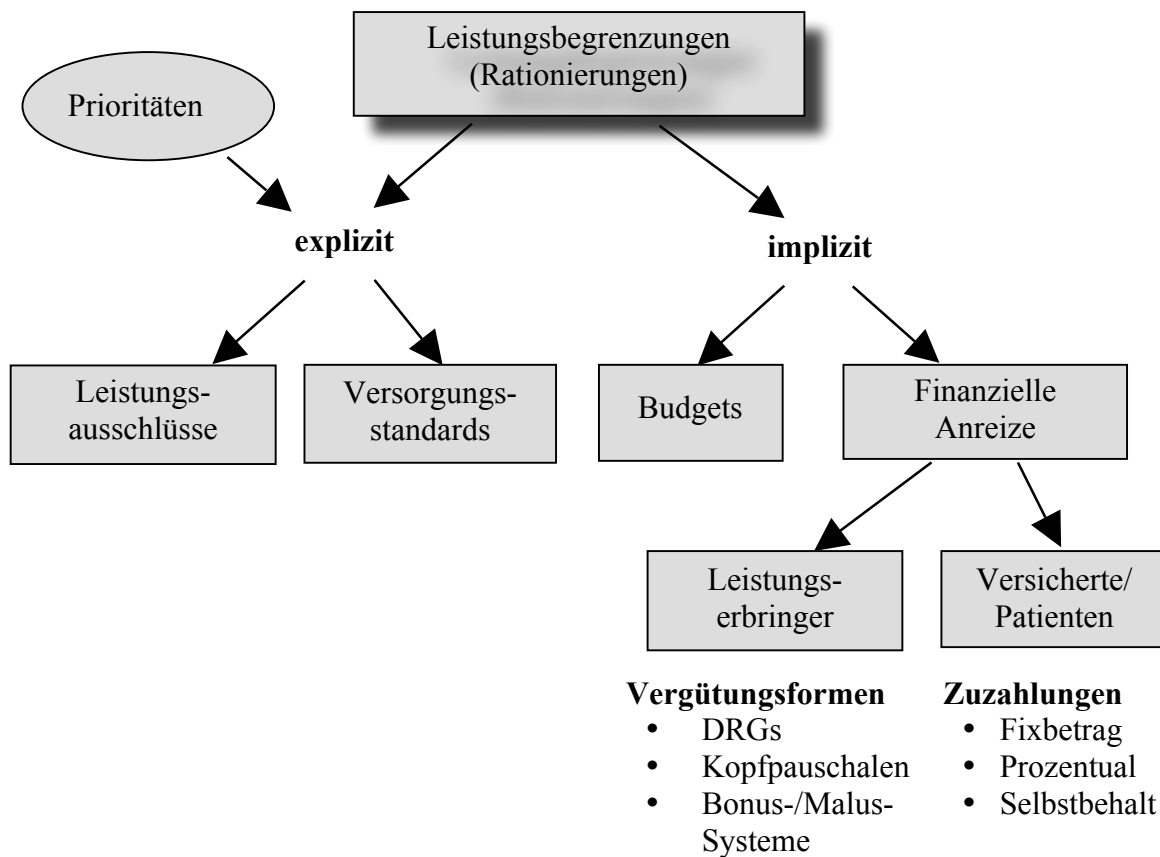
Fazit 4: *Es gibt gute (auch ethische) Gründe, die (öffentlichen) Gesundheitsausgaben zu begrenzen. Leistungseinschränkungen (Rationierungen) werden damit unausweichlich.*

Leistungsbegrenzungen (Rationierungen)

Leistungsbegrenzungen werfen die zweite Gerechtigkeitsfrage auf: Wer soll nach welchen Kriterien über die Einschränkungen entscheiden? In Abhängigkeit von der Verteilungsebene kann man zwei Formen der Leistungsbegrenzung unterscheiden: explizite und implizite Leistungsbegrenzungen (vgl. Abb. 2). *Explizite* Leistungsbegrenzungen erfolgen „oberhalb“ der individuellen Arzt-Patient-Interaktion nach ausdrücklich festgelegten, allgemein verbindlichen Kriterien und können entweder zum generellen Ausschluss von Leistungen (Begrenzung des

⁴ Vgl. Marckmann 2007.

Abbildung 2: Formen und Instrumente der Leistungsbegrenzung (Rationierungen) (vgl. Marckmann 2007)



Leistungskatalogs) oder zur Einschränkung von Indikationen (Versorgungsstandards) führen. Dieser Form der Leistungsbegrenzung sollte eine Bestimmung von Versorgungsprioritäten, d.h. der relativen Wichtigkeit unterschiedlicher medizinischer Maßnahmen bzw. Indikationen, vorausgehen.⁵

Bei *impliziten* Leistungsbegrenzungen erfolgt die Zuteilung hingegen nicht nach allgemein verbindlichen Regeln, sondern jeweils im Einzelfall durch die Leistungserbringer – ggf. unter Beteiligung der Patienten. Implizite Leistungsbegrenzungen resultieren aus Budgetierungen und finanziellen Anreizen für die Leistungserbringer oder Patienten. Hierbei tragen die Ärzte die Verantwortung für die Einschränkung medizinischer Maßnahmen, während bei der expliziten Form die Entscheidungen auf der Planungsebene des Gesundheitswesens gefällt werden.

Explizit vs. implizit: das Dilemma

Wägt man Vor- und Nachteile gegeneinander ab, so erweisen sich explizite Leistungsbegrenzungen aus ethischer Sicht als vorzugswürdig: Sie sind transparent, konsistent, medizinisch rationaler und durch die Gleichbehandlung der Patienten gerechter, sie entlasten die Arzt-Patient-Beziehung und erlauben eine simultane Steuerung von Kosten und Qualität der medizinischen Versorgung.⁶ Diese ethisch vorzugswürdige Form der Rationierung ist aber – und hierin besteht das Dilemma – in der Praxis schwer umzusetzen. Hier sind implizite Leistungsbegrenzungen durch Budgetierungen oder finanzielle Anreizsysteme klar überlegen. In ethischer Hinsicht sind sie aber eher bedenklich, da die Leistungen nach intransparenten und häufig inkonsistenten Kriterien verteilt werden. Man sollte deshalb so viel wie möglich explizit auf der Grundlage klar definierter Prioritäten regeln, implizite Leistungsbegrenzungen werden sich aber aus pragmatischen Gründen nicht vermeiden lassen.

Fazit 5: Explizite Leistungsbegrenzungen sind gegenüber impliziten ethisch zu bevorzugen. Damit wird ein offener gesellschaftspolitischer Diskurs über Verfahren

⁵ Vgl. Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin (Zentrale Ethikkommission) (2007): Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis, in: *Deutsches Ärzteblatt* 104, A-891-896.

⁶ Vgl. Marckmann, G. (2008): „Gesundheit und Gerechtigkeit“, in: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 51, 887-94.

und Kriterien der Leistungsbegrenzungen unausweichlich. Aus pragmatischen Gründen werden sich implizite Leistungsbegrenzungen nicht vermeiden lassen. Hierfür sind die entsprechenden Rahmenbedingungen und Unterstützungssysteme für die Leistungserbringer auf der Mikroebene zu schaffen.

Gerechte Grenzen der Gesundheitsversorgung

Sowohl bei expliziten als auch bei impliziten Leistungsbegrenzungen stellt sich die Frage, wie die Grenzen der Gesundheitsversorgung auf eine gerechte Art und Weise gezogen werden können. Dabei ist zwischen formalen und materialen Verteilungskriterien zu unterscheiden. Während die formalen Kriterien die Bedingungen eines fairen Verfahrens zur Leistungsbegrenzung definieren, markieren die materialen Kriterien die ethischen Maßstäbe, an denen sich die Verteilung inhaltlich orientieren sollte. Zu den *formalen* Kriterien einer gerechten Verteilung gehören:⁷

- *Transparenz*: Patienten und Versicherte sollten über Leistungsbegrenzungen und die zugrunde liegenden Kriterien informiert sein.
- *Konsistenz*: Grundsätzlich sollten bei allen Patienten die gleichen Zuteilungsregeln und -kriterien angewendet werden, sodass Patienten in vergleichbaren medizinischen Situationen auch gleich behandelt werden, sofern dem nicht individuelle Patientenpräferenzen entgegenstehen.
- *Legitimität*: Verteilungsentscheidungen sollten durch demokratisch legitimierte Institutionen erfolgen.
- *Begründung*: Jede Leistungsbegrenzung sollte auf einer nachvollziehbaren, relevanten Begründung beruhen, die den betroffenen Patienten und Versicherten zugänglich ist.
- *Evidenzbasierung*: Jedes Allokationsschema sollte die verfügbare wissenschaftliche Evidenz hinsichtlich des gesundheitlichen Nutzens und der zu erwarteten Kosten berücksichtigen.
- *Partizipationsmöglichkeiten*: Da sich Leistungsbegrenzungen nicht direkt aus einer ethi-

schen Theorie ableiten lassen, sollten für Bürger und Patienten Möglichkeiten zur Partizipation am Entscheidungsprozess zur Verfügung stehen.

- *Minimierung von Interessenkonflikten*: Allokationsentscheidungen unter Knappheitsbedingungen sollten so geregelt sein, dass sie Interessenkonflikte möglichst vermeiden.
- *Widerspruchsmöglichkeiten*: Im Einzelfall sollten Patienten, denen der Zugang zu einer von ihnen gewünschten Leistung verwehrt wird, Widerspruchsmöglichkeiten offen stehen.
- *Regulierung*: Durch eine freiwillige oder staatliche Regulierung sollte sichergestellt sein, dass diese Kriterien eines fairen Entscheidungsprozesses auch tatsächlich eingehalten werden.

Folgende *materiale* Verteilungskriterien, die sich auch im politischen Prozess der Prioritätensetzung in verschiedenen Ländern durchsetzen konnten, scheinen ethisch am besten begründbar:⁸

- *Medizinische Bedürftigkeit*: Vorrang sollten diejenigen Patienten genießen, die am meisten der medizinischen Hilfe bedürfen, gemessen am Schweregrad ihrer Erkrankung und der Dringlichkeit der Behandlung.
- *Erwarteter medizinischer Nutzen*: Darüber hinaus ist aber auch der zu erwartende individuelle medizinische Nutzen zu berücksichtigen. Leistungsbegrenzungen sollten diese zunächst bei denjenigen Maßnahmen und Indikationen ansetzen, die für den Patienten nur einen geringen Nutzensgewinn bieten.
- *Kosten-Nutzen-Verhältnis*: Bei Zuteilungsentscheidungen unter Knappheitsbedingungen ist auch das Verhältnis von Ressourcenaufwand zu erwartetem medizinischen Nutzen hinzuzuziehen.

Als Metakriterium ist überdies der *Evidenzgrad* des erwarteten Nutzens und der entstehenden Kosten zu berücksichtigen: Maßnahmen, deren Nutzen durch Studien nur schlecht belegt ist, sollten eine geringere Priorität haben. Ethisch am ehesten vertretbar erscheint eine Kombination der drei Verteilungskriterien, die neben dem Schweregrad der Erkrankung und der Dringlich-

⁷ Vgl. Daniels, N./Sabin, J.E. (2002): *Setting limits fairly*, Oxford: Oxford University Press; Emanuel, E.J. (2000): „Justice and managed care. Four principles for the just allocation of health care resources“, in: *Hastings Center Report* 30, 8-16; Marckmann 2008.

⁸ Vgl. Marckmann, G. (2006): „Verteilungsgerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung“, in: Schulz, S. et al. (Hg.): *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 183-208.

keit der Behandlung den erwarteten medizinischen Nutzen und das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Maßnahmen berücksichtigt. Die große ethische Herausforderung besteht dabei darin, das relative Gewicht der drei Kriterien bei der Mittelverteilung zu bestimmen, da sich dieses nicht aus einer übergeordneten ethischen Theorie ableiten lässt. Vergleichsweise unkontrovers dürfte die Maxime sein, zunächst auf solche Leistungen zu verzichten, die – im Vergleich zur kostengünstigeren Alternative – dem Patienten nur einen geringen Nutzensgewinn bei erheblichen Zusatzkosten bieten.⁹

Kostensensible Leitlinien als Instrument expliziter Leistungsbegrenzungen

Mit den kostensensiblen Leitlinien (KSL) hat der vom deutschen Bundesministerium für Forschung und Bildung finanzierte Forschungsverbund „Allokation“ ein Modell entwickelt, wie explizite Leistungsbegrenzungen in der Praxis umgesetzt werden können.¹⁰ Den KSL liegt dabei folgende ethische Überlegung zugrunde: Wenn Leistungsbegrenzungen unausweichlich sind, sollten diese so durchgeführt werden, dass den Patienten ein möglichst geringer (Zusatz-)Nutzen vorenthalten wird. Man sollte folglich auf diejenigen Maßnahmen verzichten, die dem Patienten bei relativ hohen Kosten einen nur geringen Zusatznutzen bieten. Bei der Erstellung von KSL wird nun auf der Grundlage der wissenschaftlichen Evidenz zur Effektivität und Kosteneffektivität herausgearbeitet, welche Patientengruppen mehr oder weniger von einer bestimmten medizinischen Maßnahme profitieren. Die KSL schränkt dann die Indikation,

d.h. den Einsatzbereich der Maßnahme auf diejenigen Patienten ein, die den größten Nutzensgewinn von ihr haben. Patienten mit einem nur geringen Nutzensgewinn müssen – sofern verfügbar – auf alternative Verfahren ausweichen. Für die ethische Legitimation ist neben der inhaltlichen Begründung entscheidend, dass die KSL in einem transparenten und fairen Entscheidungsverfahren erstellt wurde.

Die Grundidee der KSL sei an einem Beispiel erläutert: Das britische National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) veröffentlichte im Juli 2008 eine kostensensible Leitlinie zum Einsatz von medikamentenbeschichteten Stents (Drug Eluting Stents – DES) in Großbritannien.¹¹ Dabei handelt es sich um Metallgitterröhrchen, die bei der koronaren Herzkrankheit nach einer Erweiterung verschlossener oder verengter Blutgefäße des Herzens eingesetzt werden, um einen erneuten Verschluss des Gefäßes zu verhindern. Neben reinen Metallgitterröhrchen (Bare Metal Stents – BMS) werden auch deutlich teurere Stents eingepflanzt, die Medikamente ausschütten, die den erneuten Verschluss der Gefäße verhindern sollen. Tabelle 1 zeigt die Verhältnisse von Nutzen und Kosten in Abhängigkeit vom Preisunterschied zwischen DES und BMS.

Klinischen Studien zufolge profitieren Patienten mit langen Engstellen und mit kleinen Gefäßen mehr von den Medikamenten freisetzenden Stents. Die Kosteneffektivität des Einsatzes von DES kann folglich verbessert werden, indem man den Einsatz auf die Patientengruppen mit größerem Zusatznutzen, d.h. Patienten mit kleinen Gefäßen und langen Läsionen beschränkt.

	Preisdifferenz DES – BMS:	
	400 €	800 €
Alle Patienten	98.000 € / QALY	227.000 € / QALY
Patienten mit langen Läsionen (>15mm)	62.000 € / QALY	167.000 € / QALY
Patienten mit kleinen Gefäßen (< 3mm)	33.000 € / QALY	126.000 € / QALY

Tabelle 1: Kosteneffektivitätsverhältnisse in zusätzlichen Euro pro gewonnenem qualitätsadjustiertem Lebensjahr (QALY). Die Originalwährung britische Pfund wurde anhand von OECD-Kaufkraftparitäten von 2007 in Euro konvertiert und auf Tausender gerundet.

⁹ Vgl. Marckmann, G. (2009a): „Nutzenmaximierung mit gerechtigkeitsethischen Einschränkungen: Perspektiven einer ethisch vertretbaren Kosten-Nutzen-Bewertung“, in: *Das Gesundheitswesen* 71, S2-S8.

¹⁰ Für weitere Informationen zum Forschungsverbund vgl. www.iegm.uni-tuebingen.de/allokation.

¹¹ Vgl. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2008): *NICE technology appraisal guidance 152. Drug-eluting stents for the treatment of coronary artery disease (part review of NICE technology appraisal guidance 71)*: www.nice.org.uk/TA152.

Das resultierende Kosteneffektivitätsverhältnis ist nach Auffassung des NICE aber nur dann akzeptabel, wenn man zusätzlich den Preisunterschied zwischen DES und BMS begrenzt. Die Kosten für den Einsatz von DES bei der perkutanen Koronarintervention zur Behandlung der koronaren Herzkrankheit würden demzufolge nur dann übernommen, wenn

- das zu behandelnde Zielgefäß einen Durchmesser von weniger als 3 mm hat oder die Läsion länger als 15 mm ist **und**
- der Preisunterschied zwischen DES und BMS nicht mehr als 400 Euro beträgt.

Auf diese Weise können Ressourcen bei denjenigen Patienten freigesetzt werden, bei denen der Nutzenvorteil der DES geringer ausfällt. Die teureren DES bleiben denjenigen Patienten vorbehalten, die davon erheblich profitieren.¹²

Ethisch vertretbarere Leistungsbegrenzungen auf der Mikroebene („implizite Rationierung“): Ein Stufenmodell

Wie oben ausgeführt, ist es (leider!) unausweichlich, dass Ärzte auch im Einzelfall Verantwortung für den Einsatz knapper Gesundheitsressourcen übernehmen: Sie müssen – ob sie wollen oder nicht – kostenbewusste Entscheidungen treffen. Tabelle 2 zeigt ein Stufenmodell, wie

Ärzte in einer ethisch vertretbaren Art und Weise dieser Verantwortung in der Praxis gerecht werden können. Bei den ersten drei Stufen wird deutlich, dass ein stärkeres Kostenbewusstsein nicht notwendig dem ärztlichen Ethos widerspricht, sondern Anlass bietet, traditionelle ethische Verpflichtungen zu akzentuieren, die sich aus den Prinzipien des Wohltuns, des Nichtschadens und des Respekts der Patientenautonomie ergeben. Mit der vierten Stufe findet jedoch ein Übergang von individualethischen zu gerechtigkeitsethischen Überlegungen statt: Nicht mehr Wohlergehen und Wille des einzelnen Patienten stehen im Vordergrund, sondern die gerechte Verteilung knapper Gesundheitsressourcen. Aus diesem Grund sollten die Stufen 1 bis 3 auch Vorrang beim Umgang mit knappen Mitteln auf der Mikroebene genießen.

Um die Gefahr der Ungleichbehandlung von Patienten zu reduzieren, sollten nach Möglichkeit lokale Versorgungsstandards entwickelt werden, die für die jeweilige Klinik oder Station vorgeben, unter welchen Bedingungen ein Patient eine sehr teure Therapie bekommt. Dies kann zum Beispiel in Form der bereits vorgestellten kostensensiblen Leitlinien geschehen, die den Einsatz teurer Maßnahmen auf diejenigen Patienten-Subgruppen einschränken, die am meisten von den Maßnahmen profitieren. Damit kann es gelingen, die implizite Rationierung lokal

	Maßnahme	Ethische Begründung
1	Unterlassung ineffektiver Maßnahmen im Sinne einer evidenzbasierten Medizin	<i>Wohltun/Nutzen, Nichtschaden</i>
2	Konsequente Berücksichtigung individueller Patientenpräferenzen	<i>Respekt der Autonomie</i>
3	Minimierung des Ressourcenverbrauchs für das Erreichen eines bestimmten Therapieziels	<i>Nichtschaden</i>
4	Unterlassung von teuren Maßnahmen mit einem geringen Nutzensgewinn für den Patienten	<i>Gerechtigkeit</i>
	a) Lokale Versorgungsstandards (⇒ explizit)	
	b) Im Einzelfall (⇒ implizit) <ul style="list-style-type: none"> • Berücksichtigung prozeduraler Mindeststandards • Durchführung von Kosten-Fallbesprechungen • Beratung durch ein klinisches Ethikkomitee 	

Tabelle 2: Ethisches Kostenbewusstsein: ein Stufenmodell. Vgl. Marckmann, G. (2009b): „Begrenzte Ressourcen in der Intensivmedizin als ethische Herausforderung“, in: Salomon, F. (Hg.): *Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 107-114.

¹² Eine ausführliche Fassung dieser KSLL ist zusammen mit einer Laienversion online verfügbar unter www.ieg.m.uni-tuebingen.de/allokation.

in eine ethisch weniger problematische explizite Rationierung zu überführen (Stufe 4a).

Wenn aber die ärztliche Rationierung im Einzelfall unvermeidlich ist, sollte diese in einer Weise durchgeführt werden, die die Konflikte mit der traditionellen Grundausrichtung ärztlichen Handelns minimiert. Dazu sind zwei Voraussetzungen erforderlich: Erstens sollte der Einfluss impliziter Rationierungsentscheidungen auf das Wohlergehen des Patienten möglichst gering bleiben. Der Arzt sollte zunächst solche Maßnahmen vorenthalten, die dem Patienten nur einen geringen oder sehr unwahrscheinlichen Nutzen bei vergleichsweise hohen Kosten bieten. Auch der Evidenzgrad, mit dem der Nutzen für den Patienten nachgewiesen ist, sollte in die Überlegungen mit einfließen. Je kleiner der erwartete Nutzengewinn für den Patienten ist, desto größere Anforderungen sind an die wissenschaftliche Evidenz zu stellen. Umgekehrt sollte eine Maßnahme mit einem großen NettNutzen für den Patienten auch dann durchgeführt werden, wenn der Nachweis in klinischen Studien nicht den höchsten methodischen Standards genügt. Bei dieser Abwägung von Nutzengewinn und Evidenzstärke ist einmal mehr die ärztliche Urteilskraft gefordert. Je kleiner der vorenthaltene Nutzen dabei ist, desto weniger weicht der Arzt von seiner ethischen Verpflichtung ab, die optimale Therapie für seinen Patienten auszuwählen. Wenn sich die Ressourcenknappheit z.B. durch noch restriktivere Budgets verschärft, wird der Arzt genötigt sein, seinen Patienten auch einen größeren Nutzengewinn vorzuenthalten. Dabei muss sichergestellt sein, dass dem Patienten eine alternative Behandlung mit einem günstigeren Kosten-Nutzen-Verhältnis angeboten werden kann.

Zweitens sollten bei der impliziten, ärztlichen Rationierung *prozedurale Mindeststandards* eingehalten werden, wie sie bereits oben erwähnt wurden. Die Einhaltung dieser Verfahrensvorgaben dient als wichtige Voraussetzung dafür, dass Patienten auch dann noch ihren Ärzten vertrauen können, wenn diese Verantwortung für die Zuteilung knapper Gesundheitsressourcen übernehmen müssen.

Als ein weiteres prozedurales Element bietet es sich an, in schwierigen Fällen Kosten-Fallbesprechungen durchzuführen, bei denen Ärzte gemeinsam mit den anderen Teammitgliedern überlegen, ob bei einem Patienten eine teure Maßnahme mit geringem oder fraglichem Nutzen durchgeführt werden soll. Die gemeinsame Fallberatung verringert die Gefahr einseitiger Bewertungen und willkürlicher Entscheidungen

– die Subjektivität des Einzelnen wird in eine Intersubjektivität der Gruppe überführt, mehrere Perspektiven finden Berücksichtigung – und erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass zumindest in der betreffenden Klinik bei allen Patienten vergleichbare Bewertungsmaßstäbe angelegt werden. In Konfliktfällen kann als weitere prozedurale Absicherung ein klinisches Ethikkomitee beratend hinzu gezogen werden.¹³

¹³ Vgl. hierzu ausführlicher Marckmann, G./Strech, D. (2009): „Auswirkungen der DRG-Vergütung auf ärztliche Entscheidungen: Eine ethische Analyse“, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 55, 15-27; Strech, D. (2009): „Klinische Ethikberatung bei Rationierungsfragen im Krankenhaus“, in: Vollmann, J./Schildmann, J./Simon, A. (Hg.): *Klinische Ethik*, Frankfurt a.M.: Campus Verlag, 87-106.

Gerechtigkeit im Gesundheitswesen

Kommentar zum Beitrag von Georg Marckmann „Marktorientierung und Gerechtigkeit: Prinzipien im Widerspruch?“

Dr. Ruth Baumann-Hölzle, Institut Dialog Ethik, Mitglied der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin, Zürich

Zusammenfassung der Thesen Georg Marckmanns

Gemäss Georg Marckmann ist Gesundheit ein transzendentes Gut und der Zugang zur Gesundheitsversorgung im Sinne von Norman Daniels eine wichtige Voraussetzung für Chancengleichheit. Von dieser Wertebasis ausgehend plädiert Marckmann für ein – zumindest teilweise – staatlich organisiertes und solidarisch finanziertes Gesundheitswesen. Aufgrund der medizinischen Innovationen, dem demographischen Wandel und den begrenzten Einnahmen kommt es nach seiner Auffassung zur Mittelknappheit im Gesundheitswesen. Diese führe zur Frage nach der gerechten Verteilung der begrenzten Mittel. Als Strategie für eine gerechte Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen schlägt Marckmann – im Gegensatz zur aus seiner Sicht bereits bestehenden impliziten Rationierung – eine explizite Rationierung vor. Diese umfasst ein ethisches Kostenbewusstsein mittels individual- und sozialem Therapieverzicht einerseits und kostensensiblen Leitlinien andererseits. Seine Vorschläge zur expliziten Rationierung formuliert er in Abgrenzung zu den Erfahrungen in Oregon¹, wo 1994 versucht wurde, mittels Begrenzung des Leistungskataloges aufgrund einer Prioritätenliste explizit zu rationieren.

¹ Vgl. Marckmann, G./Siebert, U (2002): „Prioritäten in der Gesundheitsversorgung: Was können wir aus dem „Oregon Health Plan“ lernen?“, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 127 (30), 1601-1604.

Zustimmung

Grundsätzlich teile ich die normative Basis von Marckmann, wonach Gesundheit ein transzendentes Gut ist. Ich stimme ihm ebenfalls in der Feststellung zu, dass derzeit bereits implizite Rationierung existiert und sich diese Situation aufgrund medizinischer Innovationen und der demographischen Entwicklung weiter verschärft.

Im Rahmen des Projektes „Zukunft Medizin Schweiz – Phase III“ untersuchte eine Arbeitsgruppe der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) die Situation der Rationierung im Gesundheitswesen in der Schweiz. Dabei wurden verschiedene Studien² beigezogen. In diesem Bericht der SAMW heisst

² Die Studien sind: Seematter-Bagnoud L., et al. (1999): „Overuse and underuse of diagnostic upper gastrointestinal endoscopy in various clinical settings“, in: *Intern J Qual Health Care* 11, 301-308; Vader, J.P. et al. (2000): „Overuse and underuse of colonoscopy in a European primary care setting“, in: *Gastrointest Endosc* 52, 593-599; Domenighetti, G./Maggy, J. (2000): „Définition des priorités sanitaires et rationnement. L'opinion des Suisses, des Administrateurs hospitaliers et des Départements sanitaires des Cantons“, in: *Cahier de Recherches Economiques du DEEP (Département d'économétrie et d'économie politique, Uni Lausanne)*, cahier 00.01, janvier 2000; Schopper D. et al. (2001): *Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen. Befunde und Empfehlungen*, Zürich: Schweizerisches Tropeninstitut und Dialog Ethik; RICH-Nursing-Study (2005): *Rationing of Nursing Care in Switzerland. Effects of Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patients and Nurses Outcome*. Institut of Nursing Science, University Basle and Penn Nursing – University of Pennsylvania. Schlussbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit; Santos-Eggimann, B. (2005): *Is there evidence of implicit rationing in the Swiss health care system?*, Lausanne: IUMSP; Hurst, S. et al. (2006): „Prevalence and Determinants of Physician Bedside Rationing. Data from Europe“, in: *Journal of General Internal Medicine* 21 (11), 1138-1143.

es unter anderem: „Die RICH-Nurse-Studie hat im Bereich der Pflege implizite Rationierungseffekte geortet: Dabei geht es um Massnahmen, die von Pflegefachpersonen nicht durchgeführt wurden, obwohl sie notwendig und nützlich gewesen wären. Nicht erbracht werden konnten die Leistungen aufgrund eines Mangels an zeitlichen, fachlichen oder personellen Ressourcen in Pflegeteams. Die Studie zeigt einen Zusammenhang zwischen der Arbeitsumgebungsqualität (Angemessenheit der Stellenbesetzung und Fachkompetenz in Pflegeteams, Zusammenarbeit Pflegenden Ärzte, Unterstützung der Pflegenden durch Pflegemanagement) mit der Anzahl nicht durchgeführter, notwendiger pflegerischer Leistungen, benannt als implizite Rationierungseffekte.“³ Besonders erwähnenswert ist die Studie von Santos-Eggimann aus dem Jahre 2005. Darin werden folgende Bereiche der medizinischen Versorgung als schwer zugänglich bezeichnet: „Es sind dies die Psychiatrieversorgung, Rehabilitationsversorgung sowie Langzeitversorgung und -betreuung Chronischkranker. Etwas mehr als die Hälfte der Grundversorger ist der Meinung, dass die Zugangsprobleme zur Gesundheitsversorgung, auf die ihre Patienten stossen, manchmal negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben. [...] Die wichtigsten Merkmale der mit Zugangsschwierigkeiten identifizierten Patienten sind hohes Alter, soziale Verletzlichkeit, das Fehlen einer sicheren Versicherungsdeckung und das Vorhandensein von psychischen Störungen. Die Personen mit diesen gleichen Merkmalen werden auch als diejenigen genannt, die ein grösseres Risiko haben, im schweizerischen Gesundheitssystem durch die Chefärzte der medizinischen, chirurgischen und psychiatrischen Spitalabteilungen benachteiligt zu werden.“⁴

Bereits 1999 publizierte eine Gruppe von Experten des schweizerischen Gesundheitswesens das „Manifest für eine faire Leistungs- und Mittelverteilung“⁵. Wie Marckmann heute, stellten wir

damals aus Gerechtigkeitsgründen Handlungsbedarf hinsichtlich einer gerechten Verteilung der Leistungen und Mittel im schweizerischen Gesundheitswesen fest und plädierten für eine explizite Rationierung auf der Ebene der gesellschaftlichen Rahmenordnung. Die damalige Situation hat sich nun weiter verschärft. So besteht weiterhin dringender Handlungsbedarf für mehr Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Ebenfalls einverstanden bin ich mit der These von Marckmann, dass es hierzu ein zumindest teilweise staatlich organisiertes Gesundheitswesen braucht.

Einspruch

Während nun Marckmann für eine Rationierung sowohl im Rahmen der individuellen Arzt-Patienten-Beziehung als auch auf der sozialetischen Handlungsebene plädiert, lehne ich persönlich die explizite Rationierung im Sinne von Kosten-Nutzen-Überlegungen innerhalb der individuellen Behandlungsbeziehungen grundsätzlich ab. In der individuellen Patientenbetreuung sollte einzig die optimale Versorgungsqualität und nicht das Kostenbewusstsein im Fokus sein. Dabei bin ich mir bei den Ausführungen von Marckmann sehr wohl bewusst, dass auch er bei seinen Vorschlägen zur expliziten Rationierung mit der Umsetzung der kostensensiblen Leitlinien für die individuelle Arzt-Patienten-Beziehung den einzelnen Arzt oder die Ärztin zum grössten Teil von Verteilungsentscheiden entlasten und damit verdeckt willkürlicher Rationierung entgegenwirken möchte. So gesehen betreffen auch seine Vorschläge die gesellschaftliche Rahmenordnung und nicht die individuelle Arzt-Patienten-Beziehung. Es ist auch zu bedenken, dass kostensensible Leitlinien eine Rahmenordnung voraussetzen, die die Massstäbe für die einzuhaltenden Kosten festlegt. Marckmann thematisierte mit den kostensensiblen Leitlinien daher die gesellschaftliche Rahmenordnung implizit. Dies sollte aus meiner Sicht jedoch explizit geschehen, damit die damit einhergehenden Wertvoraussetzungen auch entsprechend thematisiert werden können. Trotzdem weist er mit den so genannten kostensensiblen Leitlinien den Medizinern die Aufgabe zu, zwar nach Leitlinien, aber doch im Einzelfall individuell Kosten-

³ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (Hg.) (2007): *Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen, Kurzfassung*, Basel: SAMW, 9.

⁴ Vgl. SAMW 2007, 9.

⁵ Zugänglich unter http://www.dialog-ethik.ch/1_mittelverteilung_im_gesundheitswesen_d.php

Nutzen-Überlegungen zu vollziehen. In ähnlicher Art und Weise plädieren auch Samia Hurst und Marion Danis für „A Framework for Rationing by Clinical Judgment“⁶.

Aus meiner Sicht ist es jedoch gerade ein beim einzelnen Patienten zum Tragen kommendes Kostenbewusstsein, welches tendenziell sowohl zur verdeckten Rationierung bei besonders vulnerablen Patientengruppen als auch zur Übertherapie bei finanziell lukrativen Patienten führt. Bei einem so verstandenen Kostenbewusstsein kommt der einzelne Patient als Objekt in den Fokus, der entweder Kosten verursacht, die es möglichst zu minimieren gilt, oder bei dem Gewinn erzielt werden kann, der möglichst ausgeschöpft werden soll. Kostensensible Leitlinien bzw. Frameworks für die explizite Rationierung beim einzelnen Patienten können denn auch die bereits bestehende Tendenz zur Unterversorgung von sogenannten austherapierten und sozial benachteiligten Personen noch weiter verstärken.

Es ist eine Überforderung der Behandelnden und Betreuenden, wenn sie für eine gerechte Verteilung der Leistungen und Mittel unter ihren Patienten verantwortlich gemacht werden. So wenig wie sie für die Beurteilung der Wirksamkeit einzelner therapeutischer Massnahmen und deren Aufnahme in den Grundleistungskatalog zuständig sein können, so wenig können sie für die gerechte Verteilung der Ressourcen aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive verantwortlich gemacht werden. Es ist eine staatliche Aufgabe, den Ressourcenrahmen im Gesundheitswesen nach Gerechtigkeitskriterien festzulegen.

Kostenüberlegungen dürften aus meiner Sicht am Krankenbett keine Rolle mehr spielen. Stattdessen geht es darum, den Fokus auf eine optimale Patientenversorgung bei bereits vorgängig festgelegtem Ressourcenrahmen zu legen, aus dem in der individuellen Patientenbetreuung ausgewählt werden kann. Statt des ethischen Kostenbewusstseins schlage ich für das Behandlungs- und Betreuungsverhältnis ein „ethisches Sozialbewusstsein“ vor. Dieses soll bei lukrativen Patienten die Frage einer möglichen Übertherapie stellen. Bei der Behandlung und Betreu-

ung von besonders vulnerablen Patientengruppen – dazu gehören auch Sterbende – sollte hingegen stets die Frage aufgeworfen werden, ob der Patient die ihm angemessene Behandlung und Betreuung bekommt, die ihm zustehen würde. Das „ethische Sozialbewusstsein“ ist vor dem Hintergrund einer inhärenten Tendenz zur Diskriminierung vulnerabler Patientengruppen aus Gründen der Gerechtigkeit eine moralische Notwendigkeit. Im Rahmen eines solchen „ethischen Sozialbewusstseins“ sind zum Beispiel bei der Einführung der Fallpauschalen in den Spitälern der Schweiz soziale Begleitmassnahmen für die individuelle Behandlung und Betreuung zu planen und anzubieten, auf die die Behandelnden und Betreuenden in Einzelfällen zurückgreifen können.

Individuethischer Therapieverzicht – Kriterien optimaler Patientenversorgung

Bei näherer Betrachtung sind die von Marckmann genannten Kriterien für einen sogenannten „individualethischen Therapieverzicht“ eigentlich keine Verzichtskriterien, sondern Kriterien für eine optimale Patientenversorgung, die ich vollumfänglich unterstützen kann. Eine optimale Patientenversorgung zeichnet sich gerade dadurch aus, dass die Evidenz zu Wirksamkeit bzw. zu Nutzen und Risiken der Massnahmen abgewogen werden (erstes Kriterium), die individuellen Patientenpräferenzen berücksichtigt werden (zweites Kriterium) und möglichst wenig Ressourcen für das Erreichen eines Therapieziels verbraucht werden (drittes Kriterium). Denn es ist auch im Interesse des Patienten, möglichst rasch und nur mit so viel Aufwand wie nötig behandelt und betreut zu werden. Mehr ist in Medizin und Pflege nicht immer gleich besser. Kriterien für eine optimale Patientenversorgung stärken und fördern das Arzt-Patienten-Bündnis dahingehend, dass Arzt und Patient gemeinsam nach einer angemessenen und optimalen Behandlung und Betreuung im Rahmen der zur Verfügung stehenden Leistungen und Mittel suchen können.

⁶ Hurst, S./Danis, M. (2007): „A Framework for Rationing by Clinical Judgment“, in: *Kennedy Institute of Ethics Journal* 17 (3), 247- 266.

Explizite Rationierung mittels einer Bandbreite von multiplen Schwellenwerten als Zulassungskriterien (Rationierungskriterien) auf gesamtgesellschaftlicher Ebene

Gerechte Ressourcen- und Kostenverteilung im Gesundheitswesen ist nur aus einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive möglich. Der Einwand von Marckmann, dass kostensensible Leitlinien für die Arzt-Patienten-Beziehung trotzdem notwendig seien, weil beim einen Patienten eine teure Massnahme unter Umständen mehr nütze als beim anderen und deshalb die Massnahme als solche aus dem Leistungskatalog nicht ausgeschlossen werden dürfe, greift insofern zu kurz, als auch der Leistungskatalog dahingehend zu verfeinern ist, dass die Zulassung von einzelnen Massnahmen auf diejenigen Patientengruppen beschränkt werden soll, für die sie auch entwickelt worden sind. Ausdehnung auf weitere Patientengruppen ist begründungspflichtig und allgemeinverbindlich zu entscheiden. Das Leistungsangebot ist denn auch so zu gestalten, dass die vorhandenen Ressourcen optimal genutzt und gerecht zur Verfügung gestellt werden. Marckmann ist zuzustimmen darin, dass angesichts der derzeitigen Entwicklungen im Gesundheitswesen explizite Rationierung als sozial-ethischer Therapieverzicht unumgänglich ist. Hierzu sind die Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisse für therapeutische Massnahmen zu erheben, denn sie ermöglichen einen Vergleich zwischen den verschiedenen Therapie- und Behandlungsangeboten.

Dabei ist sowohl die Gefahr der Unterversorgung von besonders vulnerablen, als auch diejenige der Überversorgung von lukrativen Patientengruppen besonders zu berücksichtigen. Die Rationierung besteht nun darin, dass für solche Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisse eine Bandbreite von Schwellenwerten für die Zulassung festgelegt wird. Eine solche Bandbreite ermöglicht es, differenziert auch auf den Schweregrad von Erkrankungen und der damit verbundenen Belastung einzutreten und in die Gerechtigkeitsüberlegungen einzubeziehen. Eine solche Bandbreite kann daher in multiple Schwellenwerte

ausdifferenziert werden.⁷ Dies im Gegensatz zu Oregon, wo eine lineare Prioritätenliste aufgrund von Bevölkerungsbefragungen festgelegt worden war. Dadurch wurden Leistungen ausgeschlossen, welche der allgemeinen moralischen Intuition sowohl im Einzelfall als auch hinsichtlich einer gerechten Verteilung zuwiderliefen, sodass die Prioritätenliste für die Ressourcenverteilung in Oregon wieder zurückgenommen werden musste. Demgegenüber kommt mit einer Bandbreite mit multiplen Schwellenwerten ein differenzierteres Gerechtigkeitsverständnis zur Anwendung.

Bei der Festlegung solch multipler Schwellenwerte sind die von Marckmann genannten formalen und materialen Kriterien einer gerechten Verteilung hilfreich: Entsprechend seinen Vorschlägen sind Leistungsbegrenzungen formal transparent, demokratisch legitimiert, für alle Patienten gleich, nachvollziehbar begründet, evidenzbasiert, unter Einbezug aller relevanten gesellschaftlichen Gruppen – gerade auch von Minderheiten – und mit Widerspruchsmöglichkeiten festzulegen. Aber auch diese formalen Kriterien können zu Entscheidungsproblemen und ethischen Dilemmasituationen führen. So wirft zum Beispiel der Anspruch auf Gleichbehandlung der Patienten die Frage auf, in welcher Art und Weise der Schweregrad einer Erkrankung oder Einschränkung diese Gleichheit in Frage stellt. Auch Marckmanns Vorschläge bezüglich der materialen Kriterien – das Kriterium der Bedürftigkeit, d.h. Dringlichkeit und Schweregrad, der erwartete medizinische Nutzen sowie das Kosten-Nutzen-Verhältnis – führen zu Problemen, denn wie sich am Beispiel der Organverteilung zeigen lässt, können sich die Kriterien „medizinische Bedürftigkeit“ und „erwarteter medizinischer Nutzen“ bei der Auswahl widersprechen. Unter Umständen braucht derjenige Patient ein zu vergebendes Organ am meisten, bei dem der zu erwartende medizinische Nutzen am geringsten ist. Welches Prinzip soll dann den Vorrang haben? Diese Fragen müssen noch weiter geklärt werden.

⁷ Vgl. dazu auch Schöffski, O./Graf v.D. Schulenburg, M. (2008): *Gesundheitsökonomische Evaluation: Das Schwellenwertkonzept*, Berlin: Springer Verlag, 139-165.

Wenn es darum geht, eine Bandbreite mit multiplen Schwellenwerten festzulegen, so schlage ich vor, dass dabei auch der Schweregrad der Einschränkungen und der Grad der Bedürftigkeit, respektive des Leidens und auch die präventive Wirkung massgeblich berücksichtigt werden. So ist die Schwelle für das Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis für Ressourcen bei Patienten mit geringen Einschränkungen und wenig Bedürftigkeit und Leiden, bei wenig medizinischem Nutzen und geringen präventiven Wirkungen sehr hoch anzusetzen, damit es von der Grundversicherung übernommen wird, bei mittleren Einschränkungen, mittlerer Bedürftigkeit und mittlerem Leiden und mittleren präventiven Wirkungen ist der Schwellenwert mittelmässig festzulegen und bei schwersten Einschränkungen mit grosser Bedürftigkeit, grossem Leiden und grosser präventiver Wirkung ist der Schwellenwert möglichst tief anzusetzen. Im Verhältnis wird damit Menschen, die grössere Leidenslast zu tragen haben, verhältnismässig auch mehr Geld zur Verfügung gestellt.

Gerechte Ressourcenverteilung und optimale Patientenversorgung

Für eine gerechte Ressourcenverteilung und optimale Patientenversorgung schlage ich ein Vorgehen nach dem Subsidiaritätsprinzip mit folgenden Elementen vor:

1. Rationalisierung und Optimierung der Versorgungsqualität beim bestehenden Behandlungs- und Betreuungsangebot

Grundsätzlich sind Über- und Unterversorgung zu eliminieren und ist die Versorgungsqualität

mittels patientenorientierten Behandlungs- und Betreuungsrichtlinien zu optimieren.

2. Rationalisierung mit Rationierungstendenz

Für einzelne Massnahmen sind Kosten-Wirksamkeitsverhältnisse zu berechnen und teure Massnahmen mit geringem/fraglichem Nutzengewinn bei Verfügbarkeit von kosteneffektiven Alternativen aus dem Leistungskatalog auszuschliessen. Aus Patientensicht stellt dieses Vorgehen eher eine Rationalisierungs- und noch keine Rationierungsmassnahme dar, denn es werden dem Patienten keine notwendigen und sinnvollen Leistungen vorenthalten. Dieses Vorgehen kann die Patienten zudem auch vor Schädigungen schützen.

3. Weiche Rationierung: Therapieverzicht auf sinnvolle aber nicht notwendige Leistungen

Der Verzicht auf zwar sinnvolle, jedoch nicht notwendige Massnahmen ist eine weiche Rationierung. Hierzu sind wiederum Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisse von einzelnen Therapie- und/oder Betreuungsangeboten zu erheben.

4. Harte Rationierung: Vorenthalten von notwendigen und sinnvollen Leistungen

Eine solche Rationierung ist nur im Notfall ethisch vertretbar, wenn zwischen Patienten eine Wahl getroffen werden muss. Eine solche Rationierung ist in Notfallsituationen zum Beispiel auf einer Unfallstelle, bei Epidemien oder bei Katastrophen unumgänglich. Sie hat dann nach festgelegten Scores zu erfolgen.

Mis à l'écart et laissé-pour-compte

L'adéquation dans l'article 32 de la LAMal (commentaire de l'article de Georg Marckmann : « Marktorientierung und Gerechtigkeit: Prinzipien im Widerspruch? »)

Prof. Dr. John-Paul Vader, Université de Lausanne, membre de la Commission centrale d'éthique de l'ASSM

Contrairement à ce que l'on pourrait penser en voyant ce titre, cette contribution ne traitera pas les formes de rationnement implicite et explicite présentes dans notre système de santé, ni les déterminants sociaux de la santé. La contribution de C. Burton-Jeangros dans ce bulletin ainsi que la brochure « Le rationnement au sein du système de santé suisse »¹, publiée par l'Académie suisse des sciences médicales devraient suffire pour convaincre même les plus incrédules de leur existence et de leur importance. Cet article présentera plutôt un commentaire ciblé et subjectif, qui témoignera des biais personnels et professionnels de son auteur.

Avant d'entrée dans le vif du sujet de cet article, il me semble important de commenter une des affirmations de la contribution du Prof. Marckmann selon laquelle la rationalisation à elle seule est insuffisante pour faire face à la pression des coûts liés à l'innovation technologique et au développement démographique. Même si c'est *probablement* vrai, aucun système de santé n'a, à ma connaissance, vraiment cherché, de manière sérieuse et conséquente, à mettre en œuvre une rationalisation.

Le Prof. Marckmann propose des caractéristiques d'un système pour limiter les prestations de façon rationnelle, économique et équitable. Parmi les critères qu'il propose on trouve, entre autres :

- La transparence
- La légitimité

- La constance (traitement égal pour tous les patients)
- La pertinence et l'applicabilité
- Un fondement dans les preuves scientifiques
- Une participation des groupes concernés
- La notion de besoin médical (urgence, sévérité)
- Bénéfices attendus
- Rapport coûts-bénéfices favorable

Or, en considérant ces critères je vous soumets que

- les « limitations équitables de prestations » dont parle M. Marckmann correspondent à la notion de l'« adéquation des soins » (appropriateness of care) ;
- il y a une vaste littérature scientifique à ce sujet ;
- c'est dans ce sens que le législateur suisse a prévu l'adéquation, comme un des trois critères pour le financement des prestations médicales dans l'assurance maladie obligatoire (LAMal) et
- il est grand temps de comprendre et de mettre en œuvre cette clause de la LAMal, si nous voulons assurer des soins de qualité, de manière équitable, et abordable, à l'ensemble de la population dans notre pays.

Pour reprendre certains de ces affirmations: l'article 32 de la LAMal dit que les prestations prises en charge par l'assurance obligatoire doivent être « efficaces, appropriées et économiques ». L'adéquation (c'est-à-dire le caractère approprié des soins) est vraiment la

¹ Cf. Académie suisse des sciences médicales ASSM (éd.) (2007) : *Le rationnement au sein du système de santé suisse*, Bâle: ASSM.

laissée-pour-compte de la célèbre triade l'EAE (efficacité, adéquation et économicité). En fait, dans les discussions sur notre système de santé, nous parlons beaucoup de l'économicité, un peu de l'efficacité, mais, pour ainsi dire, pas du tout de l'adéquation.

La notion de « l'adéquation » est venue assez tardivement dans le processus législatif au début des années 1990 lorsque nous cherchions à réformer notre système de santé. Elle n'est pas mentionnée, telle quelle, dans le rapport du 2 novembre 1990 de la Commission d'experts (Commission Schoch) de la révision de l'assurance-maladie. Mais quand elle est apparue, elle était censée compléter *explicitement* les éléments d'efficacité et d'économicité, qui étaient déjà présents dès le début de la réforme de l'assurance maladie, dans une forme ou dans une autre. L'adéquation n'est donc pas synonyme d'efficacité. On peut lire dans un commentaire à ce sujet :

« L'adéquation [...] implique la notion d'efficacité, mais son caractère propre réside dans le fait de servir de critère de choix entre plusieurs procédures thérapeutiques et diagnostiques efficaces. [...] Un traitement inefficace est toujours inapproprié et un traitement inapproprié toujours non économique. Un traitement efficace et approprié n'est pas toujours économique [...]. »²

Le législateur a prévu, dans ce qui est devenu l'article 58 de la LAMal, des « contrôles scientifiques et systématiques » afin de garantir l'adéquation des prestations. Depuis l'introduction de la LAMal il y a 15 ans, l'adéquation a été mise à l'écart et les tentatives pour introduire, et encore moins pour contrôler et garantir l'adéquation, ont brillé par leur absence. Une des raisons de cette absence est sans doute l'ignorance, de la part des acteurs de notre système, du vaste volume de littérature médicale décrivant la méthodologie pour évaluer et améliorer l'adéquation des soins.

² Eugster, G. (2001) : „Das Verhältnis von Art. 56 Abs. 1 KVG zu Art. 32 Abs. 1 KVG“, in : Schaffhauer, R./Kieser, U. (éd.) : *Wirtschaftlichkeitskontrolle in der Krankenversicherung*. Schriftenreihe des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis der Hochschule St. Gallen (IRP-HSG), 14-15 (Traduction jpv).

Or, comment évaluer, de manière « scientifique et systématique » l'adéquation des soins ?

Les bons *essais cliniques randomisés* en seraient le meilleur moyen, mais leurs résultats ne sont applicables, tels quels, qu'à une petite minorité de patients.

L'application des *guidelines de bonne qualité* en serait un autre moyen, mais leurs conclusions et recommandations sont souvent trop vagues et générales pour être pertinentes et utiles pour un patient donné. Pour compléter ces deux approches, la RAND Corporation et l'Université de Californie à Los Angeles ont développée une méthode qui est décrite dans un éditorial du *New England Journal of Medicine*, comme « the most respected approach to defining appropriate care ».³

L'espace à disposition m'empêche de présenter en détail cette méthode ici,⁴ mais qu'il suffise pour dire que, par une méthode systématique et scientifique, impliquant tous les acteurs concernés, les critères explicites et détaillés sont développés, qui permettent de déterminer, selon la situation spécifique de chaque patient, si un traitement est

- inapproprié (les risques dépassent les bénéfices attendus) ;
- incertain (les risques et les bénéfices sont à peu près égaux) ;
- approprié (les bénéfices attendus dépassent les risques) ; ou
- nécessaires (les bénéfices attendus sont tellement importants et probables que le traitement *doit* être proposé).

Avec cette approche, il est possible de s'attaquer au phénomène de la surutilisation des soins, en évitant les soins inappropriés, et en limitant les soins incertains. Dans les cas étudiés, ces deux catégories représentent jusqu'à la moitié, voire deux-tiers des traitements prodigués. Mais, dans

³ Naylor, C.D. (1998) : „What is appropriate care?“ in: *NEJM* 338 (26), 1918-1920.

⁴ Cf. Fitch, K et al. (2001) : „The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual“, RAND, MR-1269/RE/DGXII, 2001, http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269/index.html (consulté le 27.07.2010)

un vrai souci de qualité et d'équité, nous pourrions – et nous devons – aussi s'attaquer à la sous-utilisation, et s'assurer que les patients pour qui les soins sont nécessaires, cruciaux et vitaux, les reçoivent, même si ces personnes ne font pas parti des classes de la population qui les réclament à grand cris.

Pour donner rapidement deux exemples de notre propre recherche. Dans une de nos études,⁵ nous avons conclu que parmi les 70'000 gastroscopies effectués en Suisse à l'époque, la moitié l'étaient pour des indications inappropriées. Mais, de l'autre côté, nous avons pu estimer que tout autant de personnes auraient dû avoir l'examen, mais ne l'ont pas eu. Ce rapport entre la proportion de soins qui sont sur-utilisés et ceux qui sont sous-utilisés sera variable selon l'examen ou le traitement que l'on considère. Par exemple, dans une étude similaire pour la colonoscopie,⁶ dans une population de 9000 patients chez des médecins généralistes, dont 600 avaient des symptômes du bas ventre, nous avons pu démontrer que la sur-utilisation était peu importante, alors que la sous-utilisation était, pour cet examen, un problème nettement plus conséquent. 185 personnes n'ont pas eu cet examen – alors qu'elles auraient dû l'avoir –, alors que seules 11 personnes l'ont subi pour une indication inappropriée.

Conclusion

En conclusion, je voudrais faire écho d'un article⁷ publié récemment dans le Journal of the American Medical Association, qui affirme : « Evaluer l'adéquation des soins ; il est grand temps. » Les différentes contributions à cette journée « La médecine pour qui ? », organisée

conjointement par la Commission nationale d'éthique et l'ASSM me confirment dans ma conviction qu'en Suisse aussi il est grand temps de s'occuper de l'adéquation des soins, ce concept qui, depuis 15 ans, a été mis à l'écart, faisant partie des laissés-pour-compte de la LAMal.

Le législateur nous a prescrit le mandat; la science nous a fourni l'outil. C'est à nous de l'utiliser à bon escient, pour fournir, de manière équitable, les soins économiques et efficaces.

⁵ Voir Froehlich, F. et al. (1997a) : „Overuse of upper gastrointestinal endoscopy in a country with open-access endoscopy: a prospective study in primary care“, in: *Gastrointest Endosc* 45 (1), 13-19; Froehlich, F. et al. (1997b) : „Underutilization of upper gastrointestinal endoscopy“, in: *Gastroenterology* 112 (3), 690-697.

⁶ Voir Vader, J.-P./Pache, I./Froehlich, F. et al. (2000) : „Overuse and underuse of colonoscopy in a European primary care setting“, in: *Gastrointest Endosc* 52, 593-599.

⁷ Brook, R.H. (2009) : „Assessing the appropriateness of care – its time has come“, in: *JAMA* 302 (9), 997-998.

Critères d'un bon vieillissement: Tâches et obligations des soins

*Pia Coppex, Service de la santé publique, Sion**

Investir pour que les personnes âgées et très âgées vieillissent en santé, investir pour que vieillir s'accompagne d'une bonne qualité de vie. C'est tout le défi de l'évolution démographique et relever ce défi passe entre autres par la reconnaissance de la spécificité de la prise en charge des problèmes médicaux du grand âge.

La caractéristique de la population très âgée n'est ni la maladie ni la dépendance, mais une fragilité qui peut affecter les personnes de manière très diversifiée. Les unes demeurent en santé jusqu'à un âge très avancé, d'autres sont caractérisées par un état de vulnérabilité et d'instabilité, un risque de perte fonctionnelle pouvant mener à une ou plusieurs incapacités. La dépendance peut alors survenir à l'occasion d'événements extérieurs, parfois minimes. C'est chez les très âgés que l'on observe la plus forte proportion de personnes dépendantes. Cette prégnance d'une fragilité voire d'une perte d'autonomie représente l'un des défis de la gérontologie moderne. Si le phénomène n'est pas nouveau, il prend et va prendre de l'ampleur, non seulement en raison du nombre de personnes concernées, mais du fait des transformations de la famille et de la société.

Pour garantir l'accès aux soins et à la santé pour tous, un effort important doit être fait pour mieux connaître les liens et interactions entre déterminants de santé, précarité et vieillissement. Au vu de l'influence prépondérante de l'état de santé sur la trajectoire de vie à venir, il faut se poser la question : comment intervenir en amont pour réduire, retarder, voire maîtriser les effets d'une perte d'autonomie aujourd'hui relativement connue ?

Selon l'étude de l'institut de médecine sociale et

préventive de Lausanne, la seule façon de contrecarrer la pression démographique est de diminuer l'incidence des maladies et/ou de retarder leur survenue par la prévention primaire partout où cela est possible et pour celles où c'est possible. Conçue et conduite de façon professionnelle, la prévention primaire a donc un grand pouvoir d'action sur l'amélioration de l'état de santé des personnes âgées et donc sur leur qualité de vie. A ce sujet, les études menées par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan)¹ montrent que l'état de santé et les comportements en la matière sont étroitement liés aux conditions et expériences de vie. Ces études plaident pour des mesures de prévention et de promotion de la santé ciblées qui jalonnent toute notre vie. Les cartes du bien vieillir se distribuent déjà dès le plus jeune âge. On parle de compétences qui s'imposent comme une évidence et se poursuivent l'âge venu.

L'objectif prioritaire de la promotion de la santé des personnes âgées est d'améliorer leur qualité de vie. On peut aisément imaginer une filière santé spécifique à la population vieillissante. Cette filière intégrerait non seulement une fonction de prévention des maladies mais aussi des soins quantitativement et qualitativement adaptés aux besoins de cette population. Il s'agit notamment d'empêcher des évolutions et des événements négatifs, conserver des compétences et renforcer les ressources de la personne, en lui donnant par exemple les moyens de s'adapter à la maladie ou de préserver un mode de vie qui a du sens, conformément à la définition de la vieillesse digne et réussie telle qu'elle se l'est donnée.

* Avec l'aimable relecture de S. Joray, R. Ansias, M. von Kaenel et mes plus vifs remerciements aux personnes qui ont accepté de répondre à mon questionnaire.

¹ Obsan (2004) : La promotion de la santé chez la personne âgée : un investissement rentable, Neuchâtel : Obsan.

La prise en charge médicale entre les besoins des patients et les dynamiques d'une médecine orientée vers le marché

Pour mieux comprendre la tension qui peut exister entre les besoins des patients âgés et les dynamiques d'une médecine orientée vers le marché, j'ai souhaité confronter les points de vue des personnes âgées, des infirmières et des médecins sur le rôle de la médecine et des soins chez les personnes âgées. Aux uns et aux autres, j'ai donc posé une série de questions.

A la question : *Quels sont pour vous les critères d'un bon vieillissement*, les personnes âgées interviewées ont défini la santé avant tout comme « un état d'esprit » et d'une attitude vis-à-vis de la vie en général. Dans leurs réponses elles ont insisté sur la place, le rôle et l'utilité de la personne âgée dans la société. La question de la mort et de cette dernière étape de la vie, ou encore le souhait de rester chez elles étaient également très présents. Une personne âgée écrit : « *il y a un équilibre en l'adieu à un passé long et l'avenir de plus en plus court, accepter le changement de rôle, je dirai même tourner une page, ne pas attendre la reconnaissance du travail accompli, pouvoir se détacher et accepter que les personnes qui me suivent fassent différemment.* » Quant aux infirmières, elles estiment qu'une personne âgée est en bonne santé dans la mesure où elle est autonome, a des projets, est capable de s'adapter, a un équilibre de vie malgré des atteintes à la santé, a une attitude positive face à la vie, est entourée et se sent utile.

A la question : *quelles sont les tâches et obligations des soins vues par les professionnels de la santé et attendues par les personnes âgées*, il ressort que toutes les activités du professionnel de la santé devraient être centrées sur ce but: Etablir et maintenir une relation qui ait un sens pour la personne, dans son environnement physique et humain. Une personne âgée l'a exprimé ainsi : « *Pour moi, ce n'est pas le soin qui doit être la préoccupation des infirmiers, mais le patient.* »

A la question : *entre l'optimal et le maximal qu'est-ce qu'un « soin ou une médecine » juste ?* Les professionnels ont parlé de prendre soin, soigner plutôt que guérir ; de recherche d'équilibre; de meilleur confort global pour la personne; de soins à partir de ce qu'elle veut; d'une médecine adaptée au rythme du patient, qui intègre le contexte de vie, entend, anticipe, s'adapte aux besoins et

respecte ses choix. Elle doit être maximale si les possibilités évolutives sont présentes et si la souffrance doit être diminuée quel que soit l'âge de l'individu. Il n'y a pas de raison d'offrir une sous-médecine en fonction de l'âge.

Un médecin écrit : « *Si on se donnait la peine de l'informer et de l'écouter, le patient ferait par lui-même un rationnement de soins personnel et éthiquement convenable...* ». Une personne de 84 ans vivant seule à domicile relevé ceci : « *Ce qui m'angoisse ce n'est pas la maladie mais d'être fragile aux yeux de la société et que c'est cette société qui décide et met les gardes fous quand on a cette fragilité.* »

Je vais maintenant m'arrêter sur des questions qui me tiennent plus particulièrement à cœur : le sens de nos pratiques, le regard que nous portons à l'autre atteint dans sa santé car ce qui importe au final c'est de permettre à un homme ou à une femme de rester libre ou de le rester le plus possible, de pourvoir à ses besoins par elle-même ou de le faire le plus possible, le plus longtemps possible et si possible jusqu'au bout.

Les personnes âgées demandent du temps, temps d'écoute, de parole, de gestes ; tout est long à entendre, à dire, à faire. Il est vrai qu'elles ont le temps, tout leur temps, même si pendant ce temps elles vieillissent, mais pour nous, soignants, le temps est compté et nous n'avons souvent pas le temps... Et pourtant... Lorsqu'on parle de maladie, il n'est pas possible de faire abstraction de son inscription dans le temps d'une vie humaine. Comme l'écrit si bien R. Sebag-Lanoe : « *Comment peut-on soigner un vieillard dont on ignore le passé ? Comment vouloir aider à vivre la fin du voyage sans connaître un tant soit peu le début et les épisodes de la traversée ?* »²

La maladie représente la plupart du temps un inattendu, un événement qui n'était pas prévu, une chose qui ne devait pas arriver quand bien même on en connaissait la possibilité. On parle de rupture, de mise en suspens de la vie normale. Tout ce dans quoi la personne avait investi peut être soudainement menacé de perte ou de désintégration. Il est incontestable que, quand la maladie survient, elle prend souvent toute la place et devient le seul référent possible. Dans ce contexte, la souffrance est presque toujours une crise de sens. Il n'est pas aisé pour le soignant

² Sebag-Lanoe, R. (1992) : *Soigner le grand âge*, Paris : Ed. épi Desclée de Brouwer, 219.

d'entendre le soigné parler de ses préoccupations profondes, de ses désirs, de ses échecs, de ses espoirs, de ses désespérances, c'est-à-dire d'entendre des questions qu'il n'est pas toujours préparé à rencontrer, tout comme il n'est parfois pas préparé à affronter la vieillesse et la mort ! Pour J.-F. Malherbe, « pour qu'une crise soit un événement vivifiant plutôt qu'un processus mortifère, il faut qu'elle vienne au langage »³. Mais on ne raconte pas une histoire à des murs, on la raconte à quelqu'un. Et la condition la plus essentielle pour qu'une crise soit une occasion de changement, c'est précisément que quelqu'un soit là pour écouter. De même, nous saisissons bien que la qualité d'écoute qui sera établie va faire la différence entre un soin mort et un soin apte à mobiliser les ressources de la personne pour cheminer avec elle. Le soin nécessite l'ouverture à l'autre dans son existence particulière; il doit pouvoir rendre possible l'émergence du sens que la personne attribue à ce qu'elle est en train de vivre. Dans cette perspective, ce sont les ressources de la personne et les priorités qu'elle-même définit qui orientent le soin, et donc inventent une suite à sa propre histoire. Et lorsque le langage n'est plus possible, il s'agit de se mettre en situation de rencontrer l'autre sur son propre terrain, de faire acte d'une présence qui offre un espace de confiance sur lequel il puisse rester, sans se sentir abandonné.

Dans les soins aux personnes âgées, qu'elles soient indépendantes, fragilisées, dépendantes, la vulnérabilité est toujours présente. Nous avons à nous interroger sur la destinée de chaque personne et des facteurs qui viennent éventuellement limiter provisoirement ou plus définitivement son autonomie. Il s'agit de reconnaître la situation de dépendance dans laquelle une personne peut se trouver et de bien mesurer ce que signifie le rapport de pouvoir qui s'instaure avec eux. Il s'agit d'être particulièrement au clair au nom de quoi nous agissons. Pour W. Hesbeen, « [l]a compétence soignante est relative à chaque situation de vie rencontrée et ne peut donc être prédéterminée. Elle n'est ni une donnée acquise ni transférable en toute situation. Elle est chaque fois à revisiter, à réinterroger, car elle s'inscrit dans le « face à face », le regard, [...] que

*vivent deux personnes en présence, l'une étant soignée et l'autre étant soignante. »*⁴

En conclusion, vivre à la fois plus longtemps et en bonne santé est un nouveau défi pour les individus et pour la société. Relever le défi du vieillissement de la population impliquera quelques adaptations dans notre manière d'aborder et de penser la vieillesse. Concrètement, cela signifie non seulement :

- De favoriser l'autonomie et la participation des personnes âgées dans la communauté en trouvant des réponses à des besoins sociaux importants comme la prise en charge des personnes âgées dépendantes et veiller ainsi à garantir dans l'âge une existence digne, dans le respect des préférences individuelles.
- De développer une approche communautaire de la vieillesse en partenariat et en responsabilisant l'ensemble des acteurs concernés et engagés. J'aimerais rappeler ici le projet de l'OMS « Vieillir en restant actif » qui incite à devenir ou rester acteur de sa santé et de son vieillissement.
- De reconnaître la spécificité de la prise en charge des problèmes médicaux du grand âge en amont, pendant et en aval de l'hospitalisation. Le parcours de la personne âgée dépendante à travers les diverses structures doit être défini en fonction de l'évolution de ses besoins afin de lui permettre de trouver l'offre qui convient le mieux à ses besoins et dans le respect de ses préférences individuelles.
- De mettre en œuvre à une large échelle des stratégies de promotion de la santé, de prévention et d'intervention adaptées aux besoins de cette population déjà connues aujourd'hui et testées afin de prévenir ou au moins retarder la survenue de la dépendance fonctionnelle.
- De concevoir l'organisation et le financement de l'offre en soins dans le réseau médico-social comme un investissement économique et social s'inscrivant dans une politique sanitaire durable qui soit en phase avec la trajectoire des personnes âgées dans

³ Malherbe, J.-F. (1987) : *Pour une éthique de la médecine*, Paris : Larousse, 84.

⁴ Hesbeen, W. (1999) : „Le caring est-il prendre soin ?“, in : *Perspectives soignantes* 4, 30-48.

la communauté et accessible à la population concernée.

Mais aussi

- une certaine vision de la médecine pour la santé ;
- l'impératif de compétences y compris relationnelles ;

- une certaine vision de l'homme, de son altérité, de sa liberté et de son évolution dans le temps. Si la vieillesse n'était pas occultée dans la manière que nous avons de mener notre vie et était perçue comme une valeur sociétale – ouverture et non pas fermeture, chance et non pas fardeau pour la société –, pouvoir dispenser des soins aux personnes âgées serait davantage mis en valeur.

Medizin für wen? VI

Lifestyle-Medizin: Ergänzung oder Konkurrenz zur Gesundheitsversorgung?

Dr. med. Philippe Snozzi, smoothline, Zürich

Während sich in der klassischen Medizin alle ärztlichen Bemühungen um das Wohlergehen des kranken Patienten drehen, kommen im sogenannten Lifestyle-Bereich der kosmetischen Medizin Behandlungen zum Einsatz, welche zwar zu einer Verbesserung des allgemeinen Lebensgefühls beitragen, jedoch weder der Heilung von Krankheiten, der Linderung von krankheitsbedingten Leiden noch der Prävention von Krankheiten dienlich sind. Sowohl der Arzt wie auch der zum Kunde avancierte Patient finden sich dadurch in grundlegend neuen Rollen. Am Jahressymposium 2010 der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften wurde die Frage aufgeworfen, ob die Lifestyle-Medizin als Ergänzung oder als Konkurrenz zur Gesundheitsversorgung zu betrachten sei und inwiefern die Lifestyle-Medizin Konsequenzen für das Berufsethos und die Berufsidentität des medizinischen Personals hat.

Der Autor ist einer der Gründungsärzte der smoothline Klinik in Zürich. Smoothline wurde 2007 als erste Walk-In Klinik der Schweiz, welche sich einzig auf minimalinvasive ästhetische Behandlungen mit Botulinumtoxin und Dermal-füllern spezialisierte, gegründet. Heute besteht smoothline aus einem Team von vier Ärzten

und ist in der Schweiz marktführend im Bereich ästhetischer Botulinumtoxinbehandlungen. Neben seinem Engagement bei smoothline arbeitet der Autor mit einem Teilzeitpensum in einem grösseren Zürcher Regionalspital zur Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin und wird daher regelmässig mit dem Spannungsfeld zwischen medizinischer Grundversorgung und der Dynamik einer marktorientierten Medizin konfrontiert.

Definition von Lifestyle-Medizin

Bevor die Frage, ob Lifestyle-Medizin eine Ergänzung oder Konkurrenz zur Gesundheitsversorgung darstellt, beantwortet werden kann, muss man eine einheitliche Definition von sogenannter „Lifestyle-Medizin“ formulieren. Dies erweist sich als schwierig, da diese relativ junge Wortschöpfung bereits als Überbegriff für unterschiedlichste Bereiche der Medizin Verwendung gefunden hat. Neben der kosmetischen Medizin wird der Begriff sowohl im Bereich der Enhancement-Medizin (hierbei geht es um eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit des gesunden Individuums) als auch in Bereichen der Check-Up Medizin, sofern diese über allgemein anerkannte, evidenzbasierte Vorsorgeuntersuchungen hinausgehen, verwendet. In den nach-

folgenden Ausführungen soll sich der Ausdruck „Lifestyle-Medizin“ lediglich auf Bereiche der kosmetischen Medizin beziehen.

In der kosmetischen Medizin verstehen wir unter Lifestyle-Behandlungen Therapien, welche weder der Heilung von Krankheiten, der Linderung von krankheitsbedingten Leiden noch der Prävention von Krankheiten dienen; allerdings führen die Behandlungen durch ihren kosmetischen Effekt zu einer Verbesserung des allgemeinen Lebensgefühls.

Marksituation in der Schweiz

Gemäss den Erhebungen der American Society of Plastic Surgery wurden in den Vereinigten Staaten im Jahr 2009 4,8 Mio. kosmetische Behandlungen mit Botulinumtoxin beziehungsweise 1,7 Mio. Behandlungen mit Dermalfillern durchgeführt. Gegenüber dem Jahr 2000 entspricht dies einem Wachstum von 509% (Botulinumtoxin) beziehungsweise 164% (Dermalfiller). Es handelt sich also um einen Markt mit einer rasant wachsenden Nachfrage.

Umgerechnet unterzogen sich im Jahr 2009 in den Vereinigten Staaten also in etwa 2,9% aller Frauen regelmässig kosmetischen Behandlungen mit Botulinumtoxin. Für die Schweiz liegen keine validierten Zahlen vor. Da die Schweiz gemäss Herstellerangaben jedoch den weltweit höchsten pro Kopf Verbrauch an Botulinumtoxinprodukten für kosmetische Anwendungen aufweist, dürfte die Zahl hierzulande gar noch etwas höher liegen: Alleine im Raum Zürich bieten 35 mittlere bis grosse Praxen oder Kliniken entsprechende Dienstleistungen an. In der Genferseeregion sind es gar über 50.

Lifestyle-Medizin als Ergänzung oder Konkurrenz zur Gesundheitsversorgung?

Um die Beantwortung dieser Frage besser zu verstehen, sei es dem Autor an dieser Stelle gestattet, eine kurze Anekdote bezüglich der Entstehungsgeschichte von smoothline zu erzählen:

Vor einigen Jahren machte der Autor eine Praxisvertretung für einen Hausarzt, der neben seiner regulären hausärztlichen Tätigkeit auch kosmetische Behandlungen mit Botulinumtoxin

und Dermalfillern anbot. Überrascht musste er feststellen, wie der Hausarzt für entsprechende Dienstleistungen von Kunden aus allen Bevölkerungsschichten überrannt wurde. So sehr der Autor auf der einen Seite von dieser Nachfrage fasziniert war, so sehr war er andererseits irritiert über die Durchmischung von „klassischer“ Medizin und „Lifestyle“-Medizin. Da konnte es durchaus vorkommen, dass im Wartezimmer die septische Seniorin Seite an Seite neben der Dame wesentlich jüngeren Jahrgangs wartete – die eine auf eine dringend benötigte medizinische, die andere auf eine kosmetische Behandlung. Diese Durchmischung von Patienten und Kunden wurde als problematisch empfunden und es zeigte sich rasch die Überzeugung, dass die Lifestyle-Medizin und die klassische Medizin einer klaren Trennung bedürfen: Dienstleistungen der Lifestyle-Medizin sollten aus dem klassischen medizinischen Umfeld herausgenommen werden und in einer speziell dafür eingerichteten Umgebung angeboten werden. Aus dieser Erkenntnis heraus wurde zusammen mit Partnern ein Business-Plan entwickelt, welcher dann den Grundstein für smoothline legte.

Die klassische Medizin und die Lifestyle-Medizin weisen also fundamentale Differenzen auf. Auf der einen Seite steht der Patient, welcher den Arzt – aufgrund seiner Erkrankung in aller Regel unfreiwillig – benötigt, auf der anderen Seite der gesunde Kunde, welcher den Arzt freiwillig und einer klar definierten Dienstleistung wegen aufsucht. Während der Patient aufgrund seiner Erkrankung unweigerlich in einem Abhängigkeitsverhältnis zum behandelnden medizinischen Personal steht (er ist in jedem Fall auf die Behandlung angewiesen), stellt die kosmetische Behandlung des Kunden ein reines Luxusgut dar. Ein weiterer wesentlicher Unterschied besteht darin, dass beim Patienten die Krankenkassen und damit die Allgemeinheit für die entstehenden Kosten aufkommen müssen, während der Kunde stets als Selbstzahler agiert und somit durch die Behandlung keinerlei Belastung der Allgemeinheit beziehungsweise des Gesundheitswesens stattfindet.

Aufgrund der erwähnten Unterschiede wird klar, dass die Lifestyle-Medizin nichts mit einer Gesundheitsversorgung im eigentlichen Sinn zu tun hat und sie daher auch nicht als Teil der Gesundheitsversorgung gesehen werden kann. *So mit ist sie weder eine Konkurrenz noch eine Ergänzung*

zur Gesundheitsversorgung. Provokativ könnte man allenfalls *im umgekehrten Sinne* argumentieren, dass höchstens die allgemeine Gesundheitsversorgung eine Konkurrenz zur Lifestyle-Medizin darstellen kann: Und zwar dann, wenn wie im oben genannten Fall der Grundversorger entsprechende Dienstleistungen anbietet, anstatt sie dem Spezialisten in einem speziell darauf ausgerichteten Setting zu überlassen.

Lifestyle-Medizin und die medizinische Grundversorgung

Wenn denn die Lifestyle-Medizin nicht Teil der Gesundheitsversorgung ist, stellt sich natürlich die Frage, ob sie allenfalls indirekte Einflüsse auf die Grundversorgung hat, etwa durch die Schaffung von veränderten Anreizstrukturen oder durch die Abwanderung von Fachkräften in lukrativere Bereiche.

Wie bereits zuvor angedeutet, entstehen Probleme vor allem dann, wenn die klassische Medizin nicht klar von der Lifestyle-Medizin getrennt wird. Werden die beiden Bereiche durchmischt, besteht immer die Gefahr von Interessenkonflikten, zum Beispiel durch die Bevorzugung von finanziell lukrativeren gesunden Kunden gegenüber kranken Patienten. Der klinisch tätige Arzt sollte idealerweise möglichst frei sein von wirtschaftlichen Überlegungen, sofern diese nicht generelle gesundheitsökonomische Fragen betreffen. Natürlich entspricht dieser Idealfall bei weitem nicht der Realität: Im klinischen Alltag beginnen wirtschaftliche Überlegungen bereits bei der Bevorzugung von zusatzversicherten Patienten und enden irgendwo bei der Frage nach der Selbstdispensation von Medikamenten durch die Ärzte.

Aus ethischer Sicht wäre jedoch gerade dieser in der Realität kaum machbare Idealfall wünschenswert. Viele Probleme beginnen nämlich dann, wenn die klassische Medizin profitorientiert arbeitet. Eine klare Trennung von Lifestyle-Medizin und klassischer Medizin kann daher helfen, indirekte Einflüsse auf die medizinische Grundversorgung – etwa durch unterschiedliche Anreizstrukturen – zu verhindern.

Gründe für eine Abwanderung von Fachkräften in finanziell lukrativere Bereiche sind nicht in erster Linie in der Attraktivität der Lifestyle-Medizin, sondern in der zunehmend fehlenden

Attraktivität der klassischen Medizin zu suchen. So verlor die klassische Medizin zum Beispiel in den letzten Jahrzehnten durch die überproportionale Zunahme des administrativen Arbeitsaufwands der Ärzte, problembehafteten Tarifstrukturen (Tarmed, zukünftig in den Spitälern auch die DRGs) oder durch die schwierigen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen (Zulassungsstopp) zunehmend an Attraktivität. Probleme sind jedoch nicht nur in den Missständen im Gesundheitswesen auszumachen, auch die Patienten selbst sind teilweise mitschuldig am Attraktivitätsverlust der klassischen Medizin. So wird der klinisch tätige Arzt von Patienten mit stetig wachsender Erwartungshaltung zunehmend vom Arzt zum reinen Dienstleister degradiert; Medizin soll heutzutage – ungeachtet der Kosten – für jedermann, jederzeit und überall zur Verfügung stehen. Weiter kann im klinischen Alltag auch immer wieder mit Erstaunen zur Kenntnis genommen werden, wie gering die Arbeit des medizinischen Personals vom Patienten teilweise geschätzt wird. Dem gegenüber steht paradoxerweise eine grosse Wertschätzung von Seiten der (selbstzahlenden) Kunden in der Lifestyle-Medizin. Gerade junge Ärzte dürften sich daher mit zunehmendem Wandel des Berufsbildes in Richtung einer reinen Dienstleistung für lukrative Bereiche in der Medizin entscheiden. Dies zeigt sich nicht nur am Wachstum der Lifestyle-Medizin, sondern auch am Nachwuchsproblem der Grundversorger.

Das Fazit ist: Die Entwicklung der Lifestyle-Medizin lässt sich nicht aufhalten. Bereits Cleopatra badete, um ihre Haut jung zu halten, in hydroxycarbonsäurehaltiger Eselsmilch; sie hätte sich auch Botulinumtoxin spritzen lassen, hätten die alten Ägypter die technischen Möglichkeiten dazu gehabt. Die Nachfrage nach Lifestyle-Medizin ist so alt wie die Menschheit selbst und wird mit zunehmendem Wohlstand weiter wachsen. Gründe für eine mögliche Abwanderung von personellen Ressourcen sind jedoch nicht in der Lifestyle-Medizin, sondern vielmehr in der klassischen Medizin selbst zu suchen.

Lifestyle-Medizin aus ethischer Sicht

Das Gebiet Lifestyle-Medizin und Ethik ist äusserst vielseitig und eine ausführliche Abhandlung dieses Themas würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen. Es sei daher an dieser Stelle

nur kurz auf die im Rahmen des Symposiums aufgeworfenen Fragestellungen, namentlich Aspekte der Gerechtigkeit und der Versorgungssicherheit sowie mögliche Konsequenzen für die Berufsidentität auf Seiten des medizinischen Personals, eingegangen.

In den obigen Ausführungen wurde bereits dargestellt, dass die Lifestyle-Medizin – zumindest was den Bereich der kosmetischen Medizin anbelangt – kein Teil der Grundversorgung ist. Die Frage nach Gerechtigkeit und Versorgungssicherheit stellt sich somit nicht und es gelten in diesem Bereich die Prinzipien des freien Marktes. Die Frage, ob die Lifestyle-Medizin Auswirkungen auf die Berufsidentität von medizinischem Personal hat, kann sicherlich bejaht werden: So stellt der in der Lifestyle-Medizin tätige Arzt seine Fertigkeiten und sein Wissen in andere Dienste als diejenigen, für welche diese ursprünglich erlernt wurden, namentlich der Hei-

lung, Linderung oder Prävention von Krankheiten. Dies ist jedoch auch der Fall, wenn Ärzte in andere Berufssparten, wie zum Beispiel die Unternehmensberatung, wechseln. Interessanterweise führen derartige Wechsel jedoch deutlich weniger häufig zu ethischen Diskussionen als Tätigkeiten im Bereich der Lifestyle-Medizin. Inwiefern ein Arzt bereit ist, seine Ressourcen in andere Dienste als diejenigen, für welche sie ursprünglich erlernt wurden, zu stellen, muss jedoch der Entscheidungsfreiheit des Einzelnen überlassen werden. Was zählt, ist einzig, dass auch in der Lifestyle-Medizin die primären Prinzipien der Medizinethik stets gewährleistet bleiben müssen: Hierzu gehören insbesondere das Wohlergehen des Menschen, das ärztliche Verbot zu Schaden (*primum non nocere*) sowie das Recht auf Selbstbestimmung des Individuums – unabhängig davon, ob nun „Kunde“ oder „Patient“.

Impressum

SGBEbulletinSSEB

wird herausgegeben von der

Schweizerischen Gesellschaft für Biomedizinische Ethik SGBE-SSEB

Redaktionskommission: Markus Zimmermann-Acklin (verantwortlich), Hermann Amstad

ISSN 1662-6079

SGBEbulletinSSEB No. 61 ist die letzte Ausgabe.

Sekretariat SGBE/SSEB, REHAB Basel,

Postfach, 4025 Basel

Tel. ++41 (0)61 325 00 53 / 325 01 10,

Fax ++41 (0)61 325 01 21

E-Mail : info@bioethics.ch

SGBEbulletinSSEB – (k)ein Schlusswort zur letzten Ausgabe

« Encore une autre revue ? » Schon wieder eine neue Zeitschrift? Mit dieser rhetorischen Frage eröffnete Alberto Bondolfi damals, es war im Februar 1990, das erste Editorial in der Erstausgabe von *Bioethica Forum*, einige Wochen nach der Gründung der *Schweizerischen Gesellschaft für Biomedizinische Ethik* (SGBE). Der Autor und Gründungspräsident beantwortete damals seine Frage so: Seien Sie nicht beunruhigt, bei *Bioethica Forum* handelt sich nicht um eine Zeitschrift, sondern bloss um ein bescheidenes Kommunikationsinstrument, eine Plattform für den Austausch der SGBE-Mitglieder.

Aufschlussreich ist die Liste der dringenden Themen, die im November 1989 an der ersten Generalversammlung in Bern aufgestellt und in No. 1 von *Bioethica Forum* veröffentlicht wurde: Patentierung von Leben, Therapie und Reanimation von Neugeborenen, Alterung der Bevölkerung und Gesundheit, Medizin/Psychiatrie/abweichendes Verhalten, Kostensteigerung im Gesundheitswesen, das Arztgeheimnis und seine Aufhebung bei AIDS und Genetik, Gesundheitsvorsorge und Gerechtigkeit, Grundpflege für Sterbende und Patiententestamente. Abgesehen von der Anpassung einiger Begriffe – heute ist die Rede von Palliative Care, Patientenverfügungen, DNAR (Do Not attempt Resuscitation), Ressourcenallokation und Rationierung, prädiktiver Medizin, dem Fürsorglichen Freiheitsentzug (im neuen Erwachsenenschutzrecht Fürsorgerische Unterbringung), Anti-Aging und Enhancement, Futillity (Sinnlosigkeit) von Behandlungen bei Frühgeborenen – abgesehen von einigen sprachlichen Anpassungen und der Einführung von Anglizismen also hat sich an den inhaltlichen Prioritäten seit 21 Jahren nur wenig verändert.

Das heutige *SGBEbulletinSSEB* ist von 1990 bis 2007 unter dem Namen *Bioethica Forum* erschienen, und zwar als No. 1 bis 55. Seit 2008 und ab No. 56 erscheint das Bulletin unter dem aktuellen Namen. Der Grund für diesen Namenswechsel war ein erfreulicher: Seit 2008 erscheint *Bioethica Forum* (www.bioethica-forum.ch) tatsächlich und entgegen der Versprechungen des Gründungspräsidenten neu als eine peer-reviewte und dreisprachige wissenschaftliche Fachzeitschrift. Die ersten Themen des neuen *Bioethica Forum* erinnern immer noch an die Liste von 1989: Klinische Ethik, Präimplantationsdiagnostik, Beihilfe zum Suizid, Forschung am Menschen, Bioethik – Vergangenheit und Zukunft. Die kommenden Nummern sind den Themen Transplantation, Enhancement, Medizin im hohen Alter und der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen gewidmet.

Mit der vorliegenden No. 61 erscheint das *SGBEbulletinSSEB* nun zum letzten Mal. Wiederum ist der Grund bei unserer neuen wissenschaftlichen Zeitschrift zu suchen: *Bioethica Forum* wird ab nächstem Jahr neu viermal im Jahr erscheinen und dadurch einerseits Möglichkeiten bieten, die bislang nur durch das Bulletin gewährleistet werden konnten: nämlich flexibler und rascher auf Tendenzen zu reagieren und aktuelle Nachrichten zu vermitteln. Andererseits werden die Schwerpunktheftchen, die beispielsweise anlässlich der Vernehmlassung des Stammzellforschungsgesetzes, des Gesetzes zur Regelung der Forschung am Menschen oder zur Praxis der Suizidbeihilfe im Akutspital im Bulletin-Format erschienen sind, neu im wissenschaftlichen und dreisprachigen Format von *Bioethica Forum* Platz finden.

Angesichts der Möglichkeiten, die das neue *Bioethica Forum* mit den Rubriken Editorial, Fokus, Forschungsethik, Klinische Ethik, Ethikausbildung, Mitteilungen, Tagungsberichte, Rezensionen und Agenda bietet, kann keine Rede von einem „Schlusswort“ sein. Zuviel Herzblut und Engagement stecken in den Nummern 1–61, zu gross ist die thematische und auch personelle Kontinuität, die mit dem neuen *Bioethica Forum* gegeben ist.

« Encore une autre revue ? » Ja, tatsächlich eine neue Zeitschrift, aber eine, die sich als Forum für die biomedizinische Ethik versteht und in der Schweiz nach wie vor die einzige wissenschaftliche Ethikzeitschrift ist. Ad multos annos!

Markus Zimmermann-Acklin und Hermann Amstad, Redaktoren des *SGBEbulletinSSEB*