

Macht und Medizin

Beiträge aus der Veranstaltungsreihe
Medical Humanities 2017-2020

IMPRESSUM

Herausgeberinnen

Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften &
Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Haus der Akademien • Laupenstrasse 7 • Postfach • 3001 Bern • Schweiz
+41 (0)31 306 92 50 • sagw@sagw.ch • sagw.ch

Autorschaft

Thomas Abel • Nikola Biller-Andorno • Raphaël Bonvin • Valérie Clerc •
Jörg Haslbeck • Susanne Hochuli • Thomas Kapitza • Ilona Kickbusch •
René Knüsel • Kilian Künzi • Julie Page • Francesco Panese • Rouven Porz •
Béatrice Schaad • Franziska Sprecher • Hubert Steinke • Markus Zürcher

Übersetzungen

André Hansen • Valentine Meunier • Lea Berger

Lektorate

Lea Berger • Fabienne Jan • Heinz Nauer

Korrektorat

Druck- und Werbebegleitung Heinz von Gunten

Layout

Marie Steck

Fotoumschlag

AdobeStock

1. Auflage, 2021

Copyright: Dies ist eine Open-Access-Publikation, lizenziert unter der Lizenz Creative Commons Attribution (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). Der Inhalt dieser Publikation darf demnach uneingeschränkt und in allen Formen genutzt, geteilt und wiedergegeben werden, solange der Urheber und die Quelle angemessen angegeben werden. Das Verwertungsrecht bleibt bei den Autorinnen und Autoren der Artikel. Sie gewähren Dritten das Recht, den Artikel gemäss der Creative-Commons-Lizenzvereinbarung zu verwenden, zu reproduzieren und weiterzugeben. Autorinnen und Autoren wird empfohlen, ihre Daten in Repositorien zu veröffentlichen.

Creative Commons Attribution 4.0 International License



Zitiervorschlag

Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften & Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.) (2021): Macht und Medizin. Beiträge aus der Veranstaltungsreihe Medical Humanities 2017–2020. Swiss Academies Reports 16 (10).

Bericht in elektronischer Form, in französischer Fassung und Zusatzmaterial verfügbar auf sagw.ch

ISSN (online) 2297-1572

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5414418>

Macht und Medizin

Beiträge aus der Veranstaltungsreihe
Medical Humanities 2017–2020



SDGs: Die internationalen Nachhaltigkeitsziele der UNO

In dieser Publikation leisten die Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften und die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften einen Beitrag zu SDG 3: «Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern.»

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS (SDGS) SIND ZIELE FÜR NACHHALTIGE ENTWICKLUNG AUF ÖKONOMISCHER, SOZIALER UND ÖKOLOGISCHER EBENE. 2015 HABEN DIE STAATS- UND REGIERUNGSCHEFS DER VEREINTEN NATIONEN DIE 17 SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS VERABSCHIEDET. DIESE NEUEN ZIELE SOLLTEN BIS 2030 GLOBAL UND VON ALLEN UNO-MITGLIEDSTAATEN UMGESETZT WERDEN UND DER SICHERUNG EINER NACHHALTIGEN ENTWICKLUNG DIENEN.

> sustainabledevelopment.un.org

> eda.admin.ch/agenda2030/de/home/agenda-2030/die-17-ziele-fuer-eine-nachhaltige-entwicklung.html



Vorwort	4
<i>Markus Zürcher</i>	
Ethik, Entscheidung, Macht – ein Blick aus der klinischen Ethik	5
<i>Dr. Rouven Porz</i>	
Funktionale und konfliktive/egalitäre Normen in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Eine soziologische Perspektive	7
<i>Julie Page</i>	
Der Arztberuf als «freier Beruf»: vom Honorar zum Lohn	9
<i>Hubert Steinke</i>	
Das ärztliche Ethos und die Macht des Geldes	11
<i>Nikola Biller-Andorno, Thomas Kapitza</i>	
Lohnunterschiede: eine soziologische Perspektive	16
<i>Kilian Künzi</i>	
Patientinnenrechte und Pflichten der Leistungserbringer?	18
<i>Franziska Sprecher</i>	
Der Beitrag der gemeinschaftlichen Selbsthilfe zum Gesundheitswesen der Schweiz	20
<i>René Knüsel</i>	
Der Einfluss der Patientinnenorganisationen auf das Gesundheitssystem	22
<i>Susanne Hochuli</i>	
Die Sackgassen der Technikfeindlichkeit und der Technikbegeisterung in Bezug auf die Medizintechnik und wie sie vielleicht zu überwinden sind	24
<i>Francesco Panese</i>	
Spitäler im Spannungsfeld von Qualität und Effizienz	28
<i>Béatrice Schaad</i>	
Chronische Krankheiten – (Ohn-)Macht aus Patientinnenperspektive	30
<i>Jörg Haslbeck</i>	
Der funktionale Gesundheitsbegriff – Reflexionen zwischen Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung. Ein Essay	33
<i>Thomas Abel</i>	
Schlusswort	37
<i>Valérie Clerc</i>	

Vorwort

Dr. Markus Zürcher

Generalsekretär, Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften

Von 2017 bis 2020 hat die Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften (SAGW) gemeinsam mit der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) das Verhältnis von Macht und Medizin in einer Veranstaltungsreihe thematisiert. Konkret, anschaulich, praxisnah und erfahrungsgesättigt legten die Referentinnen und Referenten dar, was unter «Medical Humanities» zu verstehen ist: Es sind dies die historisch gewachsenen rechtlichen, ökonomischen, sozialen, ethischen, kulturellen und politischen Faktoren, welche die Medizin und das Gesundheitssystem massgeblich gestalten und beeinflussen. Thematisiert wurde zuerst «Die Kraft der Normen» (2017). Es folgten «Die Macht des Geldes» (2018) und «Die Macht des Patienten» (2019). Mit einem Blick in die «Macht und Ohnmacht der Medizin» wurde die Reihe 2020 abgeschlossen.

Die Themensetzung hat sich bewährt, weshalb wir die vorgetragenen Befunde in der vorliegenden Publikation festgehalten haben. Mit ihren Beiträgen zeigen Rouven Porz und Julie Page auf, wie ein Amalgam von teilweise widersprüchlichen sozialen, rechtlichen, epistemischen und ethischen Normen die medizinische Behandlung und Versorgung beeinflusst. Die Macht des Geldes thematisiert Hubert Steinke, indem er untersucht, wie sich die Entlohnungsform auf das Berufsethos, insbesondere das Vertrauen und die Verantwortung für die Patientinnen und Patienten auswirkt, währenddessen Nikola Biller-Andorno ihrerseits das Geld in seinem Verhältnis zum medizinischen Ethos analysiert. Auf Basis empirischer Grundlagen präsentiert Kilian Künzi die deutlichen Einkommensunterschiede nach Geschlecht, Alter, Fachbereichen und der Position in der Hierarchie. Die Macht der Patientinnen und Patienten beobachtet Franziska Sprecher

aus der Perspektive ihrer Rechte und Pflichten. Wie sich Patientinnen und Patienten im Angesicht der Krankheit in Selbsthilfegruppen in der Vorsorge, der Behandlung und der Rehabilitation ermächtigen können, zeigt René Knüsel auf. Die Patientinnen und Patienten sind mündiger, jedoch nicht mächtiger, konstatiert Susanne Hochuli. Daher fordert sie, die Patientinnen und Patienten nebst der öffentlichen Hand, den Krankenkassen und den Leistungserbringern als vierte Macht im Gesundheitswesen einzubeziehen. Entlang der Technisierung der Medizin, von Beschwerden von Patientinnen und Patienten, chronischen Leiden mit weitreichenden Folgen und eines eindimensionalen Gesundheitsverständnisses identifizieren Francesco Panese, Béatrice Schaad, Jörg Haslbeck und Thomas Abel schliesslich die «Macht und Ohnmacht der Medizin».

Die hier vorliegenden Beiträge verdeutlichen die vielschichtigen Aspekte, welche die Medizin und damit das Krankheits- und das Gesundheitsverständnis prägen. Letztere können nicht nur unterschiedlich gewichtet, sondern neu gedacht und konzipiert werden. Eine hohe, von endogenen und exogenen Faktoren angetriebene Dynamik sowie ein ungebrochenes Wachstum erfordern es, sich mit dem Gesundheitssektor als «phénomène social total» (Emile Durkheim / Marcel Mauss) in all seinen Facetten auseinanderzusetzen. Mögliche Ansätze dazu finden sich in dieser Schrift.

Ethik, Entscheidung, Macht – ein Blick aus der klinischen Ethik

Prof. Dr. Rouven Porz

Leiter Medizinethik und ärztliche Weiterbildung, Inselspital Bern

Es wundert eigentlich, dass in der Disziplin der Ethik – beziehungsweise konkreter: in der relativ neuen Disziplin der spitalinternen «klinischen Ethik» – so wenig über Macht und Machtstrukturen nachgedacht wird. Dabei besitzt die Macht im Spital doch offensichtlich eine grosse Kraft, vielleicht sogar eine grössere Kraft als die meisten dort vorherrschenden, ausgesprochenen oder unausgesprochenen Normen. Ich möchte mich diesen Machtzusammenhängen kurz nähern und argumentieren, dass es meiner Disziplin der klinischen Ethik bislang zu wenig gelungen ist, Machtstrukturen in ihren Theorien und Methoden abzubilden und angepasst zu bedenken. Das sollten wir in Zukunft ändern – denn auch die ethische Unterstützung im Spital sollte sich mit den realen Gegebenheiten von Macht auskennen.

Beginnen wir aber zuerst mit der Ethik. Die Ethik als Disziplin und angewandte Philosophie handelt von Werten und Normen. Werte sind unsere Lebensideale, Normen sind die Regeln, die wir aus unseren Idealen ableiten. Wenn mir zum Beispiel Freiheit ein wichtiger Wert ist, dann leite ich für mich morgens vielleicht die Norm ab, mit dem Fahrrad zur Arbeit zu fahren, was mir vielleicht besser entspricht, als mich in einen Linienbus einzusperren. Vielleicht fahre ich aber auch gerade extra mit dem Linienbus, weil es meiner aus der Freiheit abgeleiteten Norm eher entspricht, dass ich dann abends spontan nach der Arbeit zwei Gläser Wein trinken kann, ohne noch mit dem Auto heimfahren zu müssen. Hier zeigt es sich schon: Der gleiche Wert kann sich in unterschiedlichen Normen niederschlagen. Das ist für uns klinische Ethiker eine sehr wichtige Erkenntnis, es bedeutet nämlich, dass wir Werte nie unerklärt im Raum stehen lassen. Wenn ein Arzt oder eine Ärztin zum Beispiel bei einer ethischen Fallbesprechung im Spital sagt: «Das ist doch jetzt bei Frau Z. keine Lebensqualität mehr», dann fragen wir als Ethikerinnen und Ethiker: «Ja, wie meinen Sie das genau? Welche Regeln leiten Sie jetzt aus diesem Wert der Lebensqualität ab? Was bedeutet denn Lebensqualität für Sie?» Damit spielt die Ableitung von Normen aus Werten, zum Beispiel in ethischen Fallbesprechungen im Spital, eine entscheidende Rolle.

Früher mussten sich Ärzte nicht zu ihren Werten und abgeleiteten Normen bekennen, sie mussten auch nicht die Werte der Patientin oder des Patienten («Patientenwille») als ethisches Gebot ansehen. Vielleicht fällt es deshalb manchen Ärztinnen und Ärzten immer noch schwer, explizit über Werte und Normen ihrer Berufsrolle

nachzudenken, vielleicht ist es auch einfach nicht gut in ihrer Ausbildung verortet. Umso mehr versucht man heutzutage, die Kommunikationsfähigkeit bereits im Medizinstudium zu schulen und der ärztlichen Sozialisierung den «Wert» mitzugeben, dass über Werte geredet werden muss, gerade wenn man sich bei einer komplexen klinischen Entscheidung im Team nicht einig ist. Neben den naturwissenschaftlichen Fakten und Prognosen gibt es noch mehr Punkte, die berücksichtigt werden müssen, nämlich die Idealvorstellungen aller Beteiligten – und deren Werte. Somit haben Werte eine grosse Kraft über unser Leben – und damit auch die daraus resultierenden Normen. Diese Zusammenhänge bleiben aber oft unausgesprochen, gerade im Spital.

Worüber auch relativ wenig gesprochen wird, sind die Machtstrukturen in einem Spital: sei es die strukturelle Macht (die sich gemeinhin in einem Organigramm zeigt; wer oben steht, der hat meist mehr zu sagen), sei es die Gestaltungsmacht (von denjenigen, die strategische Entscheidungen für die Gesamtorganisation treffen können), sei es der Machtwunsch (von denjenigen, welche die Organigramm-Leitern gerade raufklettern) oder sei es vielleicht die symbolische Macht (von Personen, die im Organigramm gar nicht so weit oben stehen, auf die aber irgendwie trotzdem gehört wird).

Solche Machtstrukturen sind normal und müssen ethisch auch gar nicht problematisch sein, insbesondere wenn sie klar und transparent kommuniziert werden. Dennoch überrascht, dass sich die Disziplin der klinischen Ethik so wenig mit diesen Kontextfaktoren des Spitalbetriebs auseinandersetzt. Auch in der wichtigsten Hintergrundtheorie der klinischen Medizinethik – der sogenannten 4-Prinzipien-Ethik – ist von Macht eigentlich keine Rede. Diese Prinzipienethik gruppiert sich um die Anwendung von vier mittleren Prinzipien, die Gesundheitsfachpersonen helfen sollen, einen Reflexionsprozess in moralisch herausfordernden Situationen zu strukturieren. Die Rede ist von den Prinzipien a) Respekt vor der Patientenautonomie (*respect for autonomy*), b) Fürsorge (*beneficence*), c) Nicht-Schaden (*nonmaleficence*) und d) Gerechtigkeit (*justice*).¹ Diese vier Prinzipien geben den Reflektierenden aber wenig Anleitung an die Hand, auch den Kontext oder die Institution als wichtigen Situationsfaktor mitzubedenken.

1 Beauchamp, Tom und James Childress (2013): Principles of Biomedical Ethics (7th edition), New York.

Anders stellen sich hier die Vertreterinnen und Vertreter der sogenannten *Care Ethics* auf. Manchmal ist anstatt von *Care Ethics* auch von «feministischen Zugängen zur Bioethik» die Rede.² Die *Care Ethics* basiert auf einem Menschenbild, das unsere gegenseitigen Beziehungen und Abhängigkeiten in den Vordergrund stellt, dies in einem Modus der gemeinsamen Fürsorge füreinander, in der Verantwortung, sich umeinander kümmern zu *wollen* – und nicht nur, sich kümmern zu *müssen*, weil es das Recht oder das Arbeitsverhältnis so verlangen. Neben diesem zentralen Gedanken geht es in der *Care Ethics* aber auch immer gerade darum – und hier nähern wir uns jetzt der Reflexion von Macht, die sonst in der klinischen Ethik fehlt –, gerade denjenigen Menschen eine Mitsprachemöglichkeit zu ermöglichen, die sonst von der Mitsprache ausgeschlossen sind. Diese machtreflektierende Stossrichtung der feministischen Ethik wird oft durch den englischen Slogan *giving voice*³ ausgedrückt.

Man versucht also, insbesondere jene Personen zu Wort kommen zu lassen, die sonst nicht gehört werden, sei es, weil sie selbst nicht wissen, wie sie sich ausdrücken können oder müssen oder die Situation gar nicht verstehen (*hermeneutical injustice*); oder weil sie von anderen nicht ernst genommen werden, weil ihre Aussagen und Zeugnisse als nicht relevant gedeutet werden (*testimonial injustice*).⁴

Für mich bleibt als Schlussfolgerung: Der klinischen Ethik täte es gut, ihre Unterstützungsfunktion nicht nur mit den Gesundheitsfachpersonen «am Krankenbett» durchzuführen, als klinisch-ethische Entscheidungsfindung, sondern viel stärker auch die gesamten Kontextfaktoren ihrer Arbeitsumgebung – wie zum Beispiel die Machtstrukturen in einem Spital – in Theorien zu reflektieren und in Methoden anzuwenden. Dann könnte sich die Kraft der klinisch-ethischen Normen noch stärker entfalten.

2 Vgl. auch Kerwien, Christoph und Rouven Porz (in Druck): Professionelles Beziehungsgeschehen und ethische Theorien – zu den oft verborgenen anthropologischen Dimensionen des moralischen Handelns in der Klinik, in: Riedel, Annette (Hg.): Ethik im Gesundheitswesen, Berlin.

3 Gemeint ist: die Notwendigkeit, dass marginalisierte Bevölkerungsgruppen in machtpolitischen Entscheidungen mitdenken können müssen, gerade wenn ihre eigenen Lebenswelten durch diese Entscheidungen betroffen sind. Das wird oft auch im Slogan «nothing about us, without us» ausgedrückt.

4 Zu dieser Zweiteilung machbezogener Ungerechtigkeiten vgl. Fricker, Miranda (2007): *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*, New York.

Funktionale und konflikthafte/egalitäre Normen in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Eine soziologische Perspektive

Dr. Julie Page

Abteilungsleiterin Gesundheit, Schweizerisches Rotes Kreuz

Aus soziologischer Sicht wird interprofessionelle Zusammenarbeit von zwei sich teilweise widersprechenden Normen geprägt: der funktionalistischen Norm und der konflikthafte/egalitären Norm. Um eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit zu erreichen, müssen beide Normen berücksichtigt werden.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht der funktionalistischen Theorie

Gemäss der funktionalistischen Theorie⁵ hat die interprofessionelle Zusammenarbeit die Funktion, die Gesundheitsversorgung effizient, wirksam und wirtschaftlich zu gestalten. Probleme treten dann auf, wenn Kommunikation und Kooperation zwischen den Berufen nicht optimal laufen, sodass zum Beispiel Doppelspurigkeiten oder Fehler entstehen. Die funktionalistische Norm beinhaltet die Erwartung, dass diese Probleme gelöst werden. Hierbei wird jedoch die Machtverteilung im (Gesundheits-) System weder thematisiert noch problematisiert. Vielmehr wird die bestehende (Herrschafts-)Struktur abgebildet, in deren Rahmen das Funktionieren optimiert werden soll. Illustrieren lässt sich das zum Beispiel an:

- der *Medikamentenabgabe im Spital*. Üblicherweise verschreiben Ärztinnen und Ärzte die Medikamente in Absprache mit dem Patienten, der Patientin und die Pflegenden geben die Medikamente ab. Hier können Fehler entstehen. Die funktionalistische Norm verlangt eine möglichst fehlerlose Medikation durch Überprüfung und Optimierung des Prozesses (zum Beispiel durch Einbezug der Pflegenden bei Diagnose und Medikation, durch gute Kommunikation aller Beteiligten, durch klare Dokumentation oder durch fehlerreduzierende Abgaberoutine);
- den *Schnittstellen im Patientenpfad*, die oft Schwachstellen darstellen. Bei Überweisungen vom Hausarzt zur Spezialistin oder beim Übertritt vom Spital in die Nachbetreuung ist eine präzise, schnelle und vollständige Kommunikation der beteiligten Fachpersonen und Institutionen notwendig. Der Prozess muss aus

funktionalistischer Perspektive laufend überprüft und bei Mängeln verbessert werden. Statuspositionen werden dabei aber nicht überprüft.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht der konflikthafte Perspektive

Die Konflikttheorie⁶ besagt, dass sich soziale Strukturen und Systeme durch die Austragung von Konflikten entwickeln. Da der Konflikt eine Notwendigkeit, aber nicht eigentlich das Ziel ist, ist der Begriff «egalitäre Norm» eine bessere Bezeichnung für diesen theoretischen Ansatz. Die egalitäre Norm verlangt Gleichheit (Egalität), Gleichberechtigung und gegenseitigen Respekt. Aus dieser Perspektive ist interprofessionelle Zusammenarbeit nur dann fair und gerecht, wenn die beteiligten Berufe gleichberechtigt sind, also gleich viel Macht haben. Das Gesundheitswesen ist durch hierarchische Macht- und Prestigeunterschiede geprägt, die von den statustiefen Berufen als nicht legitim bezeichnet werden. Sie verlangen eine Veränderung der bestehenden Machtverteilung. Da die beruflichen Hierarchien durch vielfältige andere Normen und Werte stark verfestigt sind, machen die Fachpersonen, die weniger mächtig sind und weniger prestigeträchtige Positionen innehaben, die Erfahrung, dass die Gleichberechtigung in interprofessioneller Zusammenarbeit im Gesundheitswesen selten erreicht wird. Bei der Zusammenarbeit von ärztlichen und nicht ärztlichen Berufen haben die Ärztinnen und Ärzte mehr Macht, auch wenn dies in einzelnen Fällen funktional nicht nötig wäre. Somit ist die interprofessionelle Zusammenarbeit oft mit Konflikten verbunden. Nachfolgend sind einige Beispiele für egalitäre/konflikthafte Normen in der interprofessionellen Zusammenarbeit aufgeführt:

- *Zuständigkeit von Hebammen oder Ärztinnen und Ärzten* bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett:⁷ Hebammen deklarieren bei gesunden Frauen und «regelkonformen» Geburten ihre alleinige Zuständigkeit und kritisieren die Medikalisierung der Geburt.

5 Vgl. die Arbeiten der beiden Soziologen Talcott Parsons und Robert K. Merton.

6 Nach Soziologen wie Karl Marx, Gerhard Lenski oder Ralf Dahrendorf.

7 Zum Beispiel in den USA: Hartley, Heather (2002): The system of alignment challenging physician professional dominance: an elaborated theory of countervailing powers, in: *Sociology of Health and Illness* 24, S. 178–207.

Egalitäre interprofessionelle Kooperation erwarten die Hebammen bei Risikogeburten.

- *Demografische, wirtschaftliche und kulturelle Umbrüche führen zu einem Wandel in Gesundheitswesen und -berufen:* Neue Berufe entstehen, bestehende Berufe verlieren an Bedeutung, berufliche Tätigkeiten verändern sich.⁸ Damit geht ein neues Aushandeln der Grenzen von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung einher, was meist konfliktiv verläuft, weil es auch um Macht geht. Aus funktionalistischer Sicht ist dieses Aushandeln notwendig und hat zum Ziel, dass eine Aufgabe von der optimal qualifizierten Berufsperson übernommen wird.
- *Zugang zu und Finanzierung von Therapien:* Professionals der Therapieberufe, zum Beispiel der Physiotherapie, bestreiten die Notwendigkeit einer Diagnose und Überweisung durch einen Arzt oder eine Ärztin bei den Bedürfnissen, für die Therapieberufe spezialisiert sind. Diagnosen und Überweisungen, beziehungsweise Delegationen durch Ärztinnen und Ärzte, sind jedoch eine Voraussetzung für die Finanzierung der Therapie durch Kranken- oder Sozialversicherungen. Physiotherapeutinnen und -therapeuten verlangen einen «Direktzugang» der Patientinnen und Patienten zu den (nicht ärztlichen) Therapien. Diagnosen und Indikationen sollten nicht a priori durch einen Arzt oder eine Ärztin, sondern aufgrund spezifischer beruflicher Qualifikationen erfolgen. Eine interprofessionelle Zusammenarbeit wird durchaus angestrebt, aber auf der Ebene von Gleichberechtigung. Dies entspricht der egalitären Norm und ist konfliktiv, weil es gesetzlich nicht zulässig ist und weil die Ärzteschaft ihr Diagnose-Monopol verteidigt.

Thesen

- Die Erfüllung der funktionalistischen Norm im Gesundheitswesen kann durch die egalitäre Norm status tiefer Berufe behindert werden, wenn auch funktional sinnvolle Normen und Anweisungen statushöherer Berufe angezweifelt und mangelhaft befolgt werden. In diesem Sinne kann die tiefe Impfquote der Pflegefachpersonen als Widerstand gegen die Schulmedizin der statushöheren Ärzteschaft erklärt werden.

- Der Wandel von Gesundheitsberufen ist mit veränderten Machtpositionen sowie verändertem Prestige und Privilegien (wie zum Beispiel Einkommen) verbunden. Diese Veränderungsprozesse gehen mit Konflikten einher, die sich in der interprofessionellen Zusammenarbeit – meist dysfunktional – äussern.
- Die Akademisierung einiger Gesundheitsberufe in den Fachhochschulen verstärkt die egalitäre Norm, da die Kompetenzen sowie das Prestige aufgrund des Hochschulabschlusses zunehmen. Gleichzeitig steigt die Akzeptanz durch die Ärzteschaft, was das Machtgefälle reduziert und der funktionalistischen Norm dient. Das gezielte Einüben der interprofessionellen Zusammenarbeit schon während der Ausbildung hat nicht nur eine sachlich-pragmatische Bedeutung, sondern beinhaltet die Chance, die Behinderung der Funktionalität durch den Egalitätsanspruch zu reduzieren.

Fazit

Das gute Funktionieren der interprofessionellen Zusammenarbeit ist eine Herausforderung, die aus Sicht der hier diskutierten Perspektiven wie folgt bewältigt werden kann:

Aus Sicht der funktionalistischen Perspektive müssen, um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern, Massnahmen in Bildung und Praxis ergriffen werden. Gleichzeitig muss immer auch die egalitäre, konfliktive Perspektive berücksichtigt werden, nämlich der interprofessionelle Kampf um Macht, Prestige und Privilegien.

Eine für alle Beteiligten hinreichend gerechte Macht- und Privilegien-Verteilung sollte einigermassen fair und transparent durch offene Aushandlungsprozesse hergestellt werden,⁹ sonst wird die interprofessionelle Zusammenarbeit durch (meist verdeckte) Machtkonflikte beeinträchtigt, was sowohl für die beteiligten Fachpersonen als auch für die Patientinnen und Patienten schädlich ist.

8 Estermann, Josef, Julie Page und Ursula Streckeisen (2013): Alte und neue Gesundheitsberufe. Soziologische und gesundheitswissenschaftliche Beiträge zum Kongress «Gesundheitsberufe im Wandel» (Winterthur 2012), Wien; Nancarrow, Susan A. und Alan M. Borthwick (2005): Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce, in: *Sociology of Health and Illness* 27,7, S. 897–919.

9 Richtlinien dazu: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2014): *Charta Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen*, Basel.

Der Arztberuf als «freier Beruf»: vom Honorar zum Lohn

Prof. Dr. Hubert Steinke

Institut für Medizingeschichte, Universität Bern

Die Szene ist bewegend: Der Arzt hat die schwer kranke Frau und Mutter gerettet. Der arme Ehemann ist zutiefst dankbar und möchte den Arzt für seine Kunst entlohnen, kann aber das Geld momentan nicht aufbringen. Er wolle unbedingt bezahlen, sagt er, und wenn er das Stroh vom Dach und das Hemd vom Leib verkaufen müsse. Der Arzt jedoch winkt ab. Es wäre doch seltsam, meint er, zuerst einen Menschen zu retten und ihn dann mit Forderungen ins Elend zu bringen. «Und somit machte der Doktor sich fort, wartete den Dank nicht ab, der in Strömen ihm nachfloss, er fühlte es aber, dass sein Schatz im Himmel über Nacht ihm gewachsen war.»¹⁰

Jeremias Gotthelf liefert mit dieser Szene aus «Wie Anne Bäbi Jowäger haushaltet und wie es ihm mit dem Doktern geht» (1844) eine klassische Darstellung des Arztberufs als einer von Geldfragen losgelösten freien Kunst. Dahinter steht das Ideal des *honorarium*, des Ehrensolds des Rechtsberaters im alten Rom. Die Bezahlung ist eine Ehrerbietung, die dem Arzt entgegengebracht wird, ohne dass er sie einfordern würde, denn Lohnarbeit ist für einen freien Beruf nicht standesgemäss. Die tiefe Dankbarkeit ist alles, was der arme Mann an Ehrerbietung leisten kann – dem guten Arzt soll dies genügen. Gleichzeitig zeigt die Szene aber auch die Ambivalenz dieses Modells; denn der Arzt beruhigt den armen Mann zusätzlich damit, dass er bei einer reichen Frau umso mehr «fordern» werde. Es gab also durchaus die Erwartung, bezahlt zu werden. Und wer die konkrete Praxis zu J. Gotthelfs Zeit studiert, wird schnell feststellen, dass es schon zu dieser Zeit Regeln gab. Die Berner Regierung legte periodisch Tarife fest, welche zwar nicht bindend waren, aber den Ärzten zur Orientierung dienten und bei strittigen Fällen zur Anwendung kamen. Ärzte richteten ihre Honorare oft nach den finanziellen Möglichkeiten ihrer Patientinnen und Patienten aus, doch für die wirklich Armen gab es Armenärzte, die der Staat entlohnte.

Die Darstellung der ärztlichen Medizin als freier Kunst kommt nicht von ungefähr. «Anne Bäbi Jowäger» war ein Auftragswerk der Berner Sanitätskommission, das der Stärkung und dem Ansehen der Ärzteschaft im Kampf gegen geldgierige und inkompetente Kurpfuscher dienen sollte. Es entstand in einer Zeit, in der sich die Standards der akademischen Medizin und der Ausbildung

zunehmend festigten. Das verklärte Ideal war wichtig im Kampf gegen die nun laufend zunehmende Regulierung des Medizinischen.

Die grösste Bedrohung der «freien Kunst» kam mit der Entstehung der Krankenkassen, zu Beginn meist Einrichtungen von Vereinen, Genossenschaften und Fabriken mit oft weniger als 100, vielfach armen Mitgliedern. Mit der Einführung des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes 1911 wurden erste Mindestanforderungen an die Kassen formuliert. Damit hatte die Ärzteschaft schon ihre Mühe, doch deutlich schwieriger zu akzeptieren war die Ausdehnung der Kassen auf den Mittelstand. Dies war ein zentraler Grund dafür, dass sich die Ärzte stärker organisierten, und es war auch der Anstoss für die Gründung der «Schweizerischen Ärztezeitung» 1920. Schon im Gründungsjahr der Zeitschrift beschwor man die «schöne Rolle des Arztes in Gotthelfs Anne Bäbi Jowäger» und die ärztliche Hilfe als «humanitäre Leistung, bei welcher die Bezahlung in den Hintergrund trat. (...) Die Behandlung beruhte auf einem rein privaten Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt.»¹¹ Man befürchtete die «Schädigung und Erniedrigung des Arztes zum proletarischen Lohnarbeiter»¹².

Mit dieser scharfen Rhetorik wurde die Honorarfrage zur zentralen Grundlage für das Selbstverständnis als Freiberufler erklärt – sie sollte für lange Zeit prägend sein. Man empörte sich auch Jahrzehnte später über die Ausweitung der Kassen, welche ihren ursprünglichen Charakter verloren hätten und nun auch die Bessergestellten versorgten. Die Ärzteschaft wehre sich gegen diese Tendenz «à étatiser la médecine et à fonctionnariser les médecins»¹³. Jahrzehnte später, bei der Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes, nahm man die Vergangenheit schon differenzierter wahr. Ganz freies Unternehmertum sei nicht denkbar, da «ein freier Markt im Gesundheitswesen direkt in eine Zweiklassenmedizin führen müsste»¹⁴. Man kritisierte weniger die grundsätzliche Festlegung von Tarifen als vielmehr das Fehlen von ärztlicher Mitsprache und Flexibilität. Man wünschte sich mehr unternehmerischen Freiraum und verband damit die Hoffnung, «dass unser Beruf ein freier Beruf bleiben möge».

¹⁰ Gotthelf, Jeremias (1844): Wie Anne Bäbi Jowäger haushaltet und wie es ihm mit dem Doktern geht, Solothurn.

¹¹ Schweizerische Ärztezeitung (1920): S. 4.

¹² Ebd. (1920): S. 62.

¹³ Schweizerische Ärztezeitung (1951): S. 512.

¹⁴ Schweizerische Ärztezeitung (1994): S. 498.

Es scheint, dass diese lange Verschränkung von Tarifhoheit, Unternehmertum und freiem Beruf ihr Ende gefunden hat. 2015 stellte Jürg Schlup, Präsident des Berufsverbands der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH (Foederatio Medicorum Helveticorum), fest, eine Anstellung stehe nicht im Widerspruch zur Idee des freien Berufs. Vielmehr stellte er nun Begriffe in den Vordergrund, welche freiberufliche Leistungen schon immer *auch* gekennzeichnet haben: Vertrauen und Verantwortung.¹⁵ Dabei fehlt nun jeglicher Hinweis auf Tarife und Unternehmertum. Man könnte der Ärzteschaft vorwerfen, hier billigerweise aus der Not eine Tugend zu machen. Ganz von der Hand zu weisen ist dies nicht, schliesslich sind finanzielle Anreize und unternehmerisches Denken keineswegs aus der Ärzteschaft verschwunden. Diese aber nicht mehr zum Kern des Berufsverständnisses zu erklären, ist ein entscheidender Schritt, der nicht – wie früher befürchtet – zur Schwächung, sondern zur Stärkung des Berufs beitragen dürfte. Denn nicht nur heute, sondern auch schon zu J. Gotthelfs Zeiten war das Verhältnis zwischen freiem Honorar und Vertrauen keineswegs konfliktfrei. Man kann wohl nicht beides in vollem Umfang haben. Rechtsanwältinnen und -anwälte haben weiterhin Tarifhoheit. Ganz im Gegensatz zu den Ärztinnen und Ärzten schwingen sie in Vertrauens-Rankings aber keineswegs obenaus.

Weiterführende Literatur

- Fischer-Homberger, Esther (2007): Geschenkwirtschaft und Geldwirtschaft: zu Geschichte und Psychologie des ärztlichen Honorars, in: Praxis 96, S. 469–474.
- De Riedmatten, Soun, Daniel Rosetti und Catherine Fussinger (1995): La création de l'assurance maladie, un danger pour le corps médical? (1893–1911), in: Revue historique vaudoise 103, S. 247–292.
- Rychner, Marianne (2016): Grenzen der Marktlogik. Die unsichtbare Hand in der ärztlichen Praxis, Wiesbaden.
- Vuagniaux, Rachel (2002): Le « médecin libre » contre le « bolchevisme médical »: le Bulletin professionnel des médecins suisses et les premières tentatives de révision de la LAMA (1920–1951), in: Aspects de la sécurité sociale 3, S. 2–9.

¹⁵ Schweizerische Ärztezeitung (2015): S. 5.

Das ärztliche Ethos und die Macht des Geldes

Prof. Dr. Nikola Biller-Andorno

Direktorin des Instituts für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte (IBME), Universität Zürich

Dr. Thomas Kapitza

Leiter des Medicine & Economics Ethics Lab am IBME, Universität Zürich

Der Elefant im Raum

Das ärztliche Ethos bezieht sich auf ethische Prinzipien, sittliche Normen und Werte, die von Ärztinnen und Ärzten in ihrer Berufsausübung erwartet werden und zu denen sie auch vielfach standesrechtlich verpflichtet sind.¹⁶ Dabei wird das Patientenwohl in den Mittelpunkt des medizinischen Handelns in der Diagnostik und Therapie gestellt. Die Umsetzung im Klinikalltag findet häufig in einem ethischen Spannungsfeld mit unternehmerisch-betriebswirtschaftlichen Zielen der Versorgungseinrichtungen statt. Die betriebswirtschaftlichen Ziele von Spitälern und von Stakeholdern im Gesundheitssektor sind vor allem monetär definiert. Das Patientinnenwohl ist hingegen ein nicht direkt monetär bewertbares medizinethisches Grundprinzip und eventuell ein Kriterium des betrieblichen Qualitätsmanagements.

Damit werden finanzielle Ressourcen zu einem faktisch mächtigen Einflussfaktor auf das klinische Versorgungsgeschehen. Die in den Spitälern beschäftigte Ärzteschaft ist die ökonomisch einflussreichste Berufsgruppe, weil sie Behandlungsentscheidungen trifft, hierfür die fachliche Verantwortung trägt und diese durchführt. Medizinische Entscheidungen haben, neben ihren Auswirkungen auf den Genesungsprozess der Patientinnen und Patienten, stets auch eine ressourcenbezogene und damit eine geldbezogene Wirkung.

Der Zusammenhang zwischen ärztlichen Diagnostik- und Therapieentscheidungen und den hieraus entstehenden Umsatzerlösen und Behandlungskosten des Spitals ist offensichtlich. Diese klare Wechselwirkung lässt Geldfragen in der Gesundheitsversorgung für Spitäler und Versorgungsbeteiligte mächtig werden: Über welche Rahmenbedingungen, Wirkungsmechanismen und Anreizsysteme

für die Ärzteschaft kann erreicht werden, dass Klinikumsätze, positive Deckungsbeiträge, Spitalgewinne und Kapitalrendite des Spitalunternehmens so hoch wie möglich ausfallen? Die Macht des Geldes im Gesundheitssektor ist kaum zu unterschätzen, weil starke Interessengruppen ihre wirtschaftlichen Erfolgchancen dort realisieren wollen. Die in Spitälern beschäftigte Ärzteschaft ist Bestandteil dieser Interessenstruktur.

Es gibt in vielen hoch entwickelten Gesundheitssystemen deutliche Hinweise darauf, dass finanzielle Überlegungen ärztliches Versorgungsverhalten beeinflussen können.¹⁷ Ökonomische Faktoren können zu einer das Patientenwohl einschränkenden Überversorgung im Rahmen der ärztlichen Indikationsstellung führen.¹⁸ Ärztinnen und Ärzte werden unter Druck gesetzt, implizite Rationierungsstrategien anzuwenden (zum Beispiel frühzeitige Patientenentlassungen), medizinisch aufwandsintensive Patientinnen und Patienten zu meiden¹⁹ und Informationen

16 FMH (2019): Standesordnung der FMH, Bern; Weltärztebund (2018): WMA Declaration of Geneva (Genfer Gelöbnis). Adopted by the 2nd General Assembly of the World Medical Association, Genf. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/> (Zugriff: 30.03.2020); Egger, Bernhard et al. (2017): Der «Schweizer Eid», in: Schweizerische Ärztezeitung 98,40, S. 1295–1297. DOI: <https://doi.org/10.4414/saez.2017.05994>; Schumm-Draeger, Petra Maria et al. (2019): Kommentar zum Ärzte Codex – Umbenennung des Klinik Codex in Ärzte Codex, in: Der Internist 60,4, S. 379–380.

17 Chernew, Michael et al. (2021): Physician agency, consumerism, and the consumption of lower-limb MRI scans, in: Journal of health economics 76, 102427. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2021.102427>; Fässler, Margrit et al. (2020): Bonus agreements of senior physicians in Switzerland – A qualitative interview study, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 158–159, S. 39–46. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2020.09.002>; Court, Emma (2018): Medical practices have become a hot investment — are profits being put ahead of patients? online: www.marketwatch.com (Zugriff: 30.09.2019); Bundesärztekammer (2015): Stellungnahme der Bundesärztekammer «Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung». Bundesärztekammer, Berlin. <https://www.bundesaeztekammer.de/politik/programme-positionen/oekonomisierung/> (Zugriff: 15.06.2021).

18 Michalsen, Andrej et al. (2021): Überversorgung in der Intensivmedizin: erkennen, benennen, vermeiden: Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI und der Sektion Ethik der DGIIN, in: Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin 116,4, S. 281–294. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00063-021-00794-4>; Saini, Vikas et al. (2017): Addressing overuse and underuse around the world, in: The Lancet 390 (10090), S. 105–107. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32573-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32573-9); Gerber, Michelle, Esther Kraft und Christoph Bosshard (2016): Unnötige Behandlungen als Qualitätsproblem, in: Schweizerische Ärztezeitung 97,7, S. 236–243. <https://www.fmh.ch/files/pdf17/SAEZ-04424.pdf> (Zugriff: 03.04.2020).

19 Kjøstølsen, Gjertrud Hole et al. (2021): Financial incentives and patient selection: Hospital physicians' views on cream skimming and economic management focus in Norway, in: Health policy (Amsterdam, Netherlands) 125,1, S. 98–103. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.10.011>

über teure Behandlungsoptionen zurückzuhalten²⁰. Schon bei der Besetzung ärztlicher Führungspositionen sind ökonomische Überlegungen deutlich relevant.²¹ Finanzielle Aspekte der Krankenversorgung werden in den weithin anerkannten professionsethischen Regelwerken wie beispielsweise dem Genfer Gelöbnis allerdings nicht ausdrücklich benannt.²² Der Elefant ist aber unübersehbar im Raum.

Duale Verantwortlichkeiten und multiple Herausforderungen

Wollen die an der ökonomischen Wertschöpfung aus klinischer Patientinnenversorgung beteiligten Interessengruppen (zum Beispiel Spitaleigentümer, Betreiber, kaufmännisches und medizinisch-pflegerisches Fachpersonal) ihre wirtschaftlichen Erfolgsziele erreichen, verbessert eine entsprechende Steuerung durch das Spitalmanagement die wirtschaftlichen Resultate. Betriebswirtschaftlich-finanzwirtschaftliche Kennzahlen aus Spitälern sind überwiegend das Resultat der wirtschaftlichen Auswirkungen medizinisch-pflegerischen Versorgungshandelns.

Im Klinikalltag der Spitäler im 21. Jahrhundert folgt die finanzwirtschaftlich optimale Steuerung der Patientenbehandlungen einfachen ökonomischen Steuerungsregeln. Das DRG-Vergütungssystem schafft für das Spital den Anreiz, die Behandlung im Interesse betriebswirtschaftlicher Effizienz mit möglichst geringem Ressourcenverbrauch durchzuführen.²³ Das Anreizsystem ist wirksam: Vorab definierte Leistungsvergütungen (DRG-System) sollen die Versorgungseinrichtungen (und ihr Fachpersonal) dazu ermuntern, entgeltrechtlich definierte Patientinnenversorgungen möglichst kostengünstig zu erbringen. Es ist die typische Umsetzungswirkung eines Entgeltansatzes, der individuelle gesundheitliche Versorgungsleistungen klassifiziert und die (durchschnittlichen) spitalbetrieblichen Herstellungskosten mit einem Entgeltsystem, das sich im Kern an Pauschalen orientiert,

abdecken möchte. Dabei ist die kaufmännische Erfolgsaussicht, positive Deckungsbeiträge durch Minimierung der Versorgungskosten der Behandlung bei vorgegebener Leistungsentgelthöhe zu erzielen, unternehmerisch sehr reizvoll.

Allerdings ist auch das zugrunde liegende gesundheitspolitische Missverständnis erkennbar: Ein makroökonomisch-theoretisch ausgerichtetes Modell für eine im Gesundheitssektor effiziente Ressourcenallokation mutiert auf der mikroökonomischen, spitalbetrieblichen Ebene zu einer Gelegenheit für die Produktion maximal möglicher Deckungsbeiträge für klinische Versorgungsleistungen. Im Spitalbereich und für die dort wirtschaftlich Interessierten wurde ein Refinanzierungssystem für klinische Versorgungsleistungen etabliert, welches die Interessengruppen geradezu einlädt zur Durchführung abrechnungstechnisch induzierter Maximierungsstrategien bezüglich der Erlös-Aufwand-Margen und der abrechenbaren Versorgungsmengen (Fallzahl-Steigerungen).

Spitäler und die dort mittels arbeitsvertraglich festgelegter Anreizsysteme eingebundenen Beschäftigten können, neben den Versorgungszielen beziehungsweise Bedarfsdeckungszielen des Spitals für die Versorgungsregion und Bevölkerung, nun auch betriebswirtschaftliche Ziele der Gewinnmaximierung anstreben. Die Gewinnmaximierung (und die daraus folgende Rendite- und Einkommensmaximierung) durch eine klinisch-stationäre Patientenversorgung wird insbesondere aus neoklassischer beziehungsweise neoliberaler ökonomischer Sicht als rational und folgerichtig angesehen.²⁴

Um diese Absichten erfolgreich realisieren zu können, erscheint das Managementkonzept dualer Verantwortlichkeiten medizinischen Führungs- und Fachpersonals als neues berufliches Rollenparadigma nützlich. Allerdings führt es die ärztlichen Spitalbeschäftigten in ein ethisches Spannungsfeld.²⁵ Ist medizinisches Fachpersonal auch stets der Steward für knappe öffentliche Ressourcen und Hilfsmittel beziehungsweise Erfüllungsgehilfe für Gewinnerzielung, Gewinnmaximierung und Profitssteigerung?²⁶ Wo ist im Spital die medizinethisch fundierte Grenze zwischen der Verantwortlichkeit für einen sorgfältigen Umgang mit knappen Betriebsressourcen

20 Beckman, Thomas J. (2019): No Money, No Mission: Addressing Tensions Between Clinical Productivity and the Culture of Medicine, in: *Mayo Clinic proceedings* 94,8, S. 1401-1403. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.06.004>; Strech, Daniel et al. (2008): How physicians allocate scarce resources at the bedside: a systematic review of qualitative studies, in: *The Journal of medicine and philosophy* 33,1, S. 80-99. DOI: <https://doi.org/10.1093/jmp/jhm007>

21 Siewert, Arne Christian et al. (2021): Ökonomie hat hohen Stellenwert. Bewerbungsgespräche von Chefarzten, in: *Deutsches Ärzteblatt* 118,4, A180-A184, A5.

22 Kapitzka, Thomas (2021): Die Deklaration von Genf (WMA) und ökonomische Aspekte: Zeit für eine Ergänzung des Gelöbnisses?, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik ZfmE* 67,1, S. 103-117. DOI: <https://doi.org/10.14623/zfme.2021.1.103-117>

23 Indra, Peter (2004): Die Einführung der SwissDRGs in Schweizer Spitälern und ihre Auswirkungen auf das schweizerische Gesundheitswesen (Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik 80), Bern.

24 Augurzky, Boris (2020): Gewinne im Krankenhaus, in: Klauber, Jürgen et al. (Hg.): *Krankenhaus-Report 2020*, Berlin, S. 185-204.

25 Fässler, Margrit et al. (2015): Impact of the DRG-based reimbursement system on patient care and professional practise: perspectives of Swiss hospital physicians, in: *Swiss medical weekly* 145, w14080. DOI: <https://doi.org/10.4414/smw.2015.14080>

26 Rasooly, Alon, Nadav Davidovitch und Dani Filc (2020): The physician as a neoliberal subject - A qualitative study within a private-public mix setting, in: *Social science & medicine* 259, 113152. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113152>

(und damit knappen volkswirtschaftlichen Mitteln) und der Unterstützung von darüber hinausgehenden Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungstrends im Spitalsektor zu ziehen?

Zusätzlich sind weitere wirtschaftliche Interessengruppen aktiv. Pharmaunternehmen, Medizintechnologie- und ICT-Unternehmen haben ein legitimes Interesse daran, dass ihre Zulieferprodukte durch die Spitäler beschafft und im Klinikalltag verwendet werden. Auch sie nehmen deshalb Einfluss auf die versorgungsbezogenen wichtigsten Entscheidungsträger, die Ärzteschaft. Die anhaltenden Diskussionen um Interessenkonflikte und Transparenzerfordernisse zeigen die multiplen, ethisch relevanten Herausforderungen auf.

Medizin als Business (wie jedes andere)?

Vor diesem Hintergrund wird die Frage dringlich, ob der wirtschaftswissenschaftliche Ansatz «Medizin als Geschäft» tatsächlich möglich und wünschenswert ist. Ist die Kompatibilität von Arzt-Patientin-Beziehung (mit dem Patientinnenwohl als medizinethischem Grundprinzip) und wirtschaftlich geprägter Ärztin-Kunden-Beziehung (nach der Massgabe der ökonomischen Vorteilhaftigkeit) tatsächlich gegeben?

Die geltende FMH-Standesordnung²⁷ regelt in der Schweiz das Verhalten von Ärztinnen und Ärzten gegenüber den Patienten, den Kolleginnen, den anderen Partnern im Gesundheitswesen sowie ihr Verhalten in der Öffentlichkeit (Art. 1 Standesordnung) und formuliert berufsethische Vorgaben, die auch die «Medizin als Geschäft» betreffen (siehe Kasten).

Patientinnenorientierung und Ökonomie in der Standesordnung FMH

- Das gesundheitliche Wohl der Menschen ist oberstes Ziel ärztlichen Handelns. (Präambel)
- Arzt und Ärztin setzen ihre Mittel in Prävention, Diagnostik und Therapie sowie Rehabilitation zum Wohle der Patienten und Patientinnen ein. Sie beachten dabei im Bereich der obligatorischen Sozialversicherung das Gebot kosteneffektiver Medizin. (Art. 3, Abs. 2)
- Arzt und Ärztin nehmen keine medizinischen Handlungen vor und geben keine Stellungnahmen ab, welche sie mit ihrem Gewissen nicht vereinbaren können. (Art. 3, Abs. 4)
- Arzt und Ärztin dürfen ein sich aus der ärztlichen Tätigkeit ergebendes Abhängigkeitsverhältnis nicht missbrauchen, insbesondere darf das Verhältnis weder emotionell oder sexuell noch materiell ausgenützt werden. (Art. 4, Abs. 2)
- Arzt und Ärztin haben ohne Ansehen der Person alle ihre Patienten und Patientinnen mit gleicher Sorgfalt zu betreuen. Weder die soziale Stellung, die religiöse oder politische Gesinnung, die Rassenzugehörigkeit noch die wirtschaftliche Lage der Patienten und Patientinnen darf dabei eine Rolle spielen. (Art. 4, Abs. 3)
- Die Ausübung umstrittener diagnostischer oder therapeutischer Praktiken gilt als unzulässig, wenn sie unter Missachtung grundlegender Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und unter Ausnützung des Vertrauens, der Unwissenheit, der Leichtgläubigkeit oder Hilflosigkeit eines Patienten oder einer Patientin erfolgt. (Art. 8, Abs. 1)
- Ärzte und Ärztinnen stellen bei Vertragsabschlüssen sicher, dass sie in ihrer ärztlichen Tätigkeit keinen Weisungen von nichtärztlichen Dritten unterworfen werden, die mit einer gewissenhaften Berufsausübung nicht vereinbar sind. Insbesondere gehen sie keine Verpflichtungen zur Erbringung bestimmter medizinischer Leistungen oder zur Erzielung bestimmter Umsätze ein. (Art. 31, Abs. 1)

²⁷ FMH (2020): Standesordnung der FMH, Bern. <https://www.fmh.ch/ueber-die-fmh/statuten-reglemente.cfm> (Zugriff: 07.09.2021).

So sehr die Standesordnung der FMH die medizinethischen Herausforderungen an der Schnittstelle zwischen Medizin und Ökonomie im Schweizer Gesundheitssystem und somit auch für den Spitalsektor abbildet, so wenig tauchen hier konkrete Schlüsselwörter wie Geld, Gewinn, Ökonomie, Rendite, Einkommen oder Ähnliches auf. Diese Textlücken könnten mitunter dazu führen, dass eine Abweichung von der oder gar ein Verstoß gegen die Intention der FMH-Standesordnung unerkannt bleiben. Die FMH-Standesordnung berücksichtigt medizinethische Herausforderungen an der Schnittstelle zwischen Medizin und Ökonomie im Schweizer Gesundheitssystem deshalb derzeit nur unvollständig.

Übersorgung als Symptom

Übersorgung kann verstanden werden als Versorgung mit einer umschriebenen medizinischen Diagnostik oder Behandlung, die für die Patientin oder den Patienten keinen Nutzen hat oder deren Risiken den potenziellen Nutzen übersteigen.²⁸ Weil Übersorgung einen engen Bezug zur ärztlich determinierten Indikationsqualität (Angemessenheit und Notwendigkeit medizinischer Interventionen) aufweist,²⁹ ist die Ärzteschaft im Spital bei Übersorgungen als möglicher Verursacher involviert.³⁰

Übersorgung (wie auch das Unterversorgungsphänomen) ist im Spital vor allem im Bereich der klinischen Versorgung ethisch relevant (Versorgungsethik), kann aber getrieben sein von einer fragwürdigen spitalethischen Rahmensetzung der Spitalleitung. Übersorgung könnte dabei helfen, die betriebliche Umsetzung betriebswirtschaftlicher Zielvorstellungen des Krankenhausunternehmens zu ermöglichen, aber auch ein aus professionsethischer Sicht zu hinterfragendes, persönliches Streben von Ärztinnen und Ärzten nach Einkommen und ökonomischen Vorteilen zu fördern.

Die Macht des Geldes teilt sich hier in mindestens zwei Ursachenbereiche auf: in die erwerbswirtschaftlichen Zielvorstellungen des Spitals und in das persönliche Erwerbsstreben seiner dort beschäftigten Ärztinnen und Ärzte. Es ist wichtig, zu berücksichtigen, welche Zusammenhänge

zwischen den erwerbswirtschaftlichen Zielvorstellungen des Spitals und dem individuellen Erwerbsstreben der ärztlichen Beschäftigten bestehen. Ethisch fragwürdige wirtschaftliche Anreizsysteme (zum Beispiel von Leistungsmengen abhängige individuelle Lohnboni) können diese Interessen wechselseitig verstärken und eine unheilige Allianz bilden, um die Macht des Geldes noch stärker zu entfesseln.

Medizinethische Organisationsentwicklung im Spital als Lösungschance

Wenn «Medizin als Profession» etwas anderes sein soll als «Medizin als Geschäft», muss der Ärzteschaft in Spitälern die Chance eröffnet werden, mithilfe wirksamer und verbindlicher Lösungsansätze die ethischen Herausforderungen zwischen Patientenwohl und Ökonomie konstruktiv zu bewältigen.

Hierzu zählen beispielsweise:

- die Ausarbeitung von Vorschlägen im Themenfeld Clinical Integrity (zum Beispiel obligatorische Kurse, vgl. Good Clinical Practice, GCP),
- die Reflexion (Bewusstsein schaffen) und Deklaration (Transparenz schaffen) von Interessenbindungen,
- der Einsatz von Review Boards zu weiterzuentwickelnden Anreizsystemen und ihren Anreizkonstellationen (zum Beispiel institutionelle Steuerungsinstrumente, Gremien in der Krankenhausorganisation, Standesvertretungen und Interessengruppen),
- die Erweiterung des bisher engen Verständnisses von Interessenkonflikten (derzeit beschränkt auf Forschung, Fortbildung, pharmazeutische Industrie), weil Interessenkonflikte auch im Themenfeld der Versorgungseinrichtungen betrachtet werden sollten,
- die Aufwertung von Choosing-Wisely- und Smart-Medicine-Konzepten weg von einer freiwilligen, supererogatorisch ausgelegten Leistung hin zu einer im Spital einzufordernden professionell-verbindlichen ärztlichen Verhaltensweise.

Um die Macht des Geldes in der klinischen Patientinnenversorgung einzugrenzen, sollte der fachliche Diskurs hierzu befreit werden von der Überlegung, dass das professionsethische Verhalten der Ärzteschaft im Spital nur so lange als erstrebenswert gilt, als es nicht wirtschaftlichen Interessen entgegenläuft. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat hierzu

28 Gerber, Michelle, Esther Kraft und Christoph Bosshard (2016): Unnötige Behandlungen als Qualitätsproblem, in: Schweizerische Ärztezeitung 97,7, S. 236-243. <https://www.fmh.ch/files/pdf17/SAEZ-04424.pdf> (Zugriff: 03.04.2020).

29 Kraft, Esther, Martina Hersperger und Daniel Herren (2012): Diagnose und Indikation als Schlüsseldimensionen der Qualität, in: Schweizerische Ärztezeitung 93,41, S. 1485-1489.

30 Brownlee, Shannon et al. (2017): Evidence for overuse of medical services around the world, in: The Lancet 390 (10090), S. 156-168. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5)

schon im Jahr 2014 treffend formuliert:

«Ärzte und andere medizinische Fachpersonen sind aufgerufen, eine fürsorgliche Beziehung zu den Patienten und eine bedarfsorientierte Versorgung als Kern der Medizin zu bewahren. Gewinnstreben unter dem Anschein einer fürsorglichen Beziehung ist mit der Professionalität der Gesundheitsberufe nicht vereinbar und kann einen Vertrauensverlust der Patienten nach sich ziehen. Klinisch tätige Ärzte müssen die ökonomischen Spielregeln, für deren Umsetzung sie gegenüber den Patienten die moralische Verantwortung tragen, in ihren jeweiligen Einrichtungen mitgestalten.»³¹

Diese Forderung gilt nach wie vor. Und es sollte nicht unterschätzt werden, wie motivations- und identifikationssteigernd es wirken kann, wenn sich die ärztlichen Beschäftigten in Spitälern im Spannungsfeld zwischen Patientenwohl, Berufsethik und Ökonomie nicht allein gelassen fühlen.

31 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2014): Medizin und Ökonomie – wie weiter? Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Basel.

Lohnunterschiede: eine soziologische Perspektive

Kilian Künzi

Bereichsleiter Gesundheit, Alter, Sozialversicherungen, Mitglied der Geschäftsleitung, Büro Bass

In einem Schulzimmer hängen Plakate, auf denen Schülerinnen und Schüler der neunten Klasse ihre Wunschberufe charakterisieren. Unter anderen finden sich: Automobilfachfrau, Journalistin, Kardiologe. Das Plakat zur Kardiologie hält fest: «Voraussetzungen: Man sollte konzentriert arbeiten können. Man sollte Kenntnisse über das Herz haben. Nachteile: Der Beruf lässt einen nie los.» Und, prominent und detailliert wie auf keinem anderen Plakat: «Lohn: Ein Chefarzt verdient im Durchschnitt 180 000 Franken pro Jahr, der Anfangslohn beträgt 126 000 Franken, erfahrene Arbeitskräfte verdienen rund 280 000 Franken.» Zufall oder nicht, dass gerade auf dem Plakat zum Ärzteberuf das Geld eine derartige Bedeutung hat? Und: Stimmen die Zahlen?

Empirische Studie zu den Ärzteteinkommen

Die Ärztinneneinkommen zu ermitteln, ist ein schwieriges Unterfangen, insbesondere in Bezug auf die in den Praxen selbstständig tätigen Ärztinnen und Ärzte. Mögliche empirische Vorgehensweisen sind direkte Befragungen, das Einholen von Lohndaten bei Personalabteilungen von Leistungserbringern sowie die Nutzung verschiedener Datenquellen: Daten von Treuhandgesellschaften, welche Arztpraxen betreuen, Strukturdaten von Praxen³², Abrechnungsdaten von Krankenversicherern³³ sowie Daten der AHV-Ausgleichskassen. Alle Herangehensweisen haben jeweils verschiedene Vor- und Nachteile. Die nachfolgenden Ausführungen basieren auf Analysen von Daten zur AHV-Ausgleichskasse.

Ausgangslage und methodisches Vorgehen

Seit den 1970er-Jahren hat der Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH regelmässig Studien zu den «Einkommensverhältnissen der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte» erstellen und in der «Schweizerischen Ärztezeitung» publizieren lassen. Die ausgewiesenen Einkommensangaben beruhen auf Daten der Verbandsausgleichskasse Medisuisse (ehemals Ausgleichskasse Ärzte-Zahnärzte-Tierärzte), bei welcher rund zwei Drittel der selbstständigen Ärztinnen und Ärzte angeschlossen sind.

Die letzte Publikation erfolgte 2012 mit Daten von 2009.³⁴ Um die Abdeckung und die Qualität der Einkommensstudien zu steigern, führten Kilian Künzi und Mario Morger im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit eine Analyse von Daten sämtlicher AHV-Ausgleichskassen durch.³⁵ Die Gesamtheit der Personen wurde auf der Basis des Medizinalberuferegisters gebildet, wodurch grundsätzlich alle praktizierenden Ärztinnen und Ärzte identifiziert werden konnten, unabhängig davon, ob sie in freier Praxis oder im Spitalbereich tätig sind.

In der Methodik lehnt sich die Studie von K. Künzi und M. Morger an die früheren FMH-Publikationen an, jedoch wurde versucht, für Lohnvergleichszwecke die Einkommen um Teilzeiteffekte zu korrigieren und den Fokus auf Vollzeitberufstätigkeit bezogene sogenannte standardisierte Einkommen zu legen. Als Informationsquellen wurden mehrere Datenquellen mittels eines anonymisierten Verfahrens verknüpft: a) Medizinalberuferegister (MedReg), b) individuelle AHV-Konten der Zentralen Ausgleichsstelle (ZAS), c) Daten der Krankenversicherer (Zahlstellenregister, Datenpool und Tarifpool der SASIS), d) aggregierte Angaben zu Arbeitspensen aus der FMH-Ärztestatistik und e) Krankenhausstatistik des BFS mit Angaben zur Beschäftigungssituation der im Spitalbereich tätigen Ärzteschaft. Da die Konsolidierung der gemeldeten AHV-Einkommen längere Zeit in Anspruch nimmt, waren zum Zeitpunkt des Datenbankabzugs im Frühjahr 2017 erst die Einkommensangaben für 2014 verfügbar (wobei die Veranlagung der Selbstständigen noch unvollständig war). Der für die Studie verfügbare Datensatz enthielt je nach Jahr zwischen 18 360 (2009) und 22 353 (2013) Einträgen zu Ärztinnen und Ärzten mit Facharztstitel. Der Abdeckungsgrad, gemessen an der Grundgesamtheit aller berufstätigen Ärztinnen und Ärzte mit Facharztstitel gemäss FMH-Ärztestatistik, betrug damit zwischen 88 Prozent (2009) und 95 Prozent (2013). In die Analysen miteinbezogen wurden nur Ärztinnen und Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung beziehungsweise mit Facharztstitel (daher: ohne Assistenzärztinnen und -ärzte).

32 BFS: Arztpraxen und ambulante Zentren MAS; Ärztegesellschaften: Rollende Kostenstudie RoKo; Strukturdaten von Spitälern (Kennzahlen der Schweizer Spitäler BAG, Krankenhausstatistik BFS).

33 Bruttoleistungen OKP; Daten-/Tarifpool Sasis.

34 Künzi, Kilian und Silvia Strub (2012): Einkommen der Ärzteschaft in freier Praxis: Auswertung der Medisuisse-Daten 2009. Schlussbericht, im Auftrag der FMH. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien Bass, Bern.

35 Künzi, Kilian und Mario Morger (2018): Einkommen, OKP-Leistungen und Beschäftigungssituation der Ärzteschaft 2009–2014. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien Bass, Bern.

Einkommen der selbstständig erwerbenden Ärzteschaft

Die auf Vollzeitstellen standardisierten AHV-pflichtigen Einkommen der Selbstständigerwerbenden beliefen sich 2014 im Median auf 256 700 Franken (nicht standardisiert: 209 200 Franken), davon wies die eine Hälfte ein standardisiertes Einkommen von 256 700 Franken oder weniger auf, die andere Hälfte ein höheres Einkommen. Der Mittelwert lag mit 320 200 Franken deutlich über dem Median. Die höchsten 5 Prozent der Einkommen lagen im Jahr 2014 bei 639 600 Franken.

Zwischen den Fachbereichen ergaben sich relativ grosse Einkommensunterschiede. Die höchsten Medianeinkommen fanden sich bei Neurochirurgen (696 600 Franken) und Gastroenterologinnen (627 400 Franken). Die tiefsten AHV-pflichtigen Einkommen waren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (183 300 Franken) sowie der Psychiatrie und Psychotherapie (194 900 Franken) anzutreffen. Bei Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeine Innere Medizin (Hausärzte und Hausärztinnen) lag das Medianeinkommen im Jahr 2014 bei 241 200 Franken. In der Tendenz fielen die Einkommen von Ärztinnen und Ärzten in chirurgischen Fächern (Median: 438 300 Franken) vergleichsweise höher aus als in anderen Fachrichtungen. Deutliche Einkommensunterschiede zeigten sich bei einer Differenzierung nach soziodemografischen Merkmalen, die sich teilweise überlagerten: Das Einkommen der selbstständig erwerbenden Männer lag substantiell über demjenigen der Frauen, war bei Schweizerinnen und Schweizern höher als bei Ausländerinnen und Ausländern und stieg mit zunehmendem Alter (bis 55 Jahre) an.

Einkommen der angestellten Ärzteschaft

Das auf Vollzeitstellen standardisierte AHV-pflichtige Medianeinkommen der unselbstständig tätigen Ärzteschaft betrug 2014 197 100 Franken (nicht standardisiert: 179 300 Franken). Auch hier war der Mittelwert mit 226 900 Franken höher als der Median. Die höchsten 5 Prozent der Einkommen der Angestellten lagen im Jahr 2014 bei 460 100 Franken (nicht standardisiert). Auch wenn die AHV-pflichtigen Einkommen der Unselbstständigen nicht eins zu eins mit denjenigen der Selbstständigerwerbenden verglichen werden können, lässt sich doch schliessen, dass die Einkommen der Selbstständigerwerbenden im Schnitt substantiell höher ausfallen.

Auch bei der angestellten Ärzteschaft fanden sich relativ grosse Unterschiede zwischen den Fachbereichen. Die höchsten Medianeinkommen wurden in der Handchirurgie (318 400 Franken) und der Radiologie (316 100 Franken) erzielt, die tiefsten Medianeinkommen von

Praktischen Ärztinnen und Ärzten (143 300 Franken). Angestellte der Allgemeinen Inneren Medizin kamen auf ein Medianeinkommen von 160 500 Franken. Wie bei den Selbstständigerwerbenden standen auch bei den angestellten Fachärztinnen und -ärzten am oberen Ende der Einkommensskala die chirurgischen Fächer. Ebenfalls zeigten sich bei den Angestellten wieder deutliche Einkommensunterschiede nach Geschlecht, Alter und Land der Diplomerteilung.

Diskussion

Die Studie von K. Künzi und M. Morger hat – wenig überraschend – gezeigt, dass es Lohnunterschiede bei den Ärztinnen und Ärzten gibt. Die Einkommenshöhe hängt wesentlich vom Fachbereich ab, aber auch vom Geschlecht – sogar selbstständige Ärztinnen weisen im gleichen Fachgebiet ein gegenüber ihren männlichen Kollegen tieferes Einkommen auf. Natürlich hängt die Einkommenshöhe auch von der ausgeübten Funktion ab (zum Beispiel: Oberarzt, Chefärztin). Im Datensatz der genannten Studie waren hierzu jedoch keine Informationen verfügbar. Eine frühere Erhebung im Spitalbereich³⁶ zeigte, dass bei steigender Funktion neben dem fixen Lohn vor allem der variable Lohnanteil – zum Beispiel Honorare, Fondsbeteiligungen, privatärztliche Tätigkeiten, Gutachtertätigkeiten und Weitere – relativ bedeutend (über 40 Prozent) sein kann.

Diskutiert die Politik Einkommensfragen, fokussiert sie häufig auf Extremwerte. Im Datensatz von K. Künzi und M. Morger (2018) fanden sich 118 Ärztinnen und Ärzte (0,6 Prozent der Fachärzteschaft), deren Jahreseinkommen die Millionengrenze überschritt. Grossmehrheitlich handelte es sich um selbstständig tätige Ärztinnen und Ärzte. Lohndeckelungen dürften demnach in Bezug auf Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen – etwa im Gegensatz zu Tarifeingriffen oder Abrechnungskontrollen – weitgehend symbolischen Charakter haben.

36 Künzi, Kilian, Silvia Strub und Désirée Stocker (2011): Erhebung der Einkommensverhältnisse der berufstätigen Ärzteschaft. Analyse der Medisuisse-Daten 2008 und Erhebung Spitalärzteschaft 2010, in: Schweizerische Ärztezeitung 92,36, S. 1361-1366.

Patientinnenrechte und Pflichten der Leistungserbringer?

Prof. Dr. Franziska Sprecher

Zentrum für Gesundheitsrecht und Management im Gesundheitswesen, Universität Bern

«Die PatientInnen stehen im Zentrum der Medizin.»³⁷ Stimmt das wirklich? Sind die Rechte der Patientinnen die Pflichten der Ärzte? Liegt die Macht also quasi von Rechts wegen bei den Patientinnen und Patienten?

Kern der Rechte der Patientinnen und Patienten bildet das Recht auf Selbstbestimmung oder – wie im medizinischen Kontext gebräuchlicher – der Grundsatz des *informed consent* respektive der aufgeklärten Einwilligung. Eine Behandlung oder ein Eingriff zu medizinischen Zwecken erfordert stets die Einwilligung der Patientin oder des Patienten nach umfassender Aufklärung. Dieser Grundsatz ist nicht nur ein in völkerrechtlichen Verträgen verankertes Menschenrecht, sondern ein in der Bundesverfassung garantiertes Grundrecht sowie Bestandteil des privatrechtlich gefassten Persönlichkeitsschutzes.³⁸

In der Folge hat eine Gesundheitsfachperson selbst einen aus objektiver Sicht unvernünftigen Entscheid einer Patientin oder eines Patienten zu akzeptieren. Voraussetzung ist, dass der Entscheid erst nach einer umfassenden Aufklärung erfolgt. Denn die Aufklärung soll die betroffene Person in die Lage versetzen, sich eine eigene Meinung über medizinische Massnahmen zu bilden und entsprechend zu entscheiden. Die Pflicht der Gesundheitsfachpersonen zur Aufklärung sichert somit das Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung. Erfolgt ein Eingriff ohne genügende Aufklärung und entsprechend ohne eine gültige Einwilligung, liegt nicht nur ein rechtswidriger Eingriff in die Persönlichkeitsrechte und die körperliche Integrität der Patientin oder des Patienten mit Haftungsfolgen vor, sondern auch eine strafbare Körperverletzung. Die Beweislast für die gehörige Aufklärung und die Einwilligung liegt bei der Gesundheitsfachperson, welche die Behandlung oder den Eingriff vorgenommen hat.

Gilt das Gesagte für alle Patientinnen und Patienten? Nur bedingt. Vielmehr ist die Urteilsfähigkeit im Sinne von Einwilligungsfähigkeit der Schlüssel zu sämtlichen persönlichkeitsbezogenen Rechten von Patientinnen und Patienten und damit die Schwelle zwischen Selbstbestimmung und Fremdbestimmung in

medizinischen Angelegenheiten. Die Selbstbestimmung im Sinne einer Verfügung über den eigenen Körper setzt Urteilsfähigkeit, aber nicht Handlungsfähigkeit voraus. Wem es mit Blick auf eine bestimmte medizinische Massnahme an der Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln,³⁹ kann nicht rechtsgültig in diese einwilligen und bedarf einer Vertretung. Die Vertretung urteilsunfähiger Patientinnen und Patienten hat sich stets am mutmasslichen Willen der betroffenen Person zu orientieren. Dieser allein bildet den Massstab für die in Vertretung der urteilsunfähigen Person gefällten Entscheidungen.⁴⁰ Das schweizerische Zivilgesetzbuch sieht in Art. 370 ff. die Möglichkeit vor, dass jede urteilsfähige Person «in einer Patientenverfügung festlegen [kann], welchen medizinischen Massnahmen sie im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt oder nicht zustimmt». Darüber hinaus kann sie «eine natürliche Person bezeichnen, die im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt die medizinischen Massnahmen besprechen und in ihrem Namen entscheiden soll. Sie kann dieser Person Weisungen erteilen.» In dringlichen Fällen darf eine Ärztin oder ein Arzt medizinische Massnahmen ergreifen. Dabei hat sie oder er sich nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person zu richten.⁴¹

Weitere Rechte gelten unabhängig von der Urteilsfähigkeit für alle Patientinnen und Patienten. Dazu gehören unter anderem die Wahrung ihrer Würde und Integrität, die Einhaltung des Berufsgeheimnisses durch alle Gesundheitsfachpersonen sowie die Einhaltung aller erforderlichen Sorgfaltspflichten, Datenschutzvorgaben et cetera.

Bisher war nur von Rechten von Patientinnen und Patienten die Rede. Haben Patientinnen und Patienten mit Blick auf medizinische Behandlungen eigentlich auch Pflichten? Grundsätzlich ja. Sie sollten Fragen wahrheitsgemäss beantworten und vollständig über ihren Gesundheitszustand informieren. Zudem sollten sie die empfohlenen und vereinbarten Therapieempfehlung nach besten Möglichkeiten einhalten. Jedoch handelt es sich hierbei nicht um (Rechts-)Pflichten im eigentlichen Sinne, die

37 Text im Ankündigungsflyer zur Tagung «Die Macht des Patienten» vom 24.10.2019.

38 Zudem trägt eine Ärztin, ein Arzt als Beauftragte, Beauftragter eine Aufklärungs-, Benachrichtigungs- und Rechenschaftspflicht aus dem privatrechtlichen Auftragsverhältnis. Vgl. Aebi-Müller, Regina et al. (2016): *Arztrecht*. Bern, § 2 Rz. 101 und 108 sowie § 4 Rz. 4.

39 Art. 16 Zivilgesetzbuch.

40 Nur bei Personen, die zu keinem Zeitpunkt ihres Lebens urteilsfähig waren, kann bei stellvertretenden Entscheidungen auf das objektive Wohl als Massstab zurückgegriffen werden. Sprecher, Franziska (2011): *Patientenrechte Urteilsunfähiger*, in: *FamPra* 2, S. 270ff. und S. 280f.

41 Art. 379 Zivilgesetzbuch.

mit rechtlichen Mitteln durchgesetzt werden könnten. Vielmehr sind es lediglich Obliegenheiten, daher Gebote im Eigeninteresse der Patientinnen und Patienten. Als einzige Rechtspflicht von Patientinnen und Patienten ist die Pflicht zur Zahlung der in Anspruch genommenen Leistungen von Gesundheitsfachpersonen zu nennen.

Kann nun die anfänglich gestellte Frage (Liegt die Macht quasi von Rechts wegen bei den Patientinnen und Patienten?) bejaht werden? Dem ist nicht so. Es beginnt damit, dass die Rechte von Patientinnen und Patienten nicht in einer einheitlichen Kodifikation geregelt sind. Vielmehr finden sie sich in einer Vielzahl von Regelungen, welche sowohl auf Ebene des Bundes wie auch der Kantone und teilweise auch bei den einzelnen Gemeinden zu suchen sind.

Auch sind längst nicht alle Rechtsfragen, welche Patientinnen und Patienten betreffen, in zufriedenstellender Art und Weise geregelt. In zentralen Bereichen, wie zum Beispiel dem Umgang mit Gesundheitsdaten und menschlichen Proben, bestehen Lücken. Diese werden teilweise durch nicht staatliche Normen gefüllt, die – wie im Falle des Generalkonsents – die Interessen der Patienten nur unzureichend wahren, deren Implementierung und Anwendung uneinheitlich erfolgt und deren Verletzung nahezu nicht sanktionierbar ist.

Dazu kommt die nicht immer einfache Verständlichkeit von Rechtstexten und allfälliger Gerichtspraxis. Besonders ins Gewicht fällt die schwierige Stellung der Patientinnen und Patienten im Falle eines Streit- oder Schadenfalls. Dabei stellen nicht nur das Fehlen eines einheitlichen Medizinalhaftungsrechts und die Unterschiede des privatrechtlichen und des öffentlich-rechtlichen Haftungsregimes eine hohe Hürde dar, sondern insbesondere die Beweislastverteilung, das hohe Kostenrisiko und nicht zuletzt die oftmals hohe psychische Belastung, denen Patientinnen und Patienten bei solchen Verfahren ausgesetzt sind.

Aber auch die Tatsache, dass Patientinnen und Patienten eine höchst heterogene Gruppe bilden, führt dazu, dass die Macht nicht bei ihnen zu suchen ist. Wie in vielen Bereichen des Lebens funktioniert auch bei Patientinnen und Patienten eine «One size fits all» – Lösung nicht. Das oben skizzierte Idealbild der informierten Patientin oder des informierten Patienten entspricht nicht der Realität in Arztpraxen und Spitälern. Auch wenn ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen Ärztinnen einerseits und Patienten andererseits einem vielseitigen Wunsch entspricht, ist es in der Praxis doch eher selten anzutreffen. Vielmehr besteht in aller Regel ein erhebliches Wissensgefälle zwischen der Gesundheitsfachperson und der Patientin oder dem Patienten, welches eine Kommunikation unter

Partnern und auf Augenhöhe zumindest stark erschwert beziehungsweise hohe Anforderungen an die ärztlichen Kommunikationsfähigkeiten stellt. Diese werden zusätzlich durch die unterschiedlichen sprachlichen Fähigkeiten von Patientinnen und Patienten herausgefordert. Auch die stark arbeitsteilige Struktur des Gesundheitswesens, die institutionelle Position von Ärztinnen und Ärzten in einer hierarchischen Organisation und die für die Patientinnen und Patienten oftmals ungewohnte Umgebung helfen nicht bei der Verständigung. Dazu kommt, dass sich Patientinnen und Patienten nicht selten in einer emotionalen Ausnahmesituation befinden. Das rechtlich vorgesehene Ideal des *informed consent* ist unter diesen Bedingungen nur schwer zu erreichen.

Auch wenn es auf den ersten Blick den Anschein macht, als liege die Macht von Rechts wegen bei den Patientinnen und Patienten, ist dem in der Praxis nicht so. Das Recht ist dazu wohl auch nicht das geeignete Mittel. Respekt, Mitgefühl und Zugewandtheit sowie die Fähigkeit, eine Person zu einer für sie guten Entscheidung zu befähigen, lassen sich mit Instrumenten des Rechts nicht verordnen und schon gar nicht erzwingen. Schon 2015 kam der Bundesrat infolge des Berichts «Patientenrechte und Patientenpartizipation in der Schweiz» zur Erkenntnis: «Die stärkere Berücksichtigung der Patientenrechte und eine stärkere Partizipation der Patientinnen und Patienten sind wichtige Ziele der gesundheitspolitischen Agenda Gesundheit 2020. Um sich im immer komplexeren Gesundheitssystem zurechtzufinden, müssen Patientinnen und Patienten ihre Rechte kennen und wissen, wo sie bei Bedarf Beratung und Unterstützung finden können. Patientinnen und Patienten, die informiert sind und gleichberechtigt in den Behandlungsprozess einbezogen werden, tragen auch dazu bei, das Gesundheitssystem weiter zu verbessern.»⁴²

Die Ziele sind gesetzt. Noch fehlen die konkreten Taten.

⁴² Bundesrat (2015): Patientenrechte und Patientenpartizipation in der Schweiz. Bericht in Erfüllung der Postulate 12.3100 Kessler, 12.3124 Gilli und 12.3207 Steiert. Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Der Beitrag der gemeinschaftlichen Selbsthilfe zum Gesundheitswesen der Schweiz

Hon. Prof. René Knüsel

Fakultät für Sozial- und Politikwissenschaften, Universität Lausanne

Es lohnt sich, die Frage zu stellen, welchen Beitrag die Akteurinnen und Aktivitäten der gemeinschaftlichen Selbsthilfe in der Schweiz zum Gesundheitswesen leisten. Zum einen ist ihre Wirkung nicht hinreichend bekannt, vor allem bei den diversen Akteuren des Gesundheitssektors, zum anderen wurde ihr Ausmass auch nicht richtig erhoben. Dabei findet Selbsthilfe im grossen Massstab und mit wachsender Intensität statt.

Was zeichnet den Begriff der Selbsthilfegruppe aus? 2015 gab es in der Schweiz über 2500 selbstverwaltete und professionell geführte Selbsthilfegruppen, wobei Letztere etwa 14 Prozent ausmachen.⁴³ Eine Selbsthilfegruppe hat folgende Merkmale: Ihre Mitglieder beschäftigt ein ähnliches Problem; ihr Hauptziel ist die gegenseitige Unterstützung in Bezug auf das gemeinsame Problem; ihre Mitglieder treffen sich regelmässig; die Mitgliedschaft ist freiwillig; die Mitglieder arbeiten auf Augenhöhe zusammen und übernehmen die Verantwortung der Gruppe und ihrer Entscheidungen; die Gruppe ist nicht profitorientiert.⁴⁴

In der Selbsthilfegruppe können Angehörige oder direkt von der jeweiligen Problematik Betroffene zusammenkommen. Letztere leiden womöglich an somatischen oder psychischen Krankheiten, einer Behinderung oder sozialen Problemen. Angehörige wollen in allgemeinen oder speziellen Gruppen aktiv werden, um die Betroffenen zu unterstützen oder ihre eigenen Sorgen besser zu verarbeiten.

Dieses Reagieren auf soziale und gesundheitliche Probleme ist nicht neu, die ersten Gruppen entstanden gegen Mitte des vergangenen Jahrhunderts zum Themenbereich des Alkoholismus, insbesondere in Nordamerika. Heute beeindruckt, wie stark diese Bewegung in den meisten westlichen Ländern ist und wie gut sie sich selbst organisieren konnte, insbesondere zu Themen, denen Medizin und Wissenschaft machtlos gegenüberstanden, etwa zur Aids-Epidemie in den 1980er-Jahren.

Die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe kann also eine Alternative zum üblichen Umgang mit der von Betroffenen und/oder Angehörigen empfundenen Hilfsbedürftigkeit darstellen. Diese kollektiven Mobilisierungen in Gruppen unterschiedlicher Grösse stehen im Zusammenhang mit der Forderung nach Patientinnenrechten und dem Ausdruck der individuellen und gemeinsamen Möglichkeiten, auf dem Gebiet von Krankheit und Gesundheit aktiv zu werden. Diese Entwicklungen stiessen bisweilen auf ein gewisses Unverständnis beim betroffenen Fachpersonal, doch mit der Zeit wurde die Zusammenarbeit immer mehr zur Regel.

Eine 2016 in der Schweiz durchgeführte Untersuchung hat gezeigt, dass es grosse regionale Unterschiede gibt, sowohl in der Dichte und Diversität als auch in der Organisation der Gruppen. Auch die Themen, zu denen sich Mitglieder versammeln, sind sehr divers. Ihre Zahl liegt bei über 280. Während 80 Prozent die Gesundheit betreffen, beziehen sich 20 Prozent auf das Soziale. Die Mitglieder verfügen meist über eine Hochschulbildung, sind in den besten Jahren (51 bis 65) und zu 60 Prozent Frauen. Unterprivilegierten Schichten scheinen die Angebote der Selbsthilfe also seltener zugutezukommen. Allgemein erreichen die erfassten Selbsthilfestrukturen weniger Jugendliche, Migrantinnen und Migranten und Personen mit einem elementaren Bildungsniveau.

Selbstverwaltete Selbsthilfegruppen bieten einen idealen Raum, in dem sich jedes Mitglied frei äussern kann, in einem vertraulichen und sicheren Rahmen gehört wird, sich verstanden fühlt und auch weitgehend seine Alltagserfahrungen teilen kann. Die Erfahrungsberichte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zeigen, wie wichtig die Stärkung der Persönlichkeit bei diesen Treffen ist. Die Vorteile reichen etwa von der Verbesserung des körperlichen Zustands, der Compliance und der Primärbeziehungen bis zur Verringerung des Medikamentenkonsums. Die Gruppen bieten zudem einen fruchtbaren Ort des Austauschs von Informationen, Ratschlägen oder «Tipps und Tricks».

Fachleute des Gesundheits- und Sozialsektors, die für die Studie befragt wurden, unterstreichen die von den Mitgliedern genannten Vorzüge und betonen, dass die Selbsthilfe die Arbeit des Fachpersonals ergänze. Ihrer Ansicht nach ist dieses Angebot in den eigenen Kreisen jedoch

⁴³ Ben Salah, Hakim et al. (Hg.) (2017): Gemeinschaftliche Selbsthilfe in der Schweiz. Bedeutung, Entwicklung und ihr Beitrag zum Gesundheits- und Sozialwesen, Hogrefe, Bern.

⁴⁴ Borgetto, Bernhard und Jürgen Troschke (Hg.) (2001): Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen. Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften, Freiburg, S. 14.

nicht ausreichend bekannt. Potenziell interessierte Patientinnen und Patienten könnten noch besser über die hilfreichen und willkommenen Unterstützungsangebote der Selbsthilfe informiert werden. Dafür sollten die Grundausbildung und die Fortbildungen des Personals um das Thema Selbsthilfe erweitert werden.

Die meisten Gruppen organisieren sich heute unter dem Dach der Stiftung Selbsthilfe Schweiz⁴⁵, die Auskunftsuchende, die in einer Gruppe über ihre Probleme reflektieren möchten, über bestehende Strukturen in der Nähe oder im Internet aufklärt. Die Stiftung möchte die Koordination zwischen den vorhandenen Gruppen gewährleisten und zugleich die Bestrebungen zur Gründung neuer Organisationen fördern und unterstützen. Sie hilft den Gruppen auch materiell und praktisch, indem sie etwa Sitzungsräume zur Verfügung stellt.

Im Vergleich mit zum Beispiel deutschen Selbsthilfegruppen scheint in der Schweiz noch ein enormes Entwicklungspotenzial zu bestehen. Viel Überzeugungsarbeit ist zu leisten, um die Chancen und Vorteile dieser weichen Organisationsformen bekannt zu machen, die den Bedürfnissen von Betroffenen verschiedener körperlicher, psychischer oder sozialer Beeinträchtigungen entsprechen. Ein solches Plädoyer muss heute zunächst die Selbsthilfe Schweiz übernehmen.

Selbstorganisierte Gruppen konnten dafür sorgen und werden auch zukünftig dafür sorgen, dass die öffentliche Gesundheitsverwaltung ihren Fokus auf die Patienten, ihre Angehörigen und vor allem auf ihre Perspektive legt. Sie tragen allgemein zur Steigerung der Gesundheitskompetenz und zum verantwortungsvollen Verhalten Einzelner bei. Zukünftig sollten sie an der Entwicklung einer besseren Präventionspolitik und einem angemessenen Krankheitsmanagement beteiligt werden. Sie sollten ein zentrales Element der Bundespolitik sein, die unter anderem für eine stärkere Beachtung der Patientinnenrechte sorgen will.⁴⁶

45 <https://www.selbsthilfeschweiz.ch>

46 Bundesrat (2019): Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030. Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Der Einfluss der Patientinnenorganisationen auf das Gesundheitssystem

Susanne Hochuli

Präsidentin, Stiftung für Patientenschutz

Wie viel Macht brauchen die Patientinnen und Patienten? Die Frage lässt vermuten, dass es derzeit zu wenig ist. Macht und Einfluss lassen sich definieren als «Gesamtheit der Mittel und Kräfte, die jemandem oder einer Sache andern gegenüber zur Verfügung stehen». Übertragen auf die Macht der Patientin und des Patienten im Gesundheitswesen stellt sich somit die Frage, welche Mittel und Kräfte Patientinnen und Patienten im Verhältnis zu «grossen Mächten» im Gesundheitswesen – namentlich Leistungserbringern, Krankenkassen, öffentliche Hand – zur Verfügung stehen. Diese Frage ist leicht zu beantworten: keine. Im Verhältnis zu den drei anderen Einflussnehmern im Gesundheitswesen ist die Liste der Mittel und Kräfte von Patientinnen und Patienten derzeit noch sehr kurz. Wie lässt sich diese doch sehr marginale Machtposition begründen? Nähern wir uns der Antwort über die Rolle des Patientinnen-Daseins. Gemäss lateinischer Wortherkunft (*patiens*) «leiden», «erdulden» und «ertragen» die Patienten. Diese Bedeutung ist bemerkenswert, kommt ihnen doch somit per definitionem eine passive Rolle zu: Sie lassen über sich ergehen, was letzten Endes andere Einflussnehmer bestimmen.

Die Patienten sind mündiger, aber nicht mächtiger geworden

Patientinnen und Patienten haben seit jeher diesen Platz in unserer Gesellschaft, wenngleich sich das Rollenverständnis seit Mitte des 20. Jahrhunderts entwickelt hat: Ihre Rolle hat sich zunehmend emanzipiert, und der Behandlungsprozess wurde zum Aushandlungsprozess (*shared decision making*). Seit der Jahrtausendwende wird der Begriff «Kompetenz» vermehrt mit der Rolle von Patientinnen und Patienten in Verbindung gebracht – sei es Kompetenz im Umgang mit der eigenen Gesundheit oder Kompetenz im Umgang mit dem Dasein als Patientin oder Patient. Patientinnen sind somit zwar mündiger, jedoch gemäss Definition zu Beginn nicht mächtiger. Warum ist das so?

Wir sind nicht nur Patienten, sondern bezahlen auch Prämien

Patientin oder Patient sind wir nur punktuell, obwohl der Übergang von gesund zu krank und von krank zu gesund fliegend ist. Menschen übernehmen im Gesundheitswesen jedoch nicht nur die Rolle einer Patientin oder eines Patienten, sie sind auch Zahlerin und Zahler von Prämien. Im Vergleich mit anderen OECD-Ländern zahlen die Menschen im Schweizer Gesundheitswesen nicht nur Prämien, sondern mit Abstand am meisten *out of pocket* für ihre Gesundheitsleistungen. Hinzu kommt, dass Gesundheitsleistungen nicht nur über Prämien, sondern auch über Steuern finanziert werden. Das rund 82 Milliarden schwere Schweizer Gesundheitswesen⁴⁷ wird somit im Auftrag der Prämien- und Steuerzahler finanziert. Ob der Auftrag immer im Sinne der Steuer- und Prämienzahlenden umgesetzt wird, ist fraglich:

- Es gibt jährlich 16 000 unnötige Knieoperationen für 70 Millionen Franken.⁴⁸
- Es werden nachweislich unnötige Untersuchungen und medizinische Behandlungen und Therapien angeordnet.⁴⁹
- Nirgendwo ist der Anteil an Menschen, die mit künstlichen Gelenken leben, so hoch wie in der Schweiz.⁵⁰

Obwohl gewisse Mängel im System jährlich und unter Erhöhung der Krankenkassenprämien mitfinanziert werden, ist ein kollektiver systemrelevanter Protest überschaubar, das heisst: Er ist eigentlich gar nicht vorhanden.

47 BFS (2021): Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2019: Provisorische Daten. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/kosten-finanzierung.gnpdetail.2021-0178.html> (Zugriff: 29.07.2021).

48 Muheim, Leander L. S. et al. (2017): Inappropriate use of arthroscopic meniscal surgery in degenerative knee disease, in: Acta Orthopaedica 88,5, S. 550-555.

49 Kessler Oliver et al. (2019): Immer mehr – immer besser? Über-, Unter- und Fehlversorgung im Schweizer Gesundheitswesen, Bern.

50 SRF (30.11.2018): Künstliche Gelenke – Basel schaut genauer hin. www.srf.ch/news/schweiz/medizinische-uebersorgung-kuenstliche-gelenke-basel-schaut-genauer-hin

Patienten müssen die vierte Macht im Gesundheitswesen werden

An dieser Stelle stellt sich nochmals die Frage: Warum sind Patientinnen, Prämien- und Steuerzahler angesichts der beschriebenen Problematiken nicht mächtiger im Gesundheitssystem? Warum ist die Patientin, warum ist der Versicherte immer noch nicht die vierte – hörbare – Macht im Gesundheitssystem zusammen mit

- der öffentlichen Hand – Gemeinden, Kantonen und Bund,
- den Krankenkassen und
- den Leistungserbringern?

Für die Entwicklung und Ausübung von Macht braucht es Organisationen, welche diese bündeln und ausdrücken: Im Idealfall sind diese systemrelevant in dem Sinne, dass sie für ein gesamtes System von Bedeutung sind und ebenso bedeutungsvolle Veränderungen bewirken können. Im Schweizer Gesundheitswesen haben systemrelevante Organisationen vornehmlich Referendums- oder Initiativstärke und können damit Druck auf politische Entscheidungen ausüben.

Viele Organisationen im Gesundheitswesen sind systemrelevant – die Patientinnenorganisationen sind es (noch) nicht

Viele Organisationen im Gesundheitswesen sind systemrelevant – vor allem jene, welche am System verdienen –, und sie alle sind mächtig organisiert beziehungsweise lassen ihre Interessen wirksam vertreten. In der ständerätlichen Gesundheitskommission vereinten die 13 Mitglieder im Jahr 2018 insgesamt 28 Mandate im Gesundheitssystem auf sich. Im Nationalrat teilten sich die 25 Mitglieder 62 entsprechende Mandate. Nur zwei Gesundheitspolitiker im Ständerat und drei Gesundheitspolitiker im Nationalrat hatten kein gesundheitspolitisches Mandat.

Die Interessen der Patientinnen, der Prämien- und Steuerzahler werden (noch) nicht systemrelevant vertreten. Dabei sind Patientenorganisationen ein unabdingbares Korrektiv für ein demokratisches Gesundheitswesen.

Die SPO spricht nicht nur Patientinnen an

Seit 40 Jahren setzt sich die Patientenorganisation SPO unabhängig und konsequent für die Rechte der Patientinnen und Patienten ein. In ihrer neuen Strategie (2019) erweitert sich der Adressatenkreis: Es werden nicht nur

Patientinnen, sondern auch Prämienzahler und Gesunde angesprochen.

Der Grund ist: Wer Patientin oder Patient ist, spricht mit einer anderen Stimme als jemand bei guter Gesundheit. Die SPO ist die Ansprechpartnerin von Menschen, die Patientinnen und Patienten sind oder es zukünftig werden könnten. Das ist, was die Patientenorganisation sich mit der neuen Strategie zum Ziel gesetzt hat: die Stimme aller Betroffenen im Gesundheitswesen zu stärken, sie zu befähigen und zu vertreten – unabhängig davon, ob sie gerade als Patientin, als Prämienzahlender oder als Gesunde sprechen. Die SPO verfolgt die Vision, gesunde und kranke Menschen ins Zentrum eines solidarischen und transparenten Gesundheitssystems zu rücken und sie zur vierten Macht im Gesundheitssystem zu befördern. In dieser Version übernehmen auch Prämienzahlende bewusst Verantwortung als Finanzierende und damit als Auftraggebende im Gesundheitswesen.

Die SPO bleibt hierbei ihrer bewährten Linie als gemeinnützige und unabhängige Stiftung treu, schafft Orientierung im Gesundheitswesen und stärkt die Gesundheitskompetenz und Selbstbestimmung der Bevölkerung. Ihre Mission ist es, nicht nur Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige kompetent und lösungsorientiert bei vermuteten Behandlungsfehlern zu beraten, sondern auch die Rechte und Interessen von allen drei Zielgruppen – Patientinnen und deren Angehörigen sowie gesunden und prämienzahlenden Personen – auf politischer Ebene zu vertreten und durchzusetzen.

Bei alledem steht die SPO nicht alleine da: Nur in der partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens können die Patientinnen, Prämienzahler und Gesunden systemrelevant werden. Aus mündigen Patientinnen und Patienten könnten so auch mächtige werden!

Die Sackgassen der Technikfeindlichkeit und der Technikbegeisterung in Bezug auf die Medizintechnik und wie sie vielleicht zu überwinden sind

Prof. Francesco Panese

Institut für Geisteswissenschaften in der Medizin (IHM), Universität Lausanne

Vorbemerkung

In einer kanadischen Zeitschrift zur Familienmedizin äussert Serge Daneault, Facharzt für Palliativpflege und Professor an der medizinischen Fakultät der Universität Montréal, seine Besorgnis: «Das Leid des Pflegepersonals entsteht durch Überlastung und die sich daraus ergebende Erschöpfung, die ein Gefühl von Ohnmacht hervorruft. (...) Die Bedürfnisse kranker Personen sind komplex und manchmal widersprüchlich. Diese schwer zu begreifende Komplexität erfordert Zeit, die Ärztinnen und Ärzte nicht haben. Das unerreichbar gewordene Ziel wird also nicht weiterverfolgt, und man flieht in die technischen Aspekte des medizinischen Berufs. Dabei negiert, zerstört man seine ursprünglichen Ziele. Diese Negierung beraubt die Behandelnden der Sinnhaftigkeit ihres Tuns. Der Sinnverlust ist eng mit dem Leiden verbunden, das, wenn es unerkannt und unbehandelt bleibt, in Störungen übergehen kann, die bis in den Suizid führen.»⁵¹

Diese dramatische Befürchtung, die das «Technische» als den letzten Rückzugsort einer Praxis versteht, die vor der Schwierigkeit steht, Patientinnen und Patienten wirksam und ernsthaft zu behandeln, zeugt von einem wiederkehrenden Konflikt in der Medizin: Seit den 1950er-Jahren stellen Technikbegeisterung und Technikfeindlichkeit die mythologische Gegensätzlichkeit vom «befreiten Prometheus»⁵² und dem Sturz des Ikarus nach, der für den vergeblichen Ehrgeiz der Menschen steht, sich durch die Technik zu erhöhen. Diese Befürchtung zeugt auch davon, dass die Medizin nicht mehr ein homogenes Ganzes ist – wenn sie es überhaupt jemals war –, sondern in ihr Differenzen bestehen.⁵³ Eine Trennlinie tritt etwa im Verhältnis zur Technik hervor. Wir möchten nahelegen,

dass ein Weg, die Sackgassen der Technikfeindlichkeit und Technikbegeisterung zu überwinden, gerade darin besteht, diese Trennlinie zu hinterfragen. Damit soll die Kritik nicht aufgegeben, sondern auf ein klares Verständnis der besonderen Auswirkungen der Technisierung in der Medizin gegründet werden.

Kritik der Technisierung in der Medizin

Technikkritik stellt seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts eine eigene Textgattung dar. Angesichts der Technisierung der Welt sprechen viele Autorinnen und Autoren von der «Technikgesellschaft», die die von Karl Marx analysierte «Industriegesellschaft» abgelöst habe. Jacques Ellul betrachtet etwa die Herrschaft der Technik als «die Herausforderung des Jahrhunderts». Der Verlust der Macht über die Technik gefährde demnach das humanistische Ideal. 35 Jahre später entlarvt er den «technologischen Bluff».⁵⁴ Diese kritische Welle berührt auch die Medizin. In ebendiesen Jahren nach dem Zweiten Weltkrieg, als die Biomedizin mit ihrem technologischen Gepäck auf den Plan tritt, begleitet von der Bürokratisierung des Arztberufs, bemängelt Karl Jaspers die Aushöhlung des medizinischen Ideals durch die Technik: «Durch die Loslösung der ärztlichen Mittel aus dem Eigentum und der freien Verfügung des einzelnen wird das ärztliche Handeln als Betrieb organisiert. Kliniken, Krankenkassen, Untersuchungslaboratorien treten zwischen Arzt und Kranken. Es entsteht eine Welt, die das in seiner Wirkungskraft so immens gesteigerte ärztliche Tun ermöglicht, dann aber dem Arztsein selbst entgegenwirkt. Ärzte werden zu Funktionen: als allgemeiner praktischer Arzt, als Facharzt, als Krankenhausarzt, als spezialistischer Techniker, als Laborarzt, als Röntgenarzt. (...) Zwischen Arzt und Kranken treten Mächte, nach denen sie sich richten müssen. Das Vertrauen von Mensch zu Mensch

51 Daneault, Serge (2008): La notion du soignant blessé: Peut-elle être utile aux médecins de famille?, in: Canadian Family Physician 54,9, S. 1223–1225.

52 Landes, David S. (2000): L'Europe technicienne ou Le Prométhée libéré. Révolution technique et libre essor industriel en Europe occidentale de 1750 à nos jours, Gallimard, Paris.

53 Berg, Marc und Annemarie Mol (Hg.) (1998): Differences in Medicine. Unraveling Practices, Techniques, and Bodies, Duke University Press, Durham.

54 Ellul, Jacques (1954): La Technique ou l'Enjeu du siècle, Armand Colin, Paris; Ellul, Jacques (1988): Le bluff technologique, Hachette, Paris.

geht verloren.»⁵⁵ Es scheint hier, als folgte der Effizienz des ärztlichen Tuns – erzeugt vor allem von den Erfolgen der Laborwissenschaften und der Expansion der pharmazeutischen Industrie – die Denaturierung der klinischen Beziehung. Obwohl sie mehr als ein halbes Jahrhundert auseinanderliegen, scheinen die Befürchtungen des kanadischen Arztes und die leidenschaftlichen Worte des Psychiaters und Philosophen in dieselbe Kerbe zu schlagen.

Statt Partei zu ergreifen, könnte man dem wertvollen Ratsschlag David Bloors folgen und agnostisch oder neutral bleiben, um die Kontroversen zu verstehen.⁵⁶ Man könnte zu verstehen versuchen, warum und wie diese Kritik auftaucht und sich so lange in den gespannten Verhältnissen zwischen der klinischen Praxis und dem steigenden Technisierungsgrad der Medizin manifestiert. Eine mögliche Vorgehensweise ist eine Blickverschiebung von den gemutmassten und/oder beklagten Auswirkungen der Technik zur Erforschung ihrer Existenzweise.

Verständnis der «Existenzweise technischer Objekte»

Diese Alternative wurde von Gilbert Simondon sehr gut abgesteckt, der seine Überlegungen am Kreuzungspunkt von Philosophie und Technik, Psychologie und Epistemologie verortet,⁵⁷ und zwar ironischerweise im selben Jahr, in dem K. Jaspers' Kritik erscheint. Laut G. Simondon erzeugt nicht die Technik selbst eine Entfremdung vom Menschen und im weiteren Sinne hier von den Ärztinnen und Ärzten; die Kritik dieser angeblichen Entfremdung ergebe sich vielmehr aus einer Unfähigkeit, die «Existenzweise technischer Objekte» zu verstehen, das heisst ihre tatsächliche Funktionsweise und ihre *Einbindung in konkrete Anwendungskontexte*. Wir müssen uns also mit den Techniken befassen, um ihre Auswirkungen zu verstehen und Gemeinplätze nach aller Möglichkeit zu vermeiden.

Zunächst ist festzustellen, dass technische Objekte, von der scheinbaren Einfachheit eines Feuersteins bis zur Komplexität eines gegenwärtigen Computeralgorithmus, in der ganzen Gesellschaft präsent sind,⁵⁸ auch im Medizinwesen. Die von der Kritik genannten Probleme be-

ruhen also weniger auf ihrer Existenz als auf ihrer mutmasslichen Wirkung. Diese Blickverschiebung ist nicht so banal, wie es scheinen mag, insoweit sie die Aufmerksamkeit auf die *formative* Dimension der Werkzeuge, Instrumente und Technologien richtet. Aus einer möglichst konstruktivistischen Sicht auf die beobachteten Praktiken erweist sich jede medizinische Praxis und jede klinische Handlung als «interpretatives Handeln, worüber die grundlegenden Dimensionen der Realität gegenübergestellt, erprobt und ausgearbeitet werden», in anderen Worten: «Heilungshandeln prägt die Gegenstände der Heilmethode» und umgekehrt.⁵⁹ Dies wurde von David Armstrong anhand des Hauptinstruments der modernen Medizin bewiesen, des Stethoskops: «Die verschiedenen klinischen Techniken, die die Ärzte verwendet haben, um den Körper als Objekt zu studieren, sind nicht bloss Symbole einer repressiven Macht, sondern Glieder in der Produktionskette der Realität. Das schlichte Stethoskop, das Laennec zu Beginn des 19. Jahrhunderts erfunden hat, setzt sich nur aus einem Gummischlauch, den Ohrbügeln und einem Bruststück zusammen, es wirkt aber als ein komplexes Maschinenteil bei der Konstruktion der Körper. Immer wenn ein Patient stethoskopiert wurde, wurde deutlicher, dass der Körper des Patienten mit seinen verborgenen Organen und seinem womöglich verletzten Gewebe der Analyse preisgegeben war.»⁶⁰

Darüber hinaus könnte man die Hypothese aufstellen, dass jede neue technische Entwicklung die medizinischen Kenntnisse und Praktiken, die klinischen Beziehungen, die therapeutischen Strategien, die Gesundheitspraktiken und allgemein das Verhältnis der Medizin zum grösseren sozialen Kontext umgestaltet. Wenn wir diese Hypothese akzeptieren, bleiben insgesamt sowohl Technikfeindlichkeit als auch Technikbegeisterung hinsichtlich Medizintechniken auf analytischer Ebene mangelhaft, auch wenn sie freilich die Meinungen beeinflussen können. In Übereinstimmung mit Alberto Cambrosio und Peter Keating, die sich in zahlreichen Werken mit den kulturellen, sozialen, politischen und praktischen Dimensionen und Wandlungen der Biomedizin befasst haben, lässt sich diese Aporie möglicherweise überwinden, wenn man zu der Ansicht gelangt, dass jede Innovation das «alignment»,⁶¹ die Konstellation epistemischer, materieller, klinischer und politischer Bedingungen der biomedizinischen Forschung und der Klinik, neu gestaltet. Dabei ist auch zu bedenken, dass nicht alle technologischen Innovationen

55 Jaspers, Karl (1958/1986): Der Arzt im technischen Zeitalter, in: ders.: Der Arzt im technischen Zeitalter. Technik und Medizin. Arzt und Patient. Kritik der Psychotherapie, Piper, München, S. 39–58, S. 43.

56 Bloor, David (1975): A Philosophical Approach to Science, in: Social Studies of Science 5(4), S. 507–517.

57 Simondon, Gilbert (1958/2012): Die Existenzweise technischer Objekte, aus dem Französischen von Michael Cuntz, Diaphanes, Zürich.

58 Leroi-Gourhan sagt vom Anthropoiden, dass «sein Gehirn und sein Körper die Werkzeuge gewissermassen nach und nach ausschwitzte». Leroi-Gourhan, André (1964 und 1965/1988): Hand und Wort. Die Evolution von Technik, Sprache und Kunst, übersetzt von Michael Bischoff, Suhrkamp, Frankfurt am Main, S. 139.

59 Good, Byron (1994): Medicine, rationality, and experience, Cambridge University Press, Cambridge MA, S. 66 und 99.

60 Armstrong, David (1994): Bodies of Knowledge / Knowledge of Bodies, in: Jones, Colin und Roy Porter (Hg.): Reassessing Foucault: power, medicine and the body, Routledge, London / New York, S. 17–27, S. 23–24.

61 Keating, Peter und Alberto Cambrosio (2011): Biomedical Platforms. Realigning the Normal and the Pathological in Late-Twentieth-Century Medicine, MIT Press, Cambridge MA.

dasselbe Potenzial und dieselbe Art von Erschütterung aufweisen. Nach der jeweils betrachteten Medizintechnik lassen sie sich grob in drei Idealtypen unterteilen: die *perzeptive Verbesserung* (vom Stethoskop zu Screening-techniken, die den Untersuchungsmaßstab deutlich vergrößern), die *Optimierung der Behandlungen* (von einfachen chirurgischen Instrumenten bis zu immer stärker individualisierten molekularen Behandlungen) und die *Unterstützung bei der Beurteilung* (von den Metriken des gewöhnlichen Monitoring über die Methode der Evidence-Based Medicine, EBM, bis zur künstlichen Intelligenz). Damit sei auch in Erinnerung gerufen, dass es keine Klinik gibt – unabhängig vom medizinischen System –, die ohne «Ausrüstung» auskommt, das heisst ohne «Zwischenobjekte, die eine unsichtbare Infrastruktur von Standards, Kategorien, Klassifizierungen und Konventionen für eine oder mehrere soziale Welten verkörpern und vermitteln».⁶²

Überwindung der angeblichen grossen Spaltung zwischen «Mensch» und «Technik»

Mit einem Umweg über die Science and Technology Studies (STS) lässt sich, denke ich, die Sackgasse einer dualistischen Betrachtungsweise verstehen – und vielleicht überwinden. Unter Berufung auf die von Bruno Latour durchgeführte Analyse der Ambiguität der Moderne⁶³ kann man sagen, dass die Entwicklung der modernen Medizin – von der anatomischen Klinik zur aktuellen Biomedizin – mit einer Art Verdrängung ihrer tatsächlichen Funktionsweise einhergeht. Während die technischen Möglichkeiten den Menschen und die Maschinen stark hybridisiert haben und die Pflegebeziehung sowie die Objektifizierung von Patient und Krankheit überschneiden lassen, hält man durch «Reinigung» die Fiktion einer grossen Spaltung aufrecht, als stammten die klinische und die technische Beziehung aus zwei getrennten Sphären. Und vielleicht nimmt die Kritik im Zuge dieser angeblichen Trennung tatsächlich eine metaphysisch abgehobene Position ein, wodurch sowohl die Technikfeindlichkeit als auch die Technikbegeisterung die konkreten Existenzweisen der Technik in der Medizin vernachlässigen. Ein Weg aus dieser Sackgasse liegt womöglich genau im Studium der erwähnten formativen Dimension, und zwar für jeden Einzelfall ohne ein moralisches A-priori-Urteil.

Gemäss Lew Wygotski und seiner vor langer Zeit erschienenen, unter soziokonstruktivistischen Einflüssen stehenden «Philosophie der Apparatur»⁶⁴ könnte man meinen, die Leistungsfähigkeit der Medizintechniken liege sowohl in dem, was sie *tun* (etwa im Übertragen der Symptomatologie der Patientin in ein spezifisches biomedizinisches Register), als auch in dem, wozu sie die anwesenden Akteurinnen und Akteure *veranlassen*, das heisst in Handlungen, die sie beim praktizierenden Arzt und bei der Patientin und ihren Angehörigen hervorrufen. Werden die Ausrüstungsgegenstände der klinischen Beziehung auf diese Weise betrachtet, lässt sich erkennen, dass die Ärztin und ihren Patienten nicht zwangsläufig die «Technikdichte» entfremdet. Zwei – zugegebenermassen etwas extreme – Situationen können diesen Punkt anschaulich machen. Die Technikdichte der Geburt erhöhte sich in den letzten Jahrzehnten nicht wesentlich, doch man hört immer lautere Beschwerden über «Gewalt beim Geburtsvorgang». Frauen berichten davon, ihre Entbindung als eine schmerzhaft und erniedrigende Prüfung erlebt zu haben.⁶⁵ Am anderen Ende des Spektrums, im sehr technischen Bereich der Präzisionsimmunonkologie,⁶⁶ ändern sich die Erfahrungen der Patientinnen und Patienten durch neue Formen der Zusammenarbeit von Labor und Klinik grundlegend. Patientinnen und Patienten werden oft im Rahmen klinischer Versuche behandelt und immer mehr in «experimentelle Behandlungen»⁶⁷ einbezogen, die sowohl eine letzte therapeutische Hoffnung als auch einen Beitrag zur Forschung bieten. In diesem Zusammenhang tragen sie immer mehr zu den Teilschritten der Forschung bei: durch Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Behandlungen, zu Nebenwirkungen, Erschwernissen und Pflegedienstleistungen allgemein. Man greift also insbesondere auf innovative Ansätze zurück, etwa das Experience-Based Co-Design⁶⁸, bei dem sich eine multidisziplinäre und partizipative Forschung auf qualitative Methoden stützt, um die Erfahrungen der Patienten und der Gesundheitsdienstleisterinnen in diesen sehr technischen therapeutischen Vorgehensweisen zu verstehen und zu verbessern.

64 Wygotski, Lew (1927/1985): Die Krise der Psychologie in ihrer historischen Bedeutung, in: ders.: Ausgewählte Schriften, 1, hg. v. Joachim Lompscher, aus dem Russischen von Ruth Kossert, Pahl-Rugenstein, Köln, S. 57–277, S. 144.

65 Bohren, Meghan A. et al. (2019): How women are treated during facility-based childbirth in four countries: A cross-sectional study with labour observations and community-based surveys, in: *Lancet* 394, S. 1750–1763.

66 Chiapperino, Luca, Nils Graber und Francesco Panese (2021): Epistemic dwelling: precision immuno-oncology by design, in: *New Genetics and Society* 40(1), S. 26–41.

67 Cambrosio, Alberto et al. (2018): Extending experimentation: oncology's fading boundary between research and care, in: *New Genetics and Society* 37,3, S. 207–226.

68 Donetto, Sara et al. (2015): Experience-based Co-design and Healthcare Improvement: Realizing Participatory Design in the Public Sector, in: *The Design Journal* 18,2, S. 227–248.

62 Vinck, Dominique (2009): De l'objet intermédiaire à l'objet-frontière: vers la prise en compte du travail d'équipement, in: *Revue d'anthropologie des connaissances* 1,1, S. 51–72.

63 Latour, Bruno (1991/1995): Wir sind nie modern gewesen. Versuch einer symmetrischen Anthropologie, aus dem Französischen von Gustav Rosslar, Akademie Verlag, Berlin.

Diese kurzen, etwas verstreuten Überlegungen beweisen sicherlich überhaupt nichts. Sie haben aber vielleicht eine (Neu-)Verortung der Technologie ermöglicht, nicht als «ein Versuch, den Ohnmachtsgefühlen in der Medizin zu begegnen» – um die Frage aufzugreifen, die mir gestellt worden war –, sondern als eine Chance, die Medizintechniken konstruktiv und kritisch zu begleiten. Diese kristallisieren sich als materielle, epistemische, soziale, wirtschaftliche, politische und moralische Konfigurationen heraus, deren Potenziale und Auswirkungen fallweise zu analysieren sind. Dabei sollen die Sackgassen der Technikfeindlichkeit und der Technikbegeisterung vermieden werden, deren zentraler Fehler in der Missachtung der Hybridisierung und der Dynamik der verschiedenen Register liegt, die den Platz der Technik in der Medizin ausmachen.

Spitäler im Spannungsfeld von Qualität und Effizienz

Prof. Béatrice Schaad

Institut für Geisteswissenschaften in der Medizin (IHM), Universität Lausanne / CHUV

Als Vorreiter der Mikrogeschichte prägte Carlo Ginzburg seine Epoche mit der Aussage, dass die Geschichte anhand von Indizien analysiert werden könne und müsse. Um seine Beweisführung zu stützen, beschäftigte er sich vor allem mit den wechselseitigen Einflüssen von Conan Doyle, Sigmund Freud und Kunstmaler Giovanni Morelli, die in ihren jeweiligen Disziplinen zur Einsicht gelangten, dass das Leben sich von seinen Details her verstehen lässt. Analog zu diesen Überlegungen regt der Soziologe Francesco Panese zum Nachdenken darüber an, dass die gesammelten Indizien der Beschwerden im Zusammenhang mit dem Spital erforscht werden könnten, um die Institution, das heisst diejenigen, die sie erleben (Patientinnen und Angehörige), und diejenigen, die sie ausmachen (Personal), besser zu verstehen. Nach der Analyse dieser Beschwerden lassen sich Dysfunktionalitäten und Verbesserungsspielräume im Spital erkennen.

In der Vergangenheit wurde die Beschwerde als Informationsquelle über die Pflegequalität der Spitalbehandlung lange unterschätzt. Mindestens zwei Faktoren können das erklären. Erstens neigten zahlreiche Organisationen dazu, Beschwerden als Zeichen eines offensichtlichen Scheiterns zu begreifen.⁶⁹ Demnach ignorierten und verschleierten die Krankenhäuser sie teilweise sogar.⁷⁰ Zweitens wurde die Schuld für eine Beschwerde oft einer oder einem einzigen Angestellten oder der betreuten Person selbst zugeschrieben, die als charakterlich «schwierig» bezeichnet wurde. Dabei gab es potenziell genug Stoff, um die Beschwerde als das Symptom für Probleme anderer Patientinnen und Patienten zu verstehen oder als Hinweis auf eine Dysfunktionalität, die sich nicht nur auf eine Person im Gesundheitswesen zurückführen liess, sondern auf die Organisation des Systems selbst.⁷¹

Verschiedene soziologische oder historische Faktoren erklären das gestiegene Interesse der Spitaleinrichtungen für Beschwerden: Grosse Gesundheitsskandale wie die kontaminierten Blutkonserven in den 90er-Jahren

stellten die medizinische Expertise infrage und führten zu neuen Patientinnenrechten. Zudem geben der erstarkte Individualismus und eine gesellschaftliche Anerkennung der Opferrolle den Patienten das Gefühl, dass ihre Erfahrungen und Aussagen legitim sind.⁷² Die Idee der partnerschaftlichen Zusammenarbeit und gemeinsamen Entscheidung von Patientin und Personal, die insbesondere in einem Buch beschrieben wurde, dessen Slogan Geschichte geschrieben hat – «nothing about us without us» –, steht seit 1994 für eine neue Kooperation.⁷³

Diese verschiedenen Punkte erklären sicher, dass 2012 eine Einrichtung wie das Universitätsspital des Kantons Waadt (CHUV) eine Beschwerdestelle eingerichtet hat – den «Espace de médiation» (Mediationsraum). Damit verfolgt sie drei Ziele: 1. den Patientinnen und ihren Angehörigen die Möglichkeit geben, Probleme bei ihrer Betreuung zu äussern; 2. mit den Mediatoren eine Lösung für diese Probleme erarbeiten; 3. dem Spital Verbesserungsvorschläge für die Betreuungsqualität unterbreiten. Um eine quantitative und qualitative Untersuchung der Ursachen für Unzufriedenheit vorzunehmen, haben wir ein computergestütztes Monitoring eingeführt, in das die vier Mediatorinnen die Beschwerden der Patienten, Angehörigen und Angestellten eintragen. Dieses Monitoring entstand auf der Grundlage einer Metaanalyse von 59 internationalen Studien zu über 88 000 Patientinnenbeschwerden.⁷⁴

Um herauszufinden, worauf sich diese Beschwerden genau beziehen, in anderen Worten: um besser zu verstehen, warum die Patientinnen und Patienten womöglich am Spital leiden, wurde eine Analyse von 253 Arbeitsberichten des Mediationsraums vorgenommen.⁷⁵ Im Zuge dieser Analyse wurden 372 verschiedene Typen von Beschwerden identifiziert und 5 allgemeine Themengruppen herausgestellt: zwischenmenschliche Beziehungen (n = 160 – die Zahl der Berichte, die eine Beschwerde

69 Barlow, Janelle und Claus Moller (1996): Eine Beschwerde ist ein Geschenk: Der Kunde als Consultant, aus dem Amerikanischen von Wilhelm H. Bitterer, Ueberreuter, Wien.

70 Payne, Christine (1990): Complaints – Could we do better?, in: Nursing Times 86, S. 26–29.

71 Hsieh, Sophie Y. (2012): An exploratory study of complaints handling and nature, in: International Journal of Nursing Practice 18(5), S. 471–80; Millett, Angela et al. (1999): Patient participation in service improvement: The initial measures project experience, in: Health Expectations 2, S. 280–284.

72 Rechtman, Richard und Didier Fassin (2007): L'empire du traumatisme, Flammarion, Paris.

73 Suchman, Anthony (1994): Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care, in: England Journal of Medicine 330, S. 873.

74 Reader, Tom W., Alex Gillespie und Jane Roberts (2014): Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy, in: BMJ Quality & Safety 23, S. 678–689.

75 Schaad, Béatrice et al. (2015): Dissatisfaction of hospital patients, their relatives, and friends: Analysis of accounts collected in a complaints center, in: Patient Education and Counseling 98,6, S. 771–776. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.02.019>

zu diesem Sachverhalt enthielten), etwa unpersönliche Behandlung, das Gefühl der Patientinnen, wie ein Kind behandelt, lächerlich gemacht oder «wie ein Hund angesprochen» zu werden; fachliche Aspekte der Behandlung (n = 106), etwa unterlassene Untersuchungen oder Massnahmen, die das Leben übermässig verlängern; Pflegeeinrichtungen (n = 69), etwa fehlende Auskünfte über geänderte Termine; Rechnungen und Versicherungen (n = 17), etwa die Missachtung der freien Chirurgenwahl; Zugang zu Informationen (n = 13), etwa Auskünfte zu möglichen Komplikationen nach einer Operation.

Bei der Untersuchung dieser Beschwerden kam heraus, dass Patientinnen sich eher um die Qualität der Beziehungen zum behandelnden Personal sorgen als um die fachliche Qualität der Behandlung. In einigen Beschwerden beschreiben Patienten, dass sie verschiedene Formen von Beziehungsgewalt erfahren und insbesondere den Eindruck bekommen hätten, nicht «wie ein Mensch» behandelt zu werden, dass die Angestellten sie mieden, nicht richtig zuhörten oder nicht empathisch genug seien. Andere berichten von einer allgemein unpersönlichen Atmosphäre, etwa der fehlenden individuellen Behandlung, dem Gefühl, nicht ernst genommen, wie ein Kind behandelt oder lächerlich gemacht zu werden. Manche beschwerten sich, dass ihnen der Rufknopf abgeschaltet wurde oder sie es mit schwer erreichbarbarem Personal zu tun hatten. Beschwerden dieser Art kommen deutlich häufiger vor als Beschwerden über fachliche Aspekte der Behandlung. Beschwerden über das Verhalten des Personals sind zum Beispiel viermal so häufig wie Beschwerden zu medizinischen Fehlern.

Ärztinnen stehen der Erfahrung von Beschwerden so ohnmächtig gegenüber, dass sie bisweilen sogar eine Opferrolle einnehmen. Wie die Ärzte die Beschwerden verstehen und erleben, macht den Druck sichtbar, dem sie sich ausgesetzt fühlen. Die Kleinteiligkeit einzelner Pflegehandlungen scheint so etwa ihr Bewusstsein für die Zirkulation der Patientinnen und Patienten im Spital zu trüben. Ihnen scheint dadurch der Blick für ihre Verantwortung gegenüber den Menschen verloren zu gehen. Dieselben Ärztinnen empfinden es wiederum womöglich als ungerecht, dass sie die gesamte Betreuung verantworten müssen, auch wenn sie in Wirklichkeit nur einen mitunter winzigen Teil davon beeinflussen können.

Darin besteht heute gerade das Paradox und die Spannung der Institution Spital: Pflegepraktiken, die von «grundlegenden Reibereien» zwischen zwei gegensätzlichen Zwängen geprägt sind – dem Wunsch, die Betreuung zu *personalisieren*, und der Notwendigkeit, sie insbesondere aus Gründen der Effizienz zu *standardisieren*. In diesem Zusammenhang scheinen die Beschwerde und der anschliessende Mediationsprozess eine Art Wieder-aufleben der Beziehung zu ermöglichen, vor allem wegen ihres wechselseitigen Charakters.

Die Ergebnisse zeigen der Institution mögliche Versäumnisse auf und geben ihr zusammen mit anderen Qualitätsmonitoringtools Hinweise, um Projekte zur Verbesserung der Betreuungsverhältnisse zu entwickeln. Die Stellungnahmen werden in der Tat anonymisiert an verschiedene Ebenen der Institution übermittelt, etwa die Generaldirektion oder bestimmte klinische Dienste, und im Rahmen von Fortbildungen eingesetzt. Die so analysierten und weitergegebenen Beschwerden stellen also, wie C. Ginzburg wohl sagen würde, Indizien dar, die nicht nur die Betreuung im Spital verbessern können, sondern auch verschiedenen Spitalbesucherinnen und -besuchern vermitteln, wie sehr die Medizin zwischen Macht und Ohnmacht steht.

Chronische Krankheiten – (Ohn-)Macht aus Patientinnenperspektive

Dr. Jörg Haslbeck

Careum Hochschule Gesundheit, Zürich (vormals Krebsliga Schweiz, Bern)

Sind «Macht» respektive «Ohnmacht» in der Medizin – wie dieser Sammelband zur gleichlautenden Vortragsreihe betitelt ist – treffende Konzepte für eine Auseinandersetzung mit chronischer Krankheit? Nachfolgend wird entlang von Erfahrungen mit Krebs als chronischer Krankheit argumentiert, dass es aus Sicht der Betroffenen im Alltag weniger um Macht, sondern vielmehr um Kontrolle, Autonomie und Würde geht. Ferner wird auf Teilhabe und Partizipation eingegangen, beides Konzepte, die auf organisationaler Ebene für Empowerment-Aktivitäten relevant sind, was am Beispiel der Beteiligung von Betroffenen in der Krebsliga illustriert wird.

Leiden und Leben mit Unsicherheit – Streben nach Kontrolle, Autonomie und Würde

Die Charakteristika und Bewältigungsherausforderungen chronischer Krankheiten sind umfassend untersucht und bekannt, beispielsweise die besondere Verlaufsdynamik mit sich abwechselnden Phasen oder die psychischen, sozialen und ökonomischen Folgen von Krankheit und Therapie für das Familienleben der Patientinnen, Patienten und ihrer Angehörigen.⁷⁶ Vor allem sind chronische Krankheiten folgenreich für die Lebensperspektive, die sozialen Rollen und die Identität der Erkrankten und ihrer Angehörigen. Es bedeutet unter anderem, mit Unsicherheit und Leiden zu leben, wie es die im Jahr 2020 an Krebs verstorbene Soziologin Kathy Charmaz formuliert hat.⁷⁷ Oft wurde und wird chronische Krankheit primär mit den physischen Folgen der Erkrankung in Verbindung gebracht, an der eine Person leidet. Diesem Leiden, dem *suffering*, nähert sich K. Charmaz differenziert an. Sie versteht körperliches Leiden wie Schmerzen und Funktionseinschränkungen vor allem in Spätphasen chronischer Krankheitsverläufe als tiefgreifend prägend und bestimmend für das Leben und den Alltag der erkrankten Person und ihrer Familie: «Suffering means work. (...) many people with advanced chronic illnesses discover that suffering dictates daily life. It shapes lasting meanings.

Suffering can seep into and transform self. Suffering can lead to either development or diminishment of self. Suffering can be a path to finding resolution and gaining wisdom or a route to sinking into depression and slipping into despair.»⁷⁸

Leiden bei chronischer Krankheit beeinflusst und verändert das Selbstkonzept respektive die Identität einer erkrankten Person. Das ist bei K. Charmaz nachzulesen und auch Gegenstand vieler Interviews mit Erkrankten und Angehörigen. In diesem Leidensprozess dominieren Verluste Erfahrungen etwa von Gesundheit, Zukunfts- und Lebensperspektiven oder sozialen Rollen in der Familie und im Beruf, was zu Stigmatisierung und sozialer Isolation führen kann. Wie Menschen mit diesem Identitäts-, Kontroll- und Autonomieverlust bei chronischer Krankheit umgehen, ist K. Charmaz zufolge unterschiedlich: Für manche resultieren daraus Verzweiflung und Depression, während andere an den Bewältigungsherausforderungen persönlich wachsen.

Ein Weg, dem Kontrollverlust zu begegnen und die Würde als Person aufrechtzuerhalten, kann gemäss K. Charmaz (1999) Schweigen sein, um das Erleiden weniger an sich heranzulassen und so mit einem drohenden Identitätsverlust umzugehen. Der Schweizer Autor Urs Faes berichtet in einem Interview, wie einem Krebs die Sprache verschlügt. Dass die Erkrankung jede und jeden treffen kann, mag Betroffenen bewusst sein, was sie aber trotzdem davon abhalten kann, am Wohn- und Arbeitsort von ihrer Krebserkrankung zu erzählen. U. Faes zufolge geschieht das auch aus Angst, die Leute würden einen seltsam anschauen: «Scham versetzt in Schweigen», so sein Fazit. Ähnlich wie dem Schriftsteller fällt es auch anderen Betroffenen schwer, die Bewältigungsherausforderung und Folgen einer Krebserkrankung in Worte zu fassen. Wie kann über den Verlust von Ich-Gefühl und Identität gesprochen werden, wenn das Kohärenzgefühl abhandekommt und Schamgefühle bis hin zu sozialer Isolation und fehlender Teilhabe überhandnehmen? Und wenn existenzielle Fragen auftauchen («Woran hatte ich noch teil?», «Was ging mich noch an?»), verbunden mit der Erkenntnis, die Betroffene wie Urs Faes unerwartet heftig

76 Schaeffer, Doris und Jörg Haslbeck (2016): Bewältigung chronischer Krankheit, in: Richter, Matthias und Klaus Hurrelmann (Hg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Springer VS, Wiesbaden, S. 243–256. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9>

77 Charmaz, Kathy (1983): Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill, in: *Sociology of Health & Illness* 5,2, S. 168–195. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10491512>

78 Charmaz, Kathy (1999): Stories of Suffering: Subjective Tales and Research Narratives, in: *Qualitative Health Research* 9,3, S. 362–382, S. 365ff. DOI: <https://doi.org/10.1177/104973239900900306>

treffen kann: «Ich hatte nie damit gerechnet, dass mein Ich als Krebsbetroffener so zerflattert, zerfällt.»⁷⁹

Teilhabe und Partizipation – eine Stimme für und ein Dialog mit Krebsbetroffenen

Das genannte Schweigen zu durchbrechen, Betroffenen eine Stimme zu geben und Teilhabe zu ermöglichen, ist nicht nur im persönlichen Umfeld und Lebensalltag relevant. Auch auf organisationaler sowie systemischer Ebene werden Vertretungen von Patientinnen- und Selbsthilfeorganisationen als «Experten aus Erfahrung» vermehrt in Entscheidungsprozesse zu Forschung, Governance und Versorgung einbezogen.⁸⁰ Menschen an Forschungsprojekten, Gremien von Organisationen und politischen Prozessen zu beteiligen, ist keineswegs ein jüngeres Phänomen und hat seine Wurzeln in der Bürgerrechts- und Inklusionsbewegung des 20. Jahrhunderts.⁸¹ Gemeint ist mit dieser Partizipation, dass Personen an Entscheidungen teilhaben, die sie selbst betreffen, und dass sie durch individuelle sowie kollektive Aktivitäten Einfluss auf die eigene Lebensgestaltung und die soziale, ökonomische und politische Situation nehmen können, die immer auch die Gesundheit betreffen.⁸² Entsprechend ist die Beteiligung von Betroffenen wesentlich für das Empowerment, das Individuen oder Gruppen befähigen will, ihre Bedürfnisse zu formulieren und Wünsche, Ideen sowie Vorstellungen einbringen zu können, wenn gesundheitsbezogene Aktivitäten geplant, umgesetzt und evaluiert werden.⁸³ Dieser Stossrichtung folgt der 2018 initiierte Betroffenenrat der Krebsliga⁸⁴, der hier exemplarisch für Gremien im Non-Profit- und Gesundheitssektor stehen kann, mit denen Teilhabe und Partizipation verwirklicht werden soll. Mit einem Betroffenenrat knüpfen Organisationen und Verbände wie die Krebsliga einerseits an den genannten Empowerment-Trend der Patientinnen- und Angehörigen-Beteiligung an. Zugleich begegnen sie so dem verstärkt artikulierten Bedürfnis von Betroffenen, sich engagieren, einbringen und austauschen zu

wollen. Mit der Etablierung des Betroffenenrats verfolgt die Krebsliga mitunter das Ziel, bedürfniszentrierte Angebote und Dienstleistungen zu entwickeln sowie Austauschmöglichkeiten von Betroffenen untereinander zu fördern respektive zu koordinieren. Darüber hinaus können beispielsweise mithilfe regelmässiger Umfragen die Anliegen und Bedürfnisse von Betroffenen zu gesundheits- und sozialpolitischen Fragen erfasst und im gesundheitspolitischen Diskurs entsprechend berücksichtigt werden (*patient advocacy*).⁸⁵

In der Krebsliga wird beim Betroffenenrat auf ein praxistaugliches multidimensionales Modell gesetzt, das interessierten Mitwirkenden einen niedrighwelligen Einstieg ermöglicht und unterschiedliche Partizipationsmöglichkeiten bietet. Zugleich ist es für die Organisation vorteilhaft, ein solches Gremium interaktiv in kleinen Schritten zu etablieren. So konnte in der Krebsliga ab 2018 ein heterogener Pool an Mitwirkenden aufgebaut werden, die mehrmals jährlich an Umfragen teilnehmen. Dieser Pool umfasste Mitte 2020 rund 230 Mitwirkende, die mit Krebs leben. Mehrheitlich besteht der Betroffenenrat der Krebsliga aus Frauen (n = 193), und jede fünfte Person ist als Angehörige (n = 45) von Krebs betroffen. Ferner soll die Sichtweise von Krebsbetroffenen aus allen Regionen der Schweiz eingebunden werden. Das Gros der Mitwirkenden verteilt sich auf die Deutschschweiz (n = 185), etwa jede sechste Person stammt aus der Romandie (n = 36), und aus dem Tessin bringen sich 11 Personen ein. Dieser Pool an «Expertinnen aus Erfahrung» wird regelmässig zu Kommunikationsthemen für Testimonials, für redaktionelle Beiträge oder Inhalte für soziale Medien kontaktiert. Ferner werden Mitwirkende des Betroffenenrats aktiv in Arbeitsgruppen zur Entwicklung neuer Angebote in der Krebsliga einbezogen, und vereinzelt werden Interessenten für einen Peer-to-Peer-Erfahrungsaustausch vernetzt. Um solche Austausch- und Partizipationsmöglichkeiten weiter zu etablieren, wird es perspektivisch entsprechende Konzepte für die mittel- und langfristige Weiterentwicklung des Betroffenenrats brauchen.

79 Ackermann, Peter (2018): «Ich hatte nie damit gerechnet, dass mein Ich so zerfällt, zerflattert». Leben mit Krebs, in: Aspect 2, S. 12–15.

80 Schaeffer, Doris und Jörg Haslbeck (2016): Bewältigung chronischer Krankheit, in: Richter, Matthias und Klaus Hurrelmann (Hg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit, Wiesbaden, S. 243–256. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9>

81 Morrow, Elizabeth et al. (2012): Handbook of Service User Involvement in Nursing and Healthcare Research, Hoboken. DOI: <https://doi.org/10.1002/9781444347050>

82 Hartung, Susanne (2012): Partizipation – wichtig für die individuelle Gesundheit?, in: Rosenbrock, Rolf und Susanne Hartung (Hg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit, Bern, S. 57–78.

83 Laverack, Glenn (Hg.) (2010): Gesundheitsförderung und Empowerment. Grundlagen und Methoden mit vielen Beispielen aus der praktischen Arbeit. Verlag für Gesundheitsförderung, Bern.

84 Weitere Informationen online unter: www.krebsliga.ch/beratung-unter-stuetzung/betroffenenrat-der-krebsliga (Zugriff: 16.06.2021).

Empowerment – Weg aus der Ohnmacht und Sprachlosigkeit

Die genannten Beispiele individueller Erfahrungen von Krebsbetroffenen und ihre Beteiligung in Organisationen legen nahe, dass durch partizipative Mitarbeit und Möglichkeiten der Mitgestaltung der Sprachlosigkeit und Ohnmacht etwas entgegengesetzt werden kann: Betroffenen

85 Haslbeck, Jörg et al. (2016): Patienten und Angehörige beteiligen. Einbezug von Betroffenen bei Akademie-Projekten im Bereich «Gesundheit» – Bericht zuhanden der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Swiss Academies Communications 11,10), Bern.

eine Stimme zu geben und sie in ihrer Macht zu fördern, den Leidensprozess hinter sich zu lassen und in sinnstiftende Identität zu überführen. Mit anderen Worten: Empowerment.

Der funktionale Gesundheitsbegriff – Reflexionen zwischen Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung. Ein Essay

Prof Dr. Thomas Abel
Institute of Social and Preventive Medicine, Universität Bern

Seit vielen Jahren treibt mich der unbedarfte Umgang mit Begrifflichkeiten in den verschiedenen Gesundheitsdiskursen um. Dazu gehört aktuell die Bereitschaft, den Begriff «Social Distancing» zu propagieren, wenn eigentlich ein physikalisch-räumlicher Abstand gemeint ist und soziale Nähe und Unterstützung gebraucht wird. Dazu gehört auch, dass von «Herdenimmunität» gesprochen wird, wenn wir von Menschen reden und der Begriff «Bevölkerungsimmunität» ebenso gut passen würde. Könnte es vielleicht sein, dass «das Soziale» in und um die Gesundheit begrifflich nicht oder zu wenig geschützt ist, weil es keine professionelle Autorisierung hat? Ähnlich ist es vielleicht mit dem Begriff «Gesundheit», um den es im Folgenden geht. Auch dieser ist nicht professionell geschützt. Während Krankheiten professionell verbindlich definiert sind (unter anderem über die International Classification of Diseases, ICD), scheint der Begriff «Gesundheit» mehr oder weniger «ungeschützt». Und so wird «Gesundheit», selbst im soziologischen Fachdiskurs, in immer wieder auftauchenden, unsinnigen Verknüpfungen verwendet, nämlich als «Gesundheitsprävention» – als wolle man der Gesundheit (statt der Krankheit) vorbeugen. Diese Begriffe ergeben keinen Sinn – und doch scheint kaum jemand zu widersprechen. Warum eigentlich?

Einleitung

Der folgende Text verbindet Überlegungen aus der Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung und der medizinischen Versorgung. Er betrachtet mögliche Zusammenhänge zwischen alltäglichen Begriffsverwendungen und der Reproduktion von Definitions- und Steuerungsmacht im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Die kurzen Ausführungen möchten potenzielle Inhalts- und Startpunkte für weiterführende Diskussionen aufzeigen. Sie sind als Versatzstücke zur Begründung der folgenden Arbeitsthese gedacht:

Die definitorische Ausrichtung des Gesundheitsbegriffs an der Referenzkategorie «Abwesenheit von Krankheit» führt zu begrifflichen Unsicherheiten und inhaltlichen Inkonsistenzen. Sie schwächt die Versuche zur Etablierung eines funktionalen Gesundheitsbegriffs und trägt zur Reproduktion der Dominanz des (bio)medizinischen Paradigmas im Gesundheitsdiskurs bei.

Krankheit als Referenzkategorie für die Definition von Gesundheit

Ein Meilenstein in den theoretischen Erörterungen zum Gesundheitsbegriff wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 1946 gesetzt. In ihrer Satzung definiert die WHO Gesundheit als «einen Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen»⁸⁶. In der Folgezeit hat es die WHO aber versäumt, den Ankerbegriff «Wohlbefinden» hinreichend zu definieren. In Ermangelung einer brauchbaren Definition von Wohlbefinden wurde bei der Operationalisierung dieser Gesundheitsdefinition dann der zweite Teil fokussiert («nicht nur» das Freisein von Krankheit) und entsprechend diesem Fokus wiederum die Krankheit (inklusive Behinderung, Frühsterblichkeit und Risikofaktoren) beziehungsweise deren Abwesenheit gemessen. Diesem Weg folgend, wird beispielsweise in weiten Teilen der Epidemiologie die Abwesenheit von Krankheit bis heute als Mass der Gesundheit eingesetzt. So werden die unklaren Stellen in der Definition der Gesundheit quasi «umschiff», um letztlich doch wieder bei der Messung von Krankheit beziehungsweise deren Abwesenheit zu landen. Neben einer solchen empirischen Regression gibt es zudem auch theoretische Versuche, den Gesundheitsbegriff weiterhin an das Konstrukt von Krankheit zu binden, zum Beispiel, indem postuliert wird, dass «(...) wir keinen Zugang zur Gesundheit und Krankheit haben ausser über die Beobachtung von Symptomen»⁸⁷.

Gesundheit als Anpassungsleistung des Individuums

Im Bemühen um eine Weiterentwicklung des WHO-Gesundheitsbegriffs finden sich in der Literatur verschiedene Arbeiten, die den Versuch unternehmen, Gesundheit nicht als Zustand, sondern als dynamisches Konstrukt zu definieren. Machteld Huber et al. definieren die Gesundheit als «the ability to adapt and to selfmanage in face

86 World Health Organization (1946): Verfassung. www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/14/1402EC7524F81EDAB689B20597E1A-5DE.PDF (Zugriff: 18.06.2021).

87 Hafen, Martin (2007): Mythologie der Gesundheit, Heidelberg, S. 78.

with physical, emotional and social challenges»⁸⁸. Neu ist hier, dass der Mensch quasi als «verantwortlicher Verwalter seiner Gesundheit» ins Zentrum gestellt wird. In konzeptionell verwandten Definitionen wird sodann die Verbindung zum medizinischen Versorgungssystem explizit hergestellt. «To be healthy a human individual must be able to satisfy the demands of life. (...) Healthcare has the purpose to empower each individual to fully realize optimal health.»⁸⁹

Definitionen von Gesundheit als Anpassungsleistung des Individuums finden sich auch im Paradigma der Gesundheitsförderung:

«Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichtes von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äusseren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.»⁹⁰

Anders als die meisten vorherigen verbleibt die Definition von Klaus Hurrelmann im Paradigma von «Wohlbefinden und Lebensfreude» und kommt ohne die Referenz zu «Krankheit und medizinischer Versorgung» aus. Ähnlich wie andere Definitionen aus dem Feld der Gesundheitsförderung betont sie stattdessen stärker die gesellschaftlichen Bedingungen der Gesundheit. Dass es in der Förderung der Gesundheit nicht primär um medizinische Versorgung geht, sondern vorrangig um entsprechend gestaltete soziale Bedingungen, wird auch in der folgenden Definition der Gesundheitsförderung als gesellschaftliches Handlungsfeld deutlich: «Health promotion is (...) the collective endeavor to systematically shape social systems in a way that they facilitate the production and maintenance of health in whole populations.»⁹¹

Den letztgenannten Definitionen von Gesundheit und Gesundheitsförderung unterliegt ein Verständnis von Gesundheit als etwas, das *im* Menschen, *mit* dem Menschen und *durch* den Menschen und seiner Auseinandersetzung mit seinen Lebensbedingungen entsteht. Sie kommen zudem ohne die Referenzkategorie der Krankheit oder Symptome aus. Letzteres ermöglicht es, theoretisch und

empirisch andere als die vom medizinischen Paradigma vorgedachten Themen (etwa die Ursachen von Krankheit) und Methoden (etwa die Suche nach eindeutigen Kausalitäten) anzugehen.⁹²

Welche sozialen oder kulturellen Faktoren und Prozesse fördern die Lebensfreude, das Wohlbefinden und Wohlergehen des Individuums und ganzer Gemeinschaften und Gesellschaften? Dies wird so zu einer zentralen Frage der Gesundheitsforschung. Die entsprechenden Antworten haben das Potenzial, zu einer neuen Definition von Gesundheit und zu einer Operationalisierung beizutragen, die ohne den «stammwurzeltartigen Referenzpunkt» Krankheit auskommt und ihren Fokus auf positive, kreative, aufbauende Elemente des menschlichen (Er-)Lebens legt.

Entweder krank oder gesund? Oder doch beides und dies dann mehr oder weniger?

Angelegt in einer vermeintlichen Binarität von Gesundheit und Krankheit und unter den Praxiszwängen der medizinischen Behandlungs- und Abrechnungssysteme (zum Beispiel: Ab welchem Krankheitsschweregrad kann ein bestimmtes Medikament eingesetzt und abgerechnet werden?), wird auch in der Forschung zu Gesundheit und Krankheit häufig mit dichotomisierten Messgrößen gearbeitet. Die Unzulänglichkeiten dieser dichotomen Denkweise wurden schon früh als unzulänglich erkannt.⁹³ Auch die Vorstellung, dass Gesundheit und Krankheit sich quasi gegenseitig ausschliessen, wurde schon in der Theorie der Salutogenese verworfen.⁹⁴ In deren Perspektive wird Gesundheit als dynamischer Prozess beschrieben, und der Gesundheitszustand kann jeden beliebigen Punkt auf einem Kontinuum zwischen perfektem Wohlbefinden und dem Tod einnehmen.

Dem Grundgedanken von Gesundheit als Kontinuum folgt auch Corey L. M. Keyes.⁹⁵ Zudem schlagen er und seine Kolleginnen und Kollegen vor, sowohl Gesundheit als auch Krankheit als Kontinuum zu verstehen, und kommen so zu einem Modell der zwei Kontinua. Empirische

88 Huber, Machteld et al. (2011): How should we define health?, in: British Medical Journal 343, d4163. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>

89 Bircher, Johannes (2020): Meikirch model: new definition of health as hypothesis to fundamentally improve healthcare delivery, in: Integrated Healthcare Journal 2, e000046. DOI: <https://doi.org/10.1136/ihj-2020-000046>

90 Hurrelmann, Klaus (2000): Gesundheitssoziologie, Weinheim.

91 Abel, Thomas und David V. McQueen (2013): Current and future theoretical foundations for NCDs and health promotion, in: McQueen, David V. (Hg): Global Handbook on Non-communicable Diseases and Health Promotion. Springer, New York, S. 21–35.

92 Abel, Thomas und David V. McQueen (2013): Current and future theoretical foundations for NCDs and health promotion, in: McQueen, David V. (Hg): Global Handbook on Non-communicable Diseases and Health Promotion. Springer, New York, S. 21–35.

93 Engel, George L. (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, in: Science 196/4286, S. 129–136.

94 Antonovsky, Aaron (1979): Health, stress, and coping. Jossey-Bass, San Francisco CA.; Antonovsky, Aaron (1987): Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Jossey-Bass, San Francisco CA.

95 Keyes, Corey L. M. (2005): Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health, in: Journal of Consulting and Clinical Psychology 73,3, S. 539–548.

Erfolge bestätigen die Brauchbarkeit dieses Ansatzes, der statt von *einer* (wie in der Salutogenese) von *zwei* im Kern unterscheidbaren Dimensionen ausgeht.⁹⁶

Bis heute ist es aber nicht gelungen, ein inhaltlich plausibles «Gleichgewicht» der Begriffe «Krankheit» und «Gesundheit» umzusetzen – weder in der Forschung noch in der Politik oder in der Public-Health-Praxis. Wer profitiert davon, dass der Gesundheitsbegriff keine hinreichende Eigenständigkeit besitzt und bis heute Krankheit beziehungsweise deren Abwesenheit als Referenzgrösse zum Einsatz kommt? Mit dieser Frage schliessen meine Überlegung direkt an das Unterthema der Tagung «Macht und Ohnmacht – hin zu einem Gleichgewicht?» an.

Die eingangs präsentierte Arbeitsthese impliziert einen Zusammenhang von (Un-)Gleichgewicht in der Machtverteilung und in der (mangelnden) Stärke der Definitionen von Gesundheit und Krankheit. Gäbe es ein «Gleichgewicht» der Begriffe «Krankheit» und «Gesundheit» in Forschung, Praxis und Politik, dann wäre auch die Machtverteilung zwischen den gesundheitsrelevanten Disziplinen eine andere. In anderen Worten: Solange der Gesundheitsbegriff schwach definiert bleibt, so lange bietet sich die Medizin als Leitwissenschaft an, wenn auch nur indirekt über ihre Expertise zur Krankheit und deren Bekämpfung.

Zur Ohnmacht des Gesundheitsbegriffs

Die eingangs offerierte Arbeitsthese impliziert: Dort, wo eine starke Definition herrscht, ist Macht – dort, wo eine solche fehlt, hält sich die Ohnmacht. Max Webers Definition von Macht kann hier hilfreich sein: Er definiert Macht als die «Chance, innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen»⁹⁷. «(...) Macht bezeichnet die Fähigkeit einer Person oder Gruppe, auf das Denken und Verhalten einzelner Personen, sozialer Gruppen oder Bevölkerungsteile so einzuwirken, dass diese sich ihren Ansichten oder Wünschen unterordnen und entsprechend verhalten.»⁹⁸

In einer Anwendung dieser Definition auf die Interessenskonflikte in und um die Gesundheit erscheint es hilfreich, zwischen zwei Formen der Macht zu unterscheiden: erstens der Macht in der Definition dessen, was von

vorrangiger Wichtigkeit ist; und zweitens der Macht, die entsprechenden Prozesse zu steuern. Definitionsmacht bezeichnet Einflussnahme auf Konstruktionen von sozialer, gesellschaftlicher und kultureller Wirklichkeit über die Sprache. Im Kontext der Gesundheitsforschung könnte man die Behauptung, dass Gesundheit mittels Kennzahlen zur Abwesenheit von Mortalität und Morbidität zu messen sei, als eine Durchsetzung der Definitionsmacht verstehen. Im Zuge dieser Durchsetzung werden die Versuche einer positiven Definition von Gesundheit häufig ignoriert beziehungsweise unterlaufen. Ein Beispiel dafür ist die Ausrichtung führender Public-Health-Fachzeitschriften auf Krankheit und Risikofaktoren, gemäss der keine Beiträge zu positiv definierten *health outcomes* publiziert werden.⁹⁹

Mit der Macht, den Gegenstand zu definieren, ist die Steuerungsmacht verbunden. Dies zeigt sich in praktisch allen Bereichen, in denen die Gesellschaft sich mit der Gesundheit ihrer Mitglieder befasst, mitunter in der ärztlichen Praxis (Welche weiteren Diagnosen und Behandlungen sind einzuleiten?), in der Forschung (Mittelverteilung nach Fokus Krankheit oder Gesundheit?), in der Politik (Welche Interventionen werden bezahlt?). Die fortlaufende Reproduktion der Definitionsmacht und Steuerungsmacht der Medizin im Gesundheitsdiskurs zeigt sich also aufs Engste verbunden mit einer definitorischen Fokussierung auf Krankheit – und ihre Bekämpfung als das handlungsbestimmende Thema, als die vorrangige gesellschaftliche Aufgabe. Dagegen erscheint Gesundheit, schwach und kontrovers definiert, als Leitparadigma ungeeignet; ihr fehlt die Definitions- und Steuerungsmacht in den fachpolitischen und den breiteren gesellschaftlichen Diskursen.

Fazit und Ausblick

Die einleitende Arbeitsthese für diese kurze Reflexion zum aktuellen Gesundheitsbegriff lautete:

Die definitorische Ausrichtung des Gesundheitsbegriffs an der Referenzkategorie «Abwesenheit von Krankheit» führt zu begrifflichen Unsicherheiten und inhaltlichen Inkonsistenzen. Sie schwächt die Versuche zur Etablierung eines funktionalen Gesundheitsbegriffs und trägt zur Reproduktion der Dominanz des (bio)medizinischen Paradigmas im Gesundheitsdiskurs bei.

96 Westerhof, Gerben J. und Corey L. M. Keyes (2010): Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan, in: Journal of Adult Development 17, S. 110–119. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>

97 Weber, Max (1921/1980): Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie (1. Halbband), Tübingen, S. 28.

98 Definition von Macht auf der deutschen Seite von Wikipedia: <https://de.wikipedia.org/wiki/Macht>

99 Für weitere typische Vorgehensweisen siehe Engel, George L. (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, in: Science 196/4286, S. 129–136.

Die These fokussiert ein grundlegendes Merkmal der Gesundheitsdefinition – ihre «Unselbstständigkeit» – und diagnostiziert in der Setzung von Krankheit als quasi Referenzkategorie eine Schwäche mit weitreichenden Konsequenzen. Insbesondere für die sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung liegen die Konsequenzen im Druck, medizinisch definierte Konzepte und Methoden zu übernehmen oder zumindest zu berücksichtigen, um Förder- und Publikationsoptionen zu erhalten. Darunter finden sich zum Beispiel individuenbasierte Längsschnittdaten oder auf kausale Zusammenhänge reduzierte Forschungsmodelle. Ein schwacher Gesundheitsbegriff ist in einem solchen System durchaus «funktional», dies jedoch nur im Sinne der Reproduktion der Machtverteilungen in der Definition von «gesund» und «krank» und der daraus ableitenden Steuerungsmacht in der Forschung, in der Versorgungs- und Angebotspraxis sowie in der Politik.

Ein starker Gesundheitsbegriff wäre hingegen eine hilfreiche Voraussetzung für mehr Erkenntnisse zum Wohlergehen, der Lebensqualität und den Verwirklichungschancen der Menschen. Er wäre ebenfalls wertvoll, zukünftig auch die Verantwortlichkeiten in Wissenschaft und Praxis zielführender zu verteilen. Gesundheit ist ein in sich multidisziplinäres und interparadigmatisches Unterfangen, denn die Determinanten der Gesundheit sind primär die sozialen Lebensbedingungen.

So sollte das Expertenwissen dazu also aus den relevanten Gesellschaftswissenschaften gezogen werden. Die Sozialwissenschaften könnten sich auf der Basis einer neuen Definition ihrer Verantwortung mehr bewusst werden: Wenn es um Gesundheit geht, brauchen wir primär soziale Erklärungen und Lösungen, wie zum Beispiel das Thema «soziale Vereinsamung» in Zeiten der Covid-19-Pandemie aufzeigt. Ziel sollte es also sein, einen starken und positiven Gesundheitsbegriff zu entwickeln. Dieser soll für die Sozialwissenschaften handlungsleitend installiert werden, um auf die absehbar wachsenden gesellschaftlichen Probleme besser reagieren zu können.

Von grundlegender Bedeutung scheint mir zu sein, dass die Sozialwissenschaften erkennen, dass ihre Beiträge für eine zukunftsweisende Definition von Gesundheit essenziell sind.

Schlusswort

Valérie Clerc

Generalsekretärin, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Die Medical Humanities sind ein beispielhafter Bereich der Zusammenarbeit zwischen der Schweizerischen Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften (SAGW) und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Seit fast zwei Jahrzehnten arbeiten die beiden Akademien zusammen, um unser Verständnis der Medizin zu bereichern und es für die Beiträge der Geistes- und Sozialwissenschaften empfänglicher zu machen. Wie der verstorbene Prof. Peter Meier-Abt in seinem Editorial im SAMW-Bulletin 1/2012 schrieb: «Weder die Kenntnis von Art und Funktion biologischer Bausteine noch detaillierteste Analysen hochkomplexer systembiologischer und pathophysiologischer Wechselwirkungen vermögen letztlich dem Menschen als Person in seiner Krankheit gerecht zu werden. Grenzfragen der modernen Medizin und Biologie können ohne Einbindung von Sozial- und Geisteswissenschaften nicht menschengerecht und gesellschaftsfähig bewältigt werden.»¹⁰⁰

Aufgrund ihrer Auswirkungen auf die Ausübung der Medizin und ihres vielgestaltigen Charakters bietet Macht ein faszinierendes Leseraster, um die Entwicklung der Beziehung zwischen Ärztin und Patient, die Spannungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit oder die Rolle der verschiedenen Kontrollinstrumente (rechtlich, wirtschaftlich, administrativ) und ihrer Anreizmechanismen zu entschlüsseln. Die im Rahmen der Veranstaltungsreihe von 2017 bis 2020 präsentierten und für diese Publikation ausgewählten Beiträge würdigen die Vielfalt, den Reichtum und die Kreativität der Schweizer Forschung in diesem Bereich.

Die Autorinnen und Autoren gehen auf zentrale Themen ein, die die SAMW seit vielen Jahren beschäftigen und auch in Zukunft beschäftigen werden, wie die Berücksichtigung der Wünsche und Rechte der Patientinnen und Patienten, die Interprofessionalität, die Rolle der Patientenorganisationen, das Image der Ärztinnen, das Verhältnis zum Geld, die Rolle der Technologie, die Rolle der Vermittler zwischen Ärztin und Patient sowie das immer wiederkehrende Thema der Definition von Gesundheit.

Die SAMW freut sich auf die Fortsetzung dieser fruchtbaren Zusammenarbeit mit ihrer Schwesterakademie in der Veranstaltungsreihe 2021–2024 zum Thema Bevölkerungsalterung.

¹⁰⁰ Bulletin der SAMW 1/2012, S. 2 (samw.ch/Bulletin-Archiv)

SAMW

1943 als reine Forschungsförderinstitution gegründet, engagiert sich die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) heute als Brückenbauerin zwischen Wissenschaft und Gesellschaft. Sie versteht sich als Think Tank und unterstützt positive Entwicklungen in der Medizin und der Gesundheitsversorgung.

SAGW

Die Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften (SAGW) koordiniert, fördert und vertritt die geistes- und sozialwissenschaftliche Forschung in der Schweiz. Ihr gehören 61 Fachgesellschaften und mehr als 20 Kommissionen an. Zudem leitet sie mehrere grosse Forschungsunternehmen. Die SAGW versteht sich als Mittlerin zwischen Forschenden, politischen Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern, Behörden und der Öffentlichkeit. Die SAGW verfügt über ein Budget von rund 16 Millionen Franken. Sie wird von einem Vorstand mit 19 Mitgliedern aus dem universitären Umfeld geleitet. Im Generalsekretariat arbeiten 14 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

