

Stimmen zu Entwicklungen im Gesundheitswesen

Triage im medizinischen Alltag?

Wird bei zunehmender Knappheit der Ressourcen in der Medizin die Triage – als spezifische, in ausseralltäglichen Knappheitssituationen angewendete Form der Mittelverteilung – Einzug in den medizinischen Alltag halten? Dies sei wenig wahrscheinlich, meint Weyma Lübke in der Zeitschrift «Ethik in der Medizin». Die Gesellschaft sei nämlich nicht bereit, Ärzte offiziell zur Unter- oder Nichtversorgung bestimmter Patientengruppen zu ermächtigen. Zudem sei der Blick des Arztes auf die Opportunitätskosten gehemmt, und man könne dem Arzt diese Hemmung «nicht beliebig austreiben». Stattdessen werde sich der Rationierungsdruck «in den dunklen Ecken der fehlenden Aufmerksamkeit und der Unfähigkeit oder Unwilligkeit, sich zu wehren», entladen – was dann zwar «weder effizient noch gerecht» sei, aber in einem Punkt erträglicher schein: «Der eigene Tod kann offenbar leichter als Schicksal hingenommen werden, wenn man einen bewussten Urheber dieses Geschicks, und sei es einen der Gerechtigkeit verpflichteten Urheber, unter seinen Mitmenschen nicht zu identifizieren vermag.» (rs)

Weyma Lübke: *Veralltäglichsung der Triage? Ethik in der Medizin* (2001) 13: 148–160.

Kompensatorische Anerkennung

Der Anstieg der Gesundheitskosten erkläre sich nicht allein durch technische und therapeutische Fortschritte, so Thomas Maier in der «Schweizerischen Ärztezeitung». Vielmehr handle es sich «zu einem Teil um Kosten für gesellschaftliche Wandlungen und Veränderungen, die im engeren Sinn extramedizinischen Ursprungs sind (Globalisierung und Restrukturierung der Wirtschaft, Veränderungen der demografischen Struktur infolge Überalterung und Migration, zunehmende Urbanisierung, Veränderung gesellschaftlicher und familiärer Werte usw.)». Weil der Zugang zum «medizinischen Kommunikationssystem» durch das gesetzliche Krankenversicherungsobligatorium staatlich garan-

tiert ist, biete sich dieses System an, um Probleme, Krisen und Konflikte auszutragen, die «auf anderen Ebenen keine Resonanz finden». «Über den Eintritt ins medizinische System (z.B. wegen kardioalkulärer Symptome, Schlafstörungen, Rückenschmerzen, Depressionen usw.)» und die damit verbundene Etikettierung als «krank» beziehungsweise «nicht sicher gesund» können die Betroffenen «kompensatorisch eine Art von Anerkennung und Respekt finden, die ihnen die Gesellschaft versagt». Über die steigenden Kosten des Gesundheitswesens würden also soziale Konflikte vernehmbar artikuliert. Dies freue, so Maier, zwar die Krankenkassen und Rentenversicherer nicht, «aus gesamtgesellschaftlicher Sicht» mache es aber «keinen grossen Unterschied, ob diese Kosten allenfalls vermehrt über Arbeitslosengelder, Fürsorgeleistungen oder andere Formen staatlicher Unterstützung abgegolten werden». (rs)

Thomas Maier: *Das medizinische System als Ort sozialer Konsensfindung. Zur gesellschaftlichen Funktion des modernen Gesundheitswesens. Schweizerische Ärztezeitung* 2001; 82: Nr 39: 2065–2067.

Qualitätswissen = Herrschaftswissen

In der Diabetes-Versorgung machen Leistungserbringer und Kostenträger «die in regionalen Qualitäts- und Versorgungsprojekten gewonnenen Erkenntnisse oftmals nicht, verzögert oder nur partiell transparent, um sich Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen Leistungserbringern oder Kostenträgern zu sichern». Dies stellt der deutsche Sachverständigenrat für die Konzierte Aktion im Gesundheitswesen im Band III («Über-, Unter- und Fehlversorgung») seines Gutachtens über Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit fest. Bereits im Band II («Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege») hatte der Rat die «Schwierigkeiten einer zuverlässigen und zeitnahen Deskription und Evaluation qualitätssichernder Massnahmen in Deutschland» unter anderem auf absichtliche Intransparenz zurückgeführt: «So findet die Ent-

wicklung qualitätssichernder Massnahmen häufig nicht in der Öffentlichkeit statt, um die Arbeiten nicht zu stören, aus Angst vor dem Bekanntwerden eines möglichen Misserfolgs, um sich Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen Leistungsanbietern oder Kostenträgern zu sichern (Qualitätswissen = Herrschaftswissen) und um die mit der Transparenz verbundenen Kosten (z. B. Dokumentationsaufwand) einzusparen.» Aus Sicht des Rates sollten die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen «ihre qualitätsverbessernden Massnahmen harmonisieren, sodass jeder Diabetes- kranke in Deutschland vor Ort eine qualitativ hochwertige und leitlinien- gerechte Versorgung erhält». (rs)

Quellen: *Sachverständigenrat für die Konzierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: 7. Versorgung chronisch Kranker: Seite 79; und Band II: 3. Qualitätsicherung und Qualitätsmanagement in der Versorgung: Seite 128. Nomos Verlag (erscheint ca. Ende 2001); Internet: www.svr-gesundheit.de*

Fremde Begriffe

«Wir wollen auch nicht ... materiell auf ein Projekt eintreten, welches vorsieht, einen Teil unserer Mitglieder in die Arbeitslosigkeit zu treiben», so Jacques de Haller, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM), in seinen Erläuterungen zum Standpunkt der SGAM zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs. Es werde nicht gelingen, die SGAM davon zu überzeugen, «dass es nützlich wäre, in unserem Gesundheitssystem Begriffe wie «Konkurrenz» und «die Gesetze des Marktes» einzuführen, Begriffe ..., die dem Universum unseres professionellen Denkens und Beziehungsgefüges absolut fremd, ja diametral entgegengesetzt sind». Der Versuch, den «Interessenskonflikt» zwischen den (realen oder vermeintlichen) Bedürfnissen der Bevölkerung und dem Verteilen der finanziellen Mittel «durch eine Art ökonomisches Dumping» zu lösen, sei, so Haller, ein «Holzweg». (rs)

Jacques de Haller: *Freie Arztwahl – Der Standpunkt der SGAM. Primary Care* 2001; 1: 656.