

Das Gesundheitswesen als soziologisches System

Zusammenfassung

Dieses Kapitel betrachtet das Gesundheitssystem als soziologisches System mit den Teilsystemen Medizin, Ökonomie, Politik, Recht, Wissenschaft und Ethik. All diese Teilsysteme haben ihre Systemcodes, die Medizin den Code «gesund oder krank», die Wirtschaft den Code «haben oder nicht haben», die Politik den Code «mächtig oder machtlos», das Recht den Code «recht oder unrecht», die Wissenschaft den Code «wahr oder falsch», die Ethik den Code «gut oder böse». Die Überlagerung dieser Codes im System Gesundheitswesen führt dazu, dass sich systemfremde Codes ins Teilsystem Medizin einweben. Zu untersuchen, was dabei aus der Sicht der Soziologischen Systemtheorie passiert, hilft, einige Zusammenhänge besser zu verstehen:

- Webt sich der Code der Ökonomie, die sich über die Allokation von Gütern definiert, in die Medizin ein, die sich über die Krankheit definiert, so muss diese neue Medizin, will sie mehr sein als eine Abteilung der Ökonomie, sich solcherart konstituieren, dass sie Gewinn erwirtschaftet, indem sie Krankheiten und Kranke schafft.
- Webt sich der Code der Politik, die sich über die Macht definiert, in die Medizin ein, die sich über die Krankheit definiert, so wird die Kompetenz der Medizin, zu definieren, was gesund ist und was krank, zur Machtfrage. Mit verheerenden Folgen für jene, die als krank gelten.
- Lässt das Recht die Medizin mit dringenden, sich aus den Möglichkeiten der modernen Medizin ergebenden Fragen allein, so entwickelt die Medizin ihr eigenes Rechtsverständnis, in welchem recht ist, was an der Krankheit arbeitet, und unrecht, was dies nicht tut. Damit nimmt sie eine Haltung ein, die problematisch ist.

- Setzt sich die Forschung des Gesundheitswesens über die aus der klinischen Praxis gewachsene Forschung der Medizin hinweg, so verschiebt sich deren Code von «wahr oder falsch» im Sinne von «wirkt oder wirkt nicht», zu «wahr oder falsch» im Sinne von «erwiesen oder nicht erwiesen». Dies widerspricht der medizinischen Forschung diametral, denn hier geht es immer um die Frage, ob und bei welchen Patienten eine Behandlung wirkt und unter welchen Bedingungen. Dieser Sachverhalt ist jeweils im Zusammenhang zu beurteilen und niemals in jedem Fall gegeben.
- Erschöpfen sich Verlautbarungen aus der klinischen Praxis ausgelagerter Ethikkommissionen in rein argumentativen Empfehlungen, die keine eindeutige Stellung nehmen und Entscheidungen und Verantwortung letztlich dem Arzt überantworten, so verstören sie diesen, indem sie ihn alleinlassen. Denn Ethik versteht er im Sinne seines ärztlichen Berufsethos' als eine Haltung, die nicht einfach nur scharfsinnig argumentiert, sondern, gestützt auf Tugenden und Werten, handelnd Verantwortung übernimmt.

Ein besonderes System im System

Die in dieser Charta aufbereitete Skizze des Gesundheitswesens Schweiz lässt unschwer erkennen, dass die Dinge doch arg aus dem Gleichgewicht geraten sind. Beim Versuch, die weitere Betrachtung zu systematisieren und die Problemfelder besser zu identifizieren, soll im Folgenden auf die Theorie Niklas Luhmanns (31) zurückgegriffen werden, der die Soziologische Systemtheorie nach Talcott Parson erweitert und neu formuliert hat. Wir betrachten das Gesundheitswesen also als ein System aus Teilsystemen. Parson benannte im von ihm entwickelten AGIL-Schema vier Funktionen, die ein solches System erfüllen muss:

- **Adaption (Anpassung)**
die Fähigkeit eines Systems, auf die sich verändernden äusseren Bedingungen zu reagieren, sich anzupassen

- **Goal Attainment (Zielerreichung)**
die Fähigkeit eines Systems, Ziele zu definieren und zu verfolgen

- **Integration (Integration)**
die Fähigkeit eines Systems, Kohäsion (Zusammenhalt) und Inklusion (Einschluss) herzustellen und abzusichern

- **Latency (Strukturerhaltung)**
die Fähigkeit eines Systems, grundlegende Strukturen und Wertmuster aufrechtzuerhalten

Die Einheiten eines Systems, die diese Funktionen wahrnehmen, machen das System zwar aus, sind aber nicht das System. Nach Luhmann besteht dieses nicht aus seinen Elementen, sondern aus den Relationen dieser Elemente zueinander. Damit ist einerseits gesagt, dass jedes System sein Gleichgewicht hat, aus dem es folglich auch geraten kann, geraten seine Einheiten und ihre Relationen zueinander durcheinander, ebenso, wie jedes System einen Grad an Komplexität hat, ab welchem es nicht mehr einwandfrei funktionieren kann, weil diese Relationen dann nicht mehr zu handhaben sind. Andererseits wird damit die Kommunikation zum Konstituierenden eines Systems; es definiert sich durch Differenz,

durch seine Abgrenzung von der Umwelt, und dies geschieht vermittels seiner Kommunikation. Hier zeigen sich die Eigenarten eines Systems also nicht nur, hier erschafft und erhält sich das System vielmehr. Für Luhmann ist jedes System ein soziales System und Kommunikation das, woraus all diese sozialen Systeme bestehen.

Das System Wirtschaft beispielsweise kommuniziert über Geld. Deshalb hat dann auch alles in diesem System seinen Preis. Und setzt sich die Ökonomie mit Dingen auseinander, die mit Geld tatsächlich zu erwerben sind, entwickelt sie dabei auch ihre Fruchtbarkeit, schafft Märkte, Möglichkeiten, Dimensionen des Menschseins. Geht es jedoch um Dinge, die mit Geld nicht zu erwerben sind, wie Liebe, Freundschaft, Vertrauen, so hat das System Wirtschaft nichts beizutragen. Verlangt man von ihm, dies dennoch zu tun, überfordert man es und kann folglich keine fruchtbaren Beiträge mehr von ihm erwarten, was dann nicht an der Wirtschaft liegt, sondern an unseren falschen Erwartungen an sie.

Luhmann spricht von einem Code, in welchem sich dies für jedes System zusammenfassen lässt. Zergliedern wir das Gesundheitswesen in seine Teilsysteme, so kommen wir auf sechs solche Systeme mit ihren jeweiligen Codes:

- Medizin: «gesund oder krank»
- Ökonomie: «haben oder nicht haben»
- Politik: «mächtig oder machtlos»
- Recht: «recht oder unrecht»
- Wissenschaft: «wahr oder falsch»
- Ethik: «gut oder böse»

Mit der Beobachtung, dass diese Teilsysteme des Gesundheitswesens ganz unterschiedliche Codes haben, folglich über diese ganz unterschiedlich kommunizieren, wird das in den vorigen beiden Kapiteln beschriebene Durcheinander schon etwas lichter. Es ist aber nicht nur eine Frage des Codes und es ist mehr als ein blosses Verständigungsproblem. Wir haben hier ein Problem grundverschiedener Funktionsweisen. Interessant dabei ist, dass sich die Funktionsweise der Medizin diametral von den Funktionsweisen der anderen Teilsysteme des Gesundheitswesens unterscheidet: Die Medizin definiert sich über die Krankheit, also als einziges Teilsystem über das, was ist, wenn sie nicht ist. Das tun die anderen Teilsysteme gerade nicht. Die Ökonomie definiert sich vielmehr über den Besitz, also über das, was ist,

wenn sie ist, die Politik über die Macht, das Recht über die Durchsetzung des Rechts, die Wissenschaft über die Wahrheit, die Ethik über das Gute.

Nun liegt es in der Natur jedes Systems, das, worüber es sich definiert, zu erhalten. Wenn es keine Kranken gibt, dann braucht es keine Medizin. Folglich muss die Medizin immer mehr Krankheiten behandelbar machen und auch behandeln, und dies genau ist der Vorwurf, den man ihr ja macht: sie schaffe Krankheiten, um sich zu bereichern. Ist dem aber tatsächlich so? Ist es nicht vielmehr so, dass dieses Streben der Medizin, immer mehr Krankheiten behandelbar zu machen und diese dann immer besser zu behandeln, an sich ein durchaus positives ist, von dem die Gemeinschaft und also auch die Wirtschaft doch zweifelsohne profitiert? Dies, indem es medizinische Fortschritte schafft, die nicht nur die Lebensqualität verbessern und die Lebensdauer erhöhen, sondern auch die wirtschaftliche Produktivität. Wo liegt also das Problem?

Ökonomie und Medizin – ein kontraproduktives Verhältnis

Wenn wir sagen, die Medizin definiere sich über die Krankheit, so könnten wir stattdessen auch sagen, sie arbeite problemorientiert. Eine Lösung indes kann sie nicht garantieren, es gibt unheilbare Krankheiten, Situationen, in denen die Aufgabe der Medizin in der Pflege liegt, nicht in der Heilung. Insofern arbeitet sie nicht in dem Sinne auf das Ziel Gesundheit hin, wie die Ökonomie auf die Schaffung materieller Werte zielt. Sie arbeitet vielmehr an und mit der Krankheit, am Problem also. Das ist der Ökonomie komplett fremd, hier wird lösungsorientiert gearbeitet. Und in der Medizin sieht die Ökonomie nun ein Problem: unkontrolliertes Kostenwachstum mit der Gefahr der Vernichtung materieller Werte. Folglich will sie dieses Problem lösen, mehr noch: will die Medizin dazu anhalten, an seiner Lösung mitzuarbeiten, ihren Beitrag zur Problemlösung zu leisten. Dabei zwingt die Ökonomie der Medizin nun aber ihren Code auf, ihre Operations- und Kommunikationsmodi, ihre Ziele, ihre Wertvorstellungen, ihre Logik. Die Medizin soll nun auch Ökonomie sein, soll auch im ökonomischen Sinn verantwortungsvoll handeln, nicht nur im medizinischen.

Dies ist fatal, denn nun geht es in der Medizin auch um «haben oder nicht haben», nicht mehr nur um «gesund oder krank». Da sich die Medizin jedoch über die Krankheit definiert und die Ökonomie über die monetäre Allokation, entsteht damit eine ungesunde Verschmelzung: Die Medizin integriert die ökonomische Logik so in ihr System, dass sie nun Krankheiten schafft, um Profit zu machen. Dies muss sie, will sie ihre Existenz unter der

Voraussetzung dieser neuen Rolle, die man ihr da aufzwingt, als Teilsystem des Gesundheitswesens erhalten und nicht gänzlich in der Ökonomie aufgehen. Natürlich könnte man provokativ fragen, was daran denn so schlecht wäre, täte sie Letzteres. In diesem Fall würde man hingehen und den Menschen auf seine Wertschöpfung reduzieren, die zu erhalten und wiederherzustellen Aufgabe einer solchen Medizinökonomie als «Reparaturabteilung des Menschenparks» wäre. Neben ethisch unhaltbaren Konsequenzen wäre es dann aber auch fraglich, ob Menschen, die man solcherart auf reine Automaten reduziert, noch bereit wären, sich schöpferisch in die Gemeinschaft einzubringen.

Es scheint fraglos, dass es die Medizin als eigenständiges Teilsystem des Gesundheitswesens braucht. In welchem Verhalten sich obiger Übergriff ökonomischer Systemlogik auf die Medizin und die daraus resultierende ungünstige Verschmelzung jedoch zeigt, haben wir im vorletzten Kapitel gesehen: eine Tendenz zur Mengenausweitung medizinischer Leistungen durch Schaffung von Kranken und Krankheiten. Dies irritiert dann wiederum die Ökonomie, denn sie tritt an die Medizin mit Erwartungen, die ihrem eigenen Selbstverständnis entspringen: Die Medizin soll sich, so wie die Ökonomie, nicht über das definieren, was ist, wenn sie nicht ist, sondern über das, was ist, wenn sie ist: über die Gesundheit, welche folglich mit Qualitätsindikatoren objektiv messbar und abbildbar zu sein hat, wie dies in anderen Wirtschaftszweigen doch auch gelingt. Das gerade kann die Medizin aber eben nicht, will sie ehrlich bleiben. Wie sollte sie sich denn auch über etwas definieren, das zu schaffen sie letztlich ja nicht garantieren kann? Und gelingt die Heilung, so ist das überdies noch nicht einmal das Werk der Medizin allein; es braucht dazu neben vielen anderen Faktoren vor allem auch den Patienten, der an seiner Heilung mitarbeiten muss, soll sie gelingen.

Hier liegt das Missverständnis der Medizin mit der Ökonomie, tritt diese der Medizin in der Rolle von Krankenkassen und anderen Instanzen mit dem Auftrag der Kostenkontrolle entgegen. Tritt die Ökonomie ihr in der Rolle und mit den Erwartungen der Pharmazeutischen und Medizintechnischen Industrie entgegen, besteht dieses Problem zwar auch, es führt dann aber zum von der Ökonomie gewünschten Effekt der Mengenausweitung und wird deshalb eher gefördert als bekämpft. Was nicht minder problematisch ist, überfordert man diese Industrie ihrerseits doch schon mit einer Aufgabe, die nicht lösbar, weil widersprüchlich ist: als Teil des Gesundheitswesens soll sie Kosten dämpfen, als Teil des Wirtschaftssystems

erwartet man von ihr eine stetige Mengenausweitung, die materielle Werte, Arbeitsplätze, Wachstum zu schaffen hat.

Politik und Medizin – ein gefährliches Verhältnis

Während sich das System Wirtschaft über Geld konstituiert, konstituiert sich das System Politik über Macht. Es ist klar, dass es nicht weniger gefährlich ist, wenn die Politik, die an der Macht arbeitet, um diese zu mehren, der Medizin, die an der Krankheit arbeitet, um diese zu heilen oder zu lindern, ihren Code aufzwingt. Dass auch die Medizin selbst über Macht kommuniziert, soll hier nicht unterschlagen werden. Dies ist allerdings keine Besonderheit der Medizin, jedes System kommuniziert zu seiner Erhaltung auch über Macht. Eine These, wie sich dies für die Medizin und die Geschichte ihrer Entstehung, bzw. ihrer Entwicklung von der Medizin in der Arztpraxis ihrer Anfänge hin zur klinischen Medizin als Institution von heute ausgestaltet hat, ist bei Michel Foucault (32) nachzulesen und soll hier nicht untersucht werden.

Was uns interessiert, ist also nicht der zweifelsohne bis heute anhaltende Einfluss der Medizin auf unsere Selbstwahrnehmung und ihre damit einhergehende Macht über den modernen Menschen und sein Verständnis davon, was Diesseits ist und was Jenseits, was Normalität und was Wahnsinn, was gesund und was krank. Wir wollen vielmehr untersuchen, inwiefern sich die Politik der Medizin bedient, um von deren Macht zu profitieren, und welche Gefahren lauern, geht sie dabei so weit, der Medizin ihren Code aufzuzwingen, um diese – vergleichbar dem Übergriff der Ökonomie auf die Medizin – zu verstören und in ihren Funktionsweisen fehlzulenken.

Wieso sieht sich die Politik überhaupt veranlasst, dies zu tun? Einerseits ist hier eine Tendenz der Instrumentalisierung nicht von der Hand zu weisen. Wenn die Medizin über ihre Kompetenz, zu definieren, was gesund ist und was krank, Macht ausüben kann, dann ist es verständlich, dass die Politik teilhaben möchte an dieser Macht. Andererseits führt obiger Konflikt mit der Ökonomie und der aus ihm resultierende Verlust monetärer Werte auch zu einem Verlust politischer Macht, dem es für die Politik entgegenzuwirken gilt. Drittens schliesslich hat die Politik auch einen Auftrag des Souveräns, Rahmenbedingungen zu schaffen, die auf eine optimale Allokation und Lenkung der zur medizinischen Versorgung verfügbaren Mittel hinarbeiten, um diese medizinische Versorgung nicht nur zu gewährleisten, sondern auch möglichst gerecht auszugestalten.

Ungeachtet ihrer Motivation gerät die Politik dabei in ähnliche Probleme, wie sie die Ökonomie bei ihrer Verschränkung mit der Medizin erfährt: Das, woran die Medizin arbeitet, die Krankheit, ist eine Determinante des Menschseins, der wir letztlich machtlos gegenüberstehen. Wir werden alle irgendwann sterben, wir können dies nicht verhindern, nur hinauszögern. Der Kampf gegen die Krankheit ist aussichtslos, sich in ihn zu begeben, an der Krankheit zu arbeiten, wie die Medizin dies tut, ein Unterfangen, das machtlos macht. Damit situiert sich die Medizin an der Antipode politischen Wirkens, und hier liegen die Missverständnisse zwischen Medizin und Politik.

Wie die Wirtschaft, so verlangt auch die Politik von der Medizin, sich über die Gesundheit zu definieren, um so mit ihrer Arbeit auf jene Ziele hinzuarbeiten, die die Ziele des Systems Politik sind. Dies zeigt sich denn auch in vergleichbaren Tendenzen: Konzepte wie Managed Care geniessen die Unterstützung der Politik, weil der Arzt hier angeblich für die Gesundheit bezahlt wird, nicht für die Krankheit, Gesundheitskosten werden moniert, Obergrenzen proklamiert, Gesundheit wird als Ziel promoviert. Der Medizin hingegen begegnet die Politik mit dem unterschwelligen oder offen ausgesprochenen Verdacht, nur an der Krankheit interessiert zu sein, und dies nur der persönlichen Bereicherung wegen. Ersteres ist richtig, als Vorwurf aber unhaltbar, weil systemimmanent, Letzteres ist insofern falsch, als es nicht Grund für die Einmischungen anderer Systeme in die Medizin sein kann, weil es dessen Folge ist, wie aufgezeigt wurde. Was dabei vergessen geht, ist der Kranke, der im Zentrum medizinischen Wirkens steht. Nun wird Medizin zum Zentrum der Macht pervertiert und der Gesunde zum Träger dieser Macht.

Eine überspitzte Satire, wohin dies führen kann, zeichnet Juli Zehs Roman «Corpus Delicti» aus dem Jahr 2009 (33), der die Probleme einer imaginären Gesundheitsdiktatur in einer möglichen Zukunft behandelt, wobei die Autorin von Tendenzen ausgeht, die bereits heute durchaus gegeben sind, um diese weiterzuspinnen und aufzuzeigen, wohin sie führen können, lassen wir ihnen freien Lauf. Die Protagonistin Mia Holl, eine junge Biologin, steht vor Gericht, weil sie ihren Schlaf- und ihren Ernährungsbericht nicht eingereicht, ihre häusliche Blutdruckmessung und die Urintests nicht durchgeführt und viel zu lange schon nicht mehr auf dem Hometrainer gesessen hat. Überdies missbraucht sie dann auch noch toxische Substanzen und raucht eine Zigarette, womit sie zur Systemgegnerin wird. Der Spiegel, den uns Juli Zeh vorhält, ist unschwer erkennbar. Wenn Gesundheit zum Diktat wird, zum ideologischen Korsett, dann schaffen wir uns damit absurderweise gerade das Gegenteil

dessen, was mit ihr bezweckt werden soll: wir leben in dieser Idee, nicht mehr im Leben, werden zu toten Automaten einer Gesundheitsdiktatur. Setzt eine Gesellschaft körperliches Wohl mit seelischem Wohl gleich, so lässt das wenig Raum übrig für Menschen, die für sich andere Prioritäten setzen als ein möglichst langes Leben, dessen Ziel es ist, am Ende möglichst gesund zu sterben.

Die Medizin an sich würde solche Verirrungen nicht zulassen, sondern im Gegenteil gerade verhindern. Indem sie an der Krankheit arbeitet und sich über die Krankheit definiert, bleibt Krankheit eine Lebensform wie das Gesundsein, behält der Kranke seine Würde und sein Recht zu leben, auch dann, wenn sein Verständnis dieses Lebens Verhaltensformen nach sich zieht, die seiner Krankheit vielleicht eher förderlich sind und seiner Gesundheit eher schaden. Erst der Übergriff der Politik auf die Medizin kann solche Entgleisungen zuwider der Menschenwürde ermöglichen, wie Juli Zeh sie beschreibt.

Dass dies nicht lediglich Übertreibung, Schwarzmalerei, Fiktion aus dem Schosse der regen Fantasie einer Autorin ist, zeigt ein Blick auf bereits heute gängiges Denken, gängige Herangehensweisen und gängige Praxis. Dabei geht es nicht lediglich um den Versuch der Politik, Medizin zu instrumentalisieren, und eine zunehmende Bereitschaft der Medizin, dies in der trügerischen Annahme, damit ihre geschwächte Position zu festigen, zuzulassen, sondern viel wesentlicher und viel folgenschwerer um ihre Tendenz, sich dabei den Code der Politik anzueignen und ihn in ihr System zu integrieren. Und die Folge davon ist auch nicht lediglich, dass nun auch Politik in der Medizin «eine Rolle spielt» (als hätte sie dies nicht immer schon getan), sondern, dass sich die Codes überlagern: Gesund oder krank ist nun auch eine Frage von mächtig oder machtlos, womit die Medizin in eine gefährliche Anfälligkeit gerät, totalitären Strömungen nicht nur zu folgen, sondern diese aktiv mitzugestalten und überhaupt erst zu ermöglichen.

Dies soll an einem besonders krassen Beispiel aufgezeigt werden: Der VEMS hat sich früh schon kritisch gegen die Zwangsauslieferung von Flüchtlingen aus unserem Land im sogenannten Verfahren Level IV geäußert. Dies nicht politisch; als wissenschaftlicher Verein nehmen wir grundsätzlich keine politische Stellung. Das Verfahren Level IV ist aber von der reinen Pathologie her medizinisch so bedenklich, dass es grobfahrlässig ist, die auszuschiebenden Asylanten diesem auszusetzen und damit der Gefahr, bleibende gesundheitliche Schäden davonzutragen oder dabei gar ihr Leben zu verlieren. Dieser

Sachverhalt wurde vom VEMS eingehend untersucht und durch das Gutachten eines international renommierten Spezialisten bestätigt (34).

Wir haben diese Unterlagen Bundesrätin Simonetta Sommaruga und ihren Beratern zugänglich gemacht. Ihre Argumentation, das Verfahren dennoch nicht zu stoppen, war die, dass es notwendig sei, um unsere Asylpolitik glaubhaft zu machen (35). Die Frage, ob ein Verfahren gesundheitsschädlich oder gar tödlich ist, ist aber keine Frage der politischen Glaubwürdigkeit, keine Frage der Macht, sondern allein eine Frage klinischer Evidenz. Wenn unsere Regierung dies negiert und Ärzte diese Ausschaffungen begleiten lässt, so ist dies ein klarer Missbrauch der Medizin durch die Politik. Weitaus bedenklicher stimmt aber, dass sich die Medizin dies teilweise verinnerlicht hat, indem beispielsweise die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW in ihrer diesbezüglichen Weisung den Ärzten lediglich das Recht einräumt, die Begleitung solcher Flüge zu verweigern, das Verfahren dabei aber gutheisst. Der Berufsverband der Schweizer Ärzte FMH verurteilt es, ebenso wie der Weltärztebund, doch mit viel zu wenig Nachdruck. Es scheint nicht klar zu sein, welche einschneidenden Konsequenzen es hat, wenn politische Überlegungen über Gesundheit oder Krankheit bestimmen, weshalb sich die Frage stellt, wie tief sich der Code des Systems Politik bereits ins System Medizin eingewoben hat.

Wir leben in einer Demokratie, gewiss, es scheint übertrieben, mahnt man an die Schreckgespenster aus der Vergangenheit des Nationalsozialismus', dessen instrumentalisierte Medizin den Irrsinn einer sozialdarwinistischen Rassenhygiene in hunderttausendfach durchgeführten Zwangssterilisationen, grausamen Menschenversuchen und euphemistisch als Euthanasie bezeichneten Massenmorden an Kranken und Behinderten umsetzte, weil sie sich den politischen Code der Macht verinnerlicht hatte: Sie eignete sich Macht an, indem sie das förderte, was als gesund galt (Züchtung möglichst reiner Arier), und das bekämpfte, was als krank galt, indem sie an der Krankheit so arbeitete, dass sie diese nicht linderte oder heilte, sondern beseitigte – Menschen, die als krank galten, ermordete.

Wenn die FMH heute als Mitglied von Gremien wie der SwissHTA und dem Swiss Medical Board (www.medical-board.ch) im Rahmen von Health Technology Assessments und im Rahmen von Entscheidungen am Lebensende mit Konzepten arbeitet, die den Wert eines Lebens bemessen (QALY-Konzept), dann sollte das mehr als bedenklich stimmen. Zur Erinnerung: Die Verantwortlichen des Nationalsozialismus' haben bei der Entscheidungsfindung, ob Häftlinge weiter am Leben zu erhalten seien oder nicht, mit

vergleichbaren Nutzwertanalysen des Lebens gearbeitet. Hier haben Teile des Systems Medizin den Code ihres Systems wohl etwas aus den Augen verloren und eine durchaus als faschistoid zu bezeichnende Tendenz entwickelt.

Recht und Medizin – ein problematisches Verhältnis

Das Teilsystem Recht des Gesundheitswesens arbeitet mit dem Code «recht oder unrecht». Für den Juristen ist das unrecht, was gegen geltendes Recht verstösst, und recht ist das, was rechtens ist, was diesem Recht entspricht, welches durchzusetzen Inhalt seiner Arbeit ist. Für den Mediziner andererseits ist recht das, was geeignet ist, zur Heilung oder zur Linderung der Krankheit beizutragen, an der zu arbeiten der Inhalt seiner Tätigkeit ist. Diese beiden Teilsysteme des Gesundheitswesens haben also sehr unterschiedliche Vorstellungen von Recht und Unrecht. Arbeitet nun die Medizin quasi im Auftragsverhältnis als Auftragnehmerin des Rechts wie beispielsweise in der Forensik der Gerichtsmedizin, so gestaltet sich diese Zusammenarbeit in der Regel auch problemlos, denn hier sind die Verhältnisse und Verantwortlichkeiten klar geregelt. Sind jedoch die Rollen vertauscht, erwartet die Medizin etwas vom Recht, beginnen die Probleme.

Die Möglichkeiten, die sich aus den enormen Fortschritten der Medizin der letzten Jahre und Jahrzehnte ergeben, reissen auch ihre Lücken in Form von Unsicherheiten auf. Soll alles, was getan werden kann, auch getan werden? Dürfen beim Abwägen, was getan werden soll und was nicht, ökonomische Aspekte überhaupt eine Rolle spielen? Ist es mit ärztlichem Berufsethos vereinbar, den gewünschten Suizid seines Patienten zu begleiten, zu ermöglichen, allenfalls sogar auszuführen? Teilweise kann das Recht Antworten auf solche Fragen zur Verfügung stellen, teilweise aber auch nicht, oder sie sind für die Medizin nicht befriedigend, entweder, weil sie zu wenig klar und eindeutig, oder weil sie mit ärztlichem Ethos nicht ohne weiteres vereinbar sind.

Letztlich sind diese Fragen moralische Fragen, und hier liegt der unausgesprochene Auftrag der Medizin an das Rechtswesen: Sie erwartet von ihm, diese Fragen mit der Ethik zu klären, um dann in klaren Weisungen moralischen Konsens der Gesellschaft abzubilden und so den Mediziner zu entlasten, ihm, gesetzt, er hält diesen ausgehandelten rechtlichen Rahmen ein, das gute Gewissen zu geben, beim Einhalten dieses Rahmens zu tun, was nicht nur rechtens, sondern auch recht ist. Mit anderen Worten: Ohne rechtliche

Rahmenbedingungen ist die Medizin ratlos, und so fühlt sie sich heute auch zusehends. Das Rechtswesen wird den Erwartungen der Medizin immer weniger gerecht. Wir stellen fest, dass die Medizin sich von diesem alleingelassen fühlt, und wollen dies an drei Beispielen aufzeigen:

- Die bereits erwähnte Problematik der Zwangsausschaffungen im Verfahren Level IV stösst den begleitenden Arzt nicht nur in ein medizinethisches Dilemma, sondern auch in ein rechtliches, indem völlig unklar ist, welche Konsequenzen die möglicherweise eintretende gesundheitliche Schädigung oder der möglicherweise eintretende Tod eines Auszuschaffenden im Rahmen dieser Art der Ausschaffung für den begleitenden Arzt hätte.
- Die Kosten, welche die Einführung von DRG (Fallpauschalen) verursacht hat (Investitionen in den Verwaltungsapparat) und noch verursacht wird (wiederkehrenden Betriebskosten für Codierung, Kontrollen und Korrekturen), sind nicht transparent und gehen letztlich zu Lasten der Patientenversorgung. Ob diese zweckfremde Verwendung von Prämiegeldern rechtlich überhaupt haltbar ist, wurde bisher nicht untersucht. Auch fraglich ist die Ahndung von Ärzten und Spitälern, die sich in Konflikt mit geltendem Recht bringen, weil sie das System DRG zu einem Verhalten anreizt oder gar nötigt, das in rechtliche Problemzonen führen muss, indem dem Patientenauftrag und der Sorgfaltspflicht dann nicht mehr unbedingt und immer entsprochen werden kann.
- Die WZW-Verfahren der santésuisse haben nachweislich zur Ahndung von Ärztinnen und Ärzten geführt, die sich keines Vergehens schuldig gemacht haben. Ihr einziges «Verbrechen» war es, vom Mittelwert eines Vergleichskollektivs abzuweichen, was in erster Linie mit ihrem Patientengut und nicht zwingend mit ihrer Verschreibungspraxis zu tun hat. Wenn sie sich diesem Unrecht machtlos ausgeliefert sehen und ihren Kopf nur mit einem Vergleich aus der Schlinge ziehen können, so lässt sie das mit einem grundsätzlichen Gefühl des Ausgeliefertseins zurück.

Die Folge dieser schmerzlichen Erfahrung der Medizin mit dem Rechtswesen ist ein problematisches Verhältnis zum Recht. Wenn sich ein System in seiner Kommunikation konstituiert, wie festgestellt wurde, und wenn die stärkste Kommunikation jene Kommunikation ist, die sich nicht in Worten, sondern in Taten zeigt, so löst sich das System Recht in den Augen des Systems Medizin auf, indem es diesbezüglich nicht wahrnehmbar, nicht präsent ist.

Während also die Ökonomie und die Politik die Medizin durch ihr Eindringen in deren System stören und verstören, verstört das Recht die Medizin mit seiner Abwesenheit. Die Folge ist das komplett falsche Verständnis, Recht sei grundsätzlich ein verhandelbares Gut, vielmehr: was rechtens sei, liesse sich nach der jeweiligen Vorstellung davon ausgestalten, was recht sei und was falsch, wobei die Medizin dies dann so tut, dass sie als rechtens definiert, was ihrem Zweck nützt, weil es an der Krankheit arbeitet. Dies sehen wir exemplarisch in folgendem Verhalten der Medizin:

- Die Verträge innerhalb von Ärztenetzwerken sehen ein Bonus-Malus-System vor, das den Arzt oder das Netzwerk bei Überschreitung eines festgelegten Budgets anteilmässig büsst und bei Unterschreitung desselben ebenso anteilmässig am solcherart erwirtschafteten «Gewinn» auf Kosten des Patienten beteiligt (36). Die SAMW scheint sich indes nicht daran zu stören, dass diese Art der Zahlung von Kickbacks nicht nur kontraproduktiv, sondern auch rechtswidrig ist (37). Der Grund, weshalb man hier offensichtlich auf einem Auge blind ist, dürfte der sein, dass man letztlich an die gesundende Wirkung solcher Netzwerke für unser krankes Gesundheitswesen glaubt. So argumentiert Recht aber eben gerade nicht, und so darf Recht auch nicht argumentieren.
- Incentives für Spitalärzte sollen der Finanzabteilung der jeweiligen Spitäler bei ihrer Planung helfen, indem sie eine gewisse Auslastung «garantieren». Solche Retrozessionszahlungen sind aber klar rechtswidrig, und es dürfte auch ein Verstoss gegen geltendes Recht sein, wenn ein Arzt Eingriffe anhand eines einzuhaltenden Plansolls durchführt und nicht aus dem einzigen Grund, der sich rechtfertigt und aus seinem Patientenauftrag

ergibt: dass die jeweilige Situation des jeweiligen Patienten diesen Eingriff nötig macht. Auch hier schaut man weg, wohl weil man denkt, der Zweck heilige die Mittel, was dann einer Bankrotterklärung des Rechtswesens gleichkommt. Wie im Kapitel «Ausgangslage» dieser Charta erwähnt, hat zumindest die FMH dies heute erkannt (12).

Hier konstituiert also ein System sein Nichtsein durch seine weitgehende Abwesenheit, mit der Folge, dass dieses System innerhalb des Systems Gesundheitswesen vom Teilsystem Medizin, und zwar von einer ökonomisch gesinnten Fraktion desselben, nach seinen eigenen Bedürfnissen ausgestaltet wird. Und auch hier sei an die dunkle Vergangenheit des Nationalsozialismus‘ erinnert, in welchem sich eine der Politik zudienende Medizin mit deren Verständnis davon, was gesund schien und was krank, über das System Recht hinwegsetzen konnte.

Wissenschaft und Medizin – ein Verhältnis der Missverständnisse

Dass sich das Berufsethos des Wissenschaftlers durchaus in Einklang mit ärztlichem Berufsethos befindet, wurde im letzten Kapitel aufgezeigt. Ebenfalls wurde dort aber auch aufgezeigt, welche Missverständnisse hier herrschen. Diese soll nun aus Sicht der Soziologischen Systemtheorie beleuchtet werden. Im Kreuzfeld von Wissenschaft und Medizin hat sich ein Gebiet herausgebildet, zu welchem die Ärzteschaft ein gespaltenes Verhältnis hat: evidenzbasierte Medizin EBM. Diese Haltung, die vor allem von Fachärzten spürbar ist und sich mitunter auch in durchaus polemischen Auseinandersetzungen zeigt, wollen wir im Folgenden auf ihre Ursache hin untersuchen.

Auf die zunehmende Komplexität durch exponentiell wachsendes medizinisches Wissen hat die Medizin mit Spezialisierung reagiert. Indikationsgebiete bildeten sich heraus, Fachgesellschaften entstanden und konstituierten sich über eine intensive Forschung, die ihren Niederschlag in Studien und Guidelines für die klinische Praxis der jeweiligen Spezialisten findet. Vergleichen wir dies mit der Forschung in anderen Disziplinen, so stellen wir eine andere Ausgangslage fest: Die Medizin forscht, indem sie sich selber betrachtet, und dies nun nicht im Labor, sondern in der klinischen Praxis. Hier heisst Forschen also immer auch Behandeln, und diese Art des behandelnden Forschens führt zwangsläufig zur

Spezialisierung, denn wo Wissen so direkt an und in der Praxis verfeinert wird, da verästelt es sich auch.

Der Ruf nach einer Stärkung der Allgemeinmedizin mag aus ökonomischer und politischer Sicht seine Berechtigung haben, läuft dieser Entwicklung aber entgegen und ist deshalb letztlich der Ruf nach Stillstand der Medizin. Wer mit dem Anspruch einer aus der klinischen Praxis ausgelagerten Laborforschung auf der medizinischen Metaebene antritt, fasst die moderne Medizin nicht, denn er erfasst nicht, dass sie sich durch ihre stetige Weiterentwicklung in der medizinischen Praxis konstituiert – bei der Arbeit an und mit der Krankheit.

Der Code der medizinischen Forschung ist folglich als «wahr oder falsch» im Sinne von «wirkt oder wirkt nicht» zu verstehen, denn er leitet sich aus dem Code «gesund oder krank» der Medizin ab, während eine aus der Klinik ausgelagerte Forschung diesen Code als «wahr oder falsch» im Sinne von «erwiesen oder nicht erwiesen» sehen will. Dabei stösst sie an Grenzen, die in der Natur der Medizin liegen: Diese arbeitet auf der Ebene der Einzelfallbetrachtung, und dies mit gutem Grund. Was bei einem Patienten wirkt, in diesem Sinne also wahr ist, verfehlt beim anderen seine Wirkung, ist so gesehen also falsch. Für die klinisch-medizinische Forschung stellt dieser Umstand kein Problem, sondern praktischer Alltag dar. Eine Forschung, die nicht aus dieser Praxis heraus gewachsen ist, kann damit jedoch nicht umgehen und versteht die Zusammenhänge unter Umständen komplett falsch, was zu gefährlichen Missverständnissen führt, wenn sich diese über die medizinische Forschung hinwegsetzt, um aus einer falschen Perspektive heraus Sachverhalte falsch zu beurteilen, Schlüsse falsch zu ziehen und daraus Empfehlungen abzuleiten, die ihre Wirkung dann folglich auch verfehlen oder gar kontraproduktiv sind. Dies soll an drei Beispielen aufgezeigt werden:

- Wenn die Wirtschaftlichkeitsverfahren der santésuisse Ärzte mittels der Variablen Wohnkanton, Facharztgruppe und Patientengut in 21 Altersklassen beurteilen, dann zeigt sich darin, wie weit weg von der klinischen Praxis dieses Gremium ist. Eine Beurteilung, welche die Krankheiten der behandelten Patienten gar nicht erst berücksichtigt, die damit verursachten Kosten dann aber abwägt, mag ökonomisch sinnvoll

sein, medizinisch ist es nicht nur unwissenschaftlich, sondern kompletter Unsinn.

- Wenn Gremien wie das Swiss Medical Board SMB in ihren HTA-Berichten in der klinischen Praxis bewährte Behandlungspfade umpflügen, ohne ihre Berichte dann den Fachgesellschaften zur Stellungnahme vorzulegen, dann setzen sie sich über jahrzehntelange Forschungsarbeit in der klinischen Praxis am Patienten hinweg. Sie produzieren folglich Berichte, die diesem Patienten nicht gerecht werden und seine Sicherheit gefährden, fliessen sie als Weisungen mit Sanktionen in die klinische Praxis ein.
- Eine Bedarfsforschung, die mit reinen Mittelwertvergleichen arbeitet, ohne nach dem effektiven Bedarf der Patienten zu fragen, nützt diesem auch nichts, sondern führt vielmehr zu einer Angebotsplanung, die an ihm vorbeiläuft. Public-Health-Forschung sollte sich an der Forschung in und aus der klinischen Praxis orientieren, nicht umgekehrt.

Wir haben hier also eine aus der medizinischen Praxis ausgekoppelte Wissenschaft, die sich zusehends über die Wissenschaft in der klinischen Praxis setzt, diese negiert und ihre Erkenntnisse als Versuch abtut, mit ihren Studien lediglich ihre eigenen Pfründen schützen zu wollen. Es ist aber klar, dass eine Forschung, die sich am Patienten orientiert, um die letztlich entscheidende «Wahrheit» nicht herumkommt, die dieser darstellt, während beim Forschen am Schreibpult der Patient schnell mal ausser Sichtweite geraten kann.

Ethik und Medizin – eine Enttäuschung

Eingangs dieser Charta wurde an die moralischen Grundlagen erinnert, die der Arztberuf von jeher kennt. Es wurde dabei festgestellt, dass der Eid des Hippokrates und die Deklaration des Weltärztebundes insofern als ethische Konzepte bezeichnet werden können, als hier eine bestimmte Moralvorstellung und moralische Werte festgehalten sind, ebenso wie moralische Vorschriften, wie ihnen zu genügen sei. Diese Grundlagen reichen für die heutigen ethischen Probleme der Medizin nicht mehr aus, so der Tenor, Ethikinstitute, Ethikkommissionen,

Ethikbeiräte, -spezialisten und -berater kümmern sich um die ethischen Belange der Medizin. Sie alle bringen ihre Wertvorstellungen ein, und die Ethik ist ein weites Feld.

Es ist auch der Medizin klar, dass es fatal wäre, ihren Code «gesund oder krank» mit dem Code «gut oder böse» der Ethik zu überlagern. Gut oder böse ist hier in einem anderen Sinne auszudifferenzieren, als wenn es darum geht, dem Patienten die «böse Krankheit» auszutreiben, und hier kommt die Medizin alleine nicht weiter. Sie braucht die Ethik, mehr denn je, doch ist sie von ihrem Beitrag zur Lösung ihrer Probleme zusehends enttäuscht. Wenn Weisungen von Ethikkommissionen so ausgestaltet sind, dass sie je nach Bedarf und Gutdünken verstanden werden können und auch verstanden werden, dann ist dem Arzt mit ihnen nicht geholfen. Er sieht sich vielmehr nicht selten mit einer Art des Denkens, des Argumentierens und des Formulierens konfrontiert, die ihn befremdet und in der er sich nicht findet, sondern verliert.

Wenn dann auch noch ethisch eindeutig problematische Situationen wie die Zwangsausschaffungen von Flüchtlingen aus unserem Land im Verfahren Level IV, die geheimen Rezessionsverträge zwischen Ärzten und Krankenkassen und die unfaire Behandlung von Ärzten in den Verfahren der *santésuisse* von diesen Kommissionen unkommentiert bleiben, nicht eindeutig verurteilt oder gar gutgeheissen werden, dann verliert der Arzt das Vertrauen in diese Art, Ethik zu betreiben, die wohl scharfsinnig denkt und argumentiert, dabei aber das vermissen lässt, was Ethik für den Arzt bedeutet: Haltung einnehmen, Stellung beziehen, Verantwortung übernehmen. Wir werden uns im nächsten Kapitel damit auseinandersetzen, welche Probleme aus diesem Konflikt erwachsen, und einen Vorschlag unterbreiten, wie mit ihnen umgegangen werden könnte.

Die Medizin, ein verstörtes System

Ludwig Wittgenstein schreibt im *Tractatus Logico-Philosophicus*: «Die Grenzen meiner Sprache bedeuten die Grenzen meiner Welt» (38). Wenn sich die Teilsysteme des Gesundheitswesens missverstehen, so nicht nur, weil sie verschiedene Sprachen sprechen, sondern weil sich in diesen Sprachen ganz verschiedene Welten nicht nur abbilden, sondern konstituieren. Die Probleme, die sich aus den Überlagerungen der Teilsysteme und ihrer Codes ergeben, habe ich hier aus der Sicht der Soziologischen Systemtheorie besser zu verstehen versucht, wobei ich von der Medizin ausgegangen bin, die im Mittelpunkt der Betrachtungen dieser Charta steht. Dass ich damit der Komplexität des Gesundheitswesens

nicht ganz gerecht werden kann, versteht sich. Einerseits bestehen diese Interaktionen und Übergriffe natürlich auch zwischen anderen Teilsystemen und gestaltet sich auch differenzierter, als ich dies hier verfolgen konnte. Andererseits kann auch die Soziologische Systemtheorie, wie jedes Modell, letztlich nicht mehr sein als ein Versuch, Wirklichkeit zu verstehen und zu deuten, indem wir sie durch das Raster dieses Modells betrachten. Was wir indes alle wahrnehmen, ist, dass unser Gesundheitswesen in hohem Masse verstört ist und dass die Medizin, ihr Epizentrum gewissermassen, am stärksten von dieser Verstörung betroffen ist. Wie konnte dies geschehen?

Die Medizin hat nicht nur, wie aufgezeigt wurde, die Besonderheit, sich als einziges Teilsystem des Gesundheitswesens nicht über das zu definieren, was ist, wenn sie ist, sondern über das, was ist, wenn sie nicht ist: die Krankheit. Sie hat überdies den «Vorteil», wenn man so will, dass ihre Daseinsberechtigung nicht infrage gestellt werden kann. Man kann sich fragen, was wäre, wenn wir keine Ökonomie, keine Politik, kein Rechtswesen, keine Wissenschaft, kein Moralsystem hätten, und kommt in all diesen Fällen zum Schluss, dass der Mensch auch dann denkbar wäre. Seine Krankheiten hingegen wird er immer zu heilen oder zu lindern versuchen, und damit geniesst die Medizin einen Status, der die Ausbildung sinnstiftender Funktionen für die längste Zeit der Geschichte der Medizin überflüssig gemacht hat. Dies hat seinen Niederschlag wohl durchaus in einer gewissen Selbstgefälligkeit, die man Medizinern ja mitunter auch vorwirft. In den letzten Jahrzehnten ist nun aber etwas passiert, was die Medizin in ihrem Kern erschüttert hat: Sie ist zum Opfer ihres eigenen Erfolgs geworden.

Der stetige Fortschritt der Medizin, vor allem ihre enormen Fortschritte der letzten Jahre und Jahrzehnte haben dazu geführt, dass die Medizin immer tiefer in fast alle Bereiche der Gesellschaft vorgedrungen ist. Sie kann heute Krankheiten heilen, die lange als nun mal zu akzeptierende Schicksalsschläge galten, kann Vorgänge unseres Körpers sichtbar machen, die uns zuvor verborgen und geheimnisvoll waren. Die zeitgleich stattfindende Abkehr von metaphysischen Konzepten hat eine Lücke aufgetan, die die Medizin seither auszufüllen begann: sie ist zur Ideologie, wenn nicht gar zur Religion geworden. Und damit sieht sie sich nun mit dem Skeptizismus konfrontiert, mit dem wir Ideologien und Religionen nun mal begegnen. Sie wird infrage gestellt. Und stellt sich deshalb selber (nun vielleicht etwas zu sehr) infrage.

Wir spüren diese Verunsicherung nicht offensichtlich, sehen sie erst auf den zweiten Blick, denn auf den ersten tritt die Medizin heute so selbstsicher auf wie ehemals. Unterziehen wir sie einem Röntgenblick, wie wir es in diesem Kapitel getan haben, so zeigt sich indes, wo sich ihre Verunsicherung verrät: in der Applizierung medizinfremder Systemcodes auf ihr System und im integrativen Einweben dieser Codes in ihren Code. Damit verliert die Medizin ihre Identität, ihr Profil verwässert. Was ist sie noch, was will sie sein? Eine Abteilung der Ökonomie? Ein Departement der Politik? Wer soll sie dort noch konstituieren, wer garantieren, dass sie Medizin im Sinne und im Auftrag des Patienten bleibt?

Der VEMS ist der Meinung, dies konnte immer schon nur der einzelne Arzt, der Verantwortung übernimmt, und dies wird auch immer nur jeder einzelne Arzt können, auf den es folglich ankommt, wollen wir ein gesundes, menschenwürdiges Gesundheitswesen für die Zukunft gestalten. Dies ist vielleicht die grösste Herausforderung, mit der sich die Medizin je konfrontiert sah. Schafft sie dies nicht, wird sie hinnehmen müssen, dass Patienten an der inakzeptabelsten aller Krankheiten sterben: der Gleichgültigkeit.