

„Zwischenmenschlichkeit is Grundbedingung für gute M

Im Interview: Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M. A. phil., Lehrstuhlinhaber für Medizinethik der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

„Wir dürfen die strukturell bedingten Probleme der modernen Medizin nicht privatisieren, sondern wir müssen sie sowohl strukturell als auch individuell lösen.“ Mit diesen Worten tritt der Medizinethiker und Arzt für ein neues Verständnis dessen ein, was einen guten Arzt, was gute Medizin ausmacht. Seiner Ansicht nach macht das ärztliche Können vor allem „die verlässliche Beurteilung des Einzelfalls“ aus, für die man verschiedene Wissensformen zusammenführen müsse, für die aber auch „mehr Zeitautonomie“ und zugleich „mehr Sensibilisierung für die Bedeutsamkeit des verständigungsorientierten und damit problemlösenden Gesprächs“ nötig sei. Der zentrale Weg zu einer guten Medizin führt für ihn über eine „Investition in eine Vertrauensbeziehung zum Patienten.“

>> „Ohne Einsicht in die Grenzen des Machbaren und den Sinn des Gegebenen können wir nicht glücklich werden.“ Erinnern Sie sich noch, wann Sie das geschrieben haben?

Ja, das ist ein Zitat aus einer Buchpublikation von 2014.

Hand aufs Herz: Haben Sie das Gefühl, dass sich in der Medizin „die Grenzen des Machbaren und der Sinn des Gegebenen“ in der inzwischen vergangenen knappen Dekade zum Besseren entwickelt haben?

Manche Dinge sind besser geworden, leider hat die Durchökonomisierung der Medizin und damit die Entfernung vom Patientenwohl immer weiter zugenommen.

In ihrem Vortrag auf der Veranstaltung „Diabetesversorgung bis 2030 – wie viel Fortschritt wagen wir?“, im Herbst vergangenen Jahres von Novo Nordisk in der Königlich Dänischen Botschaft Berlin veranstaltet, fragten Sie nach Anspruch und Wirklichkeit im Gesundheitssystem und ob das Patientenwohl an erster Stelle stehe. Wie lautete Ihre Antwort?

Ich habe aufgezeigt, dass gerade die Behandlung und Begleitung von Patienten mit Diabetes es erforderlich macht, jeden Patienten in seinem Lebenskontext zu sehen, und dass die Qualität der Therapie auf eine Qualität der Beziehung angewiesen ist. Ich habe dies deswegen betont, um dafür zu sensibilisieren, dass Ärztinnen und Ärzte für die Verwirklichung einer patientenorientierten Medizin einer Kombination aus Evidenz und Beziehung bedürfen, und dass die Rahmenbedingungen für Letzteres gegenwärtig kaum gegeben sind.

st die
Medizin“

In Ihrem Vortrag gingen Sie ebenso auf eine Diskrepanz ein, die im Zeitalter der Evidence based Medicine unterzugehen scheint: Einerseits, so sagten Sie in etwa, könne „Medizin nur dann gut sein, wenn sie sich als Wissenschaft versteht“, andererseits sei die Medizin wiederum keine theoretische Wissenschaft, die es alleine mit Naturgesetzen zu tun habe, sondern eine praktische, singuläre Medizin, die immer gefordert sei, im Einzelfall zu entscheiden. Demnach müsse sich die Medizin als Brückendisziplin begreifen, die zur Synthese angehalten sei. Wohin führt uns dieser Gedanke?

Ich wollte damit verdeutlichen, dass die Professionalität der Ärztinnen und Ärzte darin besteht, in der Kenntnis des Allgemeinen das Besondere des Patienten zu erfassen; es ist die verlässliche Beurteilung des Einzelfalls, die das Können der Ärztinnen und Ärzte ausmacht. Um aber diesen Einzelfall gut beurteilen zu können, muss man eben verschiedene Wissensformen zusammenführen; da gibt es den verobjektivierbaren Lokalbefund und es gibt das weniger verobjektivierbare, weil subjektive Empfinden; es gibt das, was ich messen und abbilden kann, und es gibt das, was ich nur hören kann. Es gibt das, was ich zeigen kann, und das, was ich vor allem ertasten kann. Es gibt das, was das NMR-Bild mir zeigt, und es gibt das, was der Patient mir sagt. All das muss man in der ärztlichen Praxis ständig zusammenführen, weil ärztlich tätig zu sein unweigerlich mit dem Anspruch einhergeht, sich ein Gesamtbild vom Patienten zu machen. Das gilt allgemein für die gesamte Medizin, aber für die Diabetologie im Besonderen.

Sie wiesen in Ihrem Vortrag aber auch auf eine zweite Dissonanz hin: zwischen dem geforderten zweckrationalen und dem ebenso nötigen verständigungsorientierten, hermeneutischen Denken, wobei die Synthese beider Denkarten die Medizin so anspruchsvoll mache. Nur findet man im EBM (auch nicht in der GÖA) keine entsprechende Ziffer dafür. Ist das nicht die größte Fehlsteuerung im System Arzt/Patient?

Das ist nicht nur eine Fehlsteuerung, sondern das ist ein Reduktionismus im Kopf, der durch solche Strukturen zur Normalität wird und damit Generationen an Ärztinnen und Ärzten falsch prägt. Als Ärztin, als Arzt muss man eben die Laborwelt mit der Lebenswelt des Patienten zusammenführen; die Laborwelt kann man abrechnen, das Verstehenwollen der Lebenswelt des Patienten hingegen gilt als vorprofessionell, und genau das ist der Gedankenfehler. Im Grunde folgt die Gebührenordnung implizit einem mechanistischen Menschenbild und zugleich einem positivistischen Wissenschaftsverständnis. Medizin braucht naturwissenschaftliche Fakten, aber sie geht darin nicht auf, weil die Medizin es nicht damit zu tun hat, einen Organismus zu reparieren, sondern sie tritt auf, um Menschen zu helfen. Deswegen kann die Medizin nicht im Reparaturparadigma aufgehen, sondern sie muss das Zwischenmenschliche als integralen Bestandteil ihrer Wissenschaftlichkeit und Professionalität begreifen.

Worin liegt in Ihren Augen die eigentliche Leistung der Ärzt:innen, obwohl derzeit, wie Sie ausführen, nach dem Motto bezahlt werde „Hauptsache viel gemacht, aber wenig gedacht“?

Die eigentliche Leistung der Ärztinnen und Ärzte liegt darin, die Komplexität der Patientengeschichte zu erfassen und durch ihre

Zitationshinweis

Maio, G., Stegmaier, P.: „Zwischenmenschlichkeit ist die Grundbedingung für gute Medizin“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (02/23), S. 12–14. http://doi.org/10.24945/MVF.02.23.1866-0533.2490

Erfahrung mit dem Patienten gemeinsam an der Bewältigung ihrer krankheitsbedingten Probleme mitzuwirken. Es ist eben die Verbindung aus Komplexitätsbewältigungskompetenz und Problemlösungskompetenz, die sie jeden Tag in Anschlag bringen müssen. Anders kann man nicht ärztlich tätig sein. Dadurch wird deutlich, dass die Leistung der Ärzte eben nicht auf eine bloße Rezeptologie reduziert werden darf, weil vor der richtigen Aktion immer erst eine gelungene Interaktion stattgefunden haben muss. Daher ist die Zwischenmenschlichkeit in der Medizin nicht etwas Supererogatorisches, sondern es ist die Grundbedingung für ein wissenschaftlich solides Vorgehen, denn wenn man keine Zeit hat, dem Patienten zuzuhören, wird man das falsche Rezept ausschreiben oder überhören, dass das Rezept nicht wirklich zur Problemlösung beiträgt.

Sie mahnen eine „Bereitschaft zu sprechen“ an, schränken in Ihrem Vortrag aber auch ein, dass diese Bereitschaft an Strukturen gebunden sei, die vorgehalten werden müssten. Gelingt das in einem ökonomisierten System, indem eigentlich nur Einzelleistungen honoriert werden, die Qualität und die Holistik hingegen im besten Fall Zufallsprodukte sind?

Wir dürfen die strukturell bedingten Probleme der modernen Medizin nicht privatisieren, sondern wir müssen sie sowohl strukturell als auch individuell lösen. Wir brauchen mehr Zeitautonomie für die Ärzte und zugleich mehr Sensibilisierung für die Bedeutsamkeit des verständigungsorientierten und damit problemlösenden Gesprächs.

„Wir müssen anerkennen, dass wir gerade bei chronischen Krankheiten eben nicht von der Vision ausgehen dürfen, die anzustrebende Gesundheit könne produziert werden, sie kann nur co-produziert werden.“ Mit diesem Satz ernteten Sie bei den anwesenden Ärzt:innen der Veranstaltung „Diabetesversorgung bis 2030“ viel Beifall. Wie kann diese Co-Produktion gefördert und ins System implementiert werden, obwohl es (derzeit) keine Verpflichtung dazu gibt?

Das geht nur durch Beziehungsarbeit. Keine Belehrung, kein Dozieren, kein Moralisieren und kein Drohen. Sondern Investition in eine Vertrauensbeziehung zum Patienten. Das ist der zentrale Weg zu einer guten Medizin.


© Silke Wernet

Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A. phil.

ist Direktoriumsmitglied des Interdisziplinären Ethik-Zentrums Freiburg, Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin sowie Mitglied des Ausschusses für ethische und juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer. Abgeschlossene Studien der Philosophie und Medizin, nach langjähriger internistisch-klinischer Tätigkeit und anschließender Assistentenzeit an medizintheoretischen Instituten Habilitation für Ethik in der Medizin (Juli 2000), 2002 Berufung in die Zentrale Ethik-Kommission für Stammzellenforschung durch die Bundesregierung, 2004 Ruf auf die C4-Professur für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin der Uni Bochum, 2004 Ruf auf die C4-Professur für Geschichte und Ethik der Medizin der RWTH Aachen, 2005 Ruf auf das Ordinariat für Biomedizinische Ethik der Universität Zürich. 2005 Ruf auf die Universitätsprofessur für Bioethik/Medizinethik der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg (angenommen).

Haben Ärzt:innen und vor allem ihre Lobbyisten nicht auch eine Mitschuld am derzeitigen Honorierungssystem? Macht es sich die Ärzteschaft nicht etwas zu leicht, wenn sie aus ihrer betrieblichen Logik heraus die (leicht zu berechnende) Quantität der von ihr erbrachten Einzelleistungen statt eine nur schwerlich genau zuordenbare Qualität bezahlt haben will?

Wir haben leider eine sehr einseitige Sozialisation der Ärztinnen und Ärzte. Das Studium erliegt dem Fehler einer naturwissenschaftlichen Vereinseitigung, und die Praxis erliegt dem Fehler einer ingenieurswissenschaftlichen Herangehensweise an den Menschen. Beides muss korrigiert werden, damit ein integrativer Ansatz der Medizin Fuß fassen kann.

Viele Protagonisten reden einer „Value based Medizin“ das Wort, die nur dann gelingen kann, wenn wir von der bisherigen Therapeuten- zu einer Patientenzentrierung kommen, warf Moderator Prof. Dr. Tschöpe ins Gespräch nach Ihrem Vortrag ein. Wie kommen wir dahin? Würden denn die Ärzteschaft bei einem solchen Paradigmenwechsel nicht viel mehr gewinnen als monetär verlieren?

Meine Studierenden im Hörsaal haben sich für Medizin entschieden, weil sie eben weder ein Ingenieursstudium wollten noch ein Wirtschaftsstudium. Sie wollen einen menschennahen Beruf ausüben, und das ist das tatsächlich Erfüllende und Sinnstiftende am ärztlichen Beruf, dass man in der Begegnung mit Menschen ihnen etwas Gutes tun kann. Die Patientenorientierung ist daher keine neue Wegweisung, sondern sie ist die eigentliche Grundlage, ja der eigentliche Sinn der Medizin. Wir haben diesen Sinn nur aus dem Blick verloren und müssen ihn im Interesse der Patienten, aber auch im Interesse einer sinnstiftenden ärztlichen Tätigkeit wieder in den Mittelpunkt allen Denkens und Handelns in der Medizin rücken. <<

Herr Professor Maio, danke für das Gespräch.

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Probleme für Lauterbach

>> Die einen werfen ihm einen „frisierten Lebenslauf“ (Elke Bodderas, „DIE WELT“), die anderen zumindest „Ungereimtheiten in einer Bewerbung“ („Focus“) vor. Und die dritten fragen, ob „Lauterbach seinen Lebenslauf gefälscht“ („ProSieben“) habe. Am ausführlichsten berichtet das Autorentrio Elke Bodderas, Tim Rhön und Benjamin Stibi in der „Welt am Sonntag“, in der sie auf einer Doppelseite die Frage stellen: „Wo sind Lauterbachs Millionen?“ Das Problem bei all den Berichten und damit publik werdenden Vorwürfen: Sie sind gute 25 Jahre alt, die Unterlagen im vordigalen Zeitalter schwer zu finden und der Betroffene, der heutige Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach, kann sich nicht mehr erinnern.

Die Medienberichte beziehen sich allesamt auf eine fünfteilige Folge mit dem Titel „Der Karlatan“ von Thomas Kubo im Nachrichtenmagazin „Der Hintergrund“, dessen Verlag (Selbrund, Frankfurt) online versichert, dass „Verlag und Redaktion konzernunabhängig arbeiten und weder einer Partei noch einer anderen Organisation nahestehen“. Wenn die Recherche stimmt, kommen auf Lauterbach stürmische Zeiten zu. <<

Sektorengleiche Vergütung

>> Das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung hat eine Analyse der Auswirkungen einer erhöhten ambulanten, beziehungsweise einheitlichen, sektorengleichen Vergütung veröffentlicht. Das Whitepaper mit dem Titel „Preissetzung bei ambulantisierbaren medizinischen Leistungen“ bietet zur Textfassung auch eine Excel-Berechnungstabelle, mit der die Aussagen nachvollzogen werden können. <<

Link: https://bit.ly/3yzGxwX

Maios Publikationen

Maio, G. (2018): Werte für die Medizin. Warum die Heilberufe ihre eigene Identität verteidigen müssen. München: Kösel.

Maio, G. (2017): Mittelpunkt Mensch. Lehrbuch der Ethik in der Medizin.

Mit einer Einführung in die Ethik der Pflege. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Schattauer. Maio, G. (2015): Den kranken Menschen verstehen. Für eine Medizin der Zuwendung. Freiburg: Herder.

Maio, G. (2014): Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft. medizinHuman Bd. 15. Berlin: Suhrkamp.

Maio, G. (2014): Medizin ohne Maß? Vom Diktat des Machbaren zu einer Ethik der Besonnenheit. Stuttgart: TRIAS.

Krankenhausfallzahlen: Rückgang 2022 noch größer in Pandemiejahren

>> Die Zahl der somatischen Krankenhausfälle in Deutschland ist 2022 im Vergleich zum Jahr 2019 um 15% gesunken – und damit noch stärker als 2020 (minus 13%) und 2021 (minus 14%). Bei den psychiatrischen Fällen war der Rückgang 2022 gegenüber 2019 mit 11% etwas weniger stark ausgeprägt. Das zeigt eine Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

„Corona hatte die deutschen Kliniken auch im dritten Jahr der Pandemie fest im Griff – aber aus anderen Gründen als in den ersten Infektionswellen der Jahre 2020 und 2021“, erklärt WIdO-Geschäftsführer Jürgen Klauber. „Die Fallzahl-Rückgänge im vergangenen Jahr waren nicht mehr dadurch bedingt, dass Kapazitäten für schwer erkrankte Corona-Patient:innen freigehalten wurden, sondern wesentlich durch die enormen Personalausfälle infolge der durch die Omikron-Variante verursachten Infektionswellen des Jahres 2022.“ Die größten Fallzahlrückgänge gegenüber dem Vergleichs-Zeitraum 2019 waren in der fünften Infektionswelle von Januar bis Mai 2022 zu verzeichnen.

Die Aufschlüsselung der Zahlen nach Behandlungsanlässen bis Oktober 2022 zeigt nach Angaben des WIdO: Die stärksten Einbrüche gab es erneut bei den sogenannten ambulant-sensitiven Diagnosen, die sowohl im Krankenhaus als auch von entsprechend qualifizierten niedergelassenen Ärzt:innen adäquat behandelt werden können. So waren bei Rückenschmerzen (minus 35%) sowie Bluthochdruck (minus 35%) die größten Rückgänge gegenüber dem Vergleichsjahr 2019 zu verzeichnen, gefolgt von der chronischen Lungenerkrankung COPD (minus 28%), Diabetes (minus 2%) und Herzinsuffizienz (minus 1%). „Schon in den ersten beiden Jahren der Pandemie gab es Rückgänge in vergleichbarer Größenordnung. Corona wirkt sich hier offensichtlich beschleunigend im Sinne der in Deutschland dringend gebotenen stärkeren Ambulantisierung aus. Bei einzelnen Diagnosen dürfte angesichts der großen und anhaltenden Einbrüche auch der Abbau von Überversorgung eine Rolle spielen.“

Im Gegensatz zu den beiden Vorjahren haben sich die OP-Zahlen bei den planbaren Hüftgelenksimplantationen trotz der Omikron-Wellen normalisiert (minus 2%). Erneut starke Einbrüche gab es dagegen bei den Mandeloperationen (minus 35%). „Eine Ursache könnte sein, dass die Hygieneregeln während der Pandemie das Auftreten von Mandelentzündungen verringert haben. Doch die Rückgänge könnten auch auf einen Abbau von Überversorgung hindeuten“, so Klauber. „Studien und Analysen zeigen nämlich, dass diese Eingriffe in der Vergangenheit häufig ohne leitliniengerechte Indikation durchgeführt wurden.“

Bei den Brustkrebs-OPs gab es laut WIdO-Analyse einen Rückgang um 5 Prozent gegenüber 2019. „Besonderen Anlass zur Sorge gibt der deutlich stärkere Einbruch bei den Darmkrebsoperationen“, betont Jürgen Klauber. Diese gingen gegenüber der Zeit vor der Pandemie um 16% zurück – und damit noch stärker als im ersten (minus 10%) und zweiten Pandemiejahr (minus 1%). „Das könnte mit dem reduzierten Umfang der Darmspiegelungen zu tun haben, den wir bereits in früheren Auswertungen des WIdO festgestellt haben“, erklärt Jürgen Klauber.

Auffällig sei auch der anhaltende Rückgang der Fallzahlen bei den Herzinfarkten und Schlaganfällen, der in den WIdO-Daten bis Oktober 2022 zu sehen ist: Die Herzinfarkt-Behandlungen sind gegenüber 2019 um 13% zurückgegangen, die Schlaganfallbehandlungen um 11%. Damit gab es bei diesen Notfällen sogar noch stärkere Rückgänge als im ersten und zweiten Pandemiejahr. „Wir können uns das nicht hundertprozentig erklären. Die Daten deuten darauf hin, dass die Rückgänge bei den leichteren Infarkten und Schlaganfällen höher sind. Offenbar sind insbesondere Menschen mit milderen Symptomen weniger im Krankenhaus behandelt worden“, so Klauber. Es gelte weiter der Appell, bei diesen Notfällen unbedingt und ohne Zögern den Rettungsdienst zu alarmieren.

Das WIdO hat in seiner Auswertung auch die Entwicklungen bei den stationär behandelten Patientinnen und Patienten betrachtet, die wegen Covid-19 im Krankenhaus waren. Im Zuge der Omikron-Wellen hat der Anteil der Patient:innen, die nicht primär wegen Covid-19 im Krankenhaus waren, aber diese Diagnose auch aufwiesen, im Jahr 2022 deutlich zugenommen. Für einen konsistenten Vergleich über die Pandemiewellen hinweg sei die WIdO-Auswertung daher auf Patient:innen beschränkt worden, bei denen Covid-19 der primäre Behandlungsanlass war. <<

Link: https://bit.ly/3mPEHFz