

Interview mit Prof. emer. Dr. Georg Eisner, Bern

«Man zahlt den Arzt nicht für das, was er macht, sondern für das, was er weiss»

Die Kataraktoperation sei viel zu teuer, findet die Politik und behandelt die Chirurgen so, wie man es keiner anderen Berufssparte zumutet. Eine Routine-Kataraktoperation geht heute so schnell, dass man glaubt, das Honorar müsse auf die aufgewendeten Minuten justiert werden. Kein Heizungsmonteur wird für die kurze Zeit zum Wechseln eines Ventils bezahlt, sondern für das Wissen, welches Ventil wo einzusetzen sei. Kein Ingenieur wird ausschliesslich für die Zeit bezahlt, die er für die endgültige Werkzeugzeichnung benötigt. Das Problem illustriert Prof. emer. Georg Eisner, Bern, an der Entwicklung der Kataraktoperation, die sie in einem einzigen Berufsleben genommen hat.

Das Manipulatorische für den Routineeingriff sei einfach und könne auch einem geschickten Anatomie-Präparator in kurzer Zeit beigebracht werden, so der emeritierte Berner Lehrstuhlinhaber. Was aber gute Chirurgen und Chirurginnen ausmacht, ist das Wissen, wie man mit allfälligen Komplikationen umgeht, wie man drohende Komplikationen rechtzeitig erkennt und vermeidet und wie man auf eine eingetretene Komplikation – Zonulariss, missglückte Kapsulorhexis, Hinterkapselriss etc. – so reagiert, dass das Endresultat sich von einem Normalfall nicht unterscheidet.

Als Georg Eisner den augenärztlichen Beruf erlernte, war die Welt noch eine völlig andere. Allein schon der Schnitt zur Eröffnung des Auges selbst, der Gräfeschnitt oder der Lanzenschnitt, war komplikationsträchtig. Er verlangte ein enormes Geschick, denn die Öffnung musste in einer einzigen zügigen Bewegung beendet werden, d.h. bevor Kammerwasser abfloss, das Auge weich wurde und das Messer nicht mehr schnitt.



In Basel, wo der spätere Ordinarius und Dekan seine Laufbahn begann, wurden die Schnitte bei einer Kataraktoperation nicht genäht, wegen der Gefahr einer Fadeninfektion – Antibiotika waren erst kürzlich verfügbar und noch nicht genügend erprobt. Die Wunde musste der Selbstheilung überlassen werden, was bedeutete, dass sich die Patienten in der Frühphase nicht bewegen durften. Um Augenbewegungen zu verhindern, wurden beide Augen verbunden. Der Kopf wurde mit Sandsack links und Sandsack rechts fixiert, der Körper mit Hand- und Fussfesseln. So verblieb der Patient während fünf Tagen. Erst dann löste man den Binokularverband und prüfte ängstlich das Resultat.

Die peinvolle Prozedur hatte zur Folge, dass die Patienten schon eine Woche vor dem Eingriff in die Klinik eintreten mussten, um präoperativ genau abzuklären, ob ihnen all dies überhaupt zumutbar sei. Es fand damals an der Augenklinik in Basel sogar ein Symposium gemeinsam mit Internisten und Psychiatern statt, in dem man nach Massnahmen suchte, in der Frühphase Pneumonien und Thrombosen sowie psychische Dekompensationen zu verhüten. Ebenfalls diskutiert wurde, ob man Patienten bis 60 Jahre (vielleicht doch noch über 65 Jahre?) überhaupt noch ope-

rieren dürfe. Resultat: In den Statistiken zur Blindheit figurierte damals die Katarakt noch immer als eine der Hauptursachen.

Postoperativ mussten die Patienten noch mindestens zwei Wochen in der Klinik verweilen, wiederum mit strengen Restriktionen. Und auch nach der Entlassung nach Hause galten weitere Einschränkungen. Eine Brillenverordnung erfolgte erst nach definitivem Wundverschluss, in der Regel also nach 6 Monaten, denn zuvor wechselte die Refraktion noch ständig.

In den Statistiken zur Blindheit figurierte damals die Katarakt als eine der Hauptursachen.

Aber die Patienten blieben weiterhin behindert. Die damals üblichen Starbrillen schränkten das Gesichtsfeld und damit die Beweglichkeit ein, sie verzerrten das Bild und lösten Schwindelgefühle aus. Deshalb waren viele Tätigkeiten in Beruf und Sport nicht mehr möglich. Ein grosser Teil der Operierten war für die verbleibende Lebensspanne invalidisiert.

Wie anders heute.

Was Georg Eisner schon von Patientenseite wusste, erfuhr er selbst bei seiner eigenen Kataraktoperation: Noch am Operationstag konnte er an einem Empfang teilnehmen. Und weder zu irgendeinem späteren Zeitpunkt noch bei irgendeiner Tätigkeit war er behindert. Die alte Brille konnte er in gewohnter Weise weiterhin benutzen.

Der Nutzen der modernen Kataraktchirurgie lässt sich nicht einfach durch den Zeitaufwand der Chirurgen bemessen. Zum einen liegt er in einer enorm niedrigen Komplikationsrate, die es erlaubt, Patienten genau dann zu operieren, wenn sie die Sehverminderung stört, und sei es

auch nur beim Autofahren – man bedenke, dass man noch vor nicht allzu langer Zeit den Patienten riet, lieber aufs Auto zu verzichten als zu riskieren, nach einer Komplikation die noch vorhandenen Sehfunktionen zu gefährden. In einem früher unvorstellbaren Ausmass hat sich die Lebensqualität der alternden Bevölkerung verbessert!

Der Nutzen der modernen Kataraktchirurgie besteht auch in der enorm niedrigen Komplikationsrate.

Zum andern sollte der Nutzen richtig gewichtet werden: Keine gesundheitliche Begrenzung der Operationsfähigkeit, keine monatelangen Arbeitsausfälle, keine Frühinvalidität – was man sich einst nicht einmal im Traum vorstellen konnte – ist heute Normalität. Diese Fakten, und nicht zuletzt auch der volkswirtschaftliche Nutzen in Zahlen, müssten in die Diskussionen im Gesundheitsbereich einbezogen werden. Die Kataraktoperation ist dafür ein eindrückliches Beispiel.

Diese Fakten, und nicht zuletzt auch der volkswirtschaftliche Nutzen in Zahlen, müssten in die Diskussionen im Gesundheitsbereich einbezogen werden.

Demotivation der begeistert Tätigen

Bei den heutigen Tendenzen im Gesundheitswesen droht jedoch, so warnt Prof. Eisner, die Demotivation der begeistert Tätigen. Er schildert dies anhand der Wahrscheinlichkeit von ärztlichen Motivationen: Voller Einsatz für die Patienten; Patientengespräche so ausführlich, wie es die Situation verlangt, ohne Blick auf die Uhr; stetige Bereitschaft, Patienten in Not anzunehmen, auch wenn dies auf Kosten der Freizeit geschieht; voller Einsatz bei der Weiterbildung, sogar auf Kosten von Ferien; höchste Präzision in der Chirurgie, auch wenn dies den Zeitaufwand deutlich vergrössert; Bereitschaft, veraltete Geräte zu erneuern, ohne als Erstes zu fragen, ob dies finanziell rentiert; absolute Zuverlässigkeit im Abrechnungsverfahren und so weiter.

Diese Faktoren lassen sich in Wahrscheinlichkeitskurven darstellen, auf denen die erwünschten Eigenschaften auf der X-Achse eingetragen werden. Bei den Ärztinnen und Ärzten weichen sie von der Normalverteilung deutlich ab, indem sich die Kurven asymmetrisch nach rechts, in Richtung der erwünschten Eigenschaften, verschieben (Abb. 1), so wie man es ganz generell erwartet und was sich auch bislang im häufig noch hohen Ansehen der Ärztinnen und Ärzte widerspiegelt.

Entscheidend ist nun Folgendes: Was man auch gesundheitspolitisch tut, kann die Kurve nach links (unerwünscht, Abb. 2) oder weiter nach rechts (erwünscht) verschieben. Und nach diesen Gesichtspunkten sollten alle Massnahmen überprüft werden. Wie wird sich die Motivation in Richtung erwünschtem Tun oder ins Gegenteil verändern?

Wenn z. B. die Tarife gesenkt werden, wird dann das Patientengespräch leiden oder wird es besser? Wird die Bereitschaft, neue, potenziell mühsame Patienten anzunehmen sinken? Reduzieren die Chirurgen den Zeitaufwand bei einer Phako, indem sie die Hinterkapsel weniger sorgfältig putzen? Verzögern sie die Anschaf-

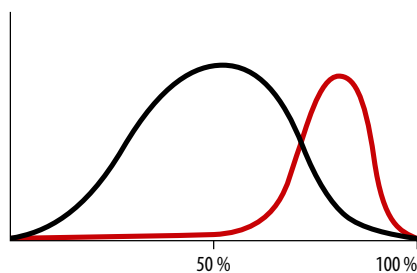


Abb. 1 Erwünschtes Verhalten: Normalverteilung (schwarz) in einer «Durchschnitts-Population» und Verschiebung der Kurve nach rechts (rot: überdurchschnittliche Repräsentation erwünschten Verhaltens, typisch für die ärztliche Population).

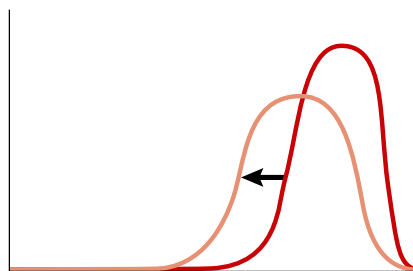


Abb. 2 Verschiebung der Kurve erwünschten Verhaltens nach links z. B. aufgrund politischer Weichenstellungen (ausgeprägt erwünschtes Verhalten nimmt ab).

fung optimaler Geräte? Verkürzt man die Weiterbildung auf das unumgängliche Minimum? Werden Schlupflöcher bei der Abrechnung vermehrt ausgenützt?

Bei der Beurteilung brauchen wir uns um die Extreme nicht zu kümmern, so Prof. Eisner. Ganz links liegen die – vereinzelt – «Teufel», die, was auch immer unternommen wird, ihr unerwünschtes Tun fortsetzen. Ganz rechts sind die «Engel», die unbeirrbar nur das Erwünschte tun. Der Einfluss politischer Massnahmen auf die Motivationskurven ist so bedeutsam, dass wir unermüdlich – ja, unermüdlich! – die Politiker auf potenzielle Verschiebungen hinweisen müssen, so Prof. Eisners Appell an die gesamte Augenärzteschaft.

Wie steht es mit der Ausbildung?

Die Entwicklung der chirurgischen Technik ist, man kann es nicht anders ausdrücken, überwältigend. Aber es bleibt noch ein wichtiges Problem zu lösen. Wie steht es mit der Ausbildung? Hier ist Georg Eisner pessimistischer. Wie stehen die Lehrspitäler in ihrer Konkurrenz zu den Privatspitälern da? Wie kommen sie zu genügend «Fällen», an denen junge Operateure ausgebildet werden können? Wie wirkt es sich im Konkurrenzverhalten aus, wenn öffentlich laut verkündet wird, eine Kataraktoperation dauere bloss 15 Minuten, am Lehrspital, wo Lernende beteiligt sind, hingegen länger? Wie finden Lehrbefähigte die Zeit, Jüngeren bei jeder Operation zu assistieren – die Vorbedingung für Eingriffe durch Lernende? Und wie motiviert man die Lehrbefähigten, dies zu tun, zu Lasten anderer Tätigkeiten, die mehr Prestige versprechen?

Die Fortschritte der modernen Chirurgie – man kann es nicht genug betonen – hängen nicht nur von der Technik ab, sondern im Wesentlichen auch von der Ausbildung. Aber, so zitiert Prof. Eisner Theodor Fontane: «Dies ist ein zu weites Feld ...» •

Das Gespräch führte Ulrike Novotny

Wir müssen unermüdlich die Politiker auf potenzielle Verschiebungen der Motivationskurve und des erwünschten Verhaltens hinweisen, die infolge ihrer Massnahmen eintreten.