

Samstagsinterview

Thierry Carrel, Professor für Herz- und Gefässchirurgie an der Universitätsklinik im Inselspital Bern

«Die Möglichkeiten der Medizin sollten nicht missbraucht werden»

Heute sei praktisch alles machbar, aber nicht jede Behandlung sei wünschbar und sinnvoll, sagt Thierry Carrel.



Foto: zvg

Interview: Rudolf Burger

Herr Carrel, haben Sie schon einmal einem Patienten gesagt: Tut mir leid, bei Ihnen lohnt sich die Operation nicht mehr?

Vielleicht nicht ganz so direkt. Aber bei vielen Patienten habe ich das Gefühl, dass ich sie vor einem Eingriff mit sehr hohem Risiko schützen muss, insbesondere, wenn der Vorteil des Eingriffs nicht klar ist. Es muss nicht immer alles gemacht werden, nur weil es technisch möglich ist.

Gibt es häufig solche Gespräche?

Nicht sehr häufig, aber zunehmend, bedingt durch die Alterung der Bevölkerung und den Fortschritt der Technologie. Es geht darum, dass unsere Patienten von Eingriffen möglichst profitieren: Verschwinden von Symptomen, Verbesserung der Lebensqualität, der Leistungsfähigkeit, der Selbstständigkeit. Wenn solche Kriterien erfüllt sind, ist es schwierig, einen Eingriff zu verweigern.

Und wenn nicht?

Wenn ich Zweifel habe, ob die erste Hürde, das Überleben nach dem Eingriff, überwunden werden kann, muss ich das dem Patienten mitteilen. Heute ist praktisch alles machbar, aber nicht jede Behandlung ist wünschbar und sinnvoll.

Die Medizin kann aber doch immer mehr.

Ja, aber zum Preis, dass einzelne Patienten viel Zeit brauchen, bis sie wieder auf den Beinen sind. Das muss jeder Patient im Vorfeld wissen, damit er nicht nach einer Operation sagen muss: Hätte ich gewusst, was mir bevorsteht, hätte ich mir den Eingriff gut überlegt.

Spielt die Lebenserwartung eine Rolle: Ein Eingriff wird durchgeführt, wenn das Leben um fünf Jahre verlängert wird, nein, wenn nur um zwei Jahre?

Das ist eine heikle Diskussion, zu der die Medizin nur einen Teilbeitrag leisten

kann. In den Empfehlungen der Fachgesellschaften, etwa der europäischen Gesellschaft für Kardiologie, heisst es, dass ein Patient eine Lebenserwartung von mindestens einem Jahr haben sollte, damit gewisse Eingriffe als gerechtfertigt gelten können.

Das ist wenig.

Ja. Nehmen Sie einen 88-jährigen Patienten mit schwerer Verengung einer Herzklaappe. Wir können eine konventionelle Behandlung empfehlen oder die dreimal teurere Behandlung mit Kathetertechnik für über 100 000 Franken. In einem solchen Fall ist es gerechtfertigt zu fragen, ob sich der Eingriff lohnt, besonders dann, wenn dieser Mann vielleicht auch von einer anderen Krankheit gefährdet ist, zum Beispiel einen ruhenden Krebs. Am Schluss resultieren hohe Kosten, und der Patient profitiert vom Eingriff nur ein paar Monate.

Macht man bei über 80-jährigen noch eine Bypass-Operation?

Das Alter allein ist nie entscheidend. Eine Herzoperation kann auch bei einem 85-jährigen Patienten sinnvoll sein. Die Gesamtbeurteilung eines Patienten spielt hier die wesentliche Rolle: geistiger und biologischer Zustand, Selbstständigkeit, Lebenswille, Lebensfreude.

“Eine Herzoperation kann auch beim 85-jährigen sinnvoll sein.

Manche haben noch Zukunftspläne. Kürzlich hatte ich einen 85-jährigen Lehrer bei mir, der mir sagte, er möchte seine Urenkel noch ein paar Jahre lang geniessen.

Wenn der geistige Zustand eine Rolle spielt: Heisst das, dass bei Altersdemenz Eingriffe eher nicht durchgeführt werden?

Absolut. Es werden auch psychologische Assessments gemacht. Eines muss ich immer wieder betonen: Wir holen keine Patienten von zu Hause oder aus dem Altersheim, sie werden uns geschickt. Unsere Aufgabe ist es, nicht nur die technische Machbarkeit abzuklären, sondern auch den Sinn eines Eingriffs. Es gibt 85-Jährige, die nach einem Eingriff in den verbleibenden Jahren noch eine sehr gute Lebensqualität haben. Ich sehe aber ab und zu auch jüngere Patienten, bei denen ein Eingriff keinen Sinn macht. Das Alter ist relativ.

Gibt es auch bei Transplantationen keine Altersgrenze?

Es ist unüblich, dass man Patienten über 65 ein Herz verpflanzt. Das hat auch damit zu tun, dass Organe knapp sind. Aber es gibt auch hier eine Grauzone.

Auch das Geld ist knapp. Sollten medizinische Leistungen im Alter rationiert werden?

Beim Wort «rationieren» denke ich sofort ans Thema Gerechtigkeit. Wäre es zum Beispiel gerecht, einem 82-jährigen Bergbauern aus dem Oberland, der noch nie im Spital war, nur wegen seines Alters eine Behandlung zu verweigern? Da hätte ich ohne eine medizinische Begründung grösste Mühe. Auch politisch ist das Thema gegenwärtig nicht umsetzbar.

Besonders heikel sind Operationen an der Bauchspeicheldrüse. Gibt es auch da keine Altersgrenze?

Das ist eine relativ seltene Operation. Patienten mit Bauchspeicheldrüsen-Erkrankungen, häufig ist es Krebs, überleben selten mehr als ein, zwei Jahre. Da stellt sich wirklich die Frage, ob der Leidensweg eines Patienten verlängert werden soll, wenn keine bessere Prognose abgegeben werden kann. Ich nehme nicht an, dass es in der Schweiz viele Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse an Patienten über 80 gibt. Bei schwierigen Entscheidungen müssen uns die Hausärzte helfen: Sie kennen ihre Patienten am besten und am längsten. Wir Spezialärzte sind im Leben eines Patienten «Passanten».

Gibt es diese Kommunikation zwischen Spezialist und Hausarzt nicht?

Doch, aber sie sollte verstärkt werden. Ich spreche vielleicht 45 Minuten mit einem Patienten, und dann muss ich entscheiden. Wenn ich weiss, dass der Hausarzt einen Eingriff skeptisch beur-

teilt, rede ich mit dem Patienten vielleicht zurückhaltender.

Welches sind letztlich die entscheidenden Kriterien dafür, ob ein Eingriff stattfindet oder nicht?

Eigentlich sollten es nur medizinische Kriterien sein. Es gibt ja vier Ethik-Prinzipien in der Medizin. Erstens die Sorgfalt: Man darf nur handeln, wenn das Risiko, Schaden und Komplikationen zu verursachen, extrem gering ist. Dann die Hilfeleistung: Der Patient sollte einen Vorteil haben, Linderung der Schmerzen, Verbesserung der Lebensqualität, der Leistungsfähigkeit, Erhöhung der Lebenserwartung. Und weiter die Gerechtigkeit: Alle sollen den gleichen Zugang zu den Ressourcen haben.

Da geht es ums Thema Zweiklassenmedizin. Haben wir sie schon?

Medizinisch gesehen nein: Jedem Bewohner dieses Landes stehen alle medizinische Leistungen rund um die Uhr zur Verfügung. Aber es gibt Unterschiede im Komfort zwischen Kliniken und Spitälern. Ich kann nicht ausschliessen, dass in gewissen Spitälern die Wartezeit für Zusatzversicherte Patienten kürzer ist, setze mich aber selber dagegen ein.

Steht uns die Zweiklassenmedizin bevor?

Das wäre für die Schweiz schlimm, ich kann aber nicht ausschliessen, dass es so kommen könnte. In England werden Hüftprotheseneingriffe ab 70 Jahren sehr restriktiv durchgeführt. Was macht der Besserbetuchte? Er lässt sich in Skandinavien, in Frankreich oder in einer Privatklinik behandeln und bezahlt die Operation selber. Staatliche Rationierung birgt die Gefahr einer Zweiklassenmedizin.

Vor allem um ethische Fragen geht es beim Lebensanfang. Von welcher Schwangerschaftswoche an soll bei Frühgeburten versucht werden, das Überleben zu sichern?

Ich vertraue den Spezialisten, den Neonatologen, dass sie nur die Frühchen am Leben zu erhalten versuchen, die später eine annehmbare Lebensqualität haben. Da hat es Überraschungen gegeben: Kinder, die vor 20 Jahren als Frühchen ab der 26. Woche überlebt haben, sind später im Leben doch zu einem beträchtlichen Prozentsatz mit Schwierigkeiten konfrontiert worden. Wichtig ist, dass sich die Neonatologie an solchen Resultaten orientiert. Bei Frühchen sind die Konsequenzen einer Behandlung unter Umständen ein Leben lang vorhanden.

Dürfen Eltern über Leben und Tod eines Kindes entscheiden?

Sie dürfen nicht nur, sie müssen. Da geht es nicht nur um Medizin. Kommt ein Kind zum Beispiel mit einem schweren Herzfehler zur Welt, ist es falsch anzunehmen, die Medizin stürze sich mit Geräten, Überlebensmassnahmen, Operationen auf dieses Kind. In solchen Fällen finden zum Teil sehr ausführliche Gespräche mit den Eltern statt. Ich habe früher immer wieder die Erfahrung gemacht, dass Eltern manchmal mit dem Leben eines schwerkranken Neugeborenen lieber abschliessen. Das müssen wir akzeptieren.

Es könnte auch sein, dass Ärzte es sinnvoll finden, ein Frühchen durchzubringen, Eltern aber aus Angst vor einer Behinderung nicht wollen, dass Überlebensmassnahmen ergriffen werden. Was dann?

Dann kommt das vierte Prinzip der Ethik dazu, Selbstbestimmung: Die Patientenautonomie muss respektiert wer-

den. Das Kind wird durch seine Eltern vertreten, und die Meinung der Eltern, sofern sie nachvollziehbar ist, hat Vorrang vor der der Mediziner.

Wie weit darf die moderne Reproduktionsmedizin gehen?

Ich bin da in einem Dilemma. Ich arbeite mit Freude in einem hochspezialisierten Fachgebiet, in dem sehr viel möglich ist, zweifle aber, ob die Medizin auch dazu da ist, den Sterbeprozess oder den Prozess des Entstehens von Leben wesentlich mitzugestalten. Da habe ich als ehemaliger Schüler eines Gymnasiums in Freiburg eher eine konservative Einstellung.

In dieser Frage spielt also Ihre katholische Erziehung mit.

Diese Erziehung hat uns eine Vision über das Leben gegeben, mit der ich nicht zum Naturwissenschaftler geworden bin, der alles beherrschen muss.

Was halten Sie davon, wenn Eizellen eingefroren werden?

Es könnte sein, dass dies geschieht, weil eine junge Frau wegen einer Krebserkrankung bestrahlt wird und danach ein grosses Risiko besteht, dass ihre Eizellen definitiv geschädigt sind. Für eine solche Ausnahmesituation habe ich Verständnis.

Aber nicht, weil eine Frau im Beruf Karriere machen und deshalb erst später Kinder haben möchte?

Das finde ich sehr berechnend. Ich habe Mühe, wenn es nur um die Optimierung eines Lebensentwurfs geht und eine Frau erst ab 40 ein Kind haben will, wenn es biologisch nicht mehr ganz unproblematisch ist. Die Gesellschaft sollte die modernen Möglichkeiten der Medizin nicht missbrauchen. Aber wer definiert Missbrauch? Es gibt Grauzonen, in denen Ausnahmen möglich sein müssen.

Kann die Medizin heute zu viel?

Tatsächlich gibt es einen Paradigmenwechsel. Früher war mehr wünschbar als machbar, heute ist - wie gesagt - viel mehr machbar als wünschbar. Und ich sehe auch keine Grenzen. Was heute auf meinem Gebiet möglich ist, hätte ich mir vor 15, 20 Jahren nicht träumen lassen.

Und es geht immer weiter.

Ja. Ich weiss nicht, mit welchen Fragen unsere Enkelkinder konfrontiert sein werden. Das wird in Richtung Genterapie, Genanalysen gehen. ETH-Professor Ernst Hafen sagt, jeder Mensch müsste eigentlich sein Genprofil zu Hause haben, um beispielsweise Medikamente optimal einzusetzen.

Was die Gesellschaft auch interessiert, sind die Kosten der modernen Medizin. Die steigen wohl weiter an. Ja, und deshalb muss es eine Grundsatzdiskussion geben. Vor 20 Jahren gab es in den Spitälern kaum ausführliche Budgetdiskussionen. Das Spital wusste, der Kanton deckt das Defizit. Die

Lebenserwartung war zehn Jahre geringer, viele Patienten kamen gar nicht ins Spital, die Alterspyramide war noch eine Pyramide. Heute gibt es das Ressourcenproblem und damit auch die ökonomische Diskussion um Machbarkeit und Sinnhaftigkeit.

Das heisst, die Gesellschaft muss definieren, was sie will.

Die Gesellschaft muss entscheiden, wie viel Geld für die medizinische Versorgung ausgegeben werden soll. Im Unterschied zu allen anderen Lebensbereichen muss der Nutzer die Leistung nicht selber bezahlen oder nur teilweise durch seine Prämien. Patienten sind heute auch kritischer, was die Kosten betrifft.

Das heisst, sie gehen auch auf finanzielle Aspekte ein.

Ja, Einzelne machen sich Gedanken und sagen: Diese Behandlung ist teuer, lohnt sich das? Haben Sie kein schlechtes Gefühl, wenn Sie so viel Geld für einen ein-

Über das Schicksal eines Patienten entscheidet nie einer allein.

zigen Fall einsetzen? Aus meiner Sicht hätte man schon viel früher die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen thematisieren sollen.

Spielt auch die Juristerei eine immer grössere Rolle, Haftungsfragen nach Operationen zum Beispiel?

Da sind wir in der Schweiz zum Glück noch nicht so weit wie in den USA. Die Bevölkerung und wir Mediziner haben einen vernünftigen Umgang mit solchen Fragen. Wenn es grössere juristische Auseinandersetzungen gibt, dann selten, weil etwas schiefgelaufen ist, sondern weil der Patient über die Behandlung oder das Risiko nicht richtig aufgeklärt wurde.

Beschäftigen Sie sich heute mehr mit ethischen Fragen als zu Beginn Ihrer Karriere?

Das ist so. Wir diskutieren solche Fragen jede Woche. Und wir können auch Ethiker beiziehen.

Braucht es die, wenn Sie sich ohnehin solche Gedanken machen?

Ja. Eine unbefangene Person kann in einem Entscheidungsprozess einen guten Beitrag leisten. Wir Ärzte sind auf irgendeine Art immer befangen. Ethiker werden nie entscheiden, können aber in schwierigen Fällen Gespräche moderieren.

Und das passiert tatsächlich?

Sicher. Es gibt so etwas wie eine ethische Sprechstunde, zu der man kritische Fälle anmelden kann. Auf der Intensivstation geht es da zum Beispiel ums Einfrieren einer Therapie. Ein solches Gespräch ist nicht zuletzt deshalb sinnvoll, damit es keine Schuldgefühle in dem Sinn gibt, dass man jetzt eine Person umgebracht hätte.

Wie häufig stehen Sie selber vor heiklen Entscheidungen?

Mehrmals wöchentlich habe ich mit Situationen zu tun, die nicht sonnenklar sind. Wir haben beim Patienten X Ja zur Behandlung A gesagt, eigentlich kämen jetzt B und C, aber die Situation ist so, dass wir den Grundsatzentscheid noch einmal überprüfen müssen. Das geschieht in der Regel im Team, es entscheidet nie eine Person allein über das Schicksal eines Patienten.

Sie haben 2011 für den Nationalrat kandidiert. Ist das Kapitel Politik für Sie abgeschlossen?

Für 2015 ja. Aber «never say never», es könnte sein, dass ich mir das in ein paar Jahren nochmals überlege. Es fehlt im Parlament an Persönlichkeiten, die eine grosse Lebenserfahrung haben und unabhängig auftreten. Und schliesslich sollte die ältere Bevölkerung, deren Zahl zunimmt, auch vertreten sein.

Die FDP darf also noch einmal auf Sie hoffen.

Warum nicht? Die Konstellation müsste günstig sein, und die Parteileitung müsste dazu stehen.

Thierry Carrel

Thierry Carrel, Jahrgang 1960, ist in Freiburg aufgewachsen. Nach dem Medizinstudium bildete er sich in Basel, Bern und Saanen zum Facharzt für allgemeine Chirurgie und in Zürich zum Herz- und Gefässchirurgen aus. 1993 habilitierte er sich an der Universität Zürich. Es folgten Auslandsaufenthalte in Deutschland, Frankreich, Finnland und USA. Seit 1999 ist Carrel ordentlicher Professor und Direktor der Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie des Berner Inselspitals. Thierry Carrel ist in zweiter Ehe verheiratet und Vater einer Tochter aus erster Ehe. Er wohnt in Bern. (bur)

Heute Samstag beginnt an der Universität Bern eine fünfteilige öffentliche Veranstaltungsreihe unter dem Titel «Ist weniger mehr? Grenzen der modernen Medizin». Vertreter der Medizin, der Rechts- und Sozialwissenschaften, der Theologie und Ethik äussern sich in Referaten und Diskussionen zu diesem komplexen Thema. An der heutigen Eröffnungsveranstaltung spricht Thierry Carrel über «Machen können oder machen sollen? Das tägliche Dilemma in der modernen Medizin». Weitere Informationen unter www.forum.unibe.ch.

Die gesammelten Samstagsinterviews unter www.samstagsinterviews.derbund.ch

Diese Woche

Leitartikel Ob es in der Kiesbranche wirklich ein Kartell gibt, ist zwar offen. Die Verfilzungen sind aber so oder so ein Problem. *Adrian Schmid*

Ein Zeichen für mehr Wettbewerb

Rund 90 Prozent des Betons und fast 100 Prozent der Aushubdeponieevolumen in der Region Bern-Thun gehen durch die Hand des gleichen Firmenkonzerns, wie Recherchen des «Bund» zeigen. Dabei werden offenbar die Preise in die Höhe getrieben und Konkurrenten ausgebootet. Weil es sich um ein Kartell handeln könnte, nimmt sich die Wettbewerbskommission (Weko) der Sache an.

Das muss noch nichts heissen. Die Swisscom etwa hat schon erfolgreich gegen eine Millionenbusse wegen überhöhter Durchleitungsgebühren vor dem Bundesgericht rekuriert. Dennoch ist es richtig, dass die Weko sich in den Fall einschaltet. Nur so kann eruiert werden, ob das Vorgehen tatsächlich illegal ist und dem Wettbewerb im Kiesgewerbe allenfalls nachgeholfen werden muss. Schliesslich sind nicht nur Leute, die ein neues Haus bauen, von mutmasslich überhöhten Preisen betroffen. Auch der Staat und letztendlich die Steuerzahler bekommen dies zu spüren. Vor fünf Jahren musste der Grosse Rat einen Nachkredit für die Umfahrung Saanen sprechen. Alleine die zusätzlichen Kosten für die Deponie des Aushubmaterials betragen 600 000 Franken. Falls zudem effektiv jährlich rund 120 000 Tonnen Kies durch die Region Bern nach Hindelbank transportiert werden, nur um einen Konkurrenten auszuschalten, muss dieser ökologische Unsinn unterbunden werden.

Neuhaus trägt zwei Hüte

Der Fall zeigt aber so oder so auf, wie verkrustet die Strukturen im Kanton Bern zum Teil sind und wie eng die Verflechtungen zwischen Politik und Wirtschaft sein können. Die Kiesbranche ist gut vernetzt, lobbyiert stark. Zudem konnte sie während Jahren direkten Einfluss auf die eigene Regulierung nehmen. Firmenvertreter hatten bis 2012 Stimmrecht in der kantonalen Kommission für Abfall, Deponie und Transport. Sie brachten dadurch zwar Know-how in das Gremium, gleichzeitig öffnete dies aber auch Tür und Tor, um die eigenen Interessen durchzusetzen. Es darf nicht sein, dass Filz dazu führt, dass die Preise in die Höhe getrieben werden.

Auch die Behörden spielen eine zwiespältige Rolle. Die Zustände im Kies- und Deponiegeschäft sind ihnen zwar seit Jahren bekannt, den Kampf dagegen haben sie bislang aber nur halbherzig geführt. Der Kanton wollte nicht von sich aus die Weko anrufen,

lieber versteckt man sich hinter Zuständigkeiten. Der Regierungsrat hat 2012 zwar einen neuen Sachplan durchgesetzt, der dem Kanton mehr Einfluss bringen sollte. Er wurde aber verwässert, sodass die Einflussnahme begrenzt blieb.

Undurchsichtig ist das Vorgehen von Regierungsrat Christoph Neuhaus (SVP) im Fall Thierachern. Bislang hat er sich auf den Standpunkt gestellt, dass es dort eine neue Deponie brauche, weil in der Region ein Notstand herrsche. Offenbar geht es ihm aber um mehr. Neuhaus räumt unterdessen ein, er habe die kantonale Überbauungsordnung auch deshalb erlassen, um mehr Wettbewerb in den Markt zu bringen. Die Deponie würde nämlich von der Konkurrenz des mutmasslichen Kartells betrieben. Warum aber hat Neuhaus die Probleme in der Kiesbranche nicht direkt angepackt, indem er schon längst an die Weko gelangt ist? Will er seine Klientel nicht verärgern? Gleichzeitig schreckt er nicht davor zurück, eine Landschaft zu opfern und sich über einen Volksscheid hinwegzusetzen. Thierachern hat die Deponie 2012 abgelehnt.

Bürgerliche sperren sich

Bei den Bürgerlichen wiederum, die der Kiesbranche am nächsten stehen, hat vorerhand kein Umdenken stattgefunden. Ausgerechnet jene, die sonst immer mehr Markt wollen, finden, der Kiesmarkt funktioniert. Handlungsbedarf bestehe keiner. Vorläufig könne alles bleiben, wie es sei. Korrekturen brauche es, wenn überhaupt, erst dann, wenn die Weko entschieden habe.

Das mag stimmen. Der Entscheid der Weko ist zentral. Gleichwohl hätte es der Grosse Rat nächste Woche in der Hand, ein erstes Zeichen für mehr Wettbewerb zu setzen. Das Parlament muss bei der Beratung des Raumplanungsberichts nämlich entscheiden, ob der Kanton mehr Kompetenzen im Bereich Abfall, Deponie und Transport erhalten soll. Um ein allfälliges Kartell durchbrechen zu können, brauchte es allerdings konkretere Instrumente. Auch hier hat die Regierung vorgespürt, eine Möglichkeit ist im neuen Baugesetz vorgesehen: Dort will der Regierungsrat die Betreiber von Materialabbaustellen verpflichten, dass sie ihre Gruben für andere Unternehmen öffnen müssen. Die SVP, der Handels- und Industrieverein sowie der kantonale Gewerbeverband haben aber bereits mitgeteilt: Dieser Artikel sei unnötig.

Anzeige

WELCOME TO OUR WORLD

Sonderegger
Uhren und Schmuck Bern Murten Müren
Spitalgasse 36 · 3011 Bern

BREITLING
1884

INSTRUMENTS FOR PROFESSIONALS™

SUPER AVENGER II