

Dr Michael TERRY (GB)

29/08/2014

Deutsche Übersetzung : Gerda MATTHIESSEN-GARBERS

Was Hat uns Trafalgar gelehrt bezüglich Qualitäts-Chirurgie ?

Vielen Dank, dass ich auf diesem Treffen zu Ihnen sprechen darf. Das ist für mich das erste Mal, dass ich eine Medizin der Person Konferenz besuche; aber mir ist die Organisation schon seit einiger Zeit bekannt und ich kenne, verstehe und unterschreibe vollständig Ihre Anliegen.

Meine Aufgabe ist, die Sicht eines Chirurgen darzustellen, wie man trotz eingeschränkter Mittel unseren Patienten einen qualitativ hochwertigen Dienst leisten kann. Ich schildere meine eigene Meinung und repräsentiere nicht die irgendeiner Organisation, mit der ich zusammen arbeite. Ausgebildet bin ich in allgemeiner und gastrointestinaler Chirurgie, nichts irgendwie Ungewöhnliches. Meine Erfahrungen habe ich allerdings durch meine Arbeit auf drei Kontinenten unter extrem unterschiedlichen Gesundheitssystemen gesammelt: privaten Systemen, unabhängigen öffentlichen Systemen, nationalen Gesundheitsdiensten und konzentriert auf Trauma-Management auf Expeditionen. Trotz der Unterschiede in diesen Örtlichkeiten war immer das Entscheidende, dass die Ausstattung und das Management sehr begrenzt waren in ihren Mitteln, und das Budget eingeschränkt war. Es gibt tatsächlich keinen chirurgischen Dienst oder Gesundheitssystem, das ein unbegrenztes Budget zu Verfügung hat. Es wird niemals genug Zeit, Fachwissen oder Ausstattung geben, die Forderungen unserer Patienten zu erfüllen. Das beruht auf unserer menschlichen Natur, dass wir immer mehr, immer Besseres und Größeres möchten. Und dieses Bedürfnis kommt gleichermaßen von den Patienten selbst, aber auch von den Anbietern im Gesundheitsdienst.

So komme ich zu meiner ersten Frage:

Brauche ich das Beste ? Ist das Gute angemessen ? Können wir alle das Beste haben ?

Ein früherer britischer Premierminister sagte einmal in Hinblick auf die Erziehungspolitik: „Ich wünsche mir von allen Studenten in Groß Britannien überdurchschnittliche Ergebnisse.“ Die klugen Statistiker unter Ihnen werden wissen, dass es gar nicht möglich ist, dass alle oberhalb des Durchschnittes einer Bevölkerung liegen. Dies ist das Auto, mit dem ich hierhergekommen bin. Es ist von hoher Qualität, ein zuverlässiges und sicheres, in Europa gebautes Auto; ca. 7 Jahre alt. Ich bin sehr zufrieden damit und ich bin überzeugt, dass es meine Familie sicher und bequem transportiert. Aber zweifellos ist es nicht das beste. Sie mögen nicht unbedingt meiner Wahl zustimmen; es könnte ein Auto für meine Bedürfnisse nach dem neuesten Stand der Technik auch zu sehr viel höheren Kosten gebaut werden. Bei meinen begrenzten Möglichkeiten habe

ich mich aber entschieden, nicht das neueste und beste Auto haben zu wollen; und dieses Prinzip trifft ebenso auf die Chirurgie zu.

In den letzten 25 Jahren wurde die Laparoskopie zur bevorzugten Technik für die Operation einer Leistenhernie. Die erforderliche Technik ist teuer, erfordert eine komplexe Ausstattung und Einmalzubehör - im Vergleich zur älteren Technik. Die Laparoskopie erfordert eine Allgemeinnarkose mit Muskelentspannung. Der postoperative Schmerz und die Arbeitsunfähigkeit sind nicht unbedingt günstiger als bei der weniger teuren Technik mit Lokalanästhesie und dem offenen Zugang. Ist gut angemessen? Was ist gut genug? Welche Operation würden Sie persönlich oder für Ihre Angehörigen bevorzugen?

Begrenzte Mittel. Wahl unter Berücksichtigung der Rationalität.

Es gibt viele finanzielle Wahlmöglichkeiten in der hochwertigen chirurgischen Versorgung in ärmeren Gegenden. Lassen Sie uns zurückkehren zur Korrektur einer Leistenhernie. Lichtenstein und andere haben in den späten 80-iger Jahren nachgewiesen, dass die Langzeit-Rückfallrate durch den Gebrauch von prothetischem Netz, was hauptsächlich verwendet wurde, von >20% auf <1% reduziert werden konnte. Es war eindeutig, dass durch die zusätzlichen Kosten für das Netz letztlich Geld für die Gesundheitsdienste eingespart wurde. Heute werden deshalb Leistenhernien fast nur noch unter Verwendung von Netzmaterial operiert. Die Auswahl des Netzmaterials hat sich jedoch ausgeweitet. Es gibt immer noch das Bard-Polypropylen-Netz und viele generische Versionen. Es gibt auch viele Netze, die aus mehreren Materialien zusammengesetzt und viel teurer sind, als die aus einem Material. Sie werden damit beworben, dass sie dünner und angenehmer seien als das originale; aber abgesehen von den ersten 3 bis 4 Monaten nach der Operation gibt es für alle Patienten kein Problem mehr hinsichtlich der Dicke oder Verträglichkeit, welches Material benutzt wurde. Die Frage ist, ob die zusätzlichen Kosten der neueren Materialien gerechtfertigt sind.

Diese Argumente können ausgeweitet werden auf Verbandmaterialien, bei denen es eine sehr große Auswahl gibt, die mit teuren Medikamenten getränkt sind; zu viele für mich, das wirklich zu verstehen. Ihre Kosten sind erheblich und nachhaltig. Aber wenn man das Basiswissen und die physiologischen Prinzipien der Wundheilung betrachtet, kann man die Wundversorgung auf eine Handvoll einfacher Prinzipien reduzieren. Verstehen Sie mich nicht falsch; die urheberrechtlich geschützten teuren Verbandmaterialien verfolgen auch diese Prinzipien. Aber man kann die Kosten vergleichsweise niedrig halten, indem man alt bewährte billigere Verbände verwendet und nur in besonderen Fällen die teureren.

Mein Beispiel hier bezieht sich auf die Wundversorgung im Krieg. Wenn man nekrotisches Gewebe entfernt und systematisch nach verborgenen Nekrosen sucht und diese durch weitere Wundausschneidung beseitigt, dann die Wunden feucht hält, damit gesundes Gewebe nicht austrocknet und absterben kann, haben Wunden die besten Chancen zu heilen. Wir verwenden keine vielfach imprägnierten Verbände, sondern wasserdichte Abdeckungen, sowie Unterdruck, um Absonderungen abzusaugen und Oedeme zu minimieren.

Dies ist ein zeitgemäßes Unterdruck-Verband-System. Es besteht aus einem tragbaren Vacuum-Gerät, einem Auffangbehälter für das Wundsekret und einem Verband, der die Weitergabe des Unterdrucks zur Wundoberfläche und die Entfernung des Wundsekretes erlaubt. Das Verbandmaterial soll auf gesundem Gewebe haften, aber nicht auf der Wundoberfläche. Da sich nun heute unsere Diskussion mit begrenzten finanziellen Mittel beschäftigt, muss man sagen, dass diese Verbandspackungen teuer sind. Sie können aber teilweise wieder verwendet werden. Die Mehrkosten für das verbrauchte Material sind zwar signifikant; jedoch muss der Verband relativ selten gewechselt werden, manchmal zweimal in der Woche oder seltener.

Lassen Sie mich auf das Gebiet der Chirurgie auf Expeditionen eingehen. Wenn ein chirurgisches Team weit weg von der Versorgung mit chirurgischer Ausstattung arbeiten muss, muss die logistische Unterstützung leistungsfähig sein. An Orten weit weg von zu Hause (ohne Infrastruktur) ist besonders darauf zu achten, dass an erster Stelle die Auswahl und die Menge der Ausrüstung gut zu überlegen sind. Das besagt, dass die chirurgischen Ergebnisse in abgelegenen Gebieten fast genauso gut sein können wie in den besten Einrichtungen. Das britische Hospital in SW-Afghanistan hat Ergebnisse in der Traumaversorgung erzielt, die diejenigen weit übertreffen, die von international anerkannten Maßstäben für ihre Patienten gefordert werden. In Hospitälern wie Bastion ist die Fachkenntnis nicht vorgeschrieben, aber die Ausrüstung ist durch Vorschriften begrenzt. Jeder Chirurg, jeder Anästhesist und jede Schwester bevorzugt bestimmte Instrumente; hier akzeptieren sie aber eine einfache Ausrüstung. Durch die Kombination von Training, Erfahrung und Fachkenntnis können sie auch mit der eingeschränkten Ausrüstung ausgezeichnete Ergebnisse erzielen. Hier ist nicht der Ort, wo eine Primadonna auf einem bestimmten Instrument bestehen kann, sondern hierher gehören erfahrene Personen, die sich zu ihrem eigenen Gewinn und dem der Patienten auf die vorhandenen Möglichkeiten einstellen können. (Wir werden an das Gleichnis von den Talenten in Matth. 25 erinnert.)

Wenden wir das auf irgendein unterentwickeltes Gebiet an, so werden die Ergebnisse nicht von der Auswahl der Ausstattung abhängen, sondern von den Fachkenntnissen und der Erfahrung der Anwender.

Welche Technologie ist bewährt ?

Es gibt in der Welt endlose kluge Ideen und Technologien für chirurgische Interventionen. Zweifellos viele Arbeit. Aber sind sie gerechtfertigt bei finanziellen Einschränkungen ?

Wie entscheidet man sich in knappen Zeiten, ob man moderne Technologie oder Techniken einsetzen soll ? Ist es unethisch, wenn man nicht eine bessere chirurgische Behandlung anbietet, wenn diese doch verfügbar wäre ? Belastbare kritische Analysen der chirurgischen Literatur sollen uns helfen, den klinischen Nutzen herauszufinden und ob die angepriesene bessere Technik tatsächlich besser ist. Raffinierte Verhandlungen mit Anbietern werden günstige Kosten für eine Behandlung herausholen. Eine Zusammenarbeit mit diesen hängt oft vom gesunden Menschenverstand und der Erfahrung ab.

Es wurden Versuche unternommen, das Verhältnis von Kosten und dem Behandlungsergebnis an Hand von Lebensqualität und gewonnenen Jahren als Maßstäbe auf der individuellen Ebene zu bestimmen. Für größere Populationen hat man Kosten-Nutzenrechnungen für den gesamten Kompetenzbereich aufgestellt wie z.B. im „Oregon Health Plan“ in den USA und dem „National Institution for Health and Clinical Excellence“ (NICE) im Vereinigten Königreich. Diese Organisationen versuchen, Behandlungsmethoden zu rationalisieren und uns Kliniker zu leiten. Aber letztlich sollten unsere eigenen kritischen Analysen der neuen Technologie uns selbst entscheiden lassen, wie weit wir diese anwenden wollen.

Lassen Sie mich ein chirurgisches Beispiel herausgreifen und dazu meine eigene Ansicht darstellen : die laparoskopische Cholecystektomie (die Entfernung der Gallenblase mittels Schlüsselloch-Chirurgie). Der Bauchschnitt war mit Morbidität verbunden, mit Schmerzen, und erforderte einen Krankenhausaufenthalt von mehreren Tagen. Das Ergebnis davon war, dass besonders ältere Menschen trotz ihrer Gallenblasenbeschwerden eine chirurgische Behandlung ablehnten. Mit dem Aufkommen der laparoskopischen Cholecystektomie wurde das Risiko gesenkt, insbesondere für die Wundheilung. Der Krankenhausaufenthalt wurde verkürzt und damit gleichzeitig die finanziellen Kosten reduziert.

Im Gegensatz dazu dauert die laparoskopische Hemicolektomie (Entfernung eines Teils des Dickdarms, normalerweise wegen Krebs) viel länger als bei einem Bauchschnitt, und die Ausstattung und die Einmalartikel sind sehr viel teurer. Was den Krebs anbetrifft, gibt es keine Unterschiede im Endergebnis und in der Rückkehr zu normaler Aktivität. Allerdings sind die anfänglichen Schmerzen bei der Schlüssellochtechnik geringer. Wichtig ist, dass der Krankenhausaufenthalt bei der Schlüssellochoperation wenige Tage dauert, während der nach einer offenen Operation wenigstens 1 Woche. Es gibt also einen signifikanten Unterschied, indem einerseits bei der Bettenbelegung eingespart wird, andererseits aber die Kosten für die Zeit im Operationssaal höher sind. Je erfahrener ein Operateur ist und je schneller er arbeitet, umso billiger ist eine Operation. Im Gegensatz zum Beispiel der Cholecystektomie ist das klinische Ergebnis für einen solchen Patienten marginal. Der Hauptvorteil ist ein finanzieller durch den kürzeren Krankenhausaufenthalt, der dazu führen kann, dass weniger Krankenhausbetten benötigt werden, oder die vorhandenen Betten nicht abgeschafft werden, sondern mehr Patienten für die gleichen Kosten behandelt werden können.

Fortlaufende Protokolle / Versorgungswege

Solange ich als Chirurg gearbeitet habe, gab es Druck in Bezug auf chirurgische Ressourcen. Am teuersten war immer die Betten und die Operationskapazität. Im britischen Nationalen Gesundheitsdienst (NHS) rechnete man normalerweise für 1 Bett mit 250 bis 400 Pfund/Tag, beziehungsweise 25 bis 30 Pfund/Minute. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass zunehmend diese Ressourcen reduziert wurden. Und weniger überraschend ist, dass die Forderungen an den Nationalen Gesundheitsdienst nicht weniger geworden sind. Ich glaube, dass die Qualität der Chirurgie nicht abgenommen, sondern sich eher verbessert hat. Wie kann man das erklären? Zeigt uns das nicht, wie man auch mit eingeschränkten finanziellen Mitteln auskommen kann ?

So lassen Sie uns über Belegungstage von Betten nachdenken. Patienten belegen Betten, wenn sie sich erholen müssen oder wenn sie noch zu krank sind. Patienten belegen auch Betten, wenn sie auf Untersuchungen oder eine Operation warten müssen; oder wenn sie auf ihre Entlassung warten müssen. Durch das System der fortlaufenden Versorgungswege kann die Bettbelegung reduziert werden, möglicherweise zum tatsächlichen Vorteil für die Patienten.

Verschiedene Modelle sind für die elektive Chirurgie bestätigt worden : organisatorisch, indem Voruntersuchungen möglichst ambulant gemacht werden; dass auch der Aufnahmeprozess des Patienten präoperativ ambulant durchgeführt wird und der Patient vorher in kein Krankenzimmer aufgenommen wird, sondern gleich in den Operationstrakt. Klinisch, indem Entgleisungen des Stoffwechsels durch angemessene Flüssigkeitszufuhr vor, während und nach der Operation verhindert werden, durch sanftere Anästhesietechniken und indem historische Dogmen, was Fasten und Bettruhe postoperativ anbetrifft, hinterfragt werden. Diese Vorgehensweise ist bekannt geworden als „Verbesserte Genesung“ (Enhanced Recovery) und wird in fast allen chirurgischen Spezialgebieten angewendet.

Modelle für Notfallüberweisungen, werden ebenfalls entwickelt. Durch früheres Einschalten älterer Kollegen kann eine Aufnahme u.U. aufgeschoben oder sogar vermieden und diese gezielt auf eine bestimmte Versorgungsschiene gewiesen werden. Das frühe Einschalten älterer Kollegen vermeidet den Einsatz jüngerer Kollegen auf verschiedenen Ebenen, wodurch Planungszeiten für die Patienten und Arbeitskraft des Personals eingespart werden kann. Ein Patient mit einer akut eingeklemmten Hernie ist besser versorgt, wenn diese ambulant reponiert wird und er am nächsten Tag direkt in den Operationstrakt aufgenommen wird, als wenn er sofort stationär aufgenommen, die Hernie nicht-operativ reponiert wird und er dann auf eine geplante Operation wartet. Durch die Anwendung dieser Prinzipien in einem großen Lehrkrankenhaus im Vereinigten Königreich konnte die Durchschnittsbelegung für alle Notfallaufnahmen von 6,5 auf 4,1 Tage

reduziert werden. Und Sie können sich die Kostenersparnis vorstellen, nicht nur in Form von Geld, sondern auch im Rahmen des absoluten Bettenbedarfs. Die Vorteile für den Patienten sind: ein kürzerer Krankenhausaufenthalt, eine geringere Gefahr, mit Krankenhauskeimen infiziert zu werden, und schnellere Rehabilitation durch kürzere Bettruhe. Die Kosten für den Patienten betragen: häufigere Wege zum Krankenhaus; aber wahrscheinlich übernehmen diese ohnehin die Angehörigen. So werden für alle normalen Notfallaufnahmen von einem Schenkelhalsbruch über eine akute Gallenblasenerkrankung bis hin zu einem simplen subkutanen Abszess solche Versorgungswege entwickelt.

Im Vereinigten Königreich treibt natürlich der finanzielle Druck diese Entwicklung voran; aber Veränderungen in der Ausbildung würden auf längere Sicht auch dahin führen. Dies wird geschehen, weil die Zahl der sich spezialisierenden Chirurgen durch neue Ausbildungsrichtlinien reduziert werden wird. Deshalb wird es weniger Kollegen in der Ausbildung geben, die die Arbeit machen. Auf diese Weise wird eine doppelte Untersuchung der Patienten vermieden, was ebenfalls Ressourcen freisetzt für andere mögliche Versorgungen chirurgischer Patienten.

Die Kosten der Erfahrung und der Ausbildung

Die technischen Prinzipien der Chirurgie sind nicht besonders kompliziert. Operateure können in verschiedenen Vorgehensweisen ausgebildet werden. Es konnten viele chirurgische Vorgehensweisen im Vereinigten Königreich erfolgreich auf andere, nicht chirurgische Gruppen übertragen werden, um den wachsenden Anforderungen und die Kosten zu senken. Endoskopie, Podologie und die Versorgung von Hernien sind gute Beispiele dafür. Die technischen Ergebnisse sind normalerweise die gleichen (manche meinen, sogar besser), wenn man sie mit denen vergleicht, die von Chirurgen durchgeführt werden. Das ist unwiderlegbar. Wenn also die Kosten für die Ausbildung, was Zeit und Erfahrung anbetrifft, geringer sind, dann sollten auch die Kosten für das Gehalt und Begünstigungen der Operateure niedriger sein.

Um diese und viele andere Zusammenführungen im Management zu unterstützen, haben wir viele Versorgungswege entwickelt, die Untersuchung und Behandlung von Patienten vorschreiben. Die Entscheidung für einen bestimmten Weg wird nach objektiven Ergebnissen manchmal sehr ausgeklügelter Tests getroffen. Geschäftsvorfälle, die diese Entwicklung der Behandlung vorantreiben, zeigen finanzielle Vorteile, wenn man den vorgegebenen diagnostischen und therapeutischen Behandlungsanweisungen folgt. Die Routinearbeit kann an weniger Erfahrene delegiert werden, ohne dass sich am Ergebnis etwas ändert.

Ich habe mich hier dafür eingesetzt, dass wir die Dienstleistenden im Gesundheitswesen nicht mehr auf dem Level ausbilden müssen, wie wir das in der Vergangenheit getan haben. Ich habe behauptet, dass wir gar nicht so viel Erfahrung und Ausbildung brauchen. Das trifft zu für den klaren und unkomplizierten „klinischen Fall“. Erfahrung ist nur erforderlich, wenn etwas aus dem Ruder läuft. Es wird diese Situation oft verglichen mit einem Piloten eines Verkehrsflugzeugs. Es ist durchaus möglich, mit der Automatik um die ganze Welt zu fliegen: zu starten, die Fluggeschwindigkeit zu erreichen und auch zu landen. Das unbemannte Flugzeug ist heute tatsächlich eine Realität; jedoch noch nicht ganz für den kommerziellen Personenverkehr. Im modernen Personen-Flugverkehr hat der Pilot lediglich die Stellung eines Supervisors, der die normalen Checks durchführt. Die Fachkenntnisse sind nur bei Problemen gefordert.

Kann dieses Modell auf die chirurgische Versorgung angewendet werden? Ist das möglich? Ist es kostenwirksam, wenn das Personal für einen geringeren Standard ausgebildet wird – zu geringeren Kosten, und sich dann an einen erfahrenen Supervisor wendet, wenn Probleme auftreten?

Ich bin mir wirklich nicht sicher. Im Gegensatz zur Flugzeugindustrie hat das klinische Management viel zu tun mit unvollständigen Informationen und Unwägbarkeiten. Die Patienten präsentieren sich in derartig unterschiedlichen Weisen, dass ein erfahrener Arzt seine Fähigkeiten braucht, diese Unklarheiten herauszufinden und gleichzeitig sehr aufmerksam bei einer untypischen Präsentation darauf zu achten, ob es sich vielleicht lediglich um eine ungewöhnliche Darstellung einer alltäglichen Situation handelt oder um eine seltenere Erkrankung. In Notfallsituationen ist es gewiss erforderlich, eine Situation schnell zu erfassen und Prioritäten für die Behandlung eines Patienten zu setzen, oder auch Prioritäten in der Versorgung unter mehreren Patienten.

Beim Traumamanagement oder bei größeren Unfällen wird normalerweise der erfahrenste Chirurg nicht zum Operieren eingeteilt, sondern dazu, die Patienten für eine bestimmte Versorgung auszuwählen und so Versäumnissen vorzubeugen.

Bis in das 19. Jh. hinein wurden Chirurgen nicht an akademischen Einrichtungen ausgebildet, sondern sie absolvierten eine Lehre. Willaim Beatty, Nelson's Chirurg in Trafalgar, hat sich seine Position und seinen Status als Chirurg während vieler Jahre erworben. Er trat im Alter von 18 Jahren als zweiter Begleiter des Chirurgen in die Marine ein, stieg dann zum ersten Begleiter auf und wurde schließlich selbst Chirurg. Sein Ansehen als Chirurg wird auf seinen Fähigkeiten und seiner Entschlussfreudigkeit beruht haben. Er wurde beurteilt nach der Schnelligkeit einer Amputation, einem lebensnotwendigen Attribut, da in jener Zeit die Anaesthetik unbekannt war! Beatty wurde schließlich als Arzt ausgebildet und erwarb einen Universitätsgrad; aber erst viele Jahre, nachdem er seinen Ruhm als Nelsons Chirurg errungen hatte.

Wir sind dankbar, dass diese Jahre der Vergangenheit angehören; aber das Prinzip der Erfahrung und der technischen Fähigkeiten bleibt erhalten neben den mehr akademischen Seiten. Ich beurteile Chirurgen in der Ausbildung nicht nur nach ihren akademischen Kenntnissen und Können, sondern nach ihrer Fähigkeit, die verschiedenen anatomischen Schichten im Gewebe zu erkennen, ihnen zu folgen und die Falten und Gebilde zu erkennen, die Embryologie und Evolution, sogar die Schöpfung hervorgebracht haben, um unser Dasein zu ermöglichen; und nach dem schonenden Umgang mit dem Körpergewebe. Die Entwicklung dahin kostet Zeit und ist daher kostspielig, sowohl auf finanziellem Gebiet als auch auf Kosten der Patienten, an denen die Auszubildenden lernen.

Erfahrung kostet : finanziell für den Verbraucher, Zeit für den Lernenden und Unbehagen für den Patienten, auf dessen Rücken die Erfahrungen verfeinert werden. Brauchen wir das ? Zweifellos ! Auch in Zeiten begrenzter finanzieller Ressourcen ? Sicherlich! Warum ? Dadurch können wir uns auf die akute Aufgabe konzentrieren, wenn sich die weniger Erfahrenen mit den peripheren Dingen beschäftigen. Das sollte sicherlich unseren begrenzten Ressourcen zu Gute kommen.

Die Ethik des Besten versus gut genug ?

Und nun zum Thema des Erwartungs-Managements. Man kann sehr gut in einer Präsentation auf einer Konferenz die verschiedenen Möglichkeiten bedenken, wie man in abgelegenen Gebieten Finanzen einsparen kann. Wenn man sich mit der breiten Öffentlichkeit einlässt, nehmen intellektuelle Denkansätze emotionale Formen an. Wir wollen alle das Beste. Und, wie ich schon vorher sagte, erwarten wir alle, oberhalb des Durchschnittes zu sein. Unsere Politiker können uns an dieser Stelle etwas beibringen: halte Dich von der unpopulären Wirklichkeit fern; lasse sie als missachteten und sprichwörtlichen Elefanten in der Ecke stehen...

Erwartungs-Management, es betrifft in gleicher Weise unser Personal, unsere Kollegen und uns selbst. Ich glaube, dass dieses einer besonderen Betrachtung wert ist. Als Individualisten müssen wir von dem überzeugt sein, wie wir in unserer eigenen Umgebung operieren würden, damit wir

unsere Patienten hochwertig und sicher chirurgisch versorgen. Wir überzeugen uns selbst, indem wir die Analysen anderer zur gleichen Angelegenheit kritisch prüfen. Wir analysieren kritisch unsere eigenen Wertmaßstäbe und prüfen, wo es nötig und praktisch ist, die Qualität unserer Ergebnisse. Wir stellen sie vor und erklären dazu, dass wir Qualität unter der pragmatischen Philosophie der begrenzten Mittel (Ressourcen) abliefern müssen. Wir kommen schließlich zu der Überzeugung, dass unser Handeln gut und solide ist. Ich habe erörtert, dass ein weniger kostspieliger Aufwand für einige chirurgische Eingriffe außerordentlich akzeptabel ist. Dieser Ansatz kann sowohl in der „Ersten Welt“ (Europa) angewendet werden, als auch in der sog. „Dritten Welt“. Kosten sind unabhängig von Qualität, und es ist Qualität, die wir weiterführen möchten.

Ist es ethisch vertretbar, um eines zusätzlichen Vorteils willen unverhältnismäßig mehr Geld auszugeben ?

Am Anfang habe ich die Frage gestellt, welche Rolle Fachkenntnis und Erfahrung das Management in entlegenen Gebieten beeinflussen. Ich habe außerdem die Wirtschaftlichkeit geprüft, wenn man nicht das neueste, beste oder Marken-Material verwendet. So möchte ich abschließen, indem ich Sie mit einer ethischen Frage entlasse. Wenn ein Großanbieter eine sehr moderne chirurgische Ausstattung zu einem sehr viel höheren Preis anbietet als ein kleinerer; wen würden Sie wählen ? Aber was würden Sie tun, wenn Sie dieser Großanbieter durch Fortbildung Ihres Personals und Ihrer Auszubildenden mit Spezialisten unterstützen will ? Würden die zusätzlichen Kosten für die Fortbildung die teureren Ausgaben für die Ausstattung rechtfertigen ? Was würde es bedeuten, wenn diese zusätzlichen Kosten die Zahl ihrer Patienten einschränken würde, die sie dann nur behandeln könnten ? Würde die Fortbildung, die Ihren Aufwand rationalisieren könnte, die zusätzlichen Kosten rechtfertigen ? Und sollten diese zusätzlichen Kosten zu den Kosten der Behandlung hinzugefügt werden ?

Vielen Dank für die Einladung, vor Ihnen sprechen zu dürfen.