

Positionspapier

zur Kommunikation medizinischer und gesundheitspolitischer
Themen im Schweizer Gesundheitswesen

Olten, November 2016



Autoren: Flavian Kurth

Inhaltliche Begleitung
und Projektverantwortung: Dr. med. Michel Romanens

Nutzungsrecht: Verein Ethik und Medizin Schweiz VEMS, Verwendung der
Texte, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe

<http://docfind.ch/VEMSPositionspapierGesundheitskommunikation.pdf>

Abstract

Das vorliegende Papier untersucht die Kommunikationsmechanismen im Schweizer Gesundheitswesen auf den drei Ebenen Mikro-, Meso- und Makroebene. Es geht den zentralen Begriffen medizinischer Kommunikation nach und zeigt auf, wie diese sich laufend verändern und wie heute neue Begriffe in den Diskurs eingeführt werden. Da dies vor allem durch die Kommunikation der Versicherungsindustrie auf der Mesoebene geschieht, wird das Hauptaugenmerk darauf gelegt und aufgezeigt, wie das Verhalten auf der Mikroebene, also im Gespräch von Arzt und Patient, dadurch beeinflusst wird. Dies wird an zwei Beispielen im Detail untersucht, an der jüngst lancierten Diabetes-Kampagne der Helsana Versicherung und an der Managed-Care-Begleitforschung der CSS Versicherung. Dabei zeigt sich eine Agenda der Versicherungsindustrie, ihr Verständnis der Begriffe *Heilung* und *Pflege* durchzusetzen, mit dem Ziel, beliebt zu machen, die Hoheit über diese Begriffe aus den Händen der Medizin zu nehmen und in die der Versicherer zu legen. Dass die Versicherer dies fordern müssen, liegt an ihrer Unfähigkeit, ärztliche Tätigkeit adäquat zu beurteilen, wie eine Untersuchung ihrer Beurteilungsverfahren und -algorithmen zeigt. Wenn unsere Medien hier nicht eine klare Haltung einnehmen und von den Versicherern Beurteilungskompetenz einfordern, dann ist dies für die Volksgesundheit und für den sozialen Frieden gefährlich. Die Aufarbeitung der Debatte um Cholesterinsenker zeigt, wie die Gesundheitsökonomie sich nicht nur der Begriffe *Heilung* und *Pflege* ermächtigt, sondern darüber sogar noch hinausgeht und definiert, was gesund sei und was krank. Damit besteht die Gefahr einer ideologischen Vereinnahmung, womit eine ethisch problematische Volatilität einhergeht. Dass dies keine rein akademische Diskussion ist, zeigt ebenfalls die Statindebatte: In diesem Papier thematisierte Studien legen den Schluss nahe, dass die Veröffentlichung von Empfehlungen gegen die Einnahme von Statinen zur Primärprävention kardiovaskulärer Krankheiten dazu führt, dass Patienten, die diese Medikamente eindeutig nehmen müssen, dies nicht mehr tun und in der Folge krank werden, teilweise sogar versterben. Hier tragen die Medien eine Mitverantwortung. Auch die Pharmazeutische Industrie und unsere Behörden sind hier aber gefordert, mehr Verantwortung zu übernehmen. Das Versagen ihrer Kommunikation hat jüngst vermehrt zu Situationen geführt, da hocheffiziente Medikamente den Patienten nicht zugänglich sind, weil die Preisverhandlungen zwischen Industrie und Behörden nicht zu einer Einigung führten, sondern in Limitationsentscheide, die medizinisch nicht nachvollziehbar sind, mithin eine Gefahr für die Volksgesundheit. Die Umgestaltung der Kommunikation in unserem Gesundheitswesen in Richtung eines Instruments, das die medizinische Effizienz erhöht, kann nur gelingen, wenn die Kommunikationsmassnahmen bei der Konzeption, der Kreation und der Realisation wieder vom Punkt ausgehen, wo medizinische Kommunikation letztlich stattfindet: dem Gespräch von Arzt und Patient auf der Mikroebene.

Inhaltsverzeichnis

Ausgangslage, Ziele, Zielgruppen	Seite	4
Begriffe, Begriffsdefinitionen und Begriffshoheiten	Seite	6
Regulierung der Gesundheitskommunikation	Seite	12
Fehlende Regulierung PR-Aktivitäten der Mesoebene: Helsana-Studie Versorgung Diabetes-Patienten	Seite	16
Fehlende Kontrolle PR-Aktivitäten der Mesoebene: Managed-Care-Begleitforschung der CSS	Seite	20
Die Unfähigkeit der Versicherer, ärztliche Leistungen zu beurteilen	Seite	24
«Abzocker-Ärzte», ein problematischer Beitrag des öffentlich-rechtlichen Fernsehens	Seite	28
Neudefinition des Gesundheitsbegriffs durch die Gesundheitsökonomie	Seite	30
Das Kommunikationsproblem unserer Behörden mit der Pharmazeutischen Industrie und seine Folgen	Seite	36
Das Kommunikationsproblem unserer Behörden mit der Medizin und seine Folgen	Seite	39
Die Verstörung der Arzt-Patienten-Beziehung und die innermedizinische Kommunikation	Seite	42

Ausgangslage, Ziele, Zielgruppen

Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient bildet den Kern ärztlicher Tätigkeit. Das Gespräch ist hier der zentrale Teil einer gemeinsamen Arbeit an der Gesundheit des Patienten. Dabei gilt es für den Arzt, die Ärztin, das Vertrauen zu schaffen, ohne das eine Intervention gar nicht möglich ist. Es sind aber auch die «Arbeiten» von Arzt und Patient aufeinander abzugleichen, denn einen wesentlichen Beitrag zur Heilung leistet der Patient selbst. Dies, indem er sein Verhalten und seinen Lebensstil entsprechend dem zusammen definierten Heilungsalgorithmus ändert sowie sich und seinen Körper beobachtet und dem Arzt die beobachteten Phänomene mitteilt. Soll dieses Gespräch gelingen, braucht es vonseiten des Arztes neben dem Fachwissen, das vorausgesetzt werden kann, dreierlei: eine gemeinsame Sprache, Zeit und Empathie. Vonseiten des Patienten ist ebenfalls dreierlei erforderlich: eine gemeinsame Sprache, Interesse und Vertrauen.

Auf beiden Seiten drohen diese Assets heute verlorenzugehen. Der Verein Ethik und Medizin Schweiz VEMS stellt fest, dass es schwieriger geworden ist, eine gemeinsame Sprache zwischen Arzt und Patient zu finden, und dass dem Arzt zusehends die Zeit fehlt, die Patientengespräche zu führen, worunter auch seine Empathie leidet. Ebenso ist festzustellen, dass das Interesse des Patienten tendenziell problematischer geworden ist: es ist heute eher ein solches an der Gesundheit als Konsumgut denn ein eigentliches Interesse an seinem Körper; dies ist auch weitgehend erkannt und wird unter dem Schlagwort «Anspruchshaltung der Patienten» thematisiert. Schliesslich ist das Vertrauen des Patienten in die Medizin geschwunden, eine Entwicklung, zu welcher die Ökonomisierung der Medizin zweifelsohne ihren Beitrag leistet.

Vor diesem Hintergrund hat der Stiftungsrat der Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen den Auftrag an mich beschlossen, dieses Positionspapier zu verfassen, um darin die Beobachtungen und die Gedanken des VEMS und des Stiftungsrats zusammenzufassen. Ich kann dabei neben meiner mehr als zehnjährigen Arbeit als Sekretär des VEMS auf eine gut doppelt so lange Tätigkeit als Fachmann für Gesundheitskommunikation in meiner eigenen Agentur BGKS zurückgreifen (www.bgks.ch). Der Ausarbeitung dieses Positionspapiers ist eine Recherche vorausgegangen, in welcher ich auf allen drei Ebenen des Gesundheitswesens relevante Papiere eingesehen sowie die Websites, Verlautbarungen und Stellungnahmen der wichtigsten Akteure studiert habe. Schliesslich habe ich mit gezielten E-Mail-Anfragen offene Punkte angesprochen und Probleme thematisiert. Daraus habe ich einen ersten Entwurf verfasst, welcher dann im Stiftungsrat der Fairfond besprochen wurde, wobei weitere Anregungen eingebracht wurden, aufgrund welcher ich das Papier in der vorliegenden Form ausgearbeitet habe.

Es ist klar, dass Kommunikationsphänomene nie monokausal sind. Die Reduktion auf die Ökonomisierung der Medizin als Grund einer Kommunikationsstörung zwischen Arzt und Patient etwa ist zu einseitig. Beide stehen in diesen Prozessen, denn unser modernes Leben ist zusehends ökonomisiert, woran wir uns aber auch alle mehr oder weniger gewöhnt haben. Auch ist das vielzitierte Argument der Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient zugunsten des Arztes in Zeiten von durch Internet und soziale wie klassische Medien gut informierten Patienten so nicht mehr haltbar. Man könnte heute eher von einer Zeitasymmetrie sprechen: Der Arzt gibt dem Wunsch nach einer nicht nötigen, aber auch nicht schädlichen Behandlung manchmal auch deshalb nach, weil ihm schlicht die Zeit fehlt, dagegen zu argumentieren. Wenn ich im Folgenden nun Kommunikation und Kommunikationsstörungen unseres Gesundheitswesens untersuche, dann bin ich mir dieser Komplexität bewusst. Es ist nicht die Absicht dieses Papiers, Skandale aufzudecken, sondern hinzuschauen, wo Kräfte sich problematisch bündeln, welche Informationsflüsse dies begünstigt und welche Auswirkungen dies auf das Gespräch zwischen Arzt und Patient haben kann.

Das Papier richtet sich an Verantwortliche für und Betroffene von Kommunikationsmassnahmen auf allen drei Ebenen des Gesundheitswesens. Auf der Mikroebene soll es der Ärztin, dem Arzt helfen, die Prozesse, die in seine Kommunikation mit dem Patienten hineinwirken, besser zu verstehen. Auf der Ebene der Institutionen und Organisationen der Mesoebene erhoffen wir vom VEMS uns vom vorliegenden Papier eine Sensibilisierung bezüglich gut gemeinter, mitunter aber ungeschickt kommunizierter Massnahmen, die deshalb leider noch zu oft reaktantes Verhalten der Mediziner provozieren. Hier richten wir uns vor allem an die Gesundheitsökonomie, der es nach unserem Dafürhalten noch nicht gelungen ist, einen modus vivendi mit der Medizin zu finden, der ein gemeinsamer Weg im Interesse der Patientinnen und Patienten ist. Auf der Makroebene schliesslich hoffen wir, Politik und Behörden auf Zusammenhänge sensibilisieren zu können, die im Tagesgeschäft manchmal etwas untergehen.

Begriffe, Begriffsdefinitionen und Begriffshoheiten

Im Kern jeder Kommunikation stehen Begriffe. In der Medizin sind es die zwei Begriffe *Krankheit* und *Gesundheit*, welche das System definieren und ohne welche die beiden Begriffe *Heilung* und *Pflege* zur Umschreibung medizinischer Arbeit gar keinen Sinn ergäben. Um sie dreht sich folglich die Kommunikation, ohne sie ist eine kohärente Kommunikation nicht aufrecht zu erhalten. Diese Begriffe sind in der Medizin nun aber weder eindeutig noch unschuldig. Sie haben vielmehr auch in anderen Bereichen ihre je spezifischen Inhalte und Bedeutungen, und diese können mitunter stark divergieren. So wird etwa ein unerwünschtes Verhalten als krank bezeichnet, womit aber keine medizinisch-pathologische Krankheit gemeint ist, sondern ein sozial nicht toleriertes Betragen. Auch redet man etwa von einer gesunden Firma, womit ein Unternehmen gemeint ist, das Gewinn, Mehrwert und Nutzen bringt. Eine solche Auslegung des Gesundheitsbegriffs wäre für die Medizin indes problematisch. Dies sind nur zwei Beispiele zur Illustration.

Die Medizin hat also nicht ohne weiteres die Hoheit über die beiden Begriffe, welche ihr System definieren. Sie muss sich diese vielmehr immer wieder aufs Neue erkämpfen und die Begriffe im Dialog laufend neu aushandeln. Dabei verflechtet sich die Medizin mit der Theologie, der Philosophie, der Ethik und dem Recht, ebenso mit Psychologie, Ökonomie, Soziologie und Politik, aber auch mit Kunst und Literatur. Für sie alle sind Krankheit und Gesundheit unterschiedliche Metaphern. Man denke nur an Thomas Manns Auseinandersetzung mit dem Krankheits-, bzw. dem Gesundheitsbegriff im *Zauberberg*, die uns vor Augen führt, dass sich in diesen Begriffen auch heute noch naturwissenschaftliche Ideen mit geisteswissenschaftlichen vermengen. Diese verschiedenen Vorstellungen verschränken sich mit der rein medizinischen-pathologischen Auslegung (falls es die überhaupt gibt), verändern so laufend das allgemeine Verständnis des Krankheits- und des Gesundheitsbegriffs und damit auch die Ansprüche, die die Gesellschaft an die Medizin stellt. Was schliesslich einen Einfluss auf ihre Handlungsweisen und Behandlungsalgorithmen hat.

Wie dies in der Praxis aussehen kann, sieht man beispielsweise an der Veränderung des Krankheitsbegriffs in der Suchtprävention. Das Verständnis eines diesbezüglich Gesunden als eines Menschen, der möglichst gar keine Suchtmittel konsumiert, ist medizinisch-pathologisch zwar richtig, es hatte aber ein Glaubwürdigkeitsproblem: die Beobachtung, dass es doch einige Menschen gibt, die Suchtmittel konsumieren, dabei aber gesund sind, insofern, als sie gesellschaftlich funktionieren, mitunter sogar besser als andere. So zeigten denn auch die ersten Präventionskampagnen, die noch mit einem solchen absoluten Gesundheitsbegriff arbeiteten, wenig Wirkung. Erst das veränderte Verständnis des Begriffs als Definition eines massvollen, kontrollierten Umgangs mit Suchtmitteln schuf die Grundlage, auf welcher glaubwürdige und deshalb wirkungsvolle Suchtprä-

ventionskampagnen lanciert werden konnten. Die Kampagne «Alles im Griff» des BAG zeigt dies mustergültig. Diese Veränderung des Begriffsverständnisses kam indes eher von der Soziologie her als von der Medizin selbst. Sie wirkt nun aber bei der klinischen Arbeit mit Suchtkranken in diese hinein. Für den Mediziner ist zwar nach wie vor klar, dass ein Mensch, der Substanzen zu sich nimmt, von denen er weiss, dass sie seinen Körper schädigen, krank ist. Er hat den Begriff aber aufgeweicht, um seinen suchtkranken Patientinnen und Patienten überhaupt helfen, um sie heilen und pflegen zu können. Der Übergriff aus anderen Disziplinen auf den Gesundheitsbegriff der Medizin ist hier also ein unproblematischer, ja sogar fruchtbarer.

Als Beispiel eines problematischen solchen Übergriffs sei die Zeit des Nationalsozialismus in Erinnerung gerufen. Hier hat eine Ideologie qua Politik Macht über die Medizin erlangt und diese dazu instrumentalisiert, ihre ideologischen Begriffe von gesund und krank nicht nur zu übernehmen, sondern sie auch zu promovieren und anzuwenden. Die Folge waren flächendeckende Kastrationen von Menschen, die im Verständnis der Naziideologie als krank, als entartet, als nicht lebenswert galten, sowie die fabrikmässige Vernichtung von Millionen. Die Medizin hat es in jener dunklen Zeit nicht geschafft, ihren Krankheits- und Gesundheitsbegriff aufrechtzuerhalten. Was seinen Grund auch darin hatte, dass grosse Teile der anderen Gesellschaftsbereiche, die mit diesen Begriffen arbeiteten, sie ebenfalls in solcher Weise missverstanden, allen voran Politik, Recht und Ökonomie, aber auch Teile der Philosophie, ja selbst der Theologie, der Dichtung und der Kunst. Dies zeigt, dass der Gesundheitsbegriff ein fragiler ist, an welchem wir als Gesellschaft laufend und mit grösster Achtsamkeit arbeiten müssen, wollen wir vor einem Rückfall in solche Barbarei gefeit sein. Und wir dürfen dabei nie vergessen, dass diese Begriffe immer auch ideologische Begriffe sind, nie rein medizinisch-pathologische.

Heute stellen wir vor allem vonseiten der Gesundheitsökonomie einen Übergriff auf den Gesundheits-, bzw. den Krankheitsbegriff fest. Dies geschieht allerdings nicht direkt, sondern über Nebenbegriffe, die uminterpretiert oder neu in den gesundheitspolitischen Diskurs eingeführt werden. Sie entspringen einem veränderten gesellschaftlichen Verständnis von Krankheit und Gesundheit, welches nicht unproblematisch ist und sich in diesen neuen oder neu verstandenen Nebenbegriffen zeigt. Ich habe dies im VEMS-Positionspapier zum Utilitarismus im Gesundheitswesen¹ untersucht und greife hier auf das dort Festgestellte zurück. Hierzu unterteile ich in Begriffe, die in der Medizin eine Verwendung haben, aber zweckentfremdet werden, und in solche, die neu eingeführt wurden und der Medizin wesensfremd sind. Ich konzentriere mich im Folgenden jeweils auf die drei wichtigsten Begriffe.

¹ <http://www.docfind.ch/VEMSPositionspapierUtilitarismus.pdf>

Zweckentfremdete Begriffe

Zweckmässigkeit	Was mit Zweckmässigkeit in der praktischen Anwendung der Gesundheitsökonomie gemeint ist, liesse sich besser mit dem Begriff <i>Verhältnismässigkeit</i> fassen. Es geht hier darum, abzuwägen, ob der Nutzen einer medizinischen Behandlung in einem Verhältnis zum monetären Aufwand steht. Durch die Verwendung des Begriffs <i>Zweckmässigkeit</i> entsteht nun aber eine Verwechslung mit der medizinischen Zweckmässigkeit, welche eine ganz andere Art des Abwägens ist (siehe hierzu VEMS-Factsheet ²). Die Verwendung des Begriffs im ökonomischen Sinn führt zu einer Unterwanderung des medizinischen Zweckmässigkeitsbegriffs und damit schleichend zu einer Vereinnahmung des Indikations- und Behandlungsentscheids durch die Ökonomie.
Effizienz	Die Medizin versteht unter Effizienz die speditive Abwicklung einer Behandlung, welche aufgrund eines bestimmten Indikationsentscheids gewählt wurde. Für die Gesundheitsökonomie fällt unter denselben Begriff aber überdies auch das Fällen dieses Entscheids selbst in ihrem Sinn: so, dass Behandlungen, die nach ihrem Dafürhalten ein schlechtes Kosten-Nutzen-Verhältnis haben, möglichst vermieden werden.
Qualität	Die Qualität einer Behandlung ist im medizinischen Sinn eine Beurteilung der Art und Weise, wie diese durchgeführt wurde, vergleichbar einem Automechaniker, der beurteilt, ob ein Branchenkollege ein Ersatzteil fachgerecht montiert hat. Die Gesundheitsökonomie verwendet diesen Begriff aber auch im Sinne einer Beurteilung der Wirkung medizinischer Behandlungen und der Lebensqualität des Patienten. Da diese jedoch nie ganz vorhersehbar ist, gerät die Medizin so in die Defensive: Man verlangt von ihr unter dem Schlagwort <i>Qualität</i> , etwas a priori zu garantieren, was sie nur a posteriori feststellen kann.

Wesensfremde Begriffe

Anreiz	Die Medizin geht von einer intrinsischen Motivation des Mediziners aus. Dies ergibt sich aus ihren ethischen Grundlagen, aus dem Eid des Hippokrates, aus der Genfer Deklaration des Weltärztebundes, aus den Standesordnungen der FMH, der Ärzte- und der Fachgesellschaften. Indem die Ökonomie den Begriff des Anreizes in die Medizin einführt, unterstellt sie, der Arzt, die Ärztin bedürfe eines extrinsischen Anreizes, sei also nicht genügendmassen intrinsisch motiviert. Damit zwingt sie die Medizin in ihre Logik. Um ihr dann eben diesen Vorwurf zu machen: monetär motiviert zu agieren. Woraus sie den Bedarf an ihren Kostendämpfungsmassnahmen ableitet.
--------	--

² <http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetZweckmaessigkeit.pdf>

Nutzen	Der Begriff des Nutzens ist als ethische Skala an sich schon fragwürdig. In der Medizin ist er sogar gefährlich, insbesondere, wenn neben dem individuellen Nutzen auch ein Gesellschaftsnutzen gemeint ist. Ein Mediziner erbringt nicht primär einen Nutzen, er lindert ein Leiden. Dass der Patient daran seinen Nutzen hat, die Leidverminderung, versteht sich ebenso, wie dass auch die Gesellschaft einen Nutzen daran hat, wenn der Patient geheilt und wieder arbeitsfähig ist. Dies ist aber nicht das primäre Kriterium ärztlicher Arbeit. Wäre dem so, es stünden fundamentale Patientenrechte zur Disposition. Hier nimmt die Ökonomie mit der Lenkung vom Primat der Leidensverminderung in den Primat der Nutzenoptimierung nicht absehbare moralische Risiken in Kauf.
Ressource	Die Medizin ist eine gesellschaftliche Ressource. Dank ihr ist die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger möglichst sichergestellt. Sie innerhalb sich selbst als Ressource ihrer selbst zu denken, ist tautologisch. Das tut die Ökonomie indes, wenn sie medizinische Fachpersonen als personelle Ressourcen versteht und ihre Verknappung so beheben will, dass sie deren Arbeit komprimiert. Ist diese Knappheit tatsächlich gegeben, so ist es an der Ökonomie, an den Behörden, an der Politik, die entsprechenden Ressourcen sicherzustellen, mittel- bis langfristig durch Ausbildung, kurzfristig durch Rekrutierung externer Ressourcen, von Fachkräften aus dem Ausland. Den Begriff der Ressource in die Medizin einführen bedeutet, ihr die Aufgaben der Gesundheitsökonomie zu übertragen. Damit verdreht man ihren Zweck, sie kann unter diesem Begriff gar nicht anders, als eine Abteilung der Ökonomie zu werden. Anstatt von Ressourcen von <i>Mitteln</i> zu reden wäre adäquater, genauer von <i>gesprochenen Mitteln</i> . Damit wäre klar, dass es sich hier um eine Frage der Priorisierung handelt, um Gelder, die gesprochen werden oder eben nicht. So aber steht die Medizin als Verschwenderin da.

Solche Begriffe steuern zusehends die Diskurse unseres Gesundheitswesens und führen in weitere Begriffs- und Argumentationsketten. So ist etwa der Begriff einer *Nachhaltigen Medizin*, der an sterbende Wälder erinnert, eine Ausweitung des Begriffs der Ressource. Der Begriff *Managed Care*, ein Euphemismus für Budgetzwang mit Gefahr der Unterversorgung, lässt sich auf die Zweckentfremdung des Qualitätsbegriffs deduzieren und unterstellt, die Medizin sei ohne die Krankenkassenökonomie unorganisiert, produziere mangelhafte Qualität oder zwar gute Qualität, doch zu einem nicht zahlbaren Preis. Der Begriff der *Apparatemedizin*, der an die Angst appelliert, der Medizin ausgeliefert zu sein, seine Autonomie an sie zu verlieren, ist ohne den Begriff des Anreizes gar nicht denkbar. Nur wenn der Mediziner anders motiviert ist als intrinsisch, ist der Begriff *Apparatemedizin* haltbar. Oder, um ein letztes Beispiel zu nennen, der Begriff *Moral Hazard* (mo-

ralische Versuchung): Dieser ergibt sich erst aus dem Begriff des Nutzens, der neben dem Arzt auch seinem Patienten unterstellt wird. Wir kaufen medizinische Behandlungen aber nicht wie Konsumgüter. Vielmehr zögern wir in der Regel doch deren «Kauf», den Arztbesuch, so lange hinaus, wie es nur irgend geht.

Wenn diese Terminologie nun immer mehr in die Medizin dringt, dann erwachsen daraus auch neue Ansprüche an den Arzt: nicht nur die Präferenzen der Patienten soll er fortan bedienen, sondern auch jene der Krankenkassenökonomie. Das wäre allerdings noch nicht unbedingt problematisch und ist auch nicht neu. Es entsteht so aber auch ein verändertes Verständnis von *gesund* und *krank* und – was das Wesentliche ist – eine sich schleichend etablierende neue Hoheit über die Definition dieser Begriffe, ebenso darüber, was gute medizinische Arbeit sei, was gutes *Heilen* und *Pflegen*. Wie sich dies in der Kommunikation zeigt, will ich im Folgenden untersuchen, eingangs aber noch am Beispiel assistierter Suizide illustrieren, wie wichtig Begriffe und ihre Veränderung im gesundheitspolitischen Diskurs sein können.

Der Begriff für diese Tätigkeit hat vor allem in der Schweiz und vor allem in jüngster Zeit eine erstaunliche Genesis erfahren. Redete man früher noch moralisierend von Selbstmord und von Beihilfe zum Selbstmord, so hat sich zuerst der Begriff der Suizidbeihilfe, dann der Begriff der Suizidhilfe und schliesslich der der Freitodbegleitung mehr und mehr etabliert. Das führt zwar zu einer an sich erfreulichen «moralischen Entkrampfung», was für Patienten, die ohnehin schon stark belastet sind, fraglos eine emotionale Erleichterung und Entlastung ist. Damit wird aber auch die Sache, die damit bezeichnet wird, eine andere. Dies wird dann problematisch, wenn dabei verlorengeht, dass in die Entscheidung, diesen Schritt aufgrund einer als unerträglich empfundenen Krankheitssituation zu tun, nicht nur medizinisch-pathologische, psychische und lebensphilosophische, bzw. religiöse Aspekte hineinwirken, sondern immer auch soziale und ökonomische. Und für diese sind auch wir als Gesellschaft verantwortlich. Es gilt, sie ernst zu nehmen, soll die Hilfe eine verantwortungsvolle sein, also eine, die auf sorgfältiger Abwägung und so weit als möglich autonom gefällter Entscheidung des Suizidenten fusst und nicht etwa aus finanzieller Not oder sozialer Isolation geschieht.

Interessant ist nun aber, dass mit der Veränderung des Begriffs auch eine veränderte Anspruchshaltung an die Medizin einhergegangen ist: die Meinung, der Arzt, die Ärztin müsse hier, wenn nicht helfen, so doch mit den Organisationen kooperieren, die diese Hilfe anbieten. Für den Arzt ist das allerdings nicht ohne weiteres möglich, denn es widerspricht seinen ethischen Grundlagen, dem Eid des Hippokrates, der Genfer Deklaration des Weltärztebundes. In den Standesordnungen der FMH und in den Empfehlungen der SAMW ist es denn auch so geregelt, dass der Mediziner diese Hilfe leisten kann, aber nicht muss. Irgendein Mediziner muss sie aber leisten, denn es

braucht den Arzt, der das Rezept für das tötende Natriumpentobarbital ausstellt, damit ein assistierter Suizid durchgeführt werden kann. Weigert sich der Arzt, dies zu tun, so steht er jetzt, mit dem Begriff *Suizidhilfe*, viel eher als jemand da, der Hilfe verweigert, als dies der Fall war, als noch mit dem Begriff *Suizidbeihilfe* gearbeitet und argumentiert wurde. Dies bringt ihn in ein moralisches Dilemma, und damit haben wir die paradoxe Situation, dass die «moralische Entkrampfung» des Selbstmords in ein neues Moralisieren führt. Die Kommunikation der Sterbehilfeorganisationen geht noch einen Schritt weiter und arbeitet mit dem Begriff der *Freitodbegleitung*. Damit wird der assistierte Suizid über ein Ideal promoviert, gegen das niemand etwas haben kann: die Freiheit. Das ist problematisch, denn es gibt gegen assistierte Suizide durchaus Einwände, die sich nicht gegen Freiheit und Selbstbestimmung richten.

Dass die Befürworter assistierter Suizide mit einem Begriffskanon aufführen, der Züge einer Moral aufweist, hat seinen Grund: sie traten gegen sehr starke moralische Vorbehalte an, auch aufseiten der Ärzteschaft. Die gute Absicht soll hier nicht infrage gestellt werden. Auch sind wir vom VEMS nicht grundsätzlich gegen assistierte Suizide, nur gegen die Art und Weise, wie diese derzeit durchgeführt werden³. Was hier allerdings interessiert, ist die Untersuchung, welche Auswirkungen dieser Begriffswandel auf die zentralen Begriffe der Medizin hat und noch haben könnte. Die Auswirkung auf das Verständnis medizinischen Heilens und Pflgens ist augenscheinlich: Es soll auch das Bedienen eines Sterbewunsches umfassen, in jedem Fall aber ein Verhalten, das diesem Wunsch nicht im Weg steht. Damit geht allerdings auch ein neues Verständnis davon einher, was gesund ist und was krank: Ein lebensmüder Patient ist nun nicht mehr krank wie bis anhin, sondern gesund, aber gewillt, sein Leben zu beenden. Dass die Grundlage für einen solchen Entscheid ein Abwägen von Nutzen und Aufwand ist, wie es eigentlich das Geschäft der Ökonomen wäre, zeigt, wie wir unser Leben heute immer mehr begreifen. Damit wirkt die Begriffsveränderung der Entscheide am Lebensende nun aber auch in die Begriffe *lebendig* und *tot* hinein. Und wenn diese jetzt mit einer ökonomischen Tendenz verstanden werden, dann könnte das auch ethisch problematische Auswirkungen auf die Entscheidungen am Lebensanfang haben.

³ <http://www.docfind.ch/VEMSEndOfLifeDecisions.pdf>

Regulierung der Gesundheitskommunikation

Begriffe können die Richtungen lenken, in welche sich Diskurse bewegen, um schliesslich ihre Eigendynamik zu entwickeln. In die Diskurse eingeführt werden sie über bezahlte Kanäle (Werbung) oder durch eine gezielte Medienarbeit, die die Journalisten und die Öffentlichkeit bedient (Public Relations). Beides ist im Gesundheitswesen nicht ohne weiteres möglich und entsprechend komplex. Wir können drei Ebenen gliedern, auf welchen Gesundheitskommunikation betrieben wird: Auf der Mikroebene (Kommunikation am Krankenbett und in den Praxen), auf der Mesoebene (Kommunikation der Spitäler, der Heime und der Industrie) und auf der Makroebene (Kommunikation von Politik, Behörden, Verbänden und Interessengruppen). Während diese Ebenen institutionell und organisatorisch trennbar sind, verschränken sie sich in der Kommunikation oftmals. Auf der Makroebene lancierte Botschaften wirken über die Mesoebene in die Mikroebene hinein, wo sie die Kommunikation des Arztes mit seinem Patienten beeinflussen, ebenso wie diese Kommunikation ihrerseits einen Einfluss darauf hat, wie in den Spitälern, den Heimen und durch die Industrie zu den Leistungserbringern auf der Meso- und der Mikroebene kommuniziert wird.

Dass die Mikroebene noch immer jene ist, auf welcher die Hauptkommunikation stattfindet, geht über dieser Verschränkung fast vergessen. Das Gespräch von Arzt und Patient ist aber der Ort, an welchem über Gesundheit am intensivsten und vor allem am wirkungsvollsten kommuniziert wird. Der Patient ist heute allerdings dank den Möglichkeiten von Internet, Social Media und Gesundheits-Apps besser informiert als je zuvor. Wie sich dies auf die Arzt-Patienten-Beziehung auswirkt, hat die Bertelsmann-Stiftung unlängst in einer Studie untersucht⁴, in welcher im November und Dezember 2015 804 ambulant tätige Ärzte an einer Online-Befragung zu Erfahrungen, Einstellungen und dem Umgang mit selbstinformierten Patienten teilnahmen. Die Studie stellt im Ergebnis fest: «Fast alle Ärzte in der ambulanten Versorgung machen die Erfahrung, dass Patienten sich immer häufiger selbst zu medizinischen oder krankheitsbezogenen Fragen informieren. So gaben nur zwei Prozent der Befragten an, in den vergangenen fünf Jahren keine Veränderung im Informationsverhalten ihrer Patienten bemerkt zu haben.» Die Meinung über die Auswirkung der Selbstinformation ist geteilt: «So gab etwas mehr als die Hälfte der Befragten an (54 %), dass diese Entwicklung teils positive und teils negative Aspekte für das Verhältnis mit sich bringe. Vor allem Ärzte, die angaben, nur wenige Patienten mit hohem Bildungsgrad zu behandeln, bewerteten die Auswirkungen negativ.»

Dies zeigt, dass eine kritisch bis negative Meinung zur Selbstinformiertheit der Patienten nicht einfach als Unmut darüber abzutun ist, dass die Kompetenz des «Halbgotts in Weiss» infrage

⁴ https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSU/Publikationen/GrauePublikationen/GeMo-NL_2016-2_VV.pdf

gestellt wird. Der Arzt hat vielmehr einen Mehraufwand mit selektiv informierten Patienten: «Rund 30 Prozent der Ärzte bestätigten, dass die Selbstinformation die Patienten meist verwirre und das Vertrauen zum Arzt beeinträchtige.» Die Kommunikationsmöglichkeiten des Arztes sind allerdings weitgehend auf das Patientengespräch beschränkt, welches aber immer auch eine Art Werbung für ihn ist. Fühlt sich der Patient verstanden, so wird er den Arzt weiterempfehlen. Wenn die Praxis dann noch eine professionelle Homepage hat, auf der das Angebot übersichtlich, kompetent und sympathisch dargestellt ist, vielleicht noch einen Folder zum Mitnehmen, so sind die Möglichkeiten der kommerziellen Kommunikation auf der Mikroebene bereits ausgereizt.

Den Akteuren auf der Mesoebene bieten sich hier weit mehr Möglichkeiten. Die Kommunikation durch die Pharmazeutische Industrie ist dabei am klarsten geregelt. Hier gilt in der Schweiz ein Verbot der direkten Bewerbung verschreibungspflichtiger Medikamente zum Patienten, und auch im Bereich nicht verschreibungspflichtiger Medikamente ist die direkte Patientenwerbung angewiesen, diesen darüber zu informieren, vor der Einnahme des Medikaments eine Fachperson zu konsultieren. Einen solchen Hinweis sucht man nun allerdings vergebens, wenn die Versicherungsindustrie vermittels Krankenkassenwerbung die Versicherten zu einem Wechsel bewegen will. Er wäre aber nötig, denn nicht jedes Versicherungsmodell eignet sich in gleicher Weise für jeden Versicherten, und darüber weiss der behandelnde Arzt am besten Bescheid. Dieser wird aber nicht nur übergangen, die Krankenkassen stellen sich in ihrer Werbung mitunter sogar so dar, als seien sie es, die die Patientinnen und Patienten heilen und pflegen. Diese Kompetenzunterwanderung hat negative Auswirkungen auf die Gespräche mit dem Arzt. Es stellt sich hier die Frage, ob nicht ein generelles Werbeverbot für Krankenkassen erlassen werden sollte, sind es doch unsere Prämiegelder, mit denen diese bezahlt wird.

Durch den ökonomischen Druck auf Spitäler und Heime häufen sich aber auch die Promotionen der Versorgungsindustrie. Das kann kontraproduktiv sein, indem es eine Anspruchshaltung beliebt macht, die problematisch ist. Es steht hier die Frage im Raum: Weshalb ist die direkte Konsumentenwerbung auf der Mesoebene für die Pharmazeutische Industrie streng geregelt, für die Versicherungsindustrie und die Versorgungsindustrie aber nicht? Die weitgehend unregelte Werbung der Versorgungsindustrie ist ja auch vor dem Hintergrund fraglich, dass die Werbung auf der Mikroebene, also für die Einzel- und Gruppenpraxen, in den Standesordnungen streng geregelt wird. Dies ist insbesondere dort stossend, wo sich die Versicherungsindustrie in den Bereich der Versorgungsindustrie ausweitet und eigene Versorgungszentren betreibt und bewirbt. Hier herrscht klar ein unfairer Wettbewerb, zumal diesen versicherungseigenen Versorgungszentren auch administrativ weniger Aufwand anfällt, da sie von den Wirtschaftlichkeitsverfahren und allgemein von der Kommunikation mit den Krankenkassen stark entlastet sind.

Von der Werbung auf der Makroebene des Gesundheitswesens werden vor allem die Gesundheitskampagnen des Bundesamtes für Gesundheit BAG wahrgenommen. Man denke nur etwa an die Stopp-Aids-Kampagne oder an die Präventionskampagnen gegen Suchterkrankungen und falsche Ernährung. Auch die kantonalen Gesundheitsbehörden arbeiten auf dieser Ebene, indem sie regelmässig Kampagnen zur Promotion von gesundheitsförderndem Verhalten oder jüngst vermehrt auch zur Information über psychische Leiden, Burnout und Suchtkrankheiten lancieren, ebenso wie die verschiedenen Verbände, Interessengruppen und gemeinnützigen Organisationen des Gesundheitswesens. Was diesen Kampagnen oftmals fehlt, ist eine Einbindung auf der Meso- und vor allem auf der Mikroebene. Teilweise sind die Mediziner noch nicht einmal über sie informiert und können folglich auf Patientenfragen, die diese Kampagnen aufwerfen, auch nicht adäquat eintreten. Der Hinweis «In Zusammenarbeit mit den Kantonen, den Versicherern und der FMH» reicht hier sicherlich nicht. Was fehlt, ist eine Einbindung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, und zwar in allen drei Phasen: Konzeption, Kreation, Realisation. Geschieht dies nicht, so kann es auch nur schwer gelingen, die Mediziner ins Boot zu holen. Und sie sind es noch immer, zu welchen die Patienten das grösste Vertrauen haben.

Ein gutes Beispiel, wie es anders geht, ist die Promotion der Organspende in der Schweiz. Bis 2015 war diese so organisiert, dass einerseits das BAG als Behörde neutral informiert hat und andererseits die Stiftung Swisstransplant, welche für die Zuteilung der Organe verantwortlich ist und deshalb eine klare Pro-Organspende-Kommunikation fuhr. In den Jahren 2013 bis 2015 wurde diese Kommunikation verstärkt, es wurde eine jährliche Kampagne lanciert, und zwar direkt in den Spitälern, wo sie nicht nur die Patienten und Besucher, sondern vor allem auch die medizinischen Fachkräfte auf das Problem sensibilisieren sollte, was mit gezielter Medienarbeit in den Fachmedien vertieft wurde. Diese Sensibilisierung ist auch gelungen, und sie hat Früchte getragen: Das Jahr 2015 war das erfolgreichste Jahr in der Geschichte der Schweizer Transplantationsmedizin⁵. Dieser Erfolg war nur möglich, weil die Kampagne aus der Medizin selbst heraus entwickelt wurde, in Zusammenarbeit mit den Transplantationsverantwortlichen der Spitäler, und weil auch die Lancierung solcherart ausgestaltet wurde: zuerst wurden die Mediziner informiert, erst dann die Patienten und die Öffentlichkeit.

Dies bedeutet im Umkehrschluss: Wird die Medizin nicht eingebunden, so sind Gesundheitskampagnen zumeist wenig effektiv oder im schlimmsten Fall eine komplett wirkungslose Geldverschwendung. Auch die Fortschritte in der Suchtprävention haben dies ja gezeigt: Erst das gemeinsam mit der Medizin erarbeitete neue Verständnis des diesbezüglichen Gesundheitsbegriffs brachte substanzielle Fortschritte. Hier stehen grosse Herausforderungen an, etwa bei der Veranke-

⁵ <http://www.docfind.ch/MedienmitteilungJahreszahlen2015Swisstransplant.pdf>

rung eines neuen Begriffs medizinischer Qualität oder, auf der Patientenseite, wenn es darum geht, die Selbstverantwortung als Begriff einzuführen, wodurch erhebliche Mittel einzusparen wären. Werden diese Begriffe und die daraus resultierenden Ansprüche an die anvisierten Zielgruppen von unseren Behörden über die Medizin und über die Bevölkerung gestülpt, so sind Erfolge wenig realistisch. Wir sollten nicht vergessen: Der Mediziner hat durch seine tägliche Arbeit am Krankenbett von beidem, der Qualität und den Selbstverantwortungsmöglichkeiten des Patienten, eine realistische Vorstellung und ein gesundes Augenmass dafür, was geht und was nicht. Ihn gilt es folglich einzubinden, und zwar in allen drei Phasen: Konzeption, Kreation, Realisation.

Fehlende Regulierung PR-Aktivitäten der Mesoebene: Helsana-Studie Versorgung Diabetes-Patienten

Während auf der Ebene der Werbekommunikation die Interaktionen noch relativ leicht auszumachen sind, gestaltet sich die Kommunikation über Public Relations komplexer, mitunter ist sie kaum durchschaubar. Die Sache entflechtet sich allerdings, wenn wir im Auge behalten, dass hier vor allem die Mesoebene kommuniziert und dass dies im Wesentlichen über Studien läuft, um welche dann eine PR-Kommunikation ausgestaltet und orchestriert wird. Wir kennen dieses Muster von der Pharmazeutischen Industrie, und unsere Medien haben sich diesbezüglich einen gesunden kritischen Reflex angewöhnt. Dass auch die Versorgungsindustrie und vor allem die Versicherungsindustrie mit diesem Muster arbeitet, scheint indes noch nicht zu den Medien durchgedrungen zu sein, vielmehr: ein vergleichbar kritischer Reflex hat sich noch kaum herangebildet, vielleicht, weil für die Versicherungsindustrie noch immer eine gewisse Unschuldsvermutung gilt. Dies ist allerdings doch recht naiv. Wie jedes kommerzielle Unternehmen, so hat auch eine Versicherung ihre Interessen, die sie mit allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln durchsetzt.

Ich will im Folgenden, um dies zu illustrieren, ein besonders deutliches Beispiel einer solchen PR-Kampagne der Versicherungsindustrie aufarbeiten. Dazu der Hintergrund: Seit einiger Zeit versuchen die Versicherer, die Aufhebung des Kontrahierungszwangs beliebt zu machen. Die Begründung hier ist, dies sei nötig, um die Kosten in den Griff zu bekommen, da die Krankenkassen derzeit ja die Rechnungen jedes Arztes bezahlen müssten und folglich kaum Spielraum zur Kostenkontrolle hätten. Damit tun die Versicherer allerdings vor allem eines: sie geben zu, über adäquate Kontrollinstrumente und -algorithmen nicht zu verfügen (dazu weiter unten mehr). Um nun die Aufhebung des Kontrahierungszwangs argumentativ zu untermauern, gilt es, aufzuzeigen, dass die Situation, grundsätzlich die Rechnungen jedes zugelassenen frei praktizierenden Arztes bezahlen zu müssen, nicht nur unnötige Kosten verursacht, sondern auch eine mangelhafte Versorgung der Patienten mit sich bringt.

Die Helsana Versicherung hat hierzu in einer Studie die Versorgung der Diabetespatienten in der Schweiz untersucht. Die Studie⁶ wurde unter dem Titel «A set of four simple performance measures reflecting adherence to guidelines predicts hospitalization: a claims-based cohort study of patients with diabetes» von den Autoren Carola Huber, Roland Rapold und Oliver Reich von der Helsana sowie Michael Brändle vom Kantonsspital St. Gallen und Thomas Rosemann vom Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich publiziert. Sie kommt zum Schluss, bei nicht einmal 5% der Diabetiker seien alle notwendigen Kontrollen durchgeführt worden, was in der Tat eine gefähr-

⁶ <https://www.dovepress.com/a-set-of-four-simple-performance-measures-reflecting-adherence-to-guid-peer-reviewed-article-PPA>

liche Versorgungslücke wäre. Der CEO der Helsana, Daniel Schmutz, hat dies in einem Gastbeitrag im Tagesanzeiger vom 6. August 2016 mit dem Titel «Die Grenzen der Therapiefreiheit»⁷ thematisiert und daraus die Forderung zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs abgeleitet. Er beklagt «Die Gesundheit von Patienten darf nicht länger vom Glück oder Pech in der Arztwahl abhängen», spielt die Helsana dann geradezu als Patientenschutzorganisation auf, wenn er weiter schreibt «Helsana steht gegenüber ihren Versicherten nicht nur für den sorgsamsten Umgang mit den Prämieengeldern in der Pflicht, sondern sieht sich auch für ihre medizinische Versorgung mitverantwortlich.» Alsdann bedauert er, der Helsana seien allerdings die Hände gebunden, und leitet daraus schliesslich seine Forderung ab: «Im Sinne der Patienten und Prämienzahler wäre die beste Option, den Kontrahierungszwang aufzuheben».

Diese doch recht leicht zu durchschauende Argumentationskette hat allerdings einen Haken: Sie stützt sich auf eine einzige Studie, welche von der Helsana selbst durchgeführt wurde, sich auf Helsana-Daten stützt und – was das Wichtigste ist – sämtlichen Studien, die zu diesem Thema bisher national und international durchgeführt wurden, diametral entgegenläuft. Ist die Helsana also die einzige Organisation der Welt, die diesen Versorgungsskandal aufgedeckt hat? Oder, was naheliegender ist: stimmt vielleicht mit dieser Studie etwas nicht?

Der VEMS hat mit seinem Peer-Review-Team besagte Studie reviewt⁸ und stellt einige Mängel fest, wovon der gravierendste der ist, dass die Studie auf Versichererdaten beruht, nicht auf klinischen Daten. Und es ist nun einmal so, dass Patienten nicht von Versicherern behandelt werden, sondern von Klinikern. Eine solche Studie könnte also allenfalls Hinweise liefern, wo näher hinzuschauen wäre, dies müsste dann aber aufgrund klinischer Daten geschehen, mit denen die Versichererdaten bereinigt würden. Dies tut die Studie denn auch, doch fährt sie hier eine Sowohl-als-auch-Taktik, indem sie zwei Tabellen zur Verfügung stellt⁹, eine bereinigte (Tabelle 4) und eine nicht bereinigte (Tabelle 3). Nun kann man sich in der Argumentation auf die nicht bereinigte Tabelle drei beziehen und beim Einwand, die Resultate seien nicht bereinigt, auf Tabelle vier verweisen und argumentieren, die Resultate seien ja doch bereinigt worden. Dies tut Wolfram Strüwe, Leiter Gesundheitspolitik der Helsana, auf unseren Einwand denn auch, wenn er uns per E-Mail schreibt: «Anders als moniert, wurden "andere Krankheiten" in den Schätzungen berücksichtigt. Angaben zum "Sozialstatus" haben wir leider nicht.» Das ist allerdings nicht ganz richtig. In Tabelle vier wurde sehr wohl auch bezüglich soziodemografischer Variablen bereinigt. Nur führt das dann eben zu ganz anderen Resultaten. Damit wird die Studie zur reinen PR-Plattform, zu einer Hybris, aus der je nach Präferenzen, die es zu bedienen gilt, verschiedene Schlüsse abgeleitet wer-

⁷ <http://www.docfind.ch/TADie%20Grenzender%20Therapiefreiheit06.08.2016.pdf>

⁸ <https://sites.google.com/site/vemsreviews/diabetes-control>

⁹ <http://www.docfind.ch/Helsana4Variables.pdf>

den können. Dass dies allem zuwiderläuft, was Sinn und Zweck wissenschaftlichen Arbeitens ist, versteht sich. Wir haben hier vielmehr eine eigentliche «postfaktische Wissenschaft», was in sich ein Widerspruch ist.

Glücklicherweise findet sich im Autorenteam der Studie allerdings mit Michael Brändle ein Mitautor, der zum Thema bereits andere Studien verfasst hat und in diesen zu diametral andern Schlüssen gekommen ist. Wir haben ihm per E-Mail unter anderem folgende zentrale Frage zur Datenbasis gestellt: «Wurde vonseiten Helsana eine Vorselektion der Daten vorgenommen, oder sind die Daten tatsächlich randomisiert, und es sind dabei einfach zufällig gerade jene Fälle zusammengekommen, die so komplett klinischer Evidenz widersprechen? Haben Sie diese Fragen gestellt? Haben Sie die Rohdaten angeschaut?» Herr Brändle schreibt uns: «... vielen Dank für Ihre wichtigen Fragen, die ganz klar berechtigt sind», bleibt uns eine Antwort aber bis heute und auch nach nochmaligem Nachhaken schuldig.

Was bleibt als letztes Regulativ? Die öffentlichrechtlichen Medien. In der SRF-Sendung Puls vom Montag, 29. August. 2016¹⁰, wurde die Studie denn auch kritisch beleuchtet. Gerald Toppelmann schreibt uns per E-Mail zur Fragestellung der Sendung: «Muss ich mir als Betroffener Sorgen um meine Versorgung machen?» Er beantwortet diese rhetorische Frage auch gleich selbst, wenn er weiter schreibt: «Und die Antwort lautet: Keineswegs und schon gar nicht auf Basis dieser Zahlen. Schwächen lassen sich beherrschen und als Patient kann ich die Diabeteskontrolle ohne weiteres selbst mitbeeinflussen.» Das Problem ist allerdings, dass zur Relativierung der Studie und zur Validierung auf die klinische Praxis ausgerechnet der Managed-Care-Arzt Felix Huber in der Sendung zu Wort kam. Und seine Aussage ist brisant, wenn er konstatiert, dass in seiner Praxis eine solche Unterversorgung nicht herrsche, gewisse Hausärzte aber wohl nicht so die Übersicht hätten. Dadurch entsteht der falsche Eindruck, die Helsana habe einen Versorgungsskandal aufgedeckt, der allerdings in Managed-Care-Modellen nicht bestehe. Diese Informationsaufbereitung ist manipulativ und ein eigentlicher Werbespot für Hausarztmodelle mit Budgetverantwortung. Das sieht Herr Toppelmann allerdings anders: «Die Auswahl der Gesprächspartner obliegt bei uns dem Autoren und dem Produzenten der Sendung und ergibt sich in Beiträgen, die aus dem Tag heraus produziert werden nicht zuletzt auch aus der Verfügbarkeit. Die Aussagen von Herrn Huber waren in keiner Weise als Aussage des Exponenten eines Ärztenetzwerkes, sondern als Hausarzt (der er ist) ausgewiesen.» Das ist doch eher wenig glaubwürdig. War tatsächlich nur Herr Huber verfügbar? Und weshalb wurde von seinen Aussagen just jene in die Sendung genommen, welche die frei praktizierenden Hausärzte anschwärzt?

¹⁰ <http://www.srf.ch/sendungen/puls/sendungen>

Inzwischen hat, möglicherweise ein Resultat unserer Intervention bei Artur Rutishauser, dem Chefredaktor des Tagesanzeigers, der Präsident der FMH Dr. med. Jürg Schlup, im gleichen Medium, das Herrn Schmutz eine PR-Plattform geboten hat, die Möglichkeit einer Richtigstellung erhalten. Herr Schlup stellt in seinem Gastbeitrag¹¹ klar: «Auch die Zahlen der OECD, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit, zeigen, dass die Schweiz als «top performer» in der Diabetesbehandlung auf dem zweiten von 31 Länder-Rängen liegt.» Nun ist der Schaden allerdings bereits angerichtet; die Meinungen sind gemacht, der Eindruck bleibt, Diabetes-Patienten seien bei den frei praktizierenden Ärzten nicht ohne weiteres optimal versorgt, in den Ärztenetzwerken aber schon, weshalb eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs ein wichtiger und richtiger Schritt sei.

Unsere Medien, allen voran die öffentlichrechtlichen, haben diesen falschen Eindruck nicht nur nicht zu entkräften vermocht, sie haben ihn sogar gefördert. Es steht hier die Frage ihrer Unabhängigkeit im Raum. Zumindest müssen sie sich den Vorwurf gefallen lassen, doch recht naiv gehandelt zu haben, und dann wäre es einfach eine Häufung unglücklicher Zufälle gewesen, dass die Logik der Puls-Sendung vom 29. August 2016 so ziemlich genau dieselbe war wie die des Gastbeitrags von Daniel Schmutz vom 6. August 2016. Es ist allerdings fraglich, ob über eine solche Häufung von Zufällen für den Fall, es handelte sich um die Kommunikation einer Firma der Pharmazeutischen Industrie, ebenso locker hinweggesehen würde oder ob das dort nicht sogar rechtliche Konsequenzen hätte.

¹¹ <http://www.docfind.ch/GastbeitragSchlupTAZ092016.pdf>

Fehlende Kontrolle PR-Aktivitäten der Mesoebene: Managed-Care-Begleitforschung der CSS

Bevor wir die Begleitforschung zu Hausarztmodellen und Ärztenetzwerken anschauen, einige Hintergrundinformationen: Seit die Managed-Care-Vorlage vom Juni 2012 mit ihrem Vorstoss eines Quasiobligatoriums für MC-Modelle mit 76% Neinstimmen vor dem Schweizer Stimmvolk klar gescheitert ist, arbeiten die Versicherer daran, diese nun mit intensiver PR-Arbeit beliebt zu machen. Was sie dabei unterschlagen und was der VEMS als einzige Organisation der Schweiz bereits vor der Abstimmung aufgedeckt und in den Medien thematisiert hat¹²: Die Netzwerke gehen in diesen Modellen mit den Versicherern Verträge¹³ ein, in denen sie sich zur Einhaltung eines im Voraus und ohne Kenntnis der konkreten Patientensituation festgelegten Globalbudget verpflichten. Überschreiten sie das Budget, so fällt eine Busse von 50% der Überschreitung an, unterschreiten sie es, so winkt eine Belohnung von 50% der so eingesparten Behandlungskosten. Diese unter den Begriffen *Budgetverantwortung* oder *Budgetmitverantwortung* laufenden Vereinbarungen sind Gang und Gäbe. Es spielt also für den Versicherten eine Rolle, ob er in einem Hausarztmodell mit oder in einem solchen ohne Budgetverantwortung versichert ist. Im ersten Fall kann es sein, dass seine Behandlung hinausgezögert wird, und dies nicht aus medizinischen Gründen, sondern aus ökonomischen; das Netzwerk riskierte sonst vielleicht eine Busse der Krankenkasse.

Diese Information nimmt kein einziger Anbieter von Managed-Care-Modellen in seine Kommunikation auf. Die Versicherten werden vielmehr darüber im Unklaren gelassen und haben je nach gesundheitlicher Disposition und Budgetstand des Netzwerks unter Umständen das Nachsehen, und zwar dann, wenn es zu spät ist: im Krankheitsfall. Das Modell eignet sich also nicht für alle Patientengruppen, ja es ist für gewisse Patienten aufgrund des obigen Anreizsystems sogar gefährlich. Der Patientenschutz hat darauf bisher noch nicht reagiert, der Präsident des VEMS, Dr. med. Michel Romanens, hat in einem Beitrag¹⁴ in SPO Aktuell, dem Organ des Schweizer Patientenschutzes, aber auf dieses Problem hingewiesen. In anderen Medien wurde es kaum thematisiert. Comparis schliesslich, laut Selbstdeklaration «der führende Internet-Vergleichsdienst der Schweiz», effektiv aber wohl eher einer der grössten Schweizer Versicherungsbroker, sieht keinen Anlass, zu informieren und gegebenenfalls zu warnen. Felix Schneuwly, Head of Public Affairs bei Comparis, schreibt uns: «Wir stellen den Konsumenten Entscheidungswerkzeuge zur Verfügung, sind keine Konsumentenschützer, denn wir verringern Informationsasymmetrien und stärken so die Marktmacht der Konsumenten, weil Märkte dann gut funktionieren, wenn Anbieter und Konsumenten

¹² <http://www.vems.ch/geheimvertraege>

¹³ <http://physicianprofiling.ch/VisanaVertragAufsichtsbeschwerde.pdf>

¹⁴ http://www.spo.ch/wp-content/uploads/2013_2_SPO-Aktuell.pdf

ten im Kräftegleichgewicht operieren. Wir geben auch keine Empfehlungen ab, weil mündige Konsumenten selber entscheiden.» Das ist allerdings ein recht eigenartiges Verständnis von Mündigkeit. Mit derselben Argumentation könnte man die Warnhinweise und Beipackzettel bei Medikamenten weglassen, da die Bürgerinnen und Bürger ja mündige Konsumenten sind.

Offensichtlich wollen die Versicherer Modelle mit Ärztenetzwerken und Budgetverantwortung möglichst flächendeckend verbreiten. Und es ist auch klar, weshalb: So können sie sich die Ärzte, welche sie in ihren Netzwerken anstellen, aussuchen, und damit ist die freie Arztwahl de facto aufgehoben. Dies muss man wissen, will man die Begleitforschung zu Managed Care in der Schweiz verstehen. Auch hier haben wir das Grundmuster, dass eine krankenkasseneigene «Forschung» unter Beizug selektiv ausgewählter externer Mitautoren Studien publiziert, deren Zweck es nicht ist, einen Sachverhalt zu untersuchen, sondern eine betriebswirtschaftliche und politische Agenda der Versicherer zu bedienen. Im Grunde wäre es ja einfach, herauszufinden, für welche Patientinnen und Patienten sich diese Versicherungsmodelle eignen: Es ist anzunehmen, dass jene, bei denen dies nicht der Fall ist, das Modell früher oder später verlassen, und es wäre folglich zu untersuchen, weshalb sie dies tun und wie sich ihre Gesundheitskosten nach Verlassen des Modells entwickeln. Ersteres tut in eigentlich allen Branchen und Firmen schon die Marketingabteilung, indem sie nach den Gründen für den Austritt fragt, schriftlich oder mündlich per Telefonbefragung. Letzteres wäre ein Indikator für Unterversorgung im Modell. Steigen die Kosten nach Austritt signifikant, so wurde im Netz selbst unterversorgt, weshalb dann verspätete und deshalb verteuerte Behandlungen anfallen, unter Umständen notfallmässig im Spitalambulatorium, das an sich schon teurer ist. Darauf würden bereits die Hospitalisationstage in der Zeit, als die Patienten noch im Netzwerk waren, einen Hinweis geben. Sind diese signifikant höher, so könnte Unterversorgung der Grund dafür sein.

So wäre sukzessive und systematisch herauszufinden, für welche Patientinnen und Patienten sich das Modell eignet und für welche nicht. Damit wäre eine verantwortungsvolle, weil patientenadäquate Empfehlung dieser Modelle möglich. Daran sind die Versicherer aber offensichtlich so wenig interessiert wie die Broker, die bei jedem Wechsel ja Vermittlungsgebühren verdienen und davon auch ganz gut leben. Den Studien, welche die diesbezügliche krankenkasseneigene «Forschung» hervorbringt ist denn auch eines gemeinsam: Sie kommen alle mehr oder weniger zum Schluss, Ärztenetzwerke würden Kosten sparen und die Versorgungsqualität wenn nicht sogar erhöhen, so doch auch nicht verringern, wobei nicht unterschieden wird zwischen solchen mit Budgetverantwortung und solchen ohne. Unsere Beobachtung spricht eine andere Sprache: Die kantonale Entwicklung der OKP-Kosten (brutto pro Kopf) in den Jahren 2001 bis 2012 nach Anzahl Netzwerken in den Kantonen Aargau, Bern, St. Gallen und Zürich (jeweils 10 Netzwerke und

mehr) zeigt ein überproportionales Wachstum der OKP-Kosten pro Patient (siehe hierzu VEMS-Factsheet¹⁵). Im Klartext: Dort, wo es mehr Netzwerke gibt, sind die Gesamtkosten höher, auch wenn innerhalb der Netzwerke vielleicht Geld gespart wurde. Dies wäre ein Hinweis auf eine mögliche Unterversorgung in den Netzwerken, welchem mit oben beschriebenem Vorgehen wissenschaftlich nachzugehen wäre.

Wie sich die Versorgungsforschung zu Ärztenetzwerken nun aber ausgestaltet, will ich anhand einer Studie zeigen, über die wir vom VEMS uns mit Prof. Dr. Konstantin Beck, Mitglied der Direktion der CSS Versicherung und Leiter CSS Institut, per E-Mail ausgetauscht haben. Es war Herr Beck selbst, der uns auf diese Studie aufmerksam gemacht und sie uns per E-Mail geschickt hat. Wir hatten ihn angefragt, ob er uns dabei helfen könne, an die Datengrundlage zu gelangen, um zu untersuchen, welche Versicherten Modelle mit eingeschränkter Arztwahl verliessen, was die Gründe dafür seien und wie sich die Gesundheitskosten dieser Versicherten danach entwickeln würden. Darauf antwortete Herr Beck: «Ihre Fragen zu den Kosten derjenigen Personen, die MC-Modelle verlassen und nach dem Risiko-Typ dieser Personen liesse sich mit anonymisierten Daten beantworten. Bei der Frage nach den Gründen müsste auf die Versicherten persönlich zugegangen werden, was ein komplizierteres datenschutzrechtliches Protokoll erfordert. Bei solchen Fragestellungen müsste das Eigeninteresse der CSS gross sein, um den damit verbundenen Aufwand in Kauf zu nehmen.» Mit anderen Worten: Die CSS untersucht dies nicht, weil es nicht in ihrem Interesse ist. Herr Beck schreibt dann aber weiter: «Ich kann sie allerdings beruhigen, dass das Thema, das sie als brachliegend einstufen, nicht ganz so brach liegt, wie sie denken. Meinem Mitarbeiter, Dr. Lukas Kauer, ist es gelungen, seine neuste MC Analyse in einer sehr renommierten internationalen Zeitschrift zu plazieren (inklusive doppelblindem Peer-Verfahren und was da so dazu gehört). In dieser Studie geht er auch auf die Kosten der austretenden Versicherten ein und findet keine dramatischen Ausschläge, wie sie die "Vorenthaltung notwendiger medizinischer Leistungen ohne Wissen des Patienten" bewirken müssten. Ich lege Ihnen gerne eine Kopie der Studie bei.»

Diese Studie, «Long-term Effects of Managed Care»¹⁶ von Lukas Kauer, haben wir durch unser Peer-Review-Team reviewen¹⁷ lassen. Unsere Hauptkritik haben wir wie folgt an Herrn Beck formuliert: «Die Kosten im Jahr des Austritts waren geringer für die Austreter ... Das kann durchaus bedeuten, dass diese wegen medizinischer Unterversorgung (low cost) das Modell verlassen haben, zumal ja die Kosten nach dem Austritt nicht bekannt sind. Wie sehen Sie das?» Darauf antwortet uns der Studienautor Lukas Kauer via Konstantin Beck wie folgt: «Diese Möglichkeit besteht, ist jedoch sehr unwahrscheinlich. Würde Ihre Behauptung stimmen, würde sich dies herum-

¹⁵ <http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetMCForschung.pdf>

¹⁶ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27510575>

¹⁷ <https://sites.google.com/site/vemsreviews/managed-care>

sprechen ...» Hier wird also eine Vermutung zur Behauptung erklärt, um sie dann mit einer Gegenbehauptung abzutun. Aufgabe der Forschung ist es aber, eben solchen Hinweisen nachzugehen. Das «Würde-sich-herumsprechen-Argument» ist jedenfalls nicht eben ein wissenschaftliches und heisst im Klartext wohl eher: Was nicht sein darf, kann nicht sein. Wir haben also auch hier eine Forschung, die nur dort forscht, wo die Resultate die eigenen Präferenzen bedienen, um daraus Grundlagen für die PR-Abteilung zu liefern, die damit dann ihre Kommunikation zum Zwecke der Promotion der eigenen Produkte ausgestaltet und orchestriert. Prof. Beck ist allerdings überzeugt: «Die Einsparungen in Managed Care sind robuster und anhaltender, als ich selber vermutet hätte.» Bleibt die Frage, für wen und in welchen MC-Modellen, in denen mit Budgetverantwortung oder in denen ohne.

Comparis hat zum Krankenkassenwechsel unlängst eine Befragung¹⁸ gemacht, deren Resultate Felix Schlewly in einem Interview mit der BaZ¹⁹ veranlassten, zu sagen: «Wir stellen fest, dass jene Versicherten, die freiwillig zu Produkten mit eingeschränkter Arztwahl wechseln, zufrieden sind und auch dort bleiben.» Unser Einwand, per E-Mail an Herrn Schlewly geschickt: «Zu untersuchen wäre, ob die Befragten tatsächlich freiwillig zu Produkten mit eingeschränkter Arztwahl gewechselt haben (Stichwort Prekariat). Weiter wäre zu untersuchen, ob und welche der Versicherten, die gewechselt haben, mit diesen Modellen dann auch tatsächlich zufrieden sind (ev. sind sie auch lediglich nicht unzufrieden, weil sie nichts davon merken, da sie jung und gesund sind). Drittens schliesslich und am dringlichsten wären jene Versicherten zu untersuchen, die das Modell gewechselt haben. Was waren die Gründe dafür? Und wie haben sich ihre Krankengeschichten, wie die durch diese verursachten Kosten nach dem Ausstieg entwickelt?» Darauf schreibt Herr Schlewly schelmisch: «Untersuchen Sie Ihre Hypothesen, sehr geehrter Herr Kurth, niemand hindert Sie daran.» Er weiss natürlich, dass wir das nicht können, weil die Daten bei den Versicherern liegen. Wir können an dieser Stelle aber darauf hinweisen, dass es nicht getan wird, und vermuten, weshalb: Weil weder die Versicherer noch Comparis ein Interesse daran haben. Dass es für die Versicherten und vor allem für die Patienten interessant wäre, spielt anscheinend keine Rolle.

¹⁸ <https://www.comparis.ch/comparis/press/medienmitteilungen/artikel/2012/krankenkasse/anzahl-krankenkassen-wechsel/anzahl-krankenkassen-wechsel.aspx>

¹⁹ <http://bazonline.ch/schweiz/standard/das-ist-ein-problem-der-mittelschicht/story/20625198>

Die Unfähigkeit der Versicherer, ärztliche Leistungen zu beurteilen

Fassen wir bis hierhin zusammen: Die Versicherer beklagen, kaum Möglichkeiten der Kostenkontrolle zu haben, da sie gezwungen seien, die Rechnungen jedes frei praktizierenden Arztes zu begleichen. Deshalb wünschen sie sich die Aufhebung des Kontrahierungszwangs, denn dann wären sie in der Lage, nur noch jene Ärzte zu berücksichtigen, die in ihrem Sinn praktizieren. Diese Situation besteht bereits heute de facto in Ärztenetzwerken mit Budgetverantwortung, weshalb deren Verbreitung vorangetrieben wird. Beides, das Beliebtmachen der Aufhebung des Kontrahierungszwangs und die Promotion der Ärztenetzwerke, geschieht in der Folge mit einer Kommunikation, in deren Zentrum mangelhafte, teilweise komplett unwissenschaftliche Studien oder Befragungen stehen, um welche jeweils gezielt eine aufwändige Public-Relations-Kommunikation orchestriert wird. Dieses Gebilde zu bewirtschaften, verschlingt Gelder, die dann in der Gesundheitsversorgung fehlen. Lassen sich diese Kosten einsparen? Und weshalb ist dieses mittelverzehrende Gebilde überhaupt nötig? Weil die Versicherer ganz offensichtlich nicht über adäquate Kontrollinstrumente und -algorithmen zur Beurteilung ärztlicher Tätigkeit verfügen. Würden sie dies, so wären sie in der Lage, die Bezahlung medizinisch unzweckmässiger Behandlungen mit fundierter Begründung zu verweigern, gegebenenfalls rechtliche Schritte gegen die betreffenden Leistungserbringer einzuleiten, und dann hätten sie sich auch nicht darüber zu beklagen, diesen mit gebundenen Händen ausgeliefert zu sein.

Die Versicherer haben allerdings ein Kontrollinstrument: die Wirtschaftlichkeitsverfahren des Dachverbands der Schweizer Krankenkassen santésuisse. Es funktioniert nun aber nach einem doch recht einfachen Mechanismus: Man vergleicht die Durchschnittskosten. Sind diese 30% und mehr über denen der Vergleichsgruppe, so gilt der betreffende Arzt als auffällig. Danach wird noch mit dem Durchschnittsalter der Patienten, mit deren Geschlecht und mit dem Wohnkanton verfeinert, man berücksichtigt sogenannte Praxisbesonderheiten, die der Arzt einbringen kann. Ergibt sich auch dann noch eine Überschreitung von mehr als 30%, so wird das Verfahren eröffnet. Gar nicht angeschaut werden die Patienten, die der Arzt, die Ärztin behandelt. Das wäre im Einzelfall auch nur möglich, wenn Mediziner die Patientendossiers einsehen würden, und auf der Ebene der Datenbank, wenn darin klinische Variablen erfasst wären, was beides nicht der Fall ist.

So geraten in diese Verfahren immer wieder Ärztinnen und Ärzte, die das Pech haben, dass in ihrem Patientengut einige schwer- und schwerstkranke Patienten sind, die sie zwar korrekt behandeln, was aber natürlich Kosten verursacht. Weisen sie diese Patienten nicht weiter ins Spitalambulatorium, wo sie teurer behandelt werden, und sind sie auch nicht bereit und/oder in der Lage,

die so erhöhten Durchschnittskosten durch die Behandlung möglichst vieler Patienten mit möglichst geringen Kosten auszugleichen, auch wenn diese Behandlungen medizinisch vielleicht nicht immer zweckmässig sind, so drohen ihnen saftige Bussen. Ärztinnen und Ärzte mit schwerkranken Patienten können sich also nur aus dem Verdacht bringen, kostentreibend zu behandeln, indem sie genau das tun: kostentreibend behandeln. Ein Absurdum.

Das Parlament hat dies auch erkannt. Die Arbeitsgruppe WZW der FMH ist in seinem Auftrag daran, mit santésuisse zusammen ein neues Wirtschaftlichkeitsverfahren zu entwickeln. Das Problem der Arbeitsgruppe ist allerdings: Vorschläge, anhand der effektiven Behandlungen zu beurteilen, wären auf der Basis der Versichererdaten gar nicht realisierbar²⁰, die Versicherer bestehen aber auf dieser Basis. Somit dreht sich die Arbeitsgruppe seit Jahren im Kreis, der Parlamentsauftrag ist unter den gegebenen Bedingungen gar nicht erfüllbar. Welche statistisch-mathematischen Mängel das Verfahren aufweist, welche Folgen diese haben und wie sie zu beheben wären, hat der VEMS in verschiedenen Vorstössen in den Diskurs eingeführt, mit Gutachten, Positionspapieren und in Artikeln. An dieser Stelle sei auf unser Positionspapier zum Utilitarismus²¹ und auf unsere Stellungnahme zur Datenhoheit²² verwiesen, wo dies thematisiert wird, ebenso auf unsere Website www.vems.ch.

Weshalb die Versicherer nicht bereit sind, ärztliche Tätigkeit anhand der getätigten Arbeit, der Behandlungen also, zu beurteilen, ist Spekulation und soll nicht Gegenstand dieser Betrachtung sein. Klar ist, dass hier der Ursprung liegt für die gigantische Mittelverschwendung, wie sie oben beschrieben wurde. Und auch das Verfahren selbst verschlingt unnötig Mittel. Es müssen ja auch hier «wissenschaftliche» Gutachten eingekauft werden, um darum eine PR-Kommunikation zu orchestrieren, deren Zweck es ist, das Narrativ der Versicherer beliebt zu machen: Neben der höheren Lebenserwartung, den medizinischen Fortschritten und der erhöhten Anspruchshaltung der Patienten sind es die Ärzte, welche durch unnötige Behandlungen die Kosten treiben. Dieses Narrativ ist wohl richtig, doch erzählen die Versicherer es nicht fertig: Sie selbst treiben mit ihren Wirtschaftlichkeitsverfahren die Kosten der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in die Höhe, und dies mit einem bürokratischen Überbau, der ebenfalls die Kosten in die Höhe treibt. An diesem Kostenschub verdienen sie (mehr Umsatz durch höhere Gesamtkosten), ebenso am Dämpfen der Durchschnittskosten (höhere Marge). Und auch an den Bussgeldern für jene Ärztinnen und Ärzte, welche ungeschickterweise ihre Durchschnittskosten nicht im Rahmen der Vergleichsgruppe gehalten haben, mitunter gerade deshalb, weil sie kostensparend arbeiten.

²⁰ Santésuisse verfügt nur über aggregierte Daten, für eine Verbesserung der Prüfungen wären Individualdaten notwendig (www.physicianprofiling.ch/WZWStatistik2014.pdf)

²¹ <http://www.docfind.ch/VEMSPositionspapierUtilitarismus.pdf>

²² <http://www.docfind.ch/VEMStellungnahmePublicHealthDaten.pdf>

Einige von ihnen gelangen mit ihren Fällen an den VEMS. Wir haben allerdings nicht die Ressourcen, ihnen allen zu helfen, und es ist auch klar, dass wir nur jenen helfen können, bei denen das Problem tatsächlich ein mathematisch-statistisches ist. Über diese Fälle informieren wir jeweils die Presse²³, was in jüngster Zeit zweimal zu einem Doppelerfolg geführt hat: santésuisse konnte das Verfahren nicht aufrechterhalten, und die Presse hat darüber berichtet. Im ersten Fall hatten wir ein klassisches Ausreisserproblem²⁴, im zweiten wurden von santésuisse Zahlen falsch zusammengezählt und grobe Formfehler²⁵ begangen. Das Grundproblem bleibt aber, dass das Verfahren nicht zufällig, sondern systematisch solche Fehler hervorbringt und dass santésuisse an diesen Fehlern Geld verdient, folglich kein Interesse hat, sie zu beheben. Um davon abzulenken, kauft santésuisse Gutachten ein wie jüngst ein solches der B,B,S. Der VEMS ist im Besitz dieses Gutachtens und hat es beurteilen lassen²⁶. Aus der Expertise von Dr. Warmuth geht hervor, dass die vorgeschlagenen Variablen keine Morbiditätsvariablen sind, sondern vielmehr Variablen, von denen hypothetisch angenommen wird, dass sie helfen, die Kosten zu begründen, wie beispielsweise die Ärztedichte.

Damit ist natürlich nichts gewonnen, so eingesetzte Mittel sind eine Verschwendung unserer Prämiegelder. Der Prämienzahler sollte nicht die Verschleierung einer unwissenschaftlichen Beurteilungsmethode berappen, sondern die Entwicklung einer tauglichen. Der eigentliche Schaden, der damit aber angerichtet wird, ist eine Verstörung der Ärzte. Sie müssen ihr Verschreibungsverhalten nun in diesen grotesken ökonomischen Rahmen einpassen, der ein Imperativ der Durchschnittskostendämpfung setzt, unter welchem die absoluten Kosten stetig steigen, weil tendenziell immer öfter mit fragwürdiger medizinischer Zweckmässigkeit behandelt wird. Der Patient hat nun nicht mehr die Gewissheit, dass der Arzt seine Indikations- und Behandlungsentscheide aus medizinischen Überlegungen fällt oder nicht vielmehr als ökonomischen. Dadurch verschiebt sich auch sein Interesse in diese Richtung: Er will nun einen Gegenwert für seinen Prämienfranken. Da gleichzeitig auch sein Vertrauen schwindet, ist die Basis einer gemeinsamen Arbeit an der Gesundheit, das Gespräch, empfindlich gestört. Damit werden die medizinischen Behandlungen schwieriger und folglich auch teurer.

Frau Nold, die Direktorin von santésuisse, hat uns die Frage, ob die mit den Wirtschaftlichkeitsverfahren betrauten Mitarbeitenden erfolgsabhängige Lohnanteile erhielten oder andere geldwerten Incentives und/oder Anreize zur Erhöhung der Prozesssummen hätten, wie folgt beantwortet: «Die mit Wirtschaftlichkeitsverfahren beauftragten Mitarbeiter sind an den Rückforderungen nicht erfolgsbeteiligt.» Das beantwortet die Frage allerdings nur teilweise. Viel wichtiger ist jedoch, dass Frau Nold uns die Antwort auf die Frage schuldig bleibt, was in Fällen, da eine Fehlbeurtei-

²³ <https://www.medinside.ch/de/post/ueberarztung-krankenkassen-fangen-vor-bundesgericht-eine-schlappe-ein>

²⁴ <https://www.medinside.ch/de/post/gesucht-die-billig-praxis-mit-55-000-patientinnen>

²⁵ <https://www.medinside.ch/de/post/wzw-ueberarztung-vergleichsgruppen-pvk-vertrauenskommission-santesuisse>

²⁶ www.docfind.ch/WZWGutachtenWarmuth032016.pdf

lung aufgrund eines Ausreissers von santésuisse eingestanden wird, mit den anderen Ärzten der Gruppe passiert, bzw. ob deren Beurteilung revalidiert und gegebenenfalls etwaige Bussen zurückbezahlt werden. Auch bleibt die Frage offen, wie hoch die Mittel sind, die durch diese Verfahren aufgewendet werden. Frau Noll schreibt: «Wirtschaftlichkeitsverfahren führen nicht zu höheren Prämien. Die Abklärungen erfolgen ausserhalb der Tarifrelevanz.» Das ist allerdings doch eher wenig glaubwürdig. Irgendjemand muss die Aufwendungen für diese Verfahren ja bezahlen. Und falls er mit den Bussgeldern selbst beglichen wird, wären die mit den Verfahren betrauten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an diesen Bussen nicht nur erfolgsbeteiligt, es hinge vielmehr ihr gesamter Lohn von ihnen ab. Auch unterschlägt Frau Nold oben geschilderten Pseudowissenschafts- und PR-Apparat, der substanzielle Mittel verzehrt und nur nötig ist, weil die Versicherer nicht in der Lage sind, medizinische Leistungen adäquat zu beurteilen.

«Abzocker-Ärzte», ein problematischer Beitrag des öffentlich-rechtlichen Fernsehens

Vor dem oben aufgezeigten Hintergrund wäre es an der Zeit, dass die Versicherer ihr Verfahren zur Identifizierung von Überärzten anpassten. Beispielsweise wäre es denkbar, so vorzugehen, dass eine Überschreitung der Durchschnittskosten um 30% und mehr nicht mehr als Beweis für Überarztung gewertet würde, sondern lediglich als Hinweis, dem genauer nachzugehen wäre. Besteht die Überschreitung auch nach Verfeinerung der Daten (nicht bezahlte Rechnungen entfernt, Zahlen bereinigt etc.), so könnte man die teuersten fünf Patienten der betreffenden Praxis durch ein medizinisches Fachgremium prüfen lassen. Dabei würde sich sehr schnell zeigen, ob in diesen Fällen korrekt, also medizinisch zweckmässig behandelt wurde. Möglicherweise hat der betreffende Arzt den «Fehler» gemacht, diese Patienten nicht weiter zu verweisen, sondern selber zu behandeln (zum Beispiel bei psychosomatischen Beschwerden), und unter Umständen hat er so sogar geholfen, Geld zu sparen. Hat er hingegen vorsätzlich und systematisch überarztet, so würde das medizinische Studium ein entsprechendes Muster unzweifelhaft zu Tage fördern, und in diesem Fall wäre nicht nur eine Busse, sondern auch eine Strafe angezeigt.

Die Versicherungen anderer Branchen gehen jedenfalls so vor, indem sie Versicherungsspektoren haben, die solche Untersuchungen machen. Dies setzt das klare Zeichen, dass sich Betrug nicht lohnt. Ein Verfahren wie das bestehende aber, das systematisch sowohl falsch Positive als auch falsch Negative produziert, schafft ein Regime der Willkür. Dies schürt in der Ärzteschaft eine diffuse Angst, welche zu einer grundsätzlich restriktiven Verschreibungspraxis bei den Bedürftigen, den Kranken, führt. Die Folge davon sind teure Behandlungen in den Spitälern. Da der stationäre Anteil dieser Kosten zur Hälfte von den Kantonen beglichen wird, fallen sie bei den Versicherern aber weniger ins Gewicht. Deren Verhalten, das bestehende Verfahren nicht zu ändern, obwohl seine Mängel auch vom Parlament erkannt sind, ist also eigennützig. Trotzdem hilft ihnen unser öffentlich rechtliches Fernsehen beim Durchsetzen ihrer Agenda.

In der Rundschau vom Mittwoch, 2. November 2016²⁷, hat das SRF sich dem Problem betrügerischer Ärztinnen und Ärzte angenommen. Der Prämienschock, konstatierte Sandro Brotz einleitend emotionsgeladen, habe auch damit zu tun, dass sich Ärzte auf Kosten ihrer Patienten bereicherten, mit zu hohen Rechnungen und Tricks ohne Ende. Marc Meschenmoser, der die Recherche betrieb, folgte diesem tendenziösen Ton, redete von nebulösen Arztrechnungen in Millionenhöhe und liess den Augenarzt Aldo Scarpatetti zu Beginn der Reportage sein gediegen eingerichtetes Wartezimmer präsentieren. Das ist nicht sachlich. Wie ein Arzt sein Wartezimmer einrichtet, ist

²⁷ <http://www.srf.ch/play/tv/rundschau/video/abzocker-in-weiss?id=dd541ee8-e25b-4723-9d02-6d28dd9b2ac9>

nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsverfahren. Man hätte, wäre an der Darstellung der Versicherer als Abzocker gelegen gewesen, mit derselben Logik einen ihrer luxuriösen Glaspaläste präsentieren oder die Gehälter ihrer CEOs auflisten²⁸ können (Helsana-Chef Daniel Schmutz: CHF 939'000.-, zum Vergleich das Gehalt von Mario Draghi, Präsident Europäische Zentralbank: 379.608 Euro). Dem Einwand Dr. Scarpatettis, man habe seine Praxis zu Unrecht mit billigen Augenpraxen verglichen, ging Marc Meschenmoser ebenso wenig nach wie der Aussage Scarpatettis, durch die Busse sei ihm fast ein ganzer Jahreslohn verlorengegangen. Das Urteil schien bereits im Wartezimmer gefällt.

Beim nächsten geschilderten Fall eines Rumänisch-Deutschen Hausarztes, der inzwischen ins Ausland untergetaucht ist, scheint die Sachlage eindeutig so, dass ein Betrug vorliegt. Es ist aber unfair, Dr. Scarpatettis mit diesem offensichtlich kriminellen Arzt gleichzusetzen. Zu bemängeln ist vor oben geschilderter Sachlage insbesondere, dass die Reportage den Mängeln des Verfahrens von *santésuisse* und ihrer Folge einer Tendenz zur Fehlleitung ärztlicher Tätigkeit nicht im Ansatz nachgeht. Dies wäre anhand von Beispielen von Ärztinnen und Ärzten aufzuzeigen gewesen, welche gerade weil sie korrekt arbeiten, in Schwierigkeiten geraten sind. Auch bleibt die Frage offen, ob die von *santésuisse* erwirtschafteten Bussgelder auch tatsächlich an die Prämienzahler zurückgeflossen sind und wie. Ebenso wäre zu fragen gewesen, wie in Fällen der eingestandenen Fehlbeurteilung jeweils mit den anderen Ärztinnen und Ärzten der Vergleichsgruppe umgegangen wird, bzw. ob deren Verfahren revalidiert und zu Unrecht erhobene Bussgelder gegebenenfalls zurückerstattet werden.

Die Forderung von *santésuisse*, geäußert von Verena Nold, ist indes klar: Erhöhung der maximal einzufordernden jährlichen Bussgelder, Aufhebung des Kontrahierungszwangs. Das SRF bietet mit diesem Beitrag der Versicherungsindustrie eine Möglichkeit, ihre Agenda der Umgestaltung ärztlicher Behandlungsalgorithmen in ihrem Sinn durchzusetzen. Damit wird die Definitionshoheit darüber, was Heilen und Pflegen bedeuten soll, aus den Händen der Medizin genommen und in die Hände der Gesundheitsökonomie gelegt. Es ist nicht nur eine (sicherlich auch eigennützige) Forderung der Ärzteschaft an unsere Medien, dieser Tendenz Gegensteuer zu geben, denn sie schafft auch auf der gesellschaftlichen Ebene Gefahren, die uns alle betreffen.

²⁸ <https://www.medinside.ch/de/post/das-verdienen-die-chefs-der-schweizer-krankenkassen>

Neudefinition des Gesundheitsbegriffs durch die Gesundheitsökonomie

Die hier aufgezeigten Studien und ihre Kommunikation sind ein Übergriff auf das Verständnis ärztlicher Tätigkeit, darauf also, wie wir die Begriffe *Heilung* und *Pflege* verstehen. Diese Begriffe werden zusehends so ausgelegt, wie es die Krankenkassenökonomie vorgibt: als Management am Patienten, effizient, kostengünstig und im Schnitt preiswert, wenn auch im Einzelfall nicht immer optimal, mitunter sogar medizinisch unzweckmässig. Das ist ein Übergriff auf ärztliche Tätigkeit, und er ist gesellschaftlich gefährlich, weil potenziell destabilisierend. Eine Medizin, die das Durchschnittswohl der vielen über das Wohl der wenigen Kranken setzt, welche zumeist ohne eigenes Verschulden überdurchschnittlich hohe Ansprüche an sie haben, verfehlt ihren Zweck. Das schafft soziale Spannungen. Andere Studien und ihre Kommunikation gehen nun aber noch einen Schritt weiter und tragen zu einem schwerwiegenden Übergriff auf die Medizin bei: zu dem auf die Begriffe *Krankheit* und *Gesundheit*. Dies will ich im Folgenden am Beispiel der sogenannten Statindebatte illustrieren.

Dazu der Hintergrund: Seit die ersten Cholesterinsenker, sogenannte Statine, auf dem Markt sind, gab Widerstand gegen sie. Dieser hält bis heute an. Dass die diesbezügliche Debatte mitunter sehr emotional geführt wird, hängt wohl auch damit zusammen, dass Statine Krankheiten von Herz und Hirn behandeln, den beiden für das Menschsein zentralen Organen also, welche auch Symbole sind, Metaphern. Ich möchte eingehend die Fakten aufzeigen, wie sie im internationalen wissenschaftlichen Diskurs heute anerkannt sind. Diese kann man anzweifeln, und das darf man auch. Das Problem aber, welches ich am Beispiel der Statindebatte illustrieren will (die ideologische Vereinnahmung der Hoheit über den medizinischen Krankheitsbegriff), sollte auch unabhängig davon erkannt werden, ob man für oder gegen Statinbehandlungen zur Primärprävention ist, denn es greift tiefer, als es der medizinische Fachdiskurs vermuten lässt.

Das erste Statin (Lovastatin) entwickelte die Firma Merck aus dem Pilz *Aspergillus terreus*; es ist auch in der roten Hefe (*monascus purpureus*) vorhanden. Seit über 2000 Jahren kennt die Chinesische Medizin den gesundheitlichen Nutzen von roter Hefe, insbesondere zur Verbesserung der Blutzirkulation. Es ging also darum, diesen Wirkstoff der Natur zu extrahieren, zu synthetisieren und zu verbessern. Der medizinische Durchbruch gelang den Statinen 1994 mit Simvastatin, welches in der 4S-Studie mehrheitlich bei Personen in der Sekundärprävention, also nach einem Herzinfarkt²⁹, seine Wirkung nachweisen konnte. Seither entwickelten sich die Statine zur am bes-

²⁹ Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Lancet. 1994;344:1383-1389. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7968073>. Accessed February 7, 2015

ten untersuchten Medikation in der Medizin³⁰. Da Herz-Kreislaufkrankungen in nordwestlichen Ländern die Todesursache Nummer eins sind, waren sie lange auch die einträglichsten Produkte der Pharmazeutischen Industrie. Diese Situation ist inzwischen allerdings eine andere, da nun für praktisch alle Statine Generika auf dem Markt sind. Statine sind heute kostengünstig, und ihre Wirkung in der Sekundärprävention ist unbestritten. Die Frage indes, welche kontrovers diskutiert wird, ist, ob, wie und wann sie in der Primärprävention eingesetzt werden sollten, dann also, wenn noch keine Symptome einer kardiovaskulären Krankheit vorliegen.

Dazu führt die Wissenschaft einen internationalen Diskurs, aus welchem die Fachgesellschaften der einzelnen Länder nationale Empfehlungen für den Einsatz von Statinen ableiten. Untersucht wird dabei der effektive Wirkungszusammenhang von Statinen zur Verhinderung von Herzinfarkt und Hirnschlag. Als zentrale, unabhängige und behandelbare Risikofaktoren werden heute der Nikotinabusus, die Hypercholesterinämie und der erhöhte Blutdruck akzeptiert. Weitere sogenannte konditionale Risikofaktoren sind die Adipositas, der Bewegungsmangel und die Fehlernährung³¹. Auf der Populationsebene hat die Zuckerkrankheit jedoch eine weit geringere Bedeutung als auf der individuellen Ebene. Entsprechend ist die Bedeutung einzelner Risikofaktoren abhängig von der Ausprägung der Risikofaktoren (z.B. sehr hoher Blutdruck, sehr hohes Cholesterin, Zuckerkrankheit) im Individuum einerseits und der Häufigkeitsverteilung dieser Risikofaktoren in der Gesellschaft andererseits.

Für die Schweiz konnte die Stiftung VARIFO anhand einer praxisbasierten Untersuchung feststellen, dass die Lipidsenkung am meisten Risikosenkung bringen würde, gefolgt vom Nikotin-stop und der Senkung eines erhöhten Blutdrucks³². Auf der individuellen Ebene sind vor allem erhöhte LDL-Cholesterinwerte mit einem höheren Potential verbunden, das Risiko für Herz- und Hirnschlag zu senken³³. Eine kürzlich durchgeführte dreiteilige Studie hat deshalb getestet, ob bei über 10'000 Personen mit nur mässig erhöhtem Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse über mehrere Jahre die Behandlung des Risikofaktors Cholesterin in der Primärprävention, also bei (noch) Gesunden sinnvoll ist³⁴. Dabei konnte gezeigt werden, dass nur mit einer Senkung des LDL-

³⁰ Collins R, Reith C, Emberson J, et al. Interpretation of the evidence for the efficacy and safety of statin therapy. *Lancet*. 2016;6736(16). doi:10.1016/S0140-6736(16)31357-5

³¹ Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries in a case-control study based on the INTERHEART study. *Lancet*. 2004;364:937-952

³² Romanens M, Ackermann F, Sudano I, et al. LDL-cholesterol and the potential for coronary risk improvement. *Kardiovaskuläre Medizin*. 2011;14:345-350

³³ Thanassoulis G, Williams K, Kimler Altobelli K, Pencina MJ, Cannon CP, Sniderman AD. Individualized Statin Benefit for Determining Statin Eligibility in the Primary Prevention of Cardiovascular Disease. *Circulation*. 2016;CIRCULATIONAHA.115.018383. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018383

³⁴ Lonn EM, Bosch J, López-Jaramillo P, et al. Blood-Pressure Lowering in Intermediate-Risk Persons without Cardiovascular Disease. *N Engl J Med*. 2016. doi:10.1056/NEJMoa1600175

Yusuf S, G B, G D, Xavier D, Liu L. Cholesterol Lowering in Intermediate-Risk Persons without Cardiovascular Disease. *N Engl J Med*. 2016. doi:10.1056/NEJMoa1600175

Yusuf S, Lonn EM, Pais P, et al. Blood-Pressure and Cholesterol Lowering in without Cardiovascular Disease. *N Engl J Med*. 2016. doi:10.1056/NEJMoa1600175

Cholesterins, jedoch nicht mit einer Blutdrucksenkung über 5.6 Jahre Beobachtungszeit statistisch signifikant weniger Hirn- und Herzschläge auftraten. Diese und frühere Studien führten zu einer wegweisenden Übersichtsarbeit, welche von 28 weltweit führenden Experten erstellt wurde und zum Schluss kam, dass das Risiko der Lipidsenkung mit Statinen weit niedriger ist als der Nutzen betreffend der Verhinderung von kardiovaskulären Komplikation der Atherosklerose³⁵. In den neuen Europäischen Richtlinien zur Behandlung der Atherosklerose wird deshalb empfohlen, erhöhtes Cholesterin auch bei niedrigem Risiko zu behandeln oder zumindest diese Option mit den Patientinnen und Patienten zu besprechen³⁶. Zudem konnte gezeigt werden, dass die Statinintervention betreffend Kosteneffizienz auch bei nicht hohem Risiko in der Primärprävention hervorragend ist³⁷.

Soweit die Sicht aus der klinischen Forschung und Praxis. Basierend auf einer gesundheitsökonomischen Rechnung hat das Swiss Medical Board SMB in seinem Bericht «Statine zur Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen»³⁸ nun aber die Empfehlung gemacht, Statine sollten in der Primärprävention viel restriktiver eingesetzt werden, weil die Kosten (auch die medizinischen Kosten, die möglichen Nebenwirkungen) in keinem Verhältnis zum Nutzen stünden. Wir haben also auch hier, wie bei der oben untersuchten Diabetes-Studie der Helsana, die Situation, dass eine Betrachtung von ausserhalb der klinischen Praxis zu Resultaten kommt, die dieser widersprechen. Falsch sein muss sie deshalb nicht, im Gegenteil kann dies, wie in anderen Disziplinen auch, für die Medizin interessante Erkenntnisse bringen. Dazu muss darüber aber ein Diskurs möglich sein, und dieser sollte vor der Publikation in einem sogenannten Pre-Publication-Peer-Review unter Experten geführt werden. Das SMB hat dies nicht getan und ist stattdessen mit seiner Empfehlung direkt an die Publikumsmedien gelangt, welche das Thema dankbar aufgenommen haben. Mit dem Resultat, dass der Patient nun in den Medien von einem Fachgremium eine medizinische Empfehlung bekommt, die unter Umständen den Empfehlungen seines Arztes widerspricht.

Dies fällt in eine Statin feindliche Grundstimmung der Laienpresse, deren logischer Fehler wir sehr gut an einem Artikel der NZZ am Sonntag vom 19.12.2010 von Felicitas Witte mit dem Titel «Cholesterinsenker sind nichts für Gesunde»³⁹ ablesen können. Die Autorin umschreibt die Risikogruppe als «Leute mit erhöhten Cholesterinwerten, Bluthochdruck oder Diabetes sowie Raucher» und empfiehlt: «Der beste Schutz vor Herz-Kreislauf-Krankheiten ist neben Nichtrauchen und gesunder Ernährung körperliche Bewegung». Zu den Nebenwirkungen sagt sie: «Nicht uner-

³⁵ Collins R, Reith C, Emberson J, et al. Interpretation of the evidence for the efficacy and safety of statin therapy. *Lancet*. 2016;6736(16). doi:10.1016/S0140-6736(16)31357-5

³⁶ Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2016;37(29):2315-2381. doi:10.1093/eurheartj/ehw106

³⁷ Mcconnachie A, Walker A, Robertson M, et al. Long-term impact on healthcare resource utilization of statin treatment, and its cost effectiveness in the primary prevention of cardiovascular disease: A record linkage study. *Eur Heart J*. 2014;35(5):290-298. doi:10.1093/eurheartj/eh232

³⁸ http://www.medical-board.ch/fileadmin/docs/public/mb/Fachberichte/2014-05-31_Bericht_Statine_Final_Anpassung_Empfehlung.pdf

³⁹ <http://www.nzz.ch/cholesterinsenker-sind-nichts-fuer-gesunde-1.8742652>

hebt auch die Nebenwirkungen: am häufigsten Schmerzen in Muskeln oder Gelenken, Bauchschmerzen oder ein allgemeines Unwohlsein» und sieht, den leitenden Kardiologen an der Clinique de Genolier im Waadtland Mikael Rabaeus zitierend, hier einen Teufelskreis: «Wenn man aber Muskelschmerzen hat, bewegt man sich natürlich nicht so gerne.» Hier wird ein Nebeneffekt, der, wie die Studie «Interpretation of the evidence for the efficacy and safety of statin therapy»⁴⁰ belegt, gerade mal bei 5% der Patientinnen und Patienten auftritt, überzeichnet. Dies hätte jeder praktizierende Kardiologe auch belegen können, eine entsprechende Feldrecherche die Journalistin vor dieser fahrlässigen Überzeichnung bewahrt.

Dass sie überdies gefährlich ist, hängt damit zusammen, dass bei den Statinen die Gefahr besteht, dass Patienten aufgrund solcher Berichte die ihnen verschriebenen Medikamente nicht mehr einnehmen, da hier wegen der nicht unmittelbar eintretenden Wirkung die Compliance (Medikamententreue) an sich schon schwer aufrechtzuerhalten ist. Dies wurde in einer Studie im British Medical Journal denn auch festgestellt: Im Jahr 2016 wurde der Effekt der überkritischen Berichterstattung über Statine in den Medien beobachtet und festgestellt, dass insbesondere Personen, welche in der Primär- und Sekundärprävention Statine einnehmen, aufgrund dieser Berichterstattung in 12% der Fälle diese abgesetzt hatten; die Autoren erwarten dadurch über einen Zeitraum von zehn Jahren 2'000 vermeidbare kardiovaskuläre Ereignisse⁴¹. Eine zweite Studie aus Dänemark stellte darüber hinaus eine Assoziation zwischen negativen Statinberichten und erhöhter Inzidenz von Tod und Herzinfarkt fest⁴². Die Medien tragen daran eine Mitverantwortung. Natürlich kann es nicht ihre Aufgabe sein, Produkte der Pharmazeutischen Industrie zu promovieren, und das erwartet auch niemand von ihnen. Hingegen eine ausgewogene Berichterstattung, welche auch die Erfolge würdigt, welche bei Statinen gerade in der Primärprävention so ausgezeichnet sind wie bei keinem anderen Pharmazeutikum. Und wenn dann der Ratschlag erteilt wird, Statine eher nicht zu nehmen, wenn noch keine Krankheitssymptome vorliegen, dann wäre es im Minimum Sorgfaltspflicht, anzufügen, dass diese Fragen mit einem Arzt zu besprechen sind.

Wir stellen hier ein allgemeines Narrativ fest, dessen Credo lautet «Statine sind nichts für Gesunde, und wer noch keine Beschwerden durch Arterienverkalkung hat, der ist gesund». Dieses Narrativ ist gefährlich, leider aber auch in Hausarztkreisen weit verbreitet. Worauf es hinausläuft, zeigt sich an einem Vortrag, den Prof. Beat Müller im Rahmen der Fachfortbildung der Universität Basel MedArt 2011⁴³ gehalten hat. Dort behauptet er: «Wir machen asymptomatische Menschen Tabletten-abhängig bzw. «krank» ... das machen sonst nur «Drogen-Dealer», um schliesslich die

⁴⁰ [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31357-5/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31357-5/abstract)

⁴¹ Matthews A, Herrett E, Gasparrini A, et al. Impact of statin related media coverage on use of statins: interrupted time series analysis with UK primary care data. *BMJ*. 2016;353(9753):1670-1681

⁴² Nielsen SF, Nordestgaard BG. Negative statin-related news stories decrease statin persistence and increase myocardial infarction and cardiovascular mortality: A nationwide prospective cohort study. *Eur Heart J*. 2016;37:908-916. doi:10.1093/eurheartj/ehv641.

⁴³ https://www.unispital-basel.ch/fileadmin/podcast/medart11/5_Freitag/FR13_Contra-Statine_B-M%C3%BCller.pdf

ketzerische Frage zu stellen: «Leute, wollt IHR ewig leben?» Ist also der Zweck der Nichtbehandlung der Hypercholesterinämie in der Primärprävention der, vermittels Kriminalisierung korrekt arbeitender Ärztinnen und Ärzte zu verhindern, dass die Patienten allzu alt werden? Dass dies nicht die Art und Weise sein sollte, wie unsere Krankenkassen Geld sparen, dürfte hoffentlich unbestritten sein. Es ist allerdings eingedenk solcher Aussagen fraglich. Die Krankenkassen sind in der Trägerschaft des SMB, welches obigen Statinbericht verfasst hat, denn auch mit gleich zwei Vertretern von *santésuisse* und *curafutura* überproportional vertreten⁴⁴. Und wer die Themen dieses Gremiums vorgibt, ist ebenso intransparent wie die Abläufe des SMB, welche den Gepflogenheiten des wissenschaftlichen Diskurses in keiner Weise entsprechen.

Für unsere Betrachtung das Zentrale indes ist, dass eine offensichtlich ideologisch motivierte Gesundheitsökonomie sich mit unwissenschaftlichen Hochrechnungen, die klinischer Evidenz widersprechen, schleichend der Definitionshoheit darüber bemächtigt, was gesund sei und was krank. Der Mediziner, der diese Begriffe gemäss den internationalen Richtlinien der Fachgesellschaften anwendet, steht nun im Verdacht, Gelder zu verschwenden und seine Patientinnen und Patienten gesundheitlich zu gefährden. Das erinnert an dunkle Zeiten von Denunziantentum und ideologischem Übergriff auf den Krankheitsbegriff. Der Mediziner ist dagegen aber praktisch machtlos. Da seine Patienten eine solche Sicht via Publikumsmedien aufnehmen, bleibt ihm unter Umständen nur, seine medizinische Definition der Begriffe zugunsten der gesundheitsökonomischen (ideologischen) hintanstellen zu lassen. Dies ist eine gefährliche Entwicklung, die gerade in der Statindebatte ihre Brisanz zeigt, weil hier Menschenleben auf dem Spiel stehen. Den solcherart erzeugten Druck auf den Mediziner erhöht die Rechtsprofessorin Brigitte Tag noch, indem sie im Rechtsteil des besagten SMB-Statinberichts schreibt: «Unabhängig von der (faktischen) Kostenübernahme auch bei einer an sich nicht kassenpflichtigen primärpräventiven Verschreibung müssen Behandelnde sich bewusst sein, dass sie bei einer primärpräventiven Verschreibung eine erhöhte Sorgfalt bei der Aufklärung zu beachten haben. Andernfalls übernehmen sie ein erhöhtes Risiko, beim Eintritt von unerwünschten Nebenwirkungen für die Folgen haftbar gemacht zu werden.»

Das muss zu denken geben. Die medizinische Definition des Krankheitsbegriffs darf auf nichts anderes hinauslaufen, als dafür zu sorgen, dass die Patientinnen und Patienten des behandelnden Arztes möglichst lange möglichst beschwerdefrei leben können. Wenn dies Kosten verursacht, so haben Gesundheitsökonomie und Politik Wege zu finden und beliebt zu machen, diese zu begleichen. Alles andere käme einer ideologisch motivierten Lebensverringerung gleich, in welcher sich eine eigentliche Euthanasie der Lästigen, weil zu Teuren durchsetzen würde. Eine Kommuni-

⁴⁴ <http://www.medical-board.ch/index.php?id=817>

kation, die, bewusst oder unbewusst, solchen Zielen zudient, bekommt den Charakter von Propaganda. Hier haben unsere Medien, insbesondere die öffentlich-rechtlichen, eine regulative Aufgabe.

Das Kommunikationsproblem unserer Behörden mit der Pharmazeutischen Industrie und seine Folgen

Dass unsere Medien eine gewisse behandlungskritische Tendenz haben, geschieht allerdings aus guten Gründen: Neben den zunehmend fraglichen Kosten der Medizin sind auch die Preisexzesse der Pharmazeutischen Industrie inzwischen stossend. Diesen beiden Bereichen, der Medizin und der Industrie, galt folglich lange das Hauptaugenmerk der Berichterstattung. Dass die Versicherungsindustrie dabei etwas vernachlässigt wurde, ist verständlich. Ich hoffe, dieses Papier hat davon überzeugen können, dass auch hier Aufklärungs- und Handlungsbedarf besteht. Die Versicherten wollen wissen, welchen Anteil das Verhalten der Versicherungen am jährlichen Prämienanstieg hat. Insbesondere deren immer offensivere Werbung und vor allem die Aktivitäten ihres Telefonverkaufs stehen vermehrt in der Kritik. Es gilt daneben aber auch, die Folgen ihrer Beurteilungsverfahren, ihrer Studien und ihrer Kommunikation kritisch zu durchleuchten, um sie zu einem Umdenken und zu einer Änderung ihres Verhaltens in Richtung einer tatsächlichen Wahrung der Interessen der Versicherten zu bewegen.

Die Möglichkeiten der Versicherer, die Kosten der Medizin zu kontrollieren und nicht nur durchschnittlich, sondern auch absolut einzudämmen, würden sich erhöhen, gingen sie hierzu einen gemeinsamen Weg mit der Medizin, nicht einen solchen gegen sie. Dass auch die Medizin hierzu ihren Anteil leisten müsste und welchen, werde ich weiter unten zeigen, ebenso, was unsere Behörden dazu beitragen könnten. Bei der Eindämmung der Kosten der Pharmazeutischen Industrie indes sind die Versicherer ohne Politik und Behörden praktisch machtlos. Zwar machen die Medikamentenkosten keine 10% der Gesundheitskosten aus. Die Behandlungen werden durch sie aber gelenkt, und dabei kann eine Fehllenkung hohe Mehrkosten verursachen. Geschieht eine solche mit der Absicht, dadurch Medikamentenkosten zu sparen, so ist die Situation besonders tragisch.

Dies zeigt exemplarisch die Debatte um die neuste Generation von Hepatitis-C-Medikamenten. Ich habe diese im VEMS-Positionspapier zum Utilitarismus im Gesundheitswesen⁴⁵ aufgearbeitet und greife hier auf das dort Erarbeitete zurück. Gemäss Oliver Peters, Vizedirektor des BAG, würden mit dem neuen Hepatitis-C-Medikament Harvoni die Kosten im Gesundheitswesen explodieren. Er rechnet vor, es sei mit einem Anstieg der Krankenkassenprämien um 25% zu rechnen, da die Arzneimittelkosten sich pro Jahr verdoppeln würden⁴⁶. Im Jahr 2013 betrug die Fabrikkosten für Medikamente rund 4.1 Milliarden Franken⁴⁷. Der Bund rechnet also gemäss Oliver Peters mit Zusatzkosten von rund 4 Milliarden Franken. Gestützt auf akzeptierte Schätzungen leben

⁴⁵ <http://www.docfind.ch/VEMSPositionspapierUtilitarismus.pdf>

⁴⁶ <http://www.tagesanzeiger.ch/wirtschaft/standard/Ein-Geschaefst-fast-ohne-Konkurrenz/story/24063385>

⁴⁷ <http://www.interpharma.ch/fakten-statistiken/1894-schrumpfbender-kassenpflichtiger-markt>

in der Schweiz rund 80'000 Personen mit Hepatitis C⁴⁸, dem BAG sind insgesamt 33'300 Fälle gemeldet worden⁴⁹. Multipliziert man die Behandlungskosten für Harvoni (maximal CHF 61'956.-) mit allen Hepatitis-C-Erkrankten (80'000 Personen), so ergeben sich einmalige Behandlungskosten (über 3 Monate) von 5 Milliarden Franken. Der Bund rechnet also mit Zusatzkosten von rund 2 Milliarden Franken oder der Behandlung von rund 40% der Erkrankten. In Anbetracht der hohen Kosten hat der Bund deshalb für Hepatitis-C-Medikamente vom Typ Harvoni eine Limitation für das Stadium F0, F1 und F2 erlassen. Ähnliche Limitationen existieren auch für die Konkurrenzprodukte wie Sovaldi und Viekirax/Exviera.

Bei dieser Berechnung wurden allerdings folgende drei Fehler gemacht: Die kürzere Behandlungsdauer wird nicht eingerechnet, die höhere Heilungsrate wird nicht eingerechnet und die Kosten bei Nichtbehandlung werden nicht eingerechnet. Rechnet man richtig (wie der VEMS dies in seinem Positionspapier zum Utilitarismus getan hat), so steigt die Prämienlast mit Harvoni nicht etwa. Sie sinkt vielmehr trotz hoher Medikamentenkosten in den nächsten 10 Jahren um 0.31% pro Jahr, wenn die Limitation für an Hepatitis-C-Erkrankte im Stadium F2 aufgehoben wird. Was hier interessiert, ist allerdings nicht in erster Linie die Kostenfrage, sondern dass sich das BAG mit dieser Limitation auf mehreren Ebenen ein Kommunikationsproblem eingehandelt hat.

Gegenüber der Bevölkerung gesteht das BAG damit ein, dass es nicht willens oder nicht fähig ist, mit der Industrie zielführend zu verhandeln. Dies ist den Behörden in anderen Ländern gelungen. So hat etwa Australien seine nationale Strategie zur Bekämpfung von Hepatitis C konsequent umgesetzt und hierzu in harten Verhandlungen mit der Industrie faire Preise durchgesetzt. Gegenüber der Medizin ist das BAG nun einmal mehr in der Rolle desjenigen, der verhindert und blockiert, statt zu ermöglichen und zu fördern. Dass die Argumentation des BAG auf einer gesundheitsökonomischen Rechnung basiert, die medizinischer Unsinn ist, fällt dabei besonders schwer ins Gewicht. Die Vertreter der Fachärztegesellschaften haben sich in einem offenen Brief⁵⁰ ans BAG und an die Industrie denn auch entsprechend dazu geäußert. Sie sehen sich nun in der unangenehmen Rolle, ihren Patienten erklären zu müssen, weshalb sie sie nicht so behandeln können, wie es medizinisch zweckmässig ist. Damit untergräbt das BAG deren Kompetenz und schafft sich eine argumentative Hypothek, die sich erschwerend auf den Dialog und die Zusammenarbeit mit der Medizin auswirkt. Reaktanz kann die Folge sein, und Reaktanz kostet Geld.

Das BAG macht es sich auch zu einfach, wenn es argumentiert, eine Einigung mit dem Hersteller sei nicht gelungen, weshalb die Limitation unabdingbar gewesen sei. Es hätte sehr wohl Möglichkeiten, Druck auszuüben. Hier steht der strafrelevante Tatbestand des Wuchers im Raum,

⁴⁸ SWISS MEDICAL FORUM 2015;15(17):360-365

⁴⁹ <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/15237/?lang=de>

⁵⁰ <http://www.hepatitis-schweiz.ch/de/newsreader/offener-brief-der-fachaerztegesellschaften>

den es auszuloten und auszuspielen gälte, ebenso wie den Tatbestand des gewerbsmässigen Betrugs. Auch steht den Behörden auf politischem Weg das Mittel einer Zwangslizenz zur Verfügung, wie es beispielsweise Brasilien den Herstellern von Medikamenten gegen AIDS solange angedroht hat, bis diese 2007 schliesslich eingeknickt sind und ihre Preise angepasst haben⁵¹.

Da das Problem toxischer Preise der Pharmazeutischen Industrie sich in Zukunft weiter akzentuieren wird, darf vom BAG erwartet werden, diesbezüglich eine zielführende, verantwortungsvolle Strategie und Kommunikation zu entwickeln und durchzusetzen. Davon hängt letztlich die Glaubwürdigkeit des BAG ab, wenn es darum geht, von der Medizin aktive Mitarbeit zu fordern, etwa in der Qualitätsfrage. Und davon hängt auch die Glaubwürdigkeit des BAG den Bürgerinnen und Bürgern gegenüber ab, wenn deren Engagement gefordert ist, etwa bei der Aktivierung der gesundheitlichen Selbstverantwortung oder bei Fragen der Verantwortung für die Gesellschaft, wie sie sich beispielsweise in der Organspende stellt.

⁵¹ <http://allmend.ch/2007/05/brasilien-zwangslizenz-fuer-aids-medikament>

Das Kommunikationsproblem unserer Behörden mit der Medizin und seine Folgen

Das BAG ist als oberste Gesundheitsbehörde auch für die Einhaltung von Qualitätsstandards in der Medizin zuständig. Dass der Begriff der Qualität kein unproblematischer ist und dass der medizinische Qualitätsbegriff nicht ohne weiteres mit dem der Gesundheitsökonomie kongruent ist, habe ich im Kapitel über Begriffe, Begriffsdefinitionen und Begriffshoheiten dieses Papiers aufgezeigt. Wie geht das BAG mit diesen Herausforderungen um? Indem es Indikatoren definiert, welche medizinische Qualität abbilden sollen. Ich konzentriere mich hier auf die beiden wichtigsten Qualitätsindikatoren des BAG, die Sterberate und die Fallzahl. Der Gedanke: Wenn gemessen wird, wie hoch Fallzahl und Sterberate eines Spitals sind, so kann daran objektiv abgelesen werden, wo viel, deshalb qualitativ besser behandelt wird und wo die Patienten eher versterben, was ein Hinweis auf qualitativ schlecht Behandlung sein kann. Das leuchtet auf den ersten Blick ein. Mit einer Messung, insbesondere, wenn sie publiziert wird, steuert man bekanntlich das Verhalten: Patienten wählen entsprechend ihr Spital, wer nicht so arbeitet, dass die Indikatoren für ihn sprechen, hat das Nachsehen, muss sich folglich bemühen, sich zu verbessern. Führt dies aber auch zu einer effektiven Verbesserung der medizinischen Qualität, oder steuert es nicht vielmehr das Verhalten dahin, dass in erster Linie die Indikatoren erfüllt werden?

Es ist zumindest auch Letzteres der Fall. Um die Sterberate gering zu halten, können Spitäler angereizt sein, Patienten, bei denen das Risiko, bei einem Eingriff zu versterben, hoch ist, möglichst nicht zu behandeln. Ziehen sie diesen solche vor, bei denen dieses Risiko geringer ist, vielleicht, weil der Eingriff medizinisch nicht unbedingt zwingend, vielleicht sogar unzweckmässig ist, so schafft dies nicht nur eine kleine Sterberate, sondern gleichzeitig eine hohe Fallzahl. Die wirklich kranken Patienten hätten dann das Nachsehen. Zu messen ist dies an der Gesamtmortalität im Einzugsgebiet. Studien aus den USA⁵² haben dies getan und legen nahe, dass genau dieses Verhalten angereizt wird: Werden Mortalitätsraten publiziert, so steigen diese. Damit werden die Sterberaten zu einem eigentlichen Sterbetreiber, während die Fallzahl zu einem Treiber für unzweckmässige Behandlungen wird, folglich zu einem Kostentreiber.

Oliver Peters, Vizedirektor des BAG, argumentiert an einem VEMS-Symposium zu diesem Thema, ein Spital habe eine Aufnahmespflicht, könne also nicht einfach Patienten abweisen, bloss weil die Gefahr bestehe, dass der Eingriff tödlich verlaufen könnte. Auch würde es sich herumsprechen, wenn ein Spital sich so verhielte⁵³. Die gleiche Argumentation also, welche auch Lukas Kauer

⁵² http://www.acc.org/latest-in-cardiology/journal-scans/2013/07/29/13/49/mortality-for-publicly-reported-conditions-and-overall-hospital-mortality-rates?w_nav=LC

⁵³ <http://www.docfind.ch/VEMSQuality230516.pdf>

zur Managed-Care-Studie angebracht hat, auf die uns Prof. Konstantin Beck verwiesen hat (Seite 23 dieses Papiers). Es kann auch hier nicht sein, was nicht sein darf. Das ist blauäugig und unwissenschaftlich. Bei den Fallpauschalen DRG stellen wir ja genau dieses Verhalten fest: Patientenselektion aufgrund ökonomischer Kriterien.

Felix Schneuwly von Comparis träumt gar von einer Art Trip-Advisor fürs Spitalwesen, in welchem der Patient dann wie bei der Hotelbuchung vor einer Reise einsehen könnte, welches Spital top ist und welches er besser meidet, wie in einem Artikel⁵⁴ in der Zeit zu lesen ist. Da diese Daten nicht verfügbar sind, hat Herr Schneuwly auch schon einen Plan: «Wir verknüpfen die Daten, die sowieso erhoben und publiziert werden, und bereiten diese konsumentenfreundlich auf.» Damit hätten wir dann auch hier dieselbe Situation wie beim Vergleichen der Krankenkassen: Bruchstückhafte Informationen lenken die Entscheidungen der Patienten, unter Umständen in gefährliche Situationen. Und auch hier kann man sich als Anbieter eines Vergleichsdienstes nicht einfach auf die Mündigkeit der Bürgerinnen und Bürger berufen. Es gälte, diese Daten mit klinischen Variablen zu bereinigen, etwa Alter und Morbidität sowie Variablen der Krankengeschichte. Dies könnte dann durchaus zur dann verantwortungsvollen Empfehlung führen, ein bestimmtes Spital trotz hoher Fallzahl und geringer Sterberate dennoch zu meiden, weil es sich in der Behandlung tatsächlich schwer- bis schwerstkranker nicht gerade profiliert hat. Im gleichen Artikel lesen wir denn auch: «Johann Steurer ist außerordentlicher Professor an der Universität Zürich. Vor Jahren leitete er eine Arbeitsgruppe. Diese entwickelte Kriterien, wie man medizinische Qualität sinnvoll messen könnte. Schon damals warnte Steurer vor negativen Effekten. Etwa davor, dass sich das Personal auf jene Handgriffe konzentrieren könnte, die gemessen werden – und dafür andere vernachlässigen. Oder dass Kliniken, wenn sie am Heilerfolg gemessen würden, "schlechte Patienten" abschieben könnten.»

Hier greifen also das BAG auf der Makroebene und als Vergleichsdienste getarnte Versicherungsbroker auf der Mesoebene in das Verhalten des Arztes hinein und machen es diesem immer schwerer, seine Indikations- und Behandlungsentscheide noch nach medizinischen Kriterien zu fällen. Das BAG könnte und müsste da Gegensteuer geben: mit der Förderung von Instrumenten und Verfahren, die tatsächlich und nachweislich geeignet sind, die Qualität medizinischer Arbeit zu messen und stetig zu verbessern. Dies beginnt mit der Grundlage jeder Behandlung: der Qualität des Indikationsentscheids. Ist diese mangelhaft, so wird die weitere Heilung und Pflege auch bei sorgfältigster Ausführung unnötige Kosten und unnötiges Leid verursachen, unter Umständen ohne einen Heilerfolg. Mit interinstitutionellen Expertenaudits nach dem Zufallsprinzip ist hier einiges zu erreichen. Dabei werden medizinisch unzweckmässige Indikations- und Behandlungsent-

⁵⁴ <http://www.zeit.de/2015/15/schweiz-qualitaet-spitaeler-wahl/seite-3>

scheide sowohl aus ökonomischen Gründen als auch aus Gründen der Überlastung, der Inkompetenz oder mangelhafter Abläufe gezielt identifiziert.

Solche Kontrollen haben überdies den Vorteil, dass damit ein Beitrag zur Verbesserung der wichtigsten und folgenschwersten Kommunikation in der Medizin geleistet wird: dem Gespräch von Arzt und Patient. Wenn dieses nicht mehr dadurch gestört und verstört wird, dass der Arzt neben medizinischen auch andere Kriterien wie die Erfüllung von Qualitätsindikatoren oder von ökonomischen Vorgaben in seinen Behandlungsentscheid einfließen lassen muss, von denen er seinem Patienten aber nichts sagen darf, dann wird das Gespräch wieder ein ehrliches, offenes und vertrauenswürdiges. Dies erhöht nicht nur seine Qualität, es verbessert auch seine Effizienz, medizinisch und ökonomisch. Und der Sinn und Zweck aller Kommunikation im Gesundheitswesen sollte letztlich immer die Erhöhung der medizinischen Effizienz sein.

Die Verstörung der Arzt-Patienten-Beziehung und die innermedizinische Kommunikation

Was ist gesund, was krank, was Pflege und Heilung, und wer definiert dies: mit diesen Fragen habe ich die vorliegende Betrachtung begonnen, und damit will ich sie auch schliessen. In einer aufgeklärten Gesellschaft sollte es möglich sein, gemeinsam an der Definition dieser für das Gemeinwohl und das friedliche Miteinander so zentralen Begriffe zu arbeiten. Diese Arbeit ist im Wesentlichen eine Kommunikationsarbeit. Verstörte Patientinnen und Patienten verhalten sich reaktant, ebenso verstörte Ärztinnen und Ärzte. Die Folgen sind kontraproduktiv. Wir haben heute im Gesundheitswesen eine Kommunikation, in welcher weitgehend medizinische Laien an die Patientinnen und Patienten Botschaften senden, die mit klinischer Praxis nicht kompatibel sind, dieser teilweise sogar diametral zuwiderlaufen. Mit diesen Botschaften kommen die Patienten ins Gespräch mit dem Arzt, der sie, will er eine verantwortungsvolle Medizin betreiben, widerlegen muss. Da der Patient nun aber im solcherart verbreiteten Narrativ von eher ökonomisch interessierten Ärzten ein gewisses Misstrauen hat, weiss er nicht mehr, was er tun soll. Und deshalb tut er, um sicher zu gehen, oftmals eher zu viel als zu wenig.

Doch auch der Arzt kann mit diesem Kommunikationsdispositiv nicht mehr kohärent kommunizieren. Durch die Steuerung seiner Arbeit mit Instrumenten wie den Wirtschaftlichkeitsverfahren oder den Qualitätsindikatoren des BAG ist er gezwungen, sein Verhalten zu ändern. Er muss es vor dem Patienten aber rechtfertigen, und so bleibt ihm nur, zu verschleiern, zu verschweigen oder gar zu lügen. Dies führt zu einer Störung seiner Kommunikation, denn einem Menschen, der nicht die Wahrheit oder nicht die ganze Wahrheit sagt, merkt man das an. Der Patient wird unsicher, und so häufen sich seine Arztbesuche, weil er das Gespräch mit dem Arzt nicht mehr unbedingt mit dem Gefühl verlässt, er sei fürsorglich und ehrlich behandelt worden. Dies führt zu unnötigen Behandlungen, schafft Leid und treibt die Kosten.

Der VEMS fordert ein grundsätzliches Umdenken. Steuerung und Kommunikation medizinischer Arbeit und medizinischer Themen sollten wieder zusammen mit der Medizin, aus der klinischen Praxis auf der Mikroebene heraus gestaltet, geplant und realisiert werden. Fachgesellschaften sollten nicht im letzten Moment beigezogen und übergangen werden, wenn ihre Rückmeldungen nicht die gewünschten Präferenzen bedienen. Vielmehr sollte ihr Fachwissen mit dem Fachwissen der Gesundheitsökonominnen und der Kommunikationsspezialisten verzahnt werden, um gemeinsam eine wirkungsvolle Gesundheitskommunikation zu erarbeiten, die unser Gesundheitswesen insgesamt effizienter macht.

Dazu kann aber auch die Medizin mehr leisten, als sie derzeit tut. Wenn sie heute ein Glaubwürdigkeitsproblem hat, dann nicht nur, weil sie in ihren medizinischen Entscheiden von Dritten fehlgelenkt wird, sondern auch, weil sie selbst schon nicht mehr glaubwürdig auftritt und kommuniziert. Es scheint, dass sie die Frage, wie auf den zunehmenden ökonomischen Druck zu reagieren sei, noch nicht so recht zu beantworten weiss, nicht der einzelne Arzt, die einzelne Ärztin als Individuen und erst recht nicht die Medizin als Kollektiv. Einerseits lässt sie zu, dass Kolleginnen und Kollegen in Ärztenetzwerken Bonus-Malus-Verträge eingehen oder sich in Bonivereinbarungen zu Behandlungsvolumina verpflichten, die sie ohne Kenntnis der Patientensituation gar nicht garantieren können und deshalb oftmals nur durch Eingriffe von medizinisch zweifelhafter Zweckmässigkeit zu leisten vermögen. Andererseits beteiligen sie sich an Studien der Versicherungsindustrie, die Behauptungen in die Welt setzen, von denen sie wissen, dass sie klinischer Evidenz widersprechen, mit denen aber ein Beitrag zu restriktiverer Behandlung durch Einschüchterung und Anschwärzung ihrer Kolleginnen und Kollegen erreicht werden soll, auch um den Preis einer möglichen Unterversorgung.

Es wären hier noch weitere Beispiele zu nennen, der fehlende Widerstand gegen die kontraproduktiven, medizinisch unsinnigen Wirtschaftlichkeitsverfahren der *santésuisse* etwa. Oder die Mitarbeit an zweifelhaften HTA-Berichten oder, wie es jüngst die Akademie Menschmedizin in der NZZ am Sonntag getan hat, das öffentliche Anschwärzen von Kolleginnen und Kollegen⁵⁵ entgegen allen Standesordnungen. Niemand bezweifelt, dass es in der Medizin wie überall schwarze Schafe gibt, und es sollte konsensfähig sein, diese zu finden und zu bestrafen, um dem Übel Einhalt zu gebieten. Dabei helfen aber Pauschalverurteilungen nicht weiter. Es gilt vielmehr, gezielt die Fehlansätze zu beseitigen und an ihrer Stelle Instrumente zu konzipieren und zu installieren, welche die medizinische Effizienz und Qualität fördern und Missbrauch zweifelsfrei sichtbar machen. Denn nur so kann glaubhaft gegen ihn eingetreten werden, was in erster Linie die Medizin selbst tun sollte, nicht fachfremde Gremien. Diesen Schritt zurück zu einer kohärenten, glaubwürdigen Kommunikation kann der Medizin aber nur gelingen, wenn sie dabei von den Fach- und Publikumsmedien unterstützt wird. Bieten diese hingegen vor allem der Sicht der Krankenkassenökonomie und der Behörden eine Plattform und der Medizin nur dort, wo sie Kolleginnen und Kollegen pauschal anschwärzt, so leisten sie damit nicht nur der Medizin, sondern auch der Gesellschaft einen Bärenienst. Eine Berichterstattung, die auf Lösungen zielt, nicht auf Skandale und Sündenböcke, ist vielleicht nicht unbedingt auflagenfördernd, täte aber Not.

⁵⁵ <http://www.nzz.ch/nzzas/nzz-am-sonntag/aerzte-schlagen-alarm-ist-das-wirklich-alles-noetig-ld.125239>

Ich möchte, um dies zu illustrieren, abschliessend noch einen Artikel mit dem Titel «Geschäfte mit Krebskranken»⁵⁶ behandeln, der in der NZZ am Sonntag vom 20. 11. 2016 erschienen ist. Es zeigt sich hier beispielhaft eine oft zu beobachtende Argumentationskette, ebenso, wo und wieso sie nicht aufgeht. Diese Argumentation ist im Kern der Versuch der Medizin, sich der Ökonomie anzugleichen, wohl mit der Idee, so ihren Übergriffen auf die Medizin zuvorzukommen. Und dies eben ist die falsche Strategie, weil die Medizin damit gerade das preisgibt, was sie als System ausmacht und von der Ökonomie differenziert. Der Autor Peter Wise leitet seine Überlegungen wie folgt ein: «Anfang Jahr haben 110 französische Onkologen im „Figaro“ die hohen Kosten für die Behandlung von Patienten mit Krebs im fortgeschrittenen Stadium beklagt, die pro Therapie bis zu 150 000 Euro jährlich betragen.» Daraus folgert er: «Der Protest dieser Onkologen war absolut berechtigt: Kosten in dieser Höhe, die zudem noch ständig steigen, sind nicht vertretbar und stehen in keinem Verhältnis zu ihrem Nutzen.»

Das Problem an dieser Argumentation ist, dass sie keine medizinische ist, sondern eine ökonomische. Sie impliziert die Forderung an die Medizin, sich von ihrem Primat der Leidensverminderung zugunsten eines Primats der ökonomischen Nutzenoptimierung zu lösen. Damit ist die Medizin nicht mehr das, was sie jetzt ist. Was sie dann ist, ob lediglich eine Abteilung der Ökonomie oder mehr, wäre zu diskutieren. In jedem Fall geht eine solch grundlegende Änderung des medizinischen Handlungsprimats mit ethischen Konsequenzen einher, die nicht einfach übergangen werden können. Der Autor stellt die Frage der Ethik denn auch, doch er dreht sie auf den Kopf, wenn er schreibt «Es geht um einen grundlegenden Mangel an Ethik», ohne offenzulegen, welche Ethik er damit meint. Unschwer ist hier eine utilitaristische Ethik zu erkennen, die aber nicht beim Namen genannt wird. Diese ist nun aber erstens natürlich nicht die einzige Ethik und zweitens in einem grundlegenden Widerspruch zur medizinischen Ethik, wie sie sich über Jahrhunderte als Berufsethos aus den ethischen Grundlagen der Medizin entwickelt hat, dem Eid des Hippokrates, der Genfer Deklaration des Weltärztebundes, den Standesordnungen.

Peter Wises Kritik an den Mechanismen der Pharmazeutischen Industrie ist berechtigt, etwa, wenn er schreibt: «Zwar versucht die Pharmaindustrie, die hohen Medikamentenkosten mit der Finanzierung von Forschung und Entwicklung zu rechtfertigen, in Tat und Wahrheit wird jedoch mehr für Marketing ausgegeben.» Wenn er dann aber dazu übergeht, das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Therapien verschiedener Krebsarten zu untersuchen, dann wird es problematisch. Er schreibt: «Bei Leukämie, Lymphom und einigen metastasierten soliden Tumoren etwa an Eierstock, Gebärmutterhals, Hoden, Schilddrüse oder Haut (Melanome) können sie die Überlebenschance erheblich erhöhen – wenn nicht sogar Heilung bringen. Einige Krebsarten bei Kindern sprechen ebenfalls gut

⁵⁶ <https://nzz.at/feuilleton/geschaefte-mit-krebskranken>

an, wofür der Pharmaindustrie und den Onkologen grosser Beifall gebührt. Aber für die häufigsten metastasierten Tumoren bei Erwachsenen an Darm, Lunge, Prostata, Brust und weiteren Organen, die über drei Viertel aller Krebsarten ausmachen, sind die Aussichten weniger rosig. Selbst die Immuntherapien der neusten Generation helfen nur einer Minderheit. In den meisten Fällen verlängern diese Medikamente das Leben von Patienten um lediglich ein paar Monate.»

Die Problematik liegt hier in zweierlei. Erstens begibt sich die Medizin, wenn sie so fragt, in eine ethische Problemzone, die kontrovers diskutiert wird. Zweitens gibt die Medizin damit aber auch das preis, was ihre Fortschritte überhaupt ermöglicht. Die Behandlung der Tuberkulose beispielsweise war noch vor 100 Jahren unverhältnismässig teuer im Vergleich zu den geringen Heilchancen. Dass die Tuberkulose dennoch behandelt wurde, hat zu einem steten Fortschritt und schliesslich, zumindest in der ersten Welt, zu ihrer weitgehenden Ausrottung geführt. Gleiches dürfte für Krebserkrankungen gelten, doch eben nur, wenn man sie auch dann behandelt, wenn zum gegebenen Zeitpunkt und mit den gegebenen Mitteln vielleicht wenig Aussicht auf Heilung besteht. Die Medizin gewinnt ihr Wissen in der Praxis, an konkreten Fällen. Hat sie diese nicht, so kann sie sich auch nicht weiterentwickeln. Die Frage der gesellschaftlichen Ressourcen sollte also immer auch unter Einbezug dieses Aspekts diskutiert werden, denn die wichtigste Ressource einer Gesellschaft sind letztlich ihre Individuen, deren Gesundheit es auch langfristig zu erhalten gilt.

Am Artikel von Peter Wise stört in erster Linie, dass er isoliert dasteht und Aussagen macht, die er wissenschaftlich nicht belegt. Damit fehlt ihm die Anschlussfähigkeit, Grundlage jedes systemerhaltenden Dialogs der Medizin. Wenn er sich stattdessen an Laien richtet, die diese Aussagen nicht überprüfen und ihre medizinischen und medizinethischen Konsequenzen nicht absehen können, dann hinterlässt er ein falsches Bild der Medizin, das insgesamt aufwühlt und verstört. Mit diesem Gefühl begegnet der Patient dann seinem Arzt, wenn es gilt, im Gespräch gemeinsam herauszufinden, welche Behandlungsoption seiner Situation gerecht wird. Publikumsmedien und Medizin haben hier also eine Aufgabe, die es gemeinsam anzugehen gilt, indem Debatten als solche geführt und Konsequenzen von Vorschlägen zu Ende gedacht und sachlich aufgezeigt werden. Dabei zeigt sich auch, dass, wie eingangs dieses Papiers aufgezeigt wurde, der Krankheitsbegriff niemals ein rein medizinisch-pathologischer ist, sondern immer auch ideologisch. Ihn zu verhandeln und auszuhandeln, ist eine gemeinsame, eine kulturelle Aufgabe. Und sie ist komplex, rein ökonomische Kosten-Nutzen-Abwägungen werden ihr nicht gerecht.



Weitere VEMS-Positionspapiere und VEMS-Factsheets:
www.vems.ch/fakten-und-standpunkte