



www.vems.ch

Positionspapier

zum Positionspapier «Medizin und Ökonomie – wie weiter?»
der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissen-
schaften SAMW

Stand Januar 2015



Autor: 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://physicianprofiling.ch/VEMSPositionspapierSAMWOekonomie.pdf>

Hintergrund

Die Ökonomie ist die Lehre des haushälterischen Umgangs mit Ressourcen, die immer und in jedem Betätigungsfeld der Ökonomie mehr oder weniger beschränkt sind. Im Gesundheitswesen sind sie dies im Besonderen, und so sieht sich die Gesundheitsökonomie vermehrt veranlasst, Massnahmen vorzuschlagen und einzuführen, um die Effizienz der Medizin zu erhöhen und für medizinische Tätigkeiten ein besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis zu erreichen. Dass sie dadurch in einen Konflikt mit der Medizin gerät, in deren Gebiet sie vordringt, ist unvermeidbar und auch offensichtlich. Ebenso offensichtlich ist es, dass dieser Konflikt derzeit ein wenig fruchtbarer ist. Wenn die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW zur Aussöhnung dieses Konfliktes nun ein Positionspapier erarbeitet hat, dann ist das also ein wichtiger Schritt. Als unabhängige wissenschaftliche Stimme kann die SAMW moderierend in den Diskurs eingreifen und die Positionen als Mediator gegeneinander abwägen. Der VEMS begrüsst deshalb das Positionspapier der SAMW grundsätzlich. Auch stellen wir positiv fest, dass die SAMW im Wesentlichen dieselben Problemfelder ausmacht, die auch der VEMS seit Jahren beobachtet und die wir bereits im Februar 2014 in unserer Charta Ethik und Medizin¹ ausformuliert haben. Umso enttäuschender ist allerdings das Resultat der Arbeit der SAMW, die weitgehend den Positionen einer tendenziell einseitigen utilitaristischen Betrachtungsweise folgt und kaum eigene Positionen erarbeitet hat. Der VEMS hat das.

Grundlagen einer neuen Gesundheitsökonomie

Die Situation unseres Gesundheitswesens kann durchaus als absurd bezeichnet werden: Immer mehr Ökonomie schafft immer weniger menschliche Werte – ja sie schafft noch nicht einmal effektive Effizienz. Im Gegenteil wird unser Gesundheitswesen unter den Händen der Ökonomie immer ineffizienter². Darauf reagiert die Ökonomie in der Regel so, dass sie beklagt, ihr Einfluss auf die Medizin sei nun einmal eingeschränkt, da hier nicht von einem eigentlichen freien Markt die Rede sein könne. Dass der Einfluss der Gesundheitsökonomie auf die Medizin aber auch zu gross sein könnte und umgekehrt der Einfluss der Medizin auf die Gesundheitsökonomie zu klein, scheint ein Gedanke zu sein, der der Ökonomie gar nicht kommt. Er ist aber, bei genauerem Hinsehen, der offensichtlichere.

Der VEMS unterscheidet zwischen einer Werteökonomie, einer Ökonomie also, die menschliche, gesellschaftliche und individuelle Werte schafft, und einer Zahlenökonomie, die zwar Zahlen und Systeme hervorbringt, welche aber letztlich nutzlos sind, weil sie damit diese Werte nicht zu schaffen vermag – entgegen ihrer Beteuerung des «added value». Die wesentliche Frage ist

¹ <http://www.physicianprofiling.ch/VEMSEthikCarta2014.pdf>

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

hier nicht ob, sondern für wen diese Werte geschaffen werden. Es legt sich der Schluss nahe, dass dies in unserem Gesundheitswesen immer weniger für die Patientinnen und Patienten oder – auf der Makroebene – für die Bürgerinnen und Bürger geschieht. Den Grund dafür sieht der VEMS in zwei Diktaten, die zu hinterfragen sind: das Diktat der Effizienz und dasjenige, ein Kosten-Nutzen-Verhältnis sei nur durch Senkung der Kosten bei mindestens gleichbleibendem Nutzen zu erreichen.

Das Diktat der Effizienz

Effizienz an sich ist weder ein Wert noch eine Leistung, sondern Voraussetzung für menschliche Leistungen, deren Ziel es ist, menschliche Werte zu schaffen. Wird nun aber, wie dies eine einseitige Nutzenökonomie tut, die Effizienz zum Wert an sich erklärt, so droht eine Situation, in der effiziente Systeme mit all ihrer Effizienz keine menschlichen Werte schaffen, sondern diese unter Umständen sogar vernichten. Auch einen Krieg kann man ja effizient führen. Deshalb schafft er aber noch lange keine Werte, er zerstört sie vielmehr. Auch kann bei der Effizienz nicht von einer spezifisch menschlichen Fähigkeit die Rede sein, denn auch Maschinen und Tiere sind effizient – müssen effizient sein, um zu überleben. Nur effiziente technische Geräte verkaufen sich, und nur effiziente Tiere haben in der Evolution überhaupt überlebt.

Die Fähigkeiten, die den Menschen von Maschine und Tier unterscheiden, liegen also nicht in der Effizienz, sondern in seiner Gabe, schöpferisch zu sein. Er kann Dinge, Systeme, Abläufe und Gedanken aus sich heraus erschaffen. Die Griechen haben diese menschlichen Fähigkeiten als «techne» bezeichnet, ein Wort, das sowohl mit «Handwerk» als auch mit «Kunst» übersetzt wird, wobei die techne der Tätigkeiten von Bankern, Salbenherstellern, Köchen und Schmieden eher dem entsprachen, was wir heute Handwerk nennen, und unterschieden wurden von den techne, die wir heute Künste nennen, wozu die Tätigkeiten von Musikern, Dichtern und Wissenschaftlern, aber auch von rhetorisch geschulten Rednern und eben auch von Ärzten gehörten. Die Medizin war in diesem Verständnis also eine Kunst: die Kunst des Heilens, und so wurde sie lange verstanden: als Heilkunst. Wird diese Kunst heute auf das Handwerk einer möglichst effizienten Bewirtschaftung des Patientenguts durch den Mediziner reduziert, so hat ein sehr einseitiges Verständnis von Ökonomie über diese Medizin gesiegt und nicht nur sie, sondern auch der Mensch verloren. Es stellt sich doch die Frage, ob wir unseren Körper von Handwerkern bearbeiten oder schöpferisch gesund erhalten und heilen wollen.

Was sind also die menschlichen Werte, die es mit dem Gesundheitswesen zu erhalten gälte? Verdichtet könnte man sagen: Der Mensch muss sich durch die Medizin in einem System aufgehoben fühlen, das sich um ihn kümmert, wenn er krank ist, ihn heilt und seine Leiden lindert. Dies

gibt ihm, ist er gesund, die Kraft, sich einzusetzen für die Gesellschaft. Hier liegt der solidarische Grundgedanke des Gesundheitswesens. Es muss von allen getragen werden, weil alle davon profitieren, der Kranke durch konkrete Hilfe, der Gesunde durch die Sicherheit, im Krankheitsfalle auf diese Hilfe zählen zu können.

Das ist immer weniger der Fall, und hierzu leistet eine einseitige Zahlenökonomie ihren zweifelhaften Beitrag, wohl ohne sich dessen so recht bewusst zu sein. Wenn Ärzte einen umsatzbezogenen Bonus erhalten, dann ist nicht mehr garantiert, dass sie ihre Entscheide allein aus medizinischen Erwägungen fällen. Wenn Ärzte, wie das in Hausarztmodellen mit Budgetverantwortung geschieht, mittels eines Bonus-Malus-Systems in ein Budget gezwungen werden, das sie vereinbaren, bevor sie die konkrete Patientensituation überhaupt kennen, dann können sie auf diese konkrete Patientensituation auch nicht eingehen. Wenn Fallpauschalen und die Wirtschaftlichkeitsverfahren der *santésuisse* Anreize setzen, nicht mehr jene Patienten zu behandeln, die der Behandlung bedürfen, sondern jene, die sich als Fälle lohnen, dann sind sie nicht mehr eigentlich Mediziner; sie werden zu medizinischen Kleinkrämern im eigenen Interesse. Der oben geschilderte Wert, den man mit «Gemeinsinn» zusammenfassen könnte, wird unterwandert von einem ökonomischen Egoismus, der nicht mehr dem Wohle aller dient, sondern dieses Gemeinwohl zerstört. Immer mehr Effizienz vernichtet also menschliche Werte.

Effizienz ist ein Mittel, sie darf nicht zum Zweck der Tätigkeit der Medizin werden, denn ihr Zweck ist das Wohl des Patienten. Es reicht nicht, zu fragen, wie effizient die Medizin ist. Hier muss auch gefragt werden, welche Werte sie mit dieser Effizienz erschafft. Und auch die Ökonomie muss sich beizeiten fragen, welche Werte sie mit ihrer Effizienz erschafft und welche sie allenfalls zerstört. Hierzu sei an die hocheffizienten Systeme eines Casinokapitalismus erinnert, der nicht menschliches Wohl erschaffen hat, sondern unsägliches Leid. Für Arbeiter, deren Arbeitsplatz gestrichen wurde, weil ihr Arbeitgeber bankrottging, obwohl er ein Produkt anbot, das Werte schuf und Kunden fand. Für Familien, die ihr Eigenheim verloren, weil sie ihren Kredit nicht mehr bezahlen konnten, obwohl sie fleissig dafür arbeiteten. Wir sind also gut beraten, dem Diktat der Effizienz mit einem gesunden Misstrauen zu begegnen.

Das Diktat der Kosteneinsparung

Effizienz ist gegeben, wenn wir ein möglichst gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis erreichen. Dies kann entweder durch Senken der Kosten oder durch Erhöhen des Nutzens geschehen. Bisher geschieht in unserem Gesundheitswesen allerdings fast nur Ersteres: Stellen werden gestrichen, Arbeitspensen verdichtet, Mittel ersonnen, um angeblich unnötige Leistungen zu identifizieren und aus dem Katalog der von den Krankenkassen zu bezahlenden Leistungen (OKP-Leistungen) zu entfernen, prä-

ventive Massnahmen werden vermehrt nicht mehr abgegolten etc. Man kann das nicht als sonderlich fantasievoll bezeichnen. Auch nicht als besonders nachhaltig, denn irgendwann kann schlicht nicht noch mehr gestrichen werden, ohne dass die Qualität darunter leidet. Das Potenzial hingegen, das darin liegt, den medizinischen Nutzen bei gleichbleibenden oder sogar sinkenden Kosten zu erhöhen, scheint von dieser Art der Gesundheitsökonomie, die wir eine Zahlenökonomie nennen, gar noch nicht entdeckt zu sein.

Die Arbeit der Medizin zielt eben darauf ab. Ein medizinischer Fortschritt ist nichts anderes als die Erhöhung des medizinischen Nutzens für den Patienten, mitunter schafft sie diesen Nutzen überhaupt erst. Wenn es ihr gelingt, mit einer Behandlung das Leben eines Patienten zu verlängern oder zu retten oder nur schon sein Leid zu lindern, dann hat sie einen Erfolg zu verbuchen. Und solche Erfolge kann die moderne Medizin etliche vorweisen. Sie ist heute in der Lage, Krankheiten zu behandeln, deren Leid sie lange noch nicht einmal zu lindern vermochte. Diese Kraft der Medizin ist es, die den ersten, den grundlegenden Wert schafft, auf dessen Basis alle weiteren menschlichen Werte erst zu erschaffen sind: die Gesundheit.

Wird die Medizin nun angereizt, ihre Kraft aus diesem Streben nach der Schaffung und Optimierung des medizinischen Nutzens abzuziehen und in die Sorge um die Kosten zu investieren, so geht ihr das Wesentliche ihrer Tätigkeit verlustig. Da sie nun aber überleben will und muss, bleibt ihr gar nichts anderes übrig, als die Verluste, die ihr die Einsparungen am einzelnen Patienten bringen, so wettzumachen, dass sie die Zahl der Patienten erhöht. So behandelt sie dann immer mehr Patienten zwar immer kostengünstiger, doch zusehends unnötig. Der Kranke wird der Medizin zur Bürde, ihn zu behandeln ist ihr nur noch möglich, wenn sie das Verlustgeschäft mit ihm mit unnötigen Behandlungen an Gesunden wettmacht. Dass so die Kosten insgesamt ansteigen, ist klar und auch beobachtbar. Es ist zur Erreichung eines besseren Kosten-Nutzen-Verhältnisses im Gesundheitswesen also offensichtlich nicht zielführend, die Medizin dazu anzuhalten, ihre Kräfte in die Einsparung von Kosten zu investieren. Sie sollte sich auf den medizinischen Nutzen konzentrieren, denn das ist ihr Fachgebiet. Zum Optimieren dieses medizinischen Nutzens sollte sie folglich angereizt werden.

Dass sie damit hilft, Kosten einzusparen, zeigt die Präventivmedizin exemplarisch. Hier gelingt es der Medizin, einen nachhaltigen medizinischen Nutzen zu schaffen, indem ein medizinischer Schaden vermieden wird. Dieser medizinische Schaden muss dann folglich auch nicht behandelt werden, womit effektiv Kosten gespart werden. Umso erstaunlicher ist es, dass ausgerechnet in der Präventivmedizin Bestrebungen bestehen, Leistungen abzubauen. Wenn das Swiss Medical Board SMB (ein Gremium mit Einsitz der SAMW, der Gesundheitsdirektorenkonferenz und der

FMH notabene) in seinem Bericht³ zu Cholesterinsenken (Statinen) zum Schluss kommt, diese seien entgegen den internationalen Empfehlungen der Fachgesellschaften restriktiver einzusetzen, dann werden so nicht nur menschliche Leiden durch vermeidbare Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursacht, sondern auch die Kosten der Behandlung dieser Krankheiten. Und wenn dann die Argumentation für die Empfehlung des SMB auch noch die der Kosteneinsparung ist, dann sehen wir doch deutlich, wie absurd und weltfremd es ist, das Kosten-Nutzen-Verhältnis im Gesundheitswesen einzig dadurch verbessern zu wollen, dass man die Kosten senkt. Wir sind also gut beraten, auch dem Diktat der Kosteneinsparung mit einem gesunden Misstrauen zu begegnen.

Grundprobleme des SAMW-Papiers

Vor diesem Hintergrund ist es verständlich, dass das Papier der SAMW, welches beiden Diktaten in fast schon naiver Weise folgt, in der Ärzteschaft ein diffuses Unbehagen ausgelöst hat. Dieses hat der Präsident der FMH, Dr. med. Jürg Schup, in einem Artikel in der Ärztezeitung⁴ zum Ausdruck gebracht, und es ist nicht Ausdruck einer Sorge um den Futternapf, sondern zeigt vielmehr, dass die Medizin sich ihrer Verantwortung dem Patienten gegenüber sehr wohl bewusst ist, doch immer weniger Möglichkeiten sieht, diese Verantwortung wahrzunehmen. Um die Gründe dafür zu erörtern, geht das vorliegende Positionspapier den Feststellungen des SAMW-Papiers nach und zeigt auf, von welcher Seite und durch welche Massnahmen die von der SAMW festgestellten Probleme angegangen werden könnten, um eine effektive Verbesserung zum Wohle aller zu bewirken. Dabei zeigen sich drei Grundprobleme, die das SAMW-Papier zu wenig systematisch und zu wenig konsequent angeht.

1. Grundproblem der Globalbudgets und Kostenobergrenzen

Die derzeitige Grundstimmung bezüglich unseres Gesundheitswesens kann durchaus als Panik aufgrund angeblich aus dem Ruder laufender Kosten bezeichnet werden; die Bereitschaft, notwendige medizinische Leistungen nicht mehr unbedingt zu erbringen, bzw. zu bezahlen (Rationierung), ist gestiegen. Der VEMS ist dieser Problematik in seinem Papier zur Rationierung⁵ vom Februar 2014 auf den Grund gegangen. Wir stellen insgesamt eine zu unachtsame Herangehensweise an Rationierungsfragen fest. Im Kern dieser Unachtsamkeit, bei der vornehmlich alte und polymorbide Patienten das Nachsehen haben, orten wir eine gewisse Fixierung auf die Idee von Globalbudgets und Kostenobergrenzen⁶. Die Problematik solcher Budgetrahmen ist insofern zu wenig verankert, als

³ <http://www.physicianprofiling.ch/StatinsSMB2014.pdf>

⁴ http://www.saez.ch/uploads/eps/fulltext_documents/issues/SAEZ-Fulltext-2014-43-de.pdf

⁵ <http://www.physicianprofiling.ch/VEMSRationierung2014.pdf>

⁶ <http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetRationierung.pdf>

diese in sehr unterschiedlicher Form zur Anwendung kommen, weshalb sie nicht ohne weiteres als solche erkennbar sind. Wir sehen die folgenden drei hauptsächlichsten Formen:

- Festlegen von Budgets im Rahmen von Ärztenetzwerken mit Budgetverantwortung
- De facto Festlegen von Globalbudgets durch die Wirtschaftlichkeitsverfahren, die den frei praktizierenden Arzt zwingen, sein Behandlungsbudget in den Rahmen einer maximalen Überschreitung von 30% gegenüber der Vergleichsgruppe zu bringen
- Festlegen von Kostenrahmen pro Behandlung durch die Fallpauschalen DRG

Gemeinsam ist all diesen Formen, dass sie Kostenrahmen festlegen, bevor die konkrete Patientensituation bekannt ist. Die Kosten bestimmen hier also die Behandlung, nicht umgekehrt. Mit der Folge, dass medizinische Leistungserbringer vermehrt das behandeln, was in den Kostenrahmen passt und nicht unbedingt und primär das, was medizinisch zweckmässig ist. Von dieser ihrer ärztlichen Ethik und ihrem Patientenauftrag zuwiderlaufenden Art des Handelns weichen sie zusehends nur noch da ab, wo sie es sich (noch) leisten können oder wo sie Möglichkeiten haben, etwaige Verluste anderweitig auszugleichen. Dies ist eine gefährliche Tendenz, der nur entgegengewirkt werden kann, wenn klar erkannt ist, dass Globalbudgets und Kostenobergrenzen, welcher Art auch immer, medizinischem Handeln zuwiderlaufen. Dass sie überdies noch nicht einmal geeignet sind, die anvisierten ökonomischen Ziele zu erreichen, sondern im Gegenteil sogar Gegenteiliges bewirken können, hat der VEMS am Beispiel der Wirtschaftlichkeitsverfahren exemplarisch aufgezeigt⁷ und generell auf einem Factsheet⁸ verdichtet aufgearbeitet.

Die Haltung der SAMW zu Globalbudgets, bzw. Kostenobergrenzen, ist widersprüchlich und inkonsequent. Auf Seite 10 des Positionspapiers verweist die SAMW auf den Myozyme-Entscheid, in welchem das Bundesgericht zum ersten Mal eine Kostenobergrenze von maximal CHF 100'000.- pro Lebensjahr und Patient aussprach. Die SAMW hält fest, dass dieser Entscheid intensive Diskussionen ausgelöst hat, spricht dann aber auf Seite 11 der Rationierung das Wort, indem sie, auf ihre Arbeitsgruppe «Rationierung» verweisend, festhält: «Während manche Stimmen jede Form der Rationierung als «unnötig», als «moralisches Tabu» oder als anmassende «Lebenswertentscheidung» verstehen, wird inzwischen immer deutlicher, dass ein sorgsamer, gut gerechtfertigter Einsatz begrenzter öffentlicher Ressourcen unvermeidlich und ethisch geboten ist.» Wann und wie Rationierung ethisch vertretbar ist, darauf geht die SAMW nicht weiter ein. Sie schliesst diesen Abschnitt vielmehr mit Fragen: «Damit wird zugleich die Frage aufgeworfen, wer entscheiden soll, wann ein

⁷ <http://physicianprofiling.ch/WZWStatistik2014.pdf>

⁸ <http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetOekonomie.pdf>

Ressourceneinsatz gerechtfertigt ist – Gerichte? Der Gesetzgeber? Welchen Spielraum sollten Versicherer haben? Und was ist eine angemessene Rolle der Ärzte?»

Einerseits fehlt hier der Verweis auf die Ökonomie, deren Aufgabe es eben wäre, durch Rationalisierung zu verhindern, dass rationiert werden muss, im Fall des Myozyme-Entscheids beispielsweise durch Aushandeln eines vertretbaren Preises mit dem Hersteller des Medikaments. Andererseits wäre von einer Institution mit zentraler Ethikkommission – welche das Papier ja im Wesentlichen erarbeitet hat – hier doch zumindest eine Vorstellung über das Wie der Rationierung zu erwarten gewesen. Eberhard Schockenhoff und Anton Losinger haben hierzu in einem Artikel in «Stimmen der Zeit» einen Vorschlag aus christlicher Sicht unterbreitet⁹. Ihre Regeln lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- keine Rationierung aufgrund des sozio-ökonomischen Wertes eines Individuums, sondern nur auf medizinischer Basis und nicht aufgrund seines gesellschaftlichen Nutzens
- keine simplizistischen Rationierungsregeln aufgrund pauschaler Indikatoren wie des Alters, wenn sich daraus nicht medizinische Begründungen für den Rationierungsentscheid ergeben, zum Beispiel erhöhtes Risiko des Eingriffs
- Rationierungsentscheidungen dürfen nicht eine Belohnung oder Bestrafung für ein bestimmtes Verhalten sein.
- Rationierungsentscheidungen sind auf der Makro- und der Mesoebene zu fällen, nicht auf der Mikroebene; dort, am Krankenbett, soll der Arzt seinem ärztlichen Berufsethos folgend allein im Interesse des Patienten entscheiden und handeln können.

Die SAMW bleibt uns einen solchen Vorschlag schuldig, stellt dann aber selber die Probleme fest, die durch das so geschaffene ethische Vakuum entstehen. So auf Seite 14, wo es zu den Fallpauschalen DRG heisst: «Zudem gibt es empirische Hinweise, dass mit DRG Patienten aus wirtschaftlichen Erwägungen aus dem Spital in andere Einrichtungen verlegt werden und nicht, weil dort der beste Behandlungsort für sie wäre. Ebenso besteht das Risiko, dass bereits bei der Aufnahme von oder dem Werben um Patienten eine Risikoselektion betrieben wird. Damit wird die Frage: «Welchen Patienten können wir am besten helfen?» verkehrt in «Welche Patienten können uns (ökonomisch) am besten helfen?» (d.h. welche Patienten sind am profitabelsten). Eine solche Verkehrung der Zweck-Mittel-Relation entspricht nicht mehr der ursprünglichen Intention, betriebswirtschaftli-

⁹ www.stimmen-der-zeit.de/zeitschrift/archiv/beitrag_details?k_beitrag=2265176&query_start=8&k_produk=2268208

ches Denken in Gesundheitseinrichtungen mit dem Ziel einer verbesserten Kosteneffizienz zu stärken und die Innovation zu fördern.»

Dass dieses Problem deshalb entsteht, weil Rationierungsentscheide nicht auf der Makroebene gefällt, sondern via ökonomischen Druck den Leistungserbringern überantwortet werden, sieht die SAMW zwar ein, wenn sie auf Seite 15 zur Budgetverantwortung schreibt: «Durch den ökonomischen Druck auf die Leistungserbringer werden neue Machtverhältnisse, Abhängigkeiten und auch Vulnerabilitäten geschaffen. In dieser Situation ist es wichtig, dass ausreichend Raum für ethische Erwägungen bleibt, die eine Rückbindung an die übergeordneten Ziele im Gesundheitswesen und die professionellen ärztlichen und pflegerischen Standards leisten können.»

Mit ausreichendem «Raum für ethische Erwägungen» ist es allerdings nicht getan. Vor allem sind die Leistungserbringer, an die sich das Positionspapier der SAMW ja primär richtet, nicht in der Lage, sich diesen Raum selber zu erschaffen, den ihnen die Ökonomie immer weniger gibt. Hier sind Politik und Behörden gefordert – und die SAMW. Diese spielt den Ball aber den Leistungserbringern zu, beispielsweise auf Seite 18, wo sie schreibt: «Wichtig ist, diese ... (die ökonomische Dimension der Medizin) ... zu erkennen, transparent mit ihr umzugehen und dafür Sorge zu tragen, dass ökonomische Erwägungen und Interventionen nicht dem Ziel einer finanziell nachhaltig leistbaren, qualitativ hochstehenden Versorgung im Wege stehen ...» Das ist richtig festgestellt. Ist es aber nicht so, dass heute nicht die Medizin die ökonomische Dimension ihrer Arbeit erkennen muss, sondern dass vielmehr die Gesundheitsökonomie (allen voran die Krankenkassen) sich wieder der medizinischen Dimension ihrer Arbeit bewusst werden sollte, anstatt die Medizin weiter in einen ethisch problematischen Handlungsrahmen zu zwingen? Dies führt in die zweite Grundproblematik: die der falschen Anreize.

2. Grundproblem der falschen Anreize

Es ist klar, dass unser Handeln massgeblich von Anreizen bestimmt ist. Wer seinem Kind bei zunehmender Unordnung im Kinderzimmer das Taschengeld erhöht, der darf sich nicht wundern, wenn es nicht aufräumt. Tut es dies trotzdem, so nur, weil es dazu intrinsisch derart stark motiviert ist, dass es keinen extrinsischen Anreiz benötigt und sogar einen Verlust in Kauf nimmt. Dieses Beispiel ist weltfremd, doch genau das ist es, was die SAMW von der Medizin zu erwarten scheint, wenn sie auf Seite 24 zur intrinsischen Motivation feststellt: «Gesundheitsberufe erscheinen vielen auch deswegen attraktiv und stehen traditionellerweise in hohem Ansehen, weil die Menschen, die sie ausüben, nicht nur ein hohes Mass an Expertise und Verantwortungsbewusstsein brauchen, sondern auch, weil die Tätigkeit, Mitmenschen helfen zu können, unmittelbar erfüllend ist», um dann auf Seite 26 zu postulieren: «Die Herausforderung – in der individuellen Behandlung, wie auch im

Hinblick auf die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt – besteht darin, trotz möglicher Fehlanreize weder auf Seite der Unterversorgung noch der Überversorgung zu irren.»

Die SAMW ist sich der Fehlanreize unseres Gesundheitswesens also bewusst, entscheidet sich aber nicht dafür, diese gezielt zu bekämpfen, sondern erwartet stattdessen von den Leistungserbringern, sich trotz dieser Anreize ethisch korrekt zu verhalten, da sie ja intrinsisch motiviert sind. Der VEMS hält dies für eine opportunistische Pseudoethik, die daraus resultiert, dass sich die SAMW einseitig dem utilitaristischen Diktat unterordnet, anstatt dieses mit anderen ethischen Konzepten abzuwägen, um für die Leistungserbringer ethisch vertretbare Bedingungen zu erarbeiten. Wir dürfen an dieser Stelle an den Selbstanspruch der SAMW erinnern, die auf ihrer Website als ersten Schwerpunkt ihrer Arbeit nennt: «die Klärung ethischer Fragen im Zusammenhang mit medizinischen Entwicklungen und deren Auswirkungen auf die Gesellschaft». Diese Klärung ist hier eindeutig nicht geleistet worden, eher das Gegenteil.

Der VEMS hat die Fehlanreize unseres Gesundheitswesens auf verschiedenen Factsheets aufgearbeitet, einerseits generell¹⁰, andererseits spezifisch für die Wirtschaftlichkeitsverfahren der *santésuisse*¹¹, für die Hausarztmodelle mit Budgetverantwortung¹², für die Fallpauschalen DRG¹³ und für die Qualitätsindikatoren des Bundesamtes für Gesundheit¹⁴. In diesen Dossiers haben wir teilweise gezielt die Zusammenarbeit mit der SAMW gesucht, mussten aber leider feststellen, dass offensichtlich zu wenig Interesse besteht, die Probleme anzugehen und diese falschen, zu ethisch problematischem Handeln motivierenden Anreize zu bekämpfen. Die Fehlanreize im Überblick:

Wirtschaftlichkeitsverfahren

Die Kosten frei praktizierender Ärzte werden in Vergleichsgruppen miteinander verglichen. Sind die Durchschnittskosten 30% und mehr über dem Schnitt der Vergleichsgruppe, gilt dies als Beweis für Überarztung. Damit wird dem Arzt ein Anreiz geschaffen, seine Durchschnittskosten zu senken. Dies gelingt am besten, wenn er möglichst viele Patienten mit geringen Kosten behandelt (weitgehend Gesunde), um die wenigen, welche hohe bis teilweise sehr hohe Kosten verursachen (Kranke), möglichst nicht zu behandeln. Dies ist ein komplett falscher Anreiz, der dem Sinn und Zweck des Gesundheitswesens zuwiderläuft und obendrein die Gesamtkosten in die Höhe treibt, indem er zu einer Mengenausweitung bei Gesunden führt. Die SAMW erwähnt die WZW-Verfahren auf Seite 10 kurz, geht aber auf das Problem nicht ein.

¹⁰ <http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetAnreize.pdf>

¹¹ www.physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetWZW.pdf

¹² www.physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetMCForschung.pdf

¹³ www.physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetDRG.pdf

¹⁴ www.physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetBAGIndikatoren.pdf

Hausarztmodelle mit Budgetverantwortung

In Hausarztmodellen mit Budgetverantwortung vereinbaren Krankenkassen mit Ärztenetzwerken in geheimen Verträgen Budgets, die es einzuhalten gilt. Bei Überschreitung droht den Ärzten eine Busse, bei Unterschreitung winkt ein Bonus. Bei manchen Netzwerken kann der Arzt jederzeit online sein Budget einsehen, damit er vor einer Konsultation noch schnell schauen kann, ob er überhaupt eine Krankheit feststellen darf oder ob er den Patienten trösten muss, um nicht in Schwierigkeiten zu geraten. Die SAMW erwähnt dieses Problem auf Seite 15, geht aber nicht näher darauf ein. Tatsache ist: Bereits im November 2012 hat der VEMS ein Regelwerk für die Ausgestaltung der Verträge im Zusammenhang mit Ärztenetzwerken erarbeitet, dies in einem interdisziplinären Team mit Prof. Dr. iur. Ueli Kieser (Recht), Prof. Dr. oec. Mathias Binswanger (Ökonomie), Dr. med Michel Romanens (Medizin), Prof. Dr. phil. I Hans-Peter Schreiber (Ethik). Dieses Regelwerk¹⁵ haben wir der SAMW damals im Sinne eines Vorschlags zur weiteren Verwendung zugeschickt, verbunden mit dem Antrag auf Bildung einer entsprechenden Arbeitsgruppe. Die SAMW ist darauf nicht eingetreten.

Fallpauschalen und Qualitätsindikatoren des BAG

Die Fallpauschalen DRG zwingen die Spitäler in einen definierten Kostenrahmen pro Behandlung, die Qualitätsindikatoren des BAG sollen sicherstellen, dass innerhalb dieses Kostenrahmens die Qualität eingehalten wird. Die Kombination dieser beiden Anreize führt zu tendenziell steigenden Kosten bei tendenziell abnehmender Qualität. Denn: Die Spitäler sind aufgrund der Fallpauschalen angehalten, betriebswirtschaftlich sinnvoll zu behandeln, nicht medizinisch zweckmässig, was die Kosten treibt. Die Qualitätsindikatoren reizen dazu an, nicht mehr für die Patienten zu arbeiten, sondern für die Erfüllung der Qualitätsindikatoren, was die Qualität senkt. Ein kontraproduktives Anreizsystem. Die SAMW geht darauf vage ein, wohl, um niemandem wehzutun, allen voran nicht dem BAG.

Auf Seite 30 schreibt die SAMW: «Anreize müssen daher so gestaltet sein, dass sie nicht vom primären Ziel einer angemessenen Versorgung im Einzelfall wie auch auf Ebene der Gesamtbevölkerung ablenken» und weiter: «Ein besonderes Augenmerk ist dabei auf die Versorgung von Randgruppen zu richten, die leicht aus dem Fokus der Aufmerksamkeit geraten, weil sie ihre Anliegen üblicherweise mit weniger Nachdruck in den politischen Prozess einbringen können.» Dieses Postulat wirkt vor dem Hintergrund obiger Versäumnisse der SAMW nachgerade naiv, wenn nicht zy-

¹⁵ www.physicianprofiling.ch/VEMSRegelwerkAerztenetzwerke.pdf

nisch. Dass die SAMW bezüglich falscher Anreize offensichtlich auf einem Auge blind ist, zeigt auch die Aussage zu den Boni auf Seite 16: «Boni für Leistungserbringer, die an bestimmte Zielvorgaben hinsichtlich Produktivität und/oder Qualität gekoppelt sind, stellen einen weiteren Mechanismus zur Effizienzsteigerung dar.» Es ist unverständlich, weshalb die SAMW sich nicht klar gegen Boni ausspricht. Diese mögen in anderen Branchen ihre positive Wirkung haben, in der Medizin – dies ist weithin anerkannt – zerstören sie die intrinsische Motivation und fördern jene Fachkräfte, die vornehmlich extrinsisch motiviert sind, den Arztberuf also hauptsächlich des Geldes wegen gewählt haben.

Wenn die SAMW dann auf Seite 33 weiter schreibt «Da kein Anreizsystem perfekt ist, sollte der Erkennung von Fehlanreizen («perverse incentives») und einem aktiven Management von Interessenkonflikten besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden», dann können wir hier nur festhalten: Die Fehlanreize sind erkannt, und dies von verschiedener Seite. Sie sind aber nicht aus der Welt zu schaffen, indem man ihnen lediglich besondere Aufmerksamkeit widmet. Hier geht es darum, endlich etwas dagegen zu tun, vom BAG, vom EDI – und von der SAMW. Falls diese Aufforderung der SAMW an die Leistungserbringer gerichtet sein sollte, bleibt die Frage: Was ist für sie damit gewonnen, wenn sie diesen Fehlanreizen, die sie ja nur zu gut kennen, aber nicht ändern können, nun besondere Aufmerksamkeit widmen? Dass sie so noch tiefer in ein moralisches Dilemma geraten, das sie nicht selbst geschaffen haben? Hier ist vielleicht doch der Rat von Seite 26 noch der bessere: «Die Herausforderung – in der individuellen Behandlung, wie auch im Hinblick auf die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt – besteht darin, trotz möglicher Fehlanreize weder auf Seite der Unterversorgung noch der Überversorgung zu irren.» Dies im Sinne eines «Machen wir das Beste daraus». Wünschenswert und zielführend ist diese Situation indes nicht, und sie leistet einen wesentlichen Beitrag dazu, dass die Arbeitszufriedenheit der Leistungserbringer massiv gelitten hat, eine negative Tendenz, die auch mit dem dritten Grundproblem zusammenhängt: dem Eingriff in den Indikationsentscheid.

3. Grundproblem des Eingriffs in den Indikationsentscheid

Auf Seite 13 hält die SAMW bezüglich der Rolle der Ethik im Spannungsfeld von Ökonomie und Medizin fest: «Eine zentrale Rolle nimmt dabei auch die Ethik ein, die hilft, den normativen Rahmen zu bestimmen, Interessen- und Zielkonflikte zu identifizieren und möglichst angemessen damit umzugehen.» Dass die SAMW sich damit schwertut, diesem Selbstanspruch zu genügen und normative Rahmen zu setzen, haben wir oben aufgezeigt. Bezüglich der Problematik des Eingriffs in den Indikationsentscheid ist sie aber offensichtlich noch nicht einmal in der Lage, den Interessen-

und Zielkonflikt zu identifizieren, geschweige denn, angemessen damit umzugehen. Dies hängt mit der Grundhaltung der SAMW zusammen, die auf Seite 17 thematisiert wird: «Das Spannungsverhältnis zwischen individueller Patientenerfahrung und -nutzen einerseits und Nutzen für die Bevölkerung andererseits wirft zudem folgende ethisch heikle Frage auf: Inwieweit ist es vertretbar, bei der Berücksichtigung der Kosteneffektivität von medizinischen Massnahmen die Maximierung des Gesamtnutzens an oberster Stelle zu setzen? Dies kann durchaus zur Folge haben, dass Menschen am Lebensende (alte und schwerkranke Menschen bzw. Sterbende), Patienten mit einer mit seltenen Erkrankungen (wie Morbus Pompe) sowie Patienten mit einer chronischen Erkrankung mit geringen therapeutischen Möglichkeiten das Nachsehen haben, weil die medizinische Betreuung eine geringe Kosteneffektivität aufweist.»

Die SAMW formuliert dies als Frage und bleibt vage, die folgenden Ausführungen machen aber klar, dass sie tendenziell eine utilitaristische Ethik vertritt und auf die Ungerechtigkeiten, die diese auf der individuellen Ebene schafft, nicht handelnd und mit konkreten Normen und Vorgaben eingeht, sondern eher wünschend und erwägend. Diese systematische Unentschlossenheit der SAMW trägt zu einem unlösbaren Konflikt mit den Leistungserbringern bei, und dieser zielt auf das Herz ihrer Arbeit: den Indikations- und Behandlungsentscheid.

Der Begriff «Zweckmässigkeit» kommt im SAMW-Positionspapier gerade zweimal vor. Dies legt nahe, dass sich die SAMW entweder nicht eingehend mit ihm befasst hat oder seine Bedeutung unterschätzt. Der VEMS unterscheidet die ökonomische Zweckmässigkeit von der medizinischen Zweckmässigkeit und hat diese Analyse auf einem Factsheet¹⁶ verdichtet. Bei beiden geht es um ein Abwägen von Aufwand und Ertrag, die Unterschiede sind aber gravierend:

Kosten Ökonomie: monetäre, geldwerte Kosten	Kosten Medizin: gesundheitliche «Kosten», mögliche gesundheitliche Schäden der Behandlung
Nutzen Ökonomie: direkt oder indirekt monetärer, geldwerter Nutzen der a posteriori festgestellten Wirkung einer medizinischen Massnahme	Nutzen Medizin: möglicher gesundheitlicher Nutzen der Behandlung, der allerdings a priori nicht garantiert, sondern nur erwartet und a posteriori festgestellt werden kann
Zweckmässigkeitsbegriff Ökonomie: Die Behandlung ist zweckmässig, wenn ihr finanzieller Aufwand dem gesundheitlichen (oder volksgesundheitlichen) Mehrwert angemessen ist.	Zweckmässigkeitsbegriff Medizin: Die Behandlung ist zweckmässig, wenn die Intervention medizinisch nötig, wirksam und unter Abwägung der möglichen medizinischen Gefahren dem Zweck der Heilung oder Pflege angemessen ist.

¹⁶ <http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetZweckmaessigkeit.pdf>

Die utilitaristische Herangehensweise an den ökonomischen Aspekt der Medizin führt zwangsläufig dazu, dass die Ökonomie der Medizin ihren Zweckmässigkeitsbegriff aufzwingt. Dies muss sie, denn um einen grösstmöglichen Nutzen für eine grösstmögliche Zahl überhaupt validieren zu können, muss sie diesen in ihrem Sinn verstehen: als monetären Nutzen, in welcher Form auch immer. Und zwar als einen monetären Nutzen, der möglichst garantiert werden soll, und das a priori, denn wird er erst a posteriori festgestellt, wie dies im Wesen der Medizin liegt, dann sind die Gelder für den zu beurteilenden Eingriff ja bereits verwendet.

Es gibt nur einen sinnvollen Umgang mit diesem nicht aus der Welt zu schaffenden Konflikt: Arbeitsteilung. Die Ökonomie soll ihre Kräfte aus dem Indikations- und Behandlungsentscheid abziehen und dort einbringen, wo von ihr ein fruchtbarer Beitrag zu erwarten ist: in der effizienten Ausgestaltung der Prozesse, im Aushandeln von Preisen mit den Herstellern, im Strukturieren der Arbeitsabläufe. Die Medizin ihrerseits soll sich auf ihr Gebiet konzentrieren, was von ihr verlangt, die Qualität des Indikations- und Behandlungsentscheids sukzessive zu verbessern. Hierzu helfen interinstitutionelle Expertenaudits, wie sie der VEMS in einem entsprechenden Factsheet¹⁷ vorschlägt. Die Vereinnahmung des medizinischen Zweckmässigkeitsbegriffs durch den Zweckmässigkeitsbegriff der Ökonomie jedenfalls – so viel ist heute klar – hat insgesamt zu einer Verschlechterung der Qualität der Indikations- und Behandlungsentscheide geführt. Mit der Folge einer Kostenausweitung bei tendenziell sinkender Qualität.

Wir stellen also eine Deprofessionalisierung fest, die auch die SAMW ortet, aber viel zu oberflächlich und zu wenig systematisch begründet, wenn sie auf Seite 25 schreibt: «Deprofessionalisierung ist ein Symptom zunehmender Fragmentierung und Spezialisierung in der gesundheitlichen Versorgung und zeigt sich, wenn Ärzte an Eigenverantwortung und Selbständigkeit verlieren und sich in die Abhängigkeit anderer begeben. Dies können Juristen sein, die entscheiden, was indiziert ist; Versicherer, die beurteilen, was erstattungsfähig ist; Ethiker, die sich dazu äussern, was moralisch geboten ist, oder Manager, die (mit-)bestimmen, was in der betreffenden Gesundheitseinrichtung unter einer guten – kosteneffektiven – Medizin zu verstehen ist.»

Die SAMW bagatellisiert die Probleme der Vereinnahmung des medizinischen Zweckmässigkeitsbegriffs durch die Ökonomie und reduziert sie auf die emotionale Ebene, beispielsweise wenn sie auf Seite 13 schreibt: «Mit einem verstärkten Fokus auf unternehmerischem Denken, Markt- und Wettbewerbsorientierung droht jedoch der Beziehungsaspekt unterzugehen.» Das ist nicht das eigentliche Problem, nur eine seiner Folgen. Die SAMW erkennt zwar die Bedeutung der Qualität

¹⁷ <http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetDysfunction.pdf>

des Indikationsentscheids, wenn sie auf Seite 26 schreibt: «Auch die Qualität der Indikationsstellung spielt eine zentrale Rolle.» Wie diese Qualität zu gewährleisten und zu verbessern ist, darüber sagt das Positionspapier der SAMW dann aber nichts.

Es ist unverständlich, weshalb die SAMW sich nicht an die Fachverbände richtet und diese auffordert, mit interinstitutionellen Audits für die Qualität der Arbeit ihrer Branche zu sorgen, wie dies andere Branchen ja auch tun. Die Konsequenz einer solchen Forderung wäre allerdings die, dass sich die SAMW klar gegen die Einmischung der Ökonomie in den medizinischen Indikations- und Behandlungsentscheid aussprechen müsste, und das will sie wohl nicht. Stattdessen wird dieser Übergriff als Chance für alle Beteiligten verkauft, etwa, wenn die SAMW auf Seite 29 schreibt: «Ökonomisches Denken in der Medizin ist somit im Sinne eines nachhaltigen Gesundheitssystems wünschenswert ...» und zur Versöhnung vorschlägt, sich auf einen Konsens zu einigen, was unser Gesundheitswesen auf keinen Fall verlieren dürfe. Über die dann aufgelisteten Punkte sind sich allerdings alle Akteure mehr oder weniger einig. Die Frage ist jedoch, wie wir diese Werte und Assets nicht verlieren. Negativ formuliert muss heute festgehalten werden: mit dem Eingriff fachfremder Gremien in den medizinischen Indikations- und Behandlungsentscheid verlieren wir sie zusehends.

Katalog der festgestellten Problemfelder

Dadurch, dass das SAMW-Papier obige drei Grundprobleme nicht systematisch genug angeht, fällt auch die Analyse der festgestellten Probleme nicht sehr fundiert aus, und die Vorschläge zur Verbesserung der Situation sind recht vage und widersprüchlich, teilweise fast schon zynisch. Im Folgenden wollen wir deshalb den Katalog der sieben von der SAMW festgestellten Probleme kommentieren.

1. Qualitätseinbussen durch fehlgeleitete Effizienzsteigerung

Auf Seite 19 wird zum Problem der Qualitätseinbussen durch fehlgeleitete Effizienzsteigerung richtig festgestellt: «Bisweilen wird das Gebot, die Effizienz zu steigern, missverstanden als Versuch, möglichst viele Ausgaben einzusparen. Die Steigerung von Effizienz meint jedoch das Erreichen dieses Ziels mit reduziertem Aufwand (zum Beispiel durch das Weglassen nutzloser Interventionen) und nicht das Aufgeben oder Nivellieren des Ziels, um weniger Ausgaben verbuchen zu müssen.» Damit wäre im Grunde klar gesagt, dass die Krankenkassen die falsche Stelle sind, die Effizienz der Leistungserbringer zu beurteilen, denn für sie ist Effizienz ja per definitionem der Versuch, möglichst Ausgaben zu sparen. Dies ist letztlich ihre unternehmerische Existenzberechtigung. Der Abschnitt konzentriert sich allerdings auf den Pflegesektor und hält mit Verweis auf die

RN4CAST-Studie fest: «Es besteht die Gefahr, dass gerade im Bereich der Pflege zum Zwecke der Effizienzsteigerung Personalressourcen wegfallen und Zeit für die direkte Patientenbetreuung verloren geht. Arbeitsprozesse lassen sich jedoch nicht beliebig verdichten, ohne – besonders längerfristig – deutliche Qualitätseinbussen hinnehmen zu müssen.»

Auch diese Feststellung ist richtig und die RN4CAST-Studie wegweisend. Der Verbesserungsvorschlag der SAMW ist dann allerdings wieder wenig hilfreich: «Wenn ausreichend gut qualifizierte Pflegefachpersonen vorhanden sind, ist das Behandlungsergebnis gut, die Zufriedenheit bei Patienten und Personal hoch und die Personalfuktuation gering, was das gute Behandlungsergebnis positiv und nachhaltig verstärkt. Umgekehrt kann sich ein zu geringer Personalschlüssel und ein ungünstiger «skill mix» negativ auf die Arbeitsmotivation und die Bindung von motivierten Mitarbeitern auswirken und nicht zufriedenstellende Behandlungsergebnisse weiter verschlechtern.» Der Ball wird also an die Leistungserbringer zurückgespielt. Der «skill mix» soll's richten.

2. Interessenkonflikte der Gesundheitsfachleute

Da die SAMW die Natur des Interessenkonfliktes zwischen Ökonomie und Medizin (Divergenz des Zweckmässigkeitsbegriffs) nicht in aller Klarheit erfasst, kann sie diesen Konflikt der Interessen auch nicht wirklich verstehen und folglich in ihm nicht vermitteln. Es bleibt bei einer Inventur der Probleme und Positionen. So wird eingangs des Abschnitts zu diesem Problem auf Seite 21 festgestellt: «Ärzte und Pflegenden erleben in ihrem Alltag, dass sie entweder im Sinne ökonomischer Interessen – ihres Arbeitgebers oder ihrer eigenen – oder des Patientenwohls agieren können. Damit geraten sie in einen Interessenkonflikt.» Alsdann unterscheidet die SAMW zwischen betriebswirtschaftlich motiviertem Gewinn (das Patientenwohl ist vorzuziehen) und gesellschaftlich motivierter Sorge um knappe Güter (das Patientenwohl ist nicht unbedingt vorzuziehen). Einerseits zeigt sich hier klar die utilitaristische Grundhaltung der SAMW. Andererseits sind diese beiden Ebenen in der Praxis aber auch nicht so einfach auseinanderzuhalten; die öffentliche Hand tritt ja als Betreiberin von Spitälern auf beiden Ebenen auf. Der Rat der SAMW: «Wenn dennoch ein Konflikt besteht, lohnt sich eine genauere Analyse – eventuell mit Unterstützung durch ein geeignetes Gremium –, ob zum Beispiel Anreize fehlkonzipiert sind.» Hierzu kann nur noch einmal festgehalten werden: Die Fehlanreize sind analysiert, man müsste sie jetzt aber angehen, wobei die SAMW ihre Verantwortung wahrnehmen sollte, zum Beispiel bezüglich der Geheimverträge in Ärztenetzwerken mit Budgetverantwortung.

3. Aushöhlung des Fürsorgemodells in der Arzt-Patienten-Beziehung

Die SAMW stellt auf Seite 23 fest: «Wenn im Zuge einer Standardisierung und Industrialisierung Arbeitsprozesse immer weiter verdichtet und komprimiert werden, kann der Medizin etwas Wesentliches in der Beziehung zum individuellen Patienten und in Bezug auf die Qualität der dem individuellen Patienten angepassten Behandlung verloren gehen. Dies wird über den Anstrengungen der Effizienzsteigerung nicht selten übersehen.» Mit dieser Feststellung zeigt die SAMW, dass ihr das Missverständnis zwischen Ökonomie und Medizin grundsätzlich bewusst ist: Die Ökonomie extrapoliert, um die Probleme auf einer allgemeinen Ebene lösen zu können, während die Medizin immer auf der individuellen Ebene des jeweiligen Patienten arbeitet. Das Gespräch mit diesem ist der Kern der Behandlung, fehlt dafür die Zeit, so kann die Medizin nicht mehr adäquat arbeiten, der Arzt wird zum Manager. Es geht hier also um wesentlich mehr als um das Wegfallen des Wohlfühl-faktors eines Gesprächs: es geht um das Wesen der Medizin und darum, dass die Ökonomie dieses oftmals komplett missversteht. Der Abschnitt ist allerdings recht kurz gehalten und geht nicht tiefer auf diese Grundproblematik ein.

4. Verlust der intrinsischen Motivation der Leistungserbringer

Die Anmerkungen der SAMW zum Verlust der intrinsischen Motivation gehen das Problem zu wenig systematisch an. Vor allem stehen sie im Widerspruch zur Haltung der SAMW zur Frage der Boni, die auf Seite 16 grundsätzlich positiv bewertet werden: «Boni für Leistungserbringer, die an bestimmte Zielvorgaben hinsichtlich Produktivität und/oder Qualität gekoppelt sind, stellen einen weiteren Mechanismus zur Effizienzsteigerung dar.» Diese Haltung steht auch im Widerspruch zur in der Verhaltensökonomie weithin anerkannten Erkenntnis, dass in Situationen, in denen eine intrinsische Motivation gegeben ist, das Setzen extrinsischer Anreize diese intrinsische Motivation aushöhlt. Und dass diese intrinsische Motivation bei den medizinischen Leistungserbringern grundsätzlich gegeben ist, sieht die SAMW ja und daran appelliert sie. Es geht also darum, diese intrinsische Motivation zu erhalten, was ein klares Nein zu jeder Form von Incentives und Boni bedeutet. Dieses spricht die SAMW allerdings nicht aus, und so bleibt ihr Appell an die intrinsische Motivation der medizinischen Fachkräfte ein Wunsch – und zwar ein recht unrealistischer.

5. Deprofessionalisierung

Die Anmerkungen zum Problem der Deprofessionalisierung medizinischer Berufe auf Seite 25 beginnen mit einem Abriss: «In letzter Zeit ist viel von «professionalism» die Rede, der professionellen Rolle und den professionellen Werten von im Gesundheitswesen Tätigen. Die Ökonomisierung wird als Bedrohung des ärztlichen und pflegerischen Professionalismus erlebt.» Diese Beurteilung

ist wohl richtig, aber zu pauschal, und der folgende Text geht das Problem dann nicht tiefer an. Die SAMW moniert den Begriff des Leistungserbringers: «Ausdruck des durch die Ökonomisierung bedrohten Professionalismus bzw. einer Deprofessionalisierung des Arztberufes ist der heute schon recht etablierte Begriff des «medizinischen Leistungserbringers»: Ärztliche Tätigkeit wird begrifflich reduziert auf die Erbringung einer medizinischen Leistung.» Das ist allerdings nicht wirklich ein Problem; die Medizin ist es gewohnt, Leistungen zu erbringen. Auch die Ökonomisierung der Medizin an sich ist nicht das Problem. Im Allgemeinen hat die Medizin die ökonomische Dimension ihrer Arbeit sehr wohl erkannt. Womit sie indes Probleme bekundet, ist eine bestimmte Art und Weise der Ökonomie, in ihre Prozesse und Strukturen einzugreifen. Diese ist Ausdruck einer reinen Zahlenökonomie, keiner Ökonomie der Werte. Wenn die Medizin ihre Indikations- und Behandlungsentscheide nicht mehr ausschliesslich auf der Basis medizinischer Erwägungen fällen kann, dann wird sie zwangsläufig unprofessionell, und so kann sie auch keine Werte schaffen; sie trägt vielmehr, ohne es zu wollen, dazu bei, diese zu zerstören.

Letztlich fällt unter Professionalität auch das Prinzip der Arbeitsteilung, denn erst diese macht professionelle Fortschritte ja möglich. Davon wird im Gesundheitswesen zusehends abgerückt. Der Arzt soll jetzt auch noch ein bisschen Ökonom sein, damit die Krankenkassen auch noch ein bisschen Arzt sein können. Hier liegt der Grund der Deprofessionalisierung, und der Weg zurück zur Professionalität ist klar: Die Medizin fällt ihre Indikations- und Behandlungsentscheide aus medizinischer Sicht, die Ökonomie sucht Wege, wie sie bezahlbar sind, oder entscheidet, dass sie nicht bezahlbar seien, und vertritt diese Entscheidung gegenüber den Patienten. Ein Mediziner aber, der in Budgetrahmen gezwungen wird und seine Indikations- und Behandlungsentscheide diesen anpassen muss, kann nicht professionell arbeiten, so sehr er sich auch bemüht.

6. Verzerrung der medizinischen Prioritäten

Die SAMW macht drei Gründe für das Problem der Verzerrung der medizinischen Prioritäten aus: erstens die Fehlanreize, zweitens das breiter werdende Angebot medizinischer Leistungen und die Schwierigkeit, zu beurteilen, welche davon nötig sind, und drittens das Problem der Konzentration der Leistungserbringer auf gut standardisierbare medizinische Interventionen aus betriebswirtschaftlichen Überlegungen. Diese sehr gute Analyse macht aber doch deutlich, welche Art des Eingriffs der Ökonomie als schädlich zu beurteilen ist und welche Herausforderungen anzugehen wären.

7. Vertrauensverlust und Überhandnehmen der Bürokratie

Zum Problem des Vertrauensverlusts hält die SAMW auf Seite 27 fest: «Offenheit und eine kritische Prüfung der Angemessenheit von Vergütungsstrukturen und Anreizen ist von daher geboten.» Hier gälte es einzusehen, dass die Anreize derzeit komplett falsch gesetzt sind. Erst wenn dies erkannt und eingestanden ist, können fruchtbare Lösungen entwickelt werden. Dies würde auch dem Überhandnehmen der Bürokratie Einhalt gebieten, denn diese Bürokratie fällt vornehmlich im Zusammenhang mit kontraproduktiven Anreizsystemen wie beispielsweise den Fallpauschalen und den Qualitätsindikatoren des BAG an.

Schlussfolgerung

Wer nicht sieht, dass jede Form von Globalbudgets und Kostenobergrenzen der Medizin zuwiderläuft, der kann (darf) auch nicht sehen, dass sie den medizinischen Leistungserbringern Anreize setzen, sich ihren Patienten gegenüber ethisch problematisch zu verhalten. Es bleibt ihm nur, zu raten, die Medizin möge sich doch bitte trotz aller falschen Anreize und auch dort, wo sie damit ihre Existenz bedroht, ethisch korrekt verhalten. Wer nicht sieht, dass die Hoheit über den Indikations- und Behandlungsentscheid bei der Medizin bleiben muss und Kostenfragen getrennt von Indikations- und Behandlungsentscheiden zu stellen sind, der kann (darf) auch nicht sehen, dass sämtliche Probleme, die unser Gesundheitswesen heute hat, das Problem der Qualitätseinbussen durch fehlgeleitete Effizienzsteigerung, das Problem der Interessenkonflikte der Gesundheitsfachleute, das Problem der Aushöhlung des Fürsorgemodells in der Arzt-Patienten-Beziehung, das Problem des Verlustes der intrinsischen Motivation der Leistungserbringer, das Problem der Deprofessionalisierung, das der Verzerrung der medizinischen Prioritäten, das des Vertrauensverlustes und des Überhandnehmens der Bürokratie – dass all diese Probleme darauf zurückzuführen sind, dass man die Medizin im Kern zerstört, entzieht man ihr die Hoheit über den Indikations- und Behandlungsentscheid. Verkennt man dies, bleibt lediglich eine Inventur der Probleme, und eine solche hat die SAMW mit ihrem Positionspapier zweifelsohne auch geleistet. Zur Lösung dieser Probleme trägt ihr Positionspapier indes nichts bei.

Hierzu ist auch die Auflistung der zu erhaltenden Werte ab Seite 29 nicht in der Lage: eine fürsorgliche, respekt- und vertrauensvolle Beziehung zwischen medizinischen Fachpersonen und Patient, eine bedürfnisorientierte Versorgung der Bevölkerung, ein finanzieller Aufwand, der nachhaltig leistbar ist und in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen steht, ein Bemühen um Effizienz, das nicht zu Lasten einer qualitativ hochstehenden Versorgung geht, ein wertschätzendes Arbeitsumfeld für medizinische Fachpersonen. Wer würde diese Werte schon infrage stellen? Doch wie sollen sie erhalten werden? Die Empfehlungen der SAMW ab Seite 34 jedenfalls sind insge-

samt wenig hilfreich, weil wenig konkret und eher im Sinne eines Aussöhnungswunsches zwischen Ökonomie und Medizin zu verstehen. Diese Aussöhnung ist nur möglich, wenn man den Problemen systematisch auf den Grund geht, auch dort, wo dies unliebsame Wahrheiten zutage fördert und lieb gewordene Gedanken infrage stellt. Der SAMW fehlt dazu offensichtlich der Mut.



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