

# Positionspapier

zum Utilitarismus im Schweizer Gesundheitswesen

Stand Mai 2016



Autor: Flavian Kurth  
Projektverantwortung: Dr. med. Michel Romanens  
Trägerschaft: Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen, [www.fairfond.ch](http://www.fairfond.ch)  
Nutzungsrecht: Verein Ethik und Medizin Schweiz VEMS, Verwendung der Texte, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe  
<http://physicianprofiling.ch/VEMSPositionspapierUtilitarismus.pdf>

## Abstract

Dieses Papier untersucht den Einfluss utilitaristischer Ansätze im Schweizer Gesundheitswesen und stellt im Ergebnis eine Verschränkung von Utilitarismus und ökonomischem Liberalismus fest. Diese Verschränkung zieht sich durch viele Steuerungsinstrumente und -entscheide und ist auch bei fast allen Akteuren mehr oder weniger spürbar. Der Diskurs um Kostenkontrolle, Rationalisierung und Rationierung findet vor dem Hintergrund falscher Machtverhältnisse statt, indem die Krankenkassenökonomie diesen über ihre institutionelle und die aus ihr folgende ideologische Macht führen. So kann das Geflecht Utilitarismus-ökonomischer-Liberalismus nicht entflochten werden. Der freie Wettbewerb in einem nur bedingt freien Markt macht die Akteure unseres Gesundheitswesens von Partnern zu Konkurrenten, von denen jeder seine Pfründen schützt. Die Folgen sind medizinethisch problematische Entscheide, welche nicht selten auch ihre ökonomischen Ziele verfehlen, die Kosten also tendenziell treiben, auf jeden Fall nicht senken. Das Papier zeigt dies an praktischen Beispielen auf: WZW-Verfahren, Fallpauschalen, Ärztenetzwerke mit Budgetverantwortung, Kosten-Nutzen-Analysen unter Anwendung des QALY-Konzepts, Limitationsentscheide, Qualitätsindikatoren. All diese Instrumente sind eher ökonomisch-liberal ausgestaltet als utilitaristisch. Sie werden aber, wenn nicht explizit, so doch in der Argumentation, oftmals als Utilitarismus verkauft. Das ist ein Etikettenschwindel. Eine tatsächlich utilitaristische Herangehensweise müsste diese Instrumente so ausgestalten, dass gesamtgesellschaftliche Abwägungen gemacht werden, die sämtliche Kosten, auch die sozialen, mit einbeziehen. Dies ist in der Schweiz kaum der Fall, und so ist die Frage, ob und wo allenfalls utilitaristische Abwägungen im Gesundheitswesen zu fruchtbaren Resultaten führen, strittig.

# Inhaltsverzeichnis

Einleitung	Seite	4
Grundlagen	Seite	9
Geschichte und Klassiker des Utilitarismus	Seite	12
Die Macht der Krankenkassen und die Verschränkung von Utilitarismus und Liberalismus	Seite	22
Die Inszenierung eines Kriegs- und Krisenszenarios durch die Gesundheits- ökonomie oder der unheimliche Zweck angeblich beschränkter Mittel	Seite	32
Die SAMW und das Problem von Wertethiken	Seite	41
Die deontologische Ethik von Immanuel Kant und der Präferenzutilitarismus Peter Singers – zwei ethische Antipoden	Seite	48
Die FMH und das vermeintliche moralische Dilemma einer Medizin in Zeiten gesundheitsökonomischer Ansprüche	Seite	56
Adam Smiths idealer Beobachter und die Gefahren der Aggregation einzelner Individuen in Kosten-Nutzen-Analysen	Seite	62
Schlussfolgerung, Diskussion	Seite	82

# Einleitung

## Hintergrund

Dass der Utilitarismus in unserem Gesundheitswesen eine Rolle spielt, ist nicht zu leugnen. Wenn auch nicht immer direkt auf ihn Bezug genommen wird, so haben doch einige Steuerungsinstrumente und Rationalisierungs- und Rationierungsentscheide eine Prägung, die unverkennbar utilitaristisch ist. Limitationsentscheide beispielsweise gehen nicht von der Frage aus «Könnten wir diese oder jene Behandlung auch günstiger haben?», sondern sie fragen: «Können wir sie uns leisten, bzw. wo könnte das eingesetzte Geld mehr leisten?» Damit sind wir in einer utilitaristischen Argumentation. Das vorliegende Positionspapier geht davon aus, es bestehe bei vielen solcher Entscheide eine utilitaristische Grundhaltung, wobei wir zweitens meinen, dass Utilitarismus und ökonomischer Liberalismus eine Verschränkung eingehen, die möglicherweise nicht beabsichtigt, im praktischen Handeln aber feststellbar ist. In diesem Papier wird dies an Beispielen aufgezeigt, um alsdann zu untersuchen, welche Folgen dies hat. Daraus werden Fragen abgeleitet, die es im Interesse der Erhaltung unseres Gesundheitswesens als Gemeingut anzugehen gilt.

Der Verein Ethik und Medizin Schweiz VEMS beobachtet die Entwicklungen im Gesundheitswesen Schweiz seit rund zehn Jahren und hat dazu einige kritische Positionspapiere verfasst, welche auf unserer Website [www.vems.ch](http://www.vems.ch) eingesehen werden können. Diese Papiere werden jeweils im Stiftungsrat der Trägerschaft des VEMS, der Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen, besprochen. Im Zuge dieser Diskussionen hat sich die Frage nach Ideologie und ethischer Grundlage der Akteure unseres Gesundheitswesens herauskristallisiert. Wie stehen diese zu Grundfragen des Zwischenmenschlichen, welches Menschenbild haben sie? Um dies in Erfahrung zu bringen, habe ich als Autor des vorliegenden Papiers und in meiner Funktion als Sekretär des VEMS per E-Mail Anfragen an die wichtigsten Akteure unseres Gesundheitswesens verschickt.

Die Antworten geben ein widersprüchliches Bild ab. Als Vollblututilitarist bezeichnet sich niemand. Die Sorge um den haushälterischen Umgang mit den Mitteln des Gemeinwesens führt dann aber jeden Akteur mehr oder weniger in utilitaristische Kosten-Nutzen-Abwägungen. Nicht, ohne diese Positionen sogleich zu relativieren. Die Brisanz utilitaristischen Denkens ist also offensichtlich allen bewusst, das Handeln eher opportunistisch als utilitaristisch.

Diese Widersprüchlichkeit kann nun aber zu Handlungen führen, die destruktive Folgen haben. Wo überall solche festzustellen sind, hat der VEMS in verschiedenen Papieren aufgezeigt, ihrer ideologischen Grundlage müsste nachgegangen werden. Vor diesem Hintergrund hat der Stiftungsrat den Auftrag an mich beschlossen, dieses Positionspapier zu verfassen, um darin die Be-

obachtungen und die Gedanken des VEMS und des Stiftungsrats der Fairfond zusammenzufassen und Fragen zu formulieren, die anzugehen wären.

### **Methode**

Der VEMS ist kein wissenschaftliches Institut. Wir verstehen uns als Think-Tank, der Anregungen gibt, welche dann ihren Weg in den Diskurs finden sollen. Unsere Stärke ist zweierlei: Wir können uns dank unserer Unabhängigkeit Positionen leisten, die vielleicht nicht immer mehrheitsfähig sind, doch hoffentlich anregend. Und wir haben im Stiftungsrat neben einem Ökonomen und einem Juristen auch Mediziner, welche die Probleme nicht nur auf der Makroebene analysieren, sondern sie auch und vor allem in den täglichen Herausforderungen auf der Meso- und der Mikroebene sehen und erleben, in den Spitälern, Heimen und Pflegeinstitutionen, bei der Arbeit am Krankenbett. Allen voran ist hier unser Präsident zu nennen, Dr. med. Michel Romanens, der als praktizierender Kardiologe und Präsident der Vascular Risk Foundation VARIFO theoretischen und praktischen Einblick in die Probleme bei der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen hat. Aus diesem Grund werden viele der Beispiele dieses Papiers aus diesem Bereich kommen. Wir haben, daraus abgeleitet, aber Modelle entwickelt, die auch für andere Indikationsgebiete funktionieren. Dabei greift der VEMS jeweils auf die hierzu in Auftrag gegebenen Expertisen externer Gutachter zurück, dort, wo wir mit unseren eigenen Ressourcen eine Fragestellung nicht in befriedigender Weise angehen können.

Das Papier nutzt als Hauptquelle die Verlautbarungen der verschiedenen Akteure unseres Gesundheitswesens. Wo Fragen offenblieben, habe ich direkte Anfragen per E-Mail gemacht, welche grösstenteils auch beantwortet wurden. Für die Erarbeitung der theoretischen Grundlagen habe ich auf die betreffenden Werke selbst sowie auf Sekundärliteratur zurückgegriffen. Die so erarbeiteten Positionen wurden mit Medizinerinnen auf ihre Richtigkeit, bzw. ihre Relevanz für die medizinische Praxis hin validiert und diskutiert. Alsdann wurden die Positionen durch Spezialisten aus Philosophie, Theologie, Soziologie, Ökonomie und Recht validiert und deren Anregungen eingebracht. Die Entwicklungen im Gesundheitswesen Deutschlands und dem der USA schliesslich waren weitere wichtige Referenzen, da beide Länder der Schweiz vergleichbare Bedingungen aufweisen und bei der Liberalisierung ihrer Gesundheitssysteme bereits weiter fortgeschritten sind.

### **Resultate**

Eine geschichtliche Aufbereitung des Utilitarismus von seinen Vorläufern in der Antike zu seinen Klassikern Bentham, Mill und Sidgwick und schliesslich zum Präferenzutilitarismus Peter Singers

unserer Tage zeigt, dass der Utilitarismus drei Probleme in sich trägt, die sich in drei Kritikpunkten fassen lassen, die weitgehend auch als Schwächen des Utilitarismus erkannt sind:

1. Der Utilitarismus schafft es nicht, innerhalb der eigenen Theorie zu begründen, weshalb seine Skala (Glück, Wohl, Nutzen, Präferenz) ein immer zu bedienender Wert ist, und noch weniger, weshalb daraus sein Kriterium der Maximierung resultiert, nicht eines der möglichst gerechten Verteilung, der Mindestversorgung oder der prioritaristischen Verteilung (die am stärksten Bedürftigen werden auch am stärksten berücksichtigt).
2. Der Utilitarismus schafft zwar ein Gesamtwohl, ist für die Verschiedenheit der Individuen aber blind. Dies ist insbesondere im Gesundheitswesen ein Problem, wo es auf eben diese Verschiedenheiten ankommt. Verschränken sich überdies Utilitarismus und ökonomischer Liberalismus, so kann dies in gesättigten Gesundheitsmärkten wie unserem Mengenausweitungen in unzweckmässige Behandlungen bei gleichzeitiger Unterversorgung des medizinisch Notwendigen zur Folge haben.
3. Der Utilitarismus hat eine Tendenz, zur Bedienung der Anspruchsrechte der vielen die Abwehrrechte einiger weniger zu verletzen, was rechtliche Implikationen haben kann. Da diese wenigen nichts für ihre Abweichung vom Mittelwert können, sondern vielmehr in ihr medizinisches Anderssein hineingeboren sind, werden damit Menschenrechte zur Disposition gestellt.

Die Frage, wo Utilitarismus tatsächlich mehr Wohl schafft und wo vermeidbares Leid verursacht, ist eine Frage danach, ob er dort zum Tragen kommt, wo die Ansprüche der vielen zu bedienen sind, oder dort, wo es um die Bedürfnisse der wenigen geht. Im ersteren Fall ist er fruchtbar, im letzteren destruktiv. Hier ist ein Widerspruch angelegt: Die Medizin kümmert sich um die Bedürfnisse der wenigen Kranken, die Ökonomie um die finanziellen Ansprüche der vielen Gesunden. Der Versuch, diesen Widerspruch aufzulösen, führt nun aber dazu, dass sich Medizin und Ökonomie zusehends verschränken: Der Mediziner denkt auch ökonomisch, der Gesundheitsökonom auch medizinisch. Dies führt leider oftmals nicht zum grössten Wohl für die grösste Zahl, sondern vielmehr zu Schäden für beide, für die vielen Gesunden und auch für die wenigen Kranken.

## **Diskussion**

Der VEMS stellt fest: Die derzeitige Diskussion um pro und contra Utilitarismus im Gesundheitswesen geht die Probleme zu wenig systematisch an. Vielmehr wird abgewiegelt, der Utilitarismus

sei nur eine von vielen ethischen Positionen, welche jeweils gegeneinander abgewogen würden. Das unterschlägt, dass die Systeme oftmals gegeneinander spielen. Was bereits im Widerspruch «Ansprüche der vielen versus Bedürfnisse der wenigen» angelegt ist. Gesundheit ist ja mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Ein Gesundheitssystem, das dem Gesunden nicht mehr die Sicherheit bietet, dass im Krankheitsfall für ihn gesorgt wird, schafft auch für diesen ein Leid, kein Wohl. Hochrechnungen von Behandlungskosten ohne Einbezug gesellschaftlicher Faktoren werden der Komplexität des Gesundheitsbegriffs nicht gerecht. Aus diesem Grund können sie bereits ökonomisch inkorrekt sein und so beim vermeintlichen Sparen effektive Mehrkosten verursachen. Die zunehmende Verbindung von medizinischen Leistungserbringern und Krankenkassenökonomie, wie sie exemplarisch in Ärztenetzwerken zu beobachten ist, schalten ein Regulativ aus, das wichtig ist für unser Gesundheitswesen. Der Utilitarismus erweckt auf den ersten Blick zwar den Eindruck einer Versöhnung des Nützlichen mit dem Guten. Das kann er aber nur leisten, wenn er Diskussionsgrundlage, nicht Ziel des Diskurses ist. Hierzu müssen sich Medizin und Medizinethik kritisch in diesen Diskurs einbringen und entschieden für ihre Werte kämpfen. Dies geschieht auf der akademischen Ebene denn auch, geht im Tagesgeschäft der Arbeit am Krankenbett aber zusehends verloren.

### **Schlussfolgerung**

Das Schlagwort der Ökonomisierung der Medizin, gegen welche sich nicht nur Mediziner seit gut zwei Jahrzehnten wehren, zielt an der entscheidenden Frage vorbei: Fraglos sind auch medizinische Leistungserbringer vom ökonomischen Gesetz der Effizienzsteigerung in ihren Abläufen und Strukturen nicht ausgeschlossen und zum haushälterischen Umgang mit den zur Verfügung gestellten Mitteln angehalten. Auch würde wohl niemand bestreiten, dass hier Bedarf zur Verbesserung besteht. Der springende Punkt ist allerdings die Frage, ob solche Überlegungen auch in die Indikations- und Behandlungsentscheide der Medizin einfließen sollen. Mit anderen Worten: Soll sich die Ärztin, der Arzt, beim Stellen der Diagnose neben medizinischen Fragen auch ökonomische, auch solche der Verteilergerechtigkeit und der Finanzierbarkeit der Behandlung stellen?

Der VEMS ist der Meinung, dass sie/er dies nicht tun sollte. Der Utilitarismus als ideologische Grundlage beim Herangehen an Rationalisierungs- und Rationierungsfragen scheint uns für die Medizin der falsche Weg zu sein. Sie soll Medizin bleiben und sich auf ärztliches Berufsethos berufen. Für die Gesundheitsökonomie indes scheint uns der Utilitarismus ein fruchtbares Konzept, wenn die erarbeiteten Hochrechnungen alsdann von medizinischen Fachpersonen in der medizinischen Praxis validiert werden. Nur so kann ein tatsächliches Wohl für die vielen Gesunden unter moralisch vertretbaren Einbussen für die wenigen Kranken geschaffen werden.

In dieser Hinsicht stellen wir in der Gesundheitsökonomie noch zu wenig Bereitschaft fest, ihre Methoden der Effizienzmessung und -optimierung einer Prüfung auf ihre eigene Effizienz hin zu unterziehen. Insbesondere das QALY-Konzept, in welchem sich die Probleme des Utilitarismus im Gesundheitswesen am deutlichsten zeigen, wird in der Schweiz zu unkritisch gesehen. Nicht nur die meisten Mediziner, sondern auch die meisten GesundheitsökonomInnen im internationalen Diskurs stehen diesem Konzept ablehnend gegenüber, weil es zu Entscheidungen führen kann, die medizinisch unsinnig sind, was dann auch ökonomisch negative Folgen hat. Dieser Kritik schliessen sich die meisten Schweizer GesundheitsökonomInnen zwar an. In der Praxis sieht es aber oftmals so aus, dass dennoch Empfehlungen oder sogar Steuerungsentscheide auf der Basis von QALY-Abwägungen gemacht werden oder zumindest von solchen Abwägungen beeinflusst sind. Hier herrscht eine gefährliche Intransparenz, die nur ein offener Diskurs über den Utilitarismus im Schweizer Gesundheitswesen beseitigen kann. Zu diesem soll das vorliegende Papier einen Beitrag leisten. Es richtet sich an medizinische Fachpersonen ebenso wie an Medizinethiker, GesundheitsökonomInnen, Behörden und Politik.



## Grundlagen

Jeremy Bentham (1748 bis 1832) gilt als Vater des Utilitarismus. Er formuliert diesen so: «It is the greatest happiness of the greatest number that is the measure of right and wrong.»<sup>1</sup> Damit wird zweierlei in die philosophische Ethik eingeführt, eine neue Werteskala und ein neues Kriterium. Beides soll im Folgenden einleitend untersucht werden.

### **Die Werteskala des Glücks, des Nutzens, des Wohls, der Präferenz**

Bentham nennt seine Philosophie Utilitarismus (Lat. utilitas, der Nutzen), formuliert aber, es gehe um das grösste Glück für die grösste Zahl, welches zu erstreben sei. Damit kann eine Gleichsetzung von Glück und Nutzen entstehen, die nicht unproblematisch ist. Mit dem Glück hat sich die philosophische Ethik über Jahrhunderte bis zurück in die Antike beschäftigt. Es ist ein zentraler Begriff in Aristoteles' Nikomachischer Ethik und seiner Idee eines richtigen Handelns und eines guten Lebens und hat Philosophen jeder Epoche immer wieder aufs Neue beschäftigt. Auch die Psychologie beschäftigt sich mit dem Glück, ebenso die Soziologie und die Ökonomie. Die Konzepte sind allerdings teilweise divergierend, was Quelle von Missverständnissen sein kann. Der Nutzen andererseits ist ein relativ neuer Begriff. Er tritt zwar bereits in Epikurs Lustkonzeption auf, später bei den griechischen und den römischen Stoikern, erlangt aber erst in der Philosophie der Neuzeit und vor allem im Zusammenhang mit dem Utilitarismus seine heutige Bedeutung. Der Begriff des Nutzens wurde in den aufkommenden Wirtschaftswissenschaften des 18ten Jahrhunderts eingeführt und später von der philosophischen Ethik von dort übernommen.

Nun könnte man argumentieren, der Nutzen sei gar kein ethischer Wert. Dann wäre dieses Papier allerdings an dieser Stelle zu beenden; eine weitere Auseinandersetzung mit dem Utilitarismus würde sich erübrigen. Wir wollen den Nutzen also als ethischen Wert gelten lassen, doch als missverständlichen Begriff, insbesondere, wenn Glück und Nutzen gleichgesetzt werden. Dies ist denn auch von allen Utilitaristen erkannt, weshalb die Werteskala mit weiteren Begriffen komplettiert wird. Wir lesen vom Wohl, heute von Präferenz, ein Begriff, den Peter Singer in den Utilitarismus eingeführt hat, womit er den Präferenzutilitarismus massgeblich geprägt hat. Diese Werte scheinen unproblematischer, weil eher konsensfähig. Jeder sucht das Wohl, und eine Präferenz kann nicht negiert werden; wir haben sie oder wir haben sie nicht. Auch hier stellen sich allerdings Fragen. Kann das Wohl überhaupt objektiviert werden? Und ist jede Präferenz per se zu erfüllen? Die Präferenz, jemanden zu töten, ist es zweifelsohne nicht. Welche Präferenzen gilt es also zu befriedigen, welche im Interessen aller zu frustrieren? Im Gesundheitswesen schliesslich tritt der Begriff der Qualität als Wert auf, den es

---

<sup>1</sup> Jeremy Bentham, A Fragment on Government, preface, S. 393

zu maximieren gilt. Das Konzept der qualitätsbereinigten Lebensjahre (QALY-Konzept) fusst darauf. Auch hier stellen sich Fragen der Objektivierbarkeit, wie wir im Abschnitt über QALY sehen werden. Einen Wert, der nun aber so schwer objektivierbar ist, zum zentralen Wert zu machen, ist ein problematisches Unterfangen.

Des Weiteren stellt sich die Frage, ob das Glück tatsächlich so wichtig ist, dass wir es ins Zentrum moralischen Handelns stellen sollten. Gilt das nur schon für uns selbst? Ein Gedankenspiel: Wenn wir ein Leben in maximalem Glück leben könnten, an dessen Ende wir allerdings zu Tode gefoltert würden, oder ein anderes, welches nicht von maximalem Glück gesegnet ist, doch ohne jenes Martyrium beendet würde, dann würde wohl niemand ein Leben mit maximalem Glück wählen. Wir alle sind ja bereit, das Glück auch mal hintanstellen zu lassen, um langfristig einen Gewinn zu haben, beispielsweise ein spannendes, interessantes Leben, das uns erst die Mühen eines Studiums ermöglichen. Und dann gibt es auch Menschen, Asketen, die das Glück nicht als erstrebenswerten Wert erachten. Glück ist also nicht unbedingt und für jeden Menschen der zentrale Wert, den es immer und in jedem Fall zu erstreben gilt. Auch wenn wohl die wenigsten etwas gegen das Glück haben, so richtet doch kaum jemand nur schon für sich selbst sein Handeln allein danach aus, ob es sein Glück fördert, und noch weniger danach, ob es das Glück aller fördert.

### **Die Maximierungsregel**

Nehmen wir nun aber an, Glück, Nutzen, sei ein so erstrebenswerter Wert, dass wir all unser moralisches Handeln nach ihm ausrichten sollen, so stellt sich eine weitere Frage: Folgt daraus tatsächlich, dass es zu maximieren ist? Man könnte daraus ja auch folgern, es sei möglichst gerecht zu verteilen. Damit wären wir in einer egalitaristischen Konzeption. Oder, dass niemand unter ein gewisses Mindestmass an Glück fallen sollte, was ein Konzept der Mindestversorgung wäre. Oder aber, dass vor allem jene, die am unteren Ende der Glücksskala sind, zu bedienen seien, womit wir prioritaristisch argumentieren würden.

Die Argumentation für oder gegen den Utilitarismus, seine Beweise und Gegenbeweise, setzen sich mit diesen beiden Feldern auseinander. Es gilt, sowohl die Werteskala, als auch die Maximierungsregel zu begründen, um den Utilitarismus zu plausibilisieren. Die Kritiker des Utilitarismus tun dies in entgegengesetzter Absicht und konzentrieren sich dabei zumeist auf das Kriterium. Dies hat seinen Grund: Dem Verfechter einer deontologischen Ethik oder einer Tugendethik ist bereits die Akzeptanz eines Wertes als zentralem Element einer Ethik zuwider, denn diesen akzeptieren hiesse, die grundsätzliche Richtigkeit einer Wertethik einzugestehen. Das Hauptproblem des Utilitarismus liegt aber wohl nicht so sehr in seiner Skala, als in der Maximierungsregel. Sie erst lässt ja moralisch inakzep-

table Handlungen zu, beispielsweise die, einen Menschen zu töten, um mit seinen Organen mehrere Menschenleben zu retten, womit die Nutzensumme maximiert wird. Folgende Fragen wären hier bezüglich Utilitarismus im Gesundheitswesen Schweiz anzugehen:

- Herrscht bezüglich der zu bedienenden Werteskala unter den Akteuren des Gesundheitswesens ein Konsens? Wenn ja, ist dieser in einem für alle verbindlichen Papier festgehalten?
- Wie gehen die Akteure mit Divergenzen bezüglich der Begriffe der Werteskala um? Herrscht diesbezüglich ein Dialog und wie findet dieser statt?
- Sind die moralischen Probleme der Maximierungsregel von allen Akteuren erkannt? Wie gehen diese damit um?
- Sind allfällige rechtliche Implikationen der Maximierungsregel erkannt und wie wird ihnen begegnet?

Vor dem Hintergrund dieser offenen Fragen wird klar, weshalb der Utilitarismus im Allgemeinen und in der Medizin im Speziellen erbitterte Gegner hat. Weshalb er dennoch eine gewisse Akzeptanz genießt und weshalb diese im angelsächsischen Raum grösser ist als in Europa, soll ein geschichtlicher Abriss aufzeigen.

## Geschichte und Klassiker des Utilitarismus

Obwohl eine Erscheinung der Neuzeit, finden sich die Wurzeln des Utilitarismus schon früh in der Philosophiegeschichte. Dies zeigt eine Auflistung seiner Eigenschaften und deren Ursprung:

Eigenschaft	Bedeutung	schon zu finden
axiologisch	Wertethik: Moralische Werte sind primär, moralische Normen Mittel zum Zweck der Schaffung und Erhaltung dieser Werte.	bei Aristoteles (384 v. Chr. bis 322 v. Chr.)
hedonistisch, metaphysikfrei	Das individuell Gute und allgemein Wertvolle ist diesseitig zu finden und liegt in der Lust bzw. Freude und in der Vermeidung von Schmerz bzw. Leid.	bei Aristippos von Kyrene (um 435 v. Chr. bis um 355 v. Chr.), später bei Epikur (um 341 v. Chr. bis um 271 v. Chr.) und dem von ihm begründeten Epikureismus sowie bei den griechischen und den römischen Stoikern, z. B. Seneca (1 bis 65 n. Chr.).
konsequentialistisch-teleologisch	Der moralische Wert einer Handlung wird aufgrund ihrer Konsequenzen und in Hinblick auf ein Ziel (telos) beurteilt, wobei dieses Ziel keine letzte Zweckhaftigkeit des Daseins ist, sondern ein konkreter Nutzen.	bei Epikur und den Stoikern
universalistisch	Die Vielfalt individueller Wirklichkeiten lässt sich auf Prinzipien zurückführen, die für alle gelten. Folglich gelten auch für alle dieselben Rechte und Pflichten. Die Nutzenpräferenzen werden als weitgehend verallgemeinerbar angenommen.	bei Platon (428/427 v. Chr. bis 348/347 v. Chr.), im frühen Christentum, später bei Hegel (1770 bis 1831), jüngst wieder bei Niklas Luhmann (1927 bis 1998).

Einige dieser Eigenschaften konfligierten mit der Lehre der Kirchen, weshalb sich diese Ansätze erst in der Neuzeit und basierend auf den Werten der Aufklärung verdichten und zu Ethiken formen konnten, in denen das Kriterium der Glücksmaximierung auftritt. Dieses Streben geht bei Baruch de Spinoza (1632 bis 1677) noch sehr vom Einzelnen, vom Individuum aus. Er schreibt: «Dass jeder

sich liebe, seinen Nutzen, soweit er wahrhafter Natur ist, suche und alles, was ihn zu einer größeren Vollkommenheit führt, überhaupt sein Sein, soviel er vermag, zu erhalten sucht: dies ist sicherlich so wahr wie der Satz, dass das Ganze größer ist als der Teil»<sup>2</sup>. Spinoza schliesst daraus: «Unbedingt aus Tugend handeln ist dasselbe wie nach den Gesetzen der eigenen Natur handeln.»

Das ändert sich mit der Aufklärung und der Theorie des Gesellschaftsvertrags. John Locke (1632 bis 1704) gilt neben Thomas Hobbes (1588 bis 1679) und Jean-Jacques Rousseau (1712 bis 1778) als einer der bedeutendsten diesbezüglichen Theoretiker. Damit wird das Glücksstreben des Einzelnen einem Wohlfahrtsstreben der Gemeinschaft untergeordnet. Vor allem mit den britischen Moraltheoretikern, aber auch mit den französischen und italienischen Aufklärern, werden die den Utilitarismus wegbereitenden Theorien weiter in diese Richtung gelenkt. Bei Francis Hutcheson (1694 bis 1746) taucht mit dem Ausdruck *größte Beglückung für die größte Anzahl* der Gedanke der Glücksmaximierung dann erstmals auf, und von ihm hat ihn Jeremy Bentham (1748 bis 1832), der Hutcheson gelesen hat, wohl auch. Er formuliert dies so: «It is the greatest happiness of the greatest number that is the measure of right and wrong.»<sup>3</sup> Damit ist Bentham der erste Theoretiker des Utilitarismus.

An diesem kann man, wie wir im vorigen Abschnitt gesehen haben, zweierlei kritisieren: die Skala und das Kriterium. Bentham geht auf das Summationskriterium gar nicht ein und auf die Plausibilisierung der Güte von Glück (Skala) nicht überzeugend. Seine Theorie ist eher eine sozial-reformerische. Er sah im Grossbritannien seiner Zeit soziale Ungerechtigkeiten, die sich auch in der Rechtssprechung niederschlugen, welche unfair, teilweise willkürlich war. Das zu ändern, daran war ihm gelegen, ihm, der Jura studiert hatte, allerdings nie als Anwalt arbeitete.

Er hätte gegen diese Missstände auch egalitaristisch argumentieren können. Während der Egalitarismus aber von einem bestimmten Menschenbild ausgeht, über das man verschiedener Meinung sein kann, hat die utilitaristische Argumentation etwas unmittelbar Einleuchtendes: Wenn alle gleichermassen in die Glückssumme einzahlen, dann muss auch jeder gleich behandelt werden. Eine ungleiche Behandlung nach Geschlecht, Religion, Beruf oder gesellschaftlichem Stand ist auf der Grundlage des Utilitarismus nicht mehr haltbar. Ebenfalls nicht mehr haltbar ist die Ahndung von Handlungen, die den Handelnden Lust bereiten und dabei niemandem schaden, etwa die Onanie oder gleichgeschlechtliche Beziehungen. Das sind aus heutiger Sicht weitgehende Selbstverständlichkeiten. Zu Benthams Zeit und vor allem im Grossbritannien seiner Zeit waren sie es nicht. Bentham geht darüber sogar noch hinaus und fordert Rechte, die bis heute mit Füßen getreten werden: die Rechte des Tiers. Hier zeigt sich früh schon ein Hauptargument für den Utilitarismus: Er lässt sich, anders als beispielsweise die Kant'sche Deontologie, leicht auf das Tier übertragen, denn

---

<sup>2</sup> Zitiert nach Störig, S. 327

<sup>3</sup> Jeremy Bentham, A Fragment on Government, preface, S. 393

auch Tiere empfinden Glück oder Unglück, Lust oder Schmerzen. Wir finden bei Bentham erste Ansätze einer Tierethik. Er schreibt dazu: «The question is not, Can they reason?, nor Can they talk? but, Can they suffer?»

Vor diesem sozialreformerischen Hintergrund muss auch Benthams Utilitarismusbeweis verstanden werden. Es gab und gibt im Katholizismus eine Tendenz, das Glück zu verdammen, um individuelle Rechte, vor allem die der unteren Stände, zu beschneiden. Und ein Moralverständnis, das von der Überlegenheit eines Standes gegenüber anderen, eines Geschlechts gegenüber anderen etc. ausgeht, ist willkürlich, nicht gerecht. Daraus nun deduziert Bentham die Rechtfertigung für seine Theorie. Er behauptet in seinem Hauptwerk *Principles of Morals and Legislations*<sup>4</sup>, der Utilitarismus sei deshalb gut, weil seine Alternativen schlecht seien. Als solche sieht er allerdings nur zwei: den Asketismus, der durchweg gegen den Utilitarismus gerichtet sei, und das Prinzip von Sympathie und Antipathie, das teilweise gegen den Utilitarismus gerichtet sei und teilweise nicht, wobei sich Sympathie und Antipathie hier nicht primär auf die Beurteilung der Menschen selbst bezieht, sondern auf die Beurteilung ihrer Handlungen. Gegen Ersteres argumentiert Bentham, Asketismus sei allenfalls eine persönliche Entscheidung der Lebensführung, doch als moralisches Prinzip für alle untauglich, vermutlich auch nicht tatsächlich gegen den Utilitarismus selbst gerichtet, sondern eher ein Ausdruck der Sorge, dass die Folge von lustvollen Erfahrungen eben auch schmerzvolle sein können, beispielsweise bei körperlichen Exzessen. Gegen Letzteres wendet er ein, ein Prinzip, das manchmal das Glück fördere, dann wieder nicht, sei reine Willkür, deshalb ebenfalls als moralisches Prinzip nicht akzeptabel, weshalb nur der Utilitarismus bleibe.

Soziologisch hat das eine Richtigkeit, philosophisch ist es lückenhaft. In die zweite Kategorie fallen ja sämtliche anderen ethischen Konzepte, die allesamt manchmal das Glück fördern, dann wieder nicht, und dies nicht etwa aus Willkür, sondern, weil sie aufgrund ernst zu nehmender ethischer Überlegungen andere Skalen bedienen (Gerechtigkeit, Natürlichkeit, Vernünftigkeit etc.) und/oder auf diese Skalen andere Kriterien anwenden als eine Maximierung, zum Beispiel bei Kant die Übereinstimmung des Handelnden mit seiner naturgegebenen Vernunft, mit seinem guten Willen.

Bentham übergeht das und nimmt an, die Förderung des Glücks sei aus obigen Gründen ein plausibler Massstab moralischen Handelns. Nun hat er aber einen weiteren Einwand zu beseitigen: das Glück muss objektiviert werden, denn nur dann ist es ein Massstab. Er stellt hierzu das Konzept einer linear-additiven Aggregation des Wohls (Hedonistisches Kalkül<sup>5</sup>) vor. Nach Bentham hängt die Grösse einer Befriedigung bezogen auf ein Individuum von vier Umständen ab: Intensität (intensity), Dauer (duration), Wahrscheinlichkeit ihres Eintretens (certainty) und zeitliche Nähe (pro-

<sup>4</sup> <http://socserv2.socsci.mcmaster.ca/econ/ugcm/3113/bentham/morals.pdf>

<sup>5</sup> [https://de.wikipedia.org/wiki/Hedonistisches\\_Kalk%C3%BCl](https://de.wikipedia.org/wiki/Hedonistisches_Kalk%C3%BCl)

pinquity). Das ist, aus heutiger Sicht betrachtet, doch eine recht arge Reduktion eines so komplexen und individuellen Begriffs, wie es das Glück ist. Ein Ausblick: Mit diesem Problem hat auch das QALY-Konzept unserer Tage, auf das weiter unten eingegangen werden soll, zu kämpfen. Es bedient mit der Qualität eine Skala, die auch mit heute verfügbaren weit verfeinerten Methoden aus Psychologie und Soziologie letztlich nur unbefriedigend objektivierbar ist.

Dass Bentham andererseits auf das Maximierungskriterium nicht eingeht, ist ein gefährliches Versäumnis. Hier darf nicht vergessen werden: Bentham ist neben Adam Smith auch der Pionier eines gesellschaftlichen Liberalismus. Er beschränkt diesen allerdings auf die Wirtschaftspolitik und gesteht dem Staat in allen anderen Bereichen eine zentrale Rolle zu, weshalb die individuellen Freiheiten durch den Staat seines Erachtens eng zu fassen seien. Bentham fordert, zur Gewährleistung der allgemeinen Sicherheit eine erkennungsdienstliche Tätowierung der Bevölkerung und den systematischen Einsatz von Spitzeln und verdeckten Ermittlern<sup>6</sup>. Hier ist ein Problem angelegt, welches bis in unsere Zeit hineinwirkt: Wer dem wirtschaftlichen Liberalismus das Wort spricht und zum Ausgleich auf der politischen Ebene Beschneidungen der Individualrechte fordert, begibt sich moralisch auf dünnes Eis. Da ist dann der Gedanke nicht allzu weit, diese Individualrechte nicht trotz des wirtschaftlichen Liberalismus preiszugeben, sondern wegen ihm, sie ihm zu opfern. Wir beobachten dieses Problem heute bei den rechtlichen Implikationen des QALY-Konzepts.

Mit John Stewart Mill (1806 bis 1873)<sup>7</sup> betritt ein Ökonom die Bühne des Utilitarismus. Von seinem Vater James Mill, der ein feuriger Mitstreiter Benthams war, erbt er nicht nur dessen Begeisterung für den Utilitarismus, sondern auch die offenen Fragen Benthams Theorie. Anders als dieser argumentiert er stärker über den Nutzen, nicht über das Glück. Damit gewinnt die Argumentation eine gewisse Objektivität, bekommt aber auch eine ökonomisch-liberale Tendenz. Auch Mill geht es allerdings in erster Linie um sozialreformerische Bestrebungen. Die freie Entfaltung des Individuums, seine Gleichbehandlung, das ist ihm ein Anliegen. Sein Impetus ist andererseits nicht zugänglich für sozialistische Positionen seiner Zeit, die ebenfalls das Ziel verfolgten, gerechtere, bessere Lebensbedingungen für die Menschen zu schaffen, nur mit anderen Mitteln. Und diese Positionen existierten ja durchaus nicht nur auf dem Kontinent, sondern auch im vereinigten Königreich. Man denke nur an Robert Owen (1771 bis 1858), den britischen Frühsozialisten und Begründer des Genossenschaftswesens. Mills Kampf für Freiheiten im Bereich der Bildung, der sozialen Möglichkeiten und der freien Entfaltung der Persönlichkeit, sein engagiertes Eintreten für die Emanzipation der Frau, ein Kampf, den er gemeinsam mit seiner Frau Taylor Mill führte und der in einer der Gründungsschriften der weiblichen Emanzipation *The Subjection of Women* seinen Aus-

<sup>6</sup> Vgl. Bentham, Indirect Means of Preventing Crimes, in: The Works of Jeremy Bentham, hrsg. von John Bowring Band I, Edinburgh 1838–43, S. 533–580, Neudruck New York 1962, ch. XII, S. 557

<sup>7</sup> [https://de.wikipedia.org/wiki/John\\_Stuart\\_Mill](https://de.wikipedia.org/wiki/John_Stuart_Mill)

druck fand: das alles waren und sind Leistungen, die erst auf der Grundlage utilitaristischen Denkens möglich waren. Das war und ist aber nicht die einzige mögliche Grundlage. Auf dem Kontinent, vor allem in Frankreich, hat diese Rolle der Sozialismus wahrgenommen, und so ist es denn auch nicht verwunderlich, dass die Skepsis dem Utilitarismus gegenüber hier immer schon grösser war als dort – und vice versa die Skepsis dem Sozialismus gegenüber dort immer schon grösser als hier.

Ob bei Mill eine Verschränkung von Utilitarismus und ökonomischem Liberalismus angelegt ist, ist strittig. Ich werde darauf im nächsten Abschnitt eingehen. An dieser Stelle festzuhalten ist, dass Mill als Ökonom bei der East India Company tätig war. Das war seine Realität, seine Lebenswelt, aus der heraus er seine Ideen entwickelte. Dies erklärt wohl mindestens teilweise, wieso bei ihm Utilitarismus und Liberalismus recht problemlos einhergehen. Die Entfaltung individueller Freiheiten, so Mill, wird zur Vergrösserung des allgemeinen Wohls führen. Mill ist also, anders als beispielsweise Marx, nicht eines Ideals oder eines Menschenbilds wegen für mehr Freiheiten, sondern, weil sie ihm zufolge die Nutzensumme erhöhen, folglich den Wohlstand fördern.

Ein Ausblick: Dieser Gedanke hält sich bis heute und ist gerade im Gesundheitswesen spürbar. Weithin wird behauptet, dessen Liberalisierung führe zu mehr Wohl für alle. Unser Gesundheitswesen ist in den letzten 20 Jahren denn auch Schritt für Schritt liberalisiert worden. Das Wohl, das es schafft, hat dabei aber doch eher ab, auf jeden Fall nicht unbedingt zugenommen. Man denke nur an die massiven Probleme der Unterversorgung von Mehrfachkranken, Betagten und Behinderten bei gleichzeitigem Auf- und Ausbau der ökonomischen Kraft der Krankenkassen. Ein Blick auf das Gesundheitswesen der USA jedenfalls, das liberalste der Welt, ist ernüchternd. Ich zitiere aus einem Artikel auf SpiegelOnline: «Zwei Zahlen stehen sinnbildlich für das Platzen der Illusion eines marktregulierten Gesundheitssystems: 62 Prozent aller Privatinsolvenzen in den USA sind Folge von Krankheit und der damit verbundenen Arzt- und Klinikrechnungen. Mehr als zwei Drittel der so Ruinierten hatten, ehe sie die Krankheit traf, geglaubt, sie seien versichert.»<sup>8</sup>

Mills Utilitarismusbeweis<sup>9</sup> finden wir in seinem Hauptwerk des Utilitarismus mit dem schlichten Titel *Utilitarianism*<sup>10</sup>: «The only proof capable of being given that an object is visible, is that people actually see it. [...] In like manner, I apprehend, the sole evidence it is possible to produce that anything is desirable, is that people actually do desire it.» Das Glück ist also, so Mill, deshalb wünschenswert, weil wir es wünschen, analog zu physischen Erfahrungen, etwa der, dass etwas deshalb sichtbar ist, weil wir es sehen. Daraus schliesst Mill erstens, dass Glück für den ein-

<sup>8</sup> <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/allergietest-fuer-2525-dollar-gesundheitssystem-der-usa-a-970311.html>

<sup>9</sup> Kapitel 4, Absatz 3

<sup>10</sup> <http://socserv.mcmaster.ca/econ/ugcm/3113/mill/utilitarianism.pdf>



zelen gut, weil wünschenswert, da gewünscht sei, und zweitens, dass folglich auch das Glück aller gut, die Glückssumme ergo zu maximieren sei.

Dieser «Beweis» ist heute als klassischer naturalistischer Fehlschluss<sup>11</sup> erkannt. Als erstes tat dies George Edward Moore. Dass Mill diesem Fehlschluss erlag, hat wohl auch mit seiner Sprache zu tun. *Visible* und *desireable* sehen im Englischen aus, als handelte es sich um den gleichen Worttypus. Im Deutschen wird klar, dass wir hier kategorial verschiedene Wörter haben, *sichtbar* (kann gesehen werden als Faktum) und *wünschenswert* (soll gewünscht werden als Norm) sind schon auf den ersten Blick als Wörter zu erkennen, deren sprachliche Funktion nicht analog ist. Allerdings ist auch diese Argumentation nicht unumstritten. John Searle spricht vom Fehlschluss des naturalistischen Fehlschlusses (*naturalistic fallacy fallacy*): In der Sprache mischen sich immer deskriptive Elemente mit Normativen, eine wertfreie Sprache gibt es nicht.

Darüber lässt sich nun streiten. Weithin als Mangel Mills Argumentation wird die Vermischung von Normativem und Faktischem moniert. So ist nicht immer klar, ob er Gutes mit Erstrebtem verwechselt oder Erstrebtes mit Gutem. Allerdings ist auch bei ihm, wie schon bei Bentham, die nichtphilosophische, soziologische Lesart gnädiger, und darin erkennt man denn auch Mills sozialreformerischen Impetus: Mill gönnt den Menschen wohl einfach das, wonach sie streben, lässt es als gut durchgehen, weil er sich gegen jene Kräfte wendet, die ihnen Dinge, nach denen sie streben, vermiesen oder gar verbieten, allen voran die Kirche, aber auch der Staat. Insgesamt verlässt sich Mill wohl einfach darauf, dass die Menschen im Grunde wissen, was gut ist, und auch danach streben.

Das plausibilisiert nun aber weder die Skala noch das Kriterium. Auch wenn wir Mill den Fehlschluss durchgehen lassen, dass Glück erstrebenswert, deshalb gut sei, so folgert daraus nicht die Summenregel. Es ist nicht plausibel, wieso für die Menschheit insgesamt gelten soll, was für den einzelnen Menschen gilt, und erst recht leuchtet nicht ein, wieso dem einzelnen an der Glückssumme aller gelegen sein soll. Es ist ja schon fragwürdig genug, ob der einzelne tatsächlich immer nur nach dem Glück, nach seinem Nutzen, strebt, die Idee aber, wir würden nach der Glücks- oder Nutzensumme aller streben, widerspricht unserer Empirie, ist also kontraintuitiv. Vor allem sind das zwei verschiedene Dinge. Sein eigenes Glück maximieren zu wollen ist eine Frage der Individualethik. Das Glück aller maximieren zu wollen betrifft auch alle. Was, wenn die beiden Maximierungsbestrebungen gegeneinander laufen? Was gilt dann mehr? Ist es moralisch richtig, für die Nutzenmaximierung vieler den Nutzen einiger weniger zu beschneiden? Und wenn etwas Erstrebtes für mich und meine Glückssumme gut ist, für die Glückssumme aller aber schlecht, gilt dann noch immer die Prämisse, Erstrebtes sei gut? Der Gedanke «Jeder schaut darauf, dass seine Glückssum-

---

<sup>11</sup> [https://de.wikipedia.org/wiki/Naturalistischer\\_Fehlschluss](https://de.wikipedia.org/wiki/Naturalistischer_Fehlschluss)

me maximiert wird, und dadurch maximiert sich dann auch die Glückssumme aller» hat etwas Utopisches und wäre wohl nur in einer Welt ohne Konkurrenzsituationen richtig. In einer solchen Welt bräuchte es aber vermutlich gar keine Ethik.

Mit Henry Sidgwick (1838 bis 1900) tritt der erste «richtige» Philosoph im Utilitarismus auf, und mit obigen, von Mill hinterlassenen Problemen wird er sich in seiner Arbeit kritisch auseinandersetzen. Wie Bentham und Mill sind auch Sidgwicks Bestrebungen in erster Linie sozialreformerischer Natur, doch hinterlässt er deutlicher als jene Spuren im philosophisch-ethischen Diskurs. Politisch ist Sidgwick zwar in der Liberal Party, doch eher ein konservativer Viktorianer. Seine Liberalisierungsbestrebungen richten sich eher auf den universitären Betrieb, in welchen er, im Gegensatz zu Bentham und Mill, auch sehr gut eingebunden ist. Sein Eintreten für höhere Bildung von Frauen führt zunächst zur Einrichtung einzelner Lehrveranstaltungen für weibliche Studenten am Trinity College, 1871 schliesslich zur Gründung des Newnham College in Cambridge, der ersten britischen Universität für Frauen, deren Direktorin später Sidgwicks Frau Eleanor wurde.

Ähnlich wie Bentham entwickelt Sidgwick seinen Beweis über mögliche Alternativen zum Utilitarismus. Er verwirft diese dann aber nicht wie Bentham die angeblich einzigen Alternativen Asketismus und Willkür. Vielmehr gesteht er ihnen zu, Wichtiges und Richtiges erkannt zu haben, moniert aber, sie müssten verbessert werden. Und zwar so, dass sie in Richtung Utilitarismus verfeinert, systematisiert werden. Der Vorteil dieser Denkfigur ist, dass Sidgwick mit ihr positiv formulieren und dabei beides, die Frage der Güte von Glück (Skala) und die Frage des Summationskriteriums, angehen kann, und zwar dezidierter, systematischer und auch detaillierter als Bentham und Mill. Das dürfte wohl der Grund sein, weshalb *The Methods of Ethics*<sup>12</sup> auch bei Nichtutilitaristen bis heute eine gewisse Akzeptanz geniesst.

Als Alternativen schlägt Sidgwick zweierlei vor: den Intuitionismus und den Egoismus. Welche Art Moral Sidgwick mit Ersterem meint, fasst der englische Begriff *Common Sense* besser als der deutsche *gesunder Menschenverstand*. In der Metaethik meint man mit Intuitionismus<sup>13</sup> eine Position, die davon ausgeht, dass es bestimmte Moralprinzipien gibt, die intuitiv wissbar sind, unmittelbar einleuchten, vergleichbar den Elementarsätzen in Mathematik und Physik, die nicht weiter begründet werden müssen, weil sie uns einleuchten. Das ist nicht unbestritten. Ludwig Wittgenstein stand, im Gegensatz zu Bertrand Russell, mit dem er sich darüber stritt, dem Einleuchten als Wahrheitskriterium kritisch gegenüber. Zu Recht. Es leuchten uns ja mitunter auch mal Dinge ein, die nicht wahr sind. So leuchtet uns etwa, wenn wir es nicht besser wissen, ein, dass sich die Sonne um die Erde dreht, denn nichts anderes beobachten wir ja. Das ist aber, wie wir alle wissen, falsch.

<sup>12</sup> <https://archive.org/details/methodsofethics00sidguoft>

<sup>13</sup> <https://de.wikipedia.org/wiki/Intuitionismus>

Wittgenstein schreibt im *Tractatus Logico-Philosophicus*<sup>14</sup>: «Wenn daraus, dass ein Satz uns einleuchtet, nicht folgt, dass er wahr ist, so ist das Einleuchten auch keine Rechtfertigung für unseren Glauben an seine Wahrheit.»

Sidgwick meint damit aber noch mehr, er meint nicht nur den Inhalt solcher Sätze, sondern auch deren Form, die Alltagsmoral, wenn man so will, moralische Positionen, denen wir intuitiv zustimmen, die uns instinktiv richtig erscheinen. Damit folgt Sidgwick im Wesentlichen dem Mainstream der damaligen ethischen Philosophie in England. Diese moralischen Gesetze des Common Sense, so Sidgwick, müsse man nun einfach systematisieren, klarer fassen, dann liefen sie alle auf den Utilitarismus hinaus, denn letztlich gehe es bei jeder Moral darum, das Glück, das Wohl, zu befördern.

Auch bei der zweiten vorgeschlagenen Alternative, dem Egoismus, entwickelt Sidgwick eine ähnliche Denkfigur: Der Egoist trachtet zwar nur danach, sein eigenes Wohl, sein eigenes Glück zu befördern, und das ist gerade nicht moralisch. Wird er nun aber moralisch, tut er diesen Entwicklungsschritt, so muss er, so Sidgwick, einfach sein Denken für sich auf die gesamte Menschheit ausweiten, und dann schafft er mit seinem Handeln das grösste Glück für die grösste Zahl. Das führt allerdings in recht absurde Gedanken. Beispielsweise ist es ja so, dass wir für ein späteres Glück das jetzige auch mal hintanstellen lassen, etwa, wenn wir uns durch ein anstrengendes Studium quälen, um später davon zu profitieren, oder wenn wir auf ein schönes Alter sparen. Übertragen auf die gesamte Menschheit, würde dies bedeuten, dass wir eher das Glück von Menschen fördern, die uns fern sind, als das derjenigen, die uns nah sind. Der Gedanke hat aber auch etwas Gefährliches: Die Opferbereitschaft uns selbst gegenüber kann nicht ohne negative moralische Konsequenzen auf die anderen übertragen werden. Ich opfere mich auf, bringe Opfer, weil ich mir dafür für mich Vorteile, einen späteren Glücksgewinn verspreche. Ich darf mich auch für andere aufopfern, wenn ich das will. Ich darf aber nicht einen Menschen opfern, damit ich oder ein anderer Vorteile davon hat. Das lässt die Gedankenfigur aber zu.

Beide Gedanken, der, die Alltagsmoral laufe immer auf den Utilitarismus hinaus, und der, ein Egoist werde, wenn er moralisch wird, automatisch zum Utilitaristen, überzeugen also nicht. Ich will im Folgenden auf den ersten Gedanken noch einmal zurückkommen. Dies, weil er sich bis heute in der Argumentation pro Utilitarismus wiederfindet und weil auch er Gefahren birgt. Sidgwick schlägt vor, die Alltagsmoral, die an sich richtig sei, aber zu wenig systematisch, in Richtung Utilitarismus zu erweitern, welcher, so Sidgwick, selber dieser Natur sei, also unmittelbar einleuchte. Und tatsächlich haben wir hier auf den ersten Blick das Erlebnis eines Einleuchtens. Wieso sind wir denn für Gerechtigkeit, wenn nicht, weil wir den Menschen damit einen Nutzen bringen, weil wir

<sup>14</sup> <http://people.umass.edu/phil335-klement-2/tlp/tlp.html>

damit ihr Glück befördern? Wieso lügen wir nicht, wenn nicht deshalb, weil den anderen dadurch ein Schaden entstünde, weil wir sie damit kränkten, frustrierten, ihr Glück schmälern würden? Das liesse sich mit allen Gesetzen der Alltagsmoral durchspielen. Gerade das zweite Beispiel zeigt aber, wo der Gedanke hinkt. Es ist ja nicht so, dass es falsch ist, jemanden anzulügen, weil ihn das kränkt, sondern umgekehrt kränkt es ihn, weil es falsch ist. Sonst wäre Lügen ja moralisch nicht verwerflich, gesetzt, der Belogene merkte nichts davon. Dass wir es nicht tun, auch wenn er es nicht merken würde, das eben macht ja moralisches Handeln aus. Denken wir die Sache hingegen andersherum, so ist unser Handeln lediglich rationales Nutzenkalkül.

Auch ist zwar unschwer festzustellen, dass wir in der Alltagsmoral utilitaristische Elemente finden. Daneben finden wir aber ebenso auch Elemente anderer Moralkonzepte, deontologische, tugendethische. Sidgwick's Argumentation hat eine Tendenz, sich die Dinge so auszulegen, dass sie in seine Theorie passen: Dort, wo die Common-sense-Moral dem Utilitarismus das Wort spricht, nimmt er das als Beweis für dessen Richtigkeit, dort, wo sie es nicht tut, sieht er Bedarf, die Common-sense-Moral entsprechend utilitaristisch zu verfeinern. Er geht also davon aus, der Utilitarismus sei anderen Moralvorstellungen überlegen, um zu beweisen, dass er es ist. Wäre er ein Gegner des Utilitarismus, er könnte einfach umgekehrt argumentieren und hätte ebenfalls Recht.

Die Gefahr dieses Gedankens liegt in einem bestimmten Umgang mit moralischen Gefühlen. Wenn nur zählt, was in die Nutzensumme einzahlt, dann wird das moralischem Empfinden nicht gerecht. Martha Nussbaum<sup>15</sup> hat hierzu eine interessante Gegenposition. Sie vertritt die These, dass eine sachgemässe Ethik die Ebene der Emotionen einbeziehen und ihnen einen eigenen Erkenntniswert zuschreiben muss. Wir empfinden bestimmte Handlungen als amoralisch, und sie sind nicht dieser unangenehmen Gefühle wegen schlecht, sondern an sich. Unser Empfinden ist nicht Grund dafür, dass sie schlecht sind, sondern Ausdruck davon. Wäre Ersteres der Fall, so würden moralisch inakzeptable Handlungen wie das Lügen, das Quälen, das Töten nicht ausgeschlossen, gesetzt der Fall, der Belogene wisse nicht, dass er belogen wird, der Gequälte werde im Verborgenen gequält und der Mord am Getöteten bringe für andere Vorteile, die insgesamt überwögen.

Um dies abzufedern, hat Mill das Konzept des qualitativen Hedonismus entwickelt, demzufolge die höheren Befriedigungen den niederen immer überlegen sein sollen. Was höher ist und was niedrig, das sollen bei ihm Experten feststellen, worunter er Menschen versteht, die Erfahrung mit beidem haben, mit höheren und mit niederen Befriedigungen. Sidgwick entwirft ein qualitatives Prinzip: Wir sollen, so der Gedanke, davon ausgehen, dass eine Handlung so viel Wohlbefinden produziere, wie eine «Person mit gutem Geschmack» davon erfahren würde. Es wird den moralischen Einwänden aber nicht gerecht, wenn man sie auf Befindlichkeiten, auf eine Geschmackssache

---

<sup>15</sup> [https://de.wikipedia.org/wiki/Martha\\_Nussbaum](https://de.wikipedia.org/wiki/Martha_Nussbaum)

reduziert und in die Nutzensumme einrechnet. Moral ist ja nicht eine Frage des Geschmacks, sondern der Haltung. Der Sidgwick'sche Utilitarist lügt nicht deshalb nicht, weil er es moralisch falsch findet, sondern weil es dem Lügner Gewissensbisse macht und den Belogenen kränkt, folglich die Nutzensumme negativ beeinflusst. Was dann eben eine «Person mit gutem Geschmack» empfindet, von der bei der Beurteilung der Handlung bei Sidgwick ausgegangen wird. Das hat eine gewisse Volatilität, die gefährlich ist.

Es zeigt sich also neben einigen Plausibilierungsproblemen der Klassiker des Utilitarismus auch eine gewisse Unschärfe von Utilitarismus und Liberalismus. Ist mit Liberalismus überdies ökonomischer Liberalismus gemeint, so können Argumentationen entstehen, in denen dem Utilitarismus lediglich die Rolle zukommt, letztlich ökonomische Präferenzen zu bedienen und zu rechtfertigen. Dass muss aus den Klassikern nicht geschlossen werden, es kann aber. Ist dies der Fall, bietet die Argumentationsfigur Sidwicks die Möglichkeit, Einwände gegen moralisch problematisches Handeln relativ leicht zu entkräften. Das dürfte weder im Sinne Sidwicks noch im Sinne Benthams und Mills sein. Es stellen sich folgende Fragen:

- Ist den Befürwortern einer grundsätzlich utilitaristischen Herangehensweise an die Herausforderungen unseres Gesundheitswesens obige Problematik bewusst?
- Werden Instrumente wie das QALY-Konzept dort, wo sie utilitaristisch eingesetzt werden (Interindikationsvergleiche), mit der gebotenen Behutsamkeit und Weitsicht bezüglich ihrer moralischen und rechtlichen Implikationen angegangen?
- Wie wird mit moralischen Einwänden umgegangen? Werden diese ernst- oder nur als moralische Gefühle hingenommen, die es in die Nutzensumme einzurechnen gilt?

## Die Macht der Krankenkassen und die Verschränkung von Utilitarismus und Liberalismus

Ob, wo, wie und weshalb eine ideologische Verschränkung von Utilitarismus und ökonomischem Liberalismus besteht, ist strittig und kann im Rahmen dieses Papiers im Sinne einer philosophischen Arbeit nicht untersucht werden. Jochen Schumann etwa behauptet in einem Standardwerk zur Theoriegeschichte der Nationalökonomie: «Der Utilitarismus ging weder in die klassische Schule der Nationalökonomie ein, noch war er Ausgangspunkt der Grenznutzenschule»<sup>16</sup>. Unschwer festzustellen ist allerdings, dass zwischen beidem über den Begriff des Nutzens doch zumindest eine hohe Kompatibilität besteht. Auch stammt der einzige überzeugende Utilitarismusbeweis vom Vater der modernen Ökonomie, Adam Smith, und er ist im Wesentlichen eine Übertragung seiner Idee der unsichtbaren Hand des Marktes. Eine Verbindung von Utilitarismus und Liberalismus ist schliesslich auch in Mills Theorie und Argumentation zu erkennen. Michael Schefczyk etwa konstatiert in einem Artikel in der NZZ<sup>17</sup>: «Mills Utilitarismus ist im Kern liberal angelegt.» Das sind allerdings lediglich Hinweise, denen nachzugehen im Rahmen einer philosophischen Arbeit interessant wäre. Diese hätte die Frage zu beantworten, ob man ökonomisch-liberal denken muss, wenn man utilitaristisch denkt, oder ob sich aus Letzterem Ersteres zumindest nahelegt. Dass und wie diese Verschränkung gemacht wird, soll im Folgenden untersucht werden.

Der VEMS beobachtet eine Machtkonzentration der Krankenkassen im Schweizer Gesundheitswesen. Diese lässt sich auf der institutionellen Ebene feststellen, aber auch auf der ideologischen, indem die Kassen vermittels ihrer Finanzkraft den Diskurs in eine für sie gewünschte Richtung lenken, die damit tendenziell eine ökonomisch-liberale wird. Dies ist den Kassen gelungen, indem sie sich dort aufgestellt haben, wo die Fäden der Macht zusammenfliessen: beim Indikations- und Behandlungsentscheid. Hier liegt die Ursache aller weiteren Kosten, aller weiteren medizinischen Entscheide. Wie dominant die Krankenkassen diesbezüglich geworden sind, zeigt ihre Rolle in für den Indikations- und Behandlungsentscheid zentralen Institutionen.

### **Wirtschaftlichkeitsverfahren**

Behandlungen müssen gemäss Artikel 56 Absatz 1 des Krankenversicherungsgesetz KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (WZW-Regel). Die Gewichtung dieser drei Vorgaben ist gemäss VEMS-Gutachten<sup>18</sup> des Versicherungsrechtsexperten Prof. Ueli Kieser klar. Er schreibt: «... Dies bedeutet, dass die Wirtschaftlichkeitsprüfung eine gewisse

<sup>16</sup> SCHUMANN, J.: Wohlfahrtsökonomik, in: Otmar Issing (Hrsg.): Geschichte der Nationalökonomie, München 1994, S. 219

<sup>17</sup> <http://www.nzz.ch/der-nutzen-der-freiheit-1.4520685>

<sup>18</sup> <http://www.docfind.ch/Kieser122015.pdf>

sekundäre Bedeutung hat. Diese Betrachtungsweise des Gesetzgebers steht in Übereinstimmung mit Art. 43 Abs. 6 KVG. Danach muss in der Schweiz eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung (primäres Ziel) zu möglichst günstigen Kosten (sekundäres Ziel) erreicht werden. Es kann sich also nicht so verhalten, dass die Wirtschaftlichkeitsprüfung ein primäres Ziel darstellt und dass dadurch das Interesse der Versicherten sowie die Zweckmässigkeit der Behandlung tangiert oder gar verletzt werden.» Genau dies geschieht in der Praxis aber. Der Dachverband der Schweizer Krankenkassen santésuisse hat vom BAG den Auftrag, die Einhaltung der WZW-Regel durch die Leistungserbringer zu überprüfen. Dies tut er mit einem Verfahren, welches die Durchschnittskosten senkt, die absoluten Kosten aber treibt. Leidtragende sind jene grundversicherten Patientinnen und Patienten, die hohe bis sehr hohe Kosten verursachen. Sie können nicht mehr ohne weiteres damit rechnen, einen Arzt zu finden, der sie behandelt, denn dieser riskiert sonst, aufgrund seiner Durchschnittskosten von santésuisse gebüsst zu werden. Dass dieses Verfahren nicht sachgemäss ist, ist denn auch weithin erkannt. Prof. Kieser schreibt dazu: «Keinesfalls kann es sich so verhalten, dass unverändert das bisherige Durchschnittskostenvergleichsverfahren angewendet wird; einem solchen Ergebnis stünde nur schon entgegen, dass im Parlament klar festgehalten wurde, dass dieses Verfahren nicht überzeugt und deshalb ein anderes Verfahren zu bestimmen ist.» Eine Arbeitsgruppe der FMH ist seit gut drei Jahren dabei, diesem Auftrag des Parlaments nachzukommen und zusammen mit der santésuisse eine neue Methode zu entwickeln. Ergebnislos. Nicht dass es an Lösungsideen fehlte, diese werden von der santésuisse aber systematisch blockiert und zerredet. Der Präsident des VEMS, Dr. med. Michel Romanens, hat als Mitglied der Arbeitsgruppe WZW der FMH und unter Beizug externer Spezialisten aus Mathematik und Statistik einen detaillierten, fundierten Vorschlag<sup>19</sup> ausgearbeitet. Santésuisse hat auch diesen Vorschlag vereitelt und besteht darauf, weiterhin mit ihrer Datengrundlage zu arbeiten. Auf dieser Grundlage kann aber gar kein wesentlich anderes Verfahren entwickelt werden.

### **Fallpauschalen DRG**

Die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen in der Schweiz per 1. Januar 2012 fiel nicht in ein unbedarftes Klima. In Deutschland wurden die Fallpauschalen bereits 2003 optional und 2004 verpflichtend eingeführt. Welche Folgen dies hatte, zeigt das Beispiel der im neuen System der Pauschalvergütung nach Diagnose äusserst lukrativen Hüftoperationen: 2002 wurden in Deutschland 108'000 Patienten künstliche Hüfte eingepflanzt, 2009

---

<sup>19</sup> <http://physicianprofiling.ch/WZWStatistik2014.pdf>

waren es bereits mehr als 157'000, Tendenz steigend<sup>20</sup>. Niemand ging und geht davon aus, dieser sprunghafte Anstieg um 46% lasse sich allein mit der höheren Lebenserwartung erklären. Vielmehr war allen Beteiligten in der Schweiz von Anfang an sehr wohl bewusst, dass hier eine Gefahr von Fehlanreizen bestand. Zur Disposition stehen dabei in erster Linie Patientenrechte, denn ein medizinischer Eingriff, der ökonomisch, nicht medizinisch indiziert ist, ist ein Übergriff, kein Eingriff – eine Körperverletzung. Wenn Ärzte zu diesem forciert werden, um das wirtschaftliche Überleben des Spitals, in dem sie arbeiten, zu sichern, indem so andere, durch die Fallpauschalen unterfinanzierte Bereiche quersubventioniert werden, dann steht überdies ihr Berufsethos zur Disposition. Die stärksten Interessengruppen zur Wahrung medizinethischer Standards bei der Einführung des DRG-Systems in der Schweiz sollten, würde man denken, folglich die Patientenschützer und die Mediziner sein. Die Eigentümerverhältnisse der SwissDRG AG, welche das System für die Schweiz angepasst und eingeführt hat und es seither unterhält, sind nun aber wie folgt verteilt: Die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK (Kantone) hält 34 Aktien, santésuisse 33, der Dachverband der Schweizer Spitäler H+ (Medizinmanager) 25 und die FHM 8 Aktien. Damit halten jene Parteien, die ein Interesse an einer Senkung der Durchschnittskosten bei gleichzeitiger Ausweitung der absoluten Kosten haben, den Löwenanteil. Die Medizin (FMH) hat kaum Gewicht, der Patientenschutz ist gar nicht vertreten.

### **Health Technology Assessments HTA**

Tonangebend bei der Installierung eines HTA-Systems in der Schweiz waren das Swiss Medical Board SMB<sup>21</sup> und das Projekt SwissHTA<sup>22</sup>, welche sich per 2.12.2014 zusammengeschlossen haben. Im Consensus-Papier<sup>23</sup> der SwissHTA vom 13. Januar 2012, dem Methodenpapier für HTA-Prozesse in der Schweiz, ist zu lesen: «Mit dem vorliegenden Dokument legen FMH, Interpharma, SAMW und santésuisse einen unter Einbezug des BAG entwickelten Rahmen vor, wie Health Technology Assessments (HTAs) zukünftig die Bewirtschaftung des gesamten Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zielkonform unterstützen können.» Es ist also klar, dass es auch hier letztlich um eine Beschneidung der OKP-Leistungen geht. Mit dem bekannten Interessenkonflikt: die Krankenkassen profitieren von dieser Beschneidung in zweierlei Hinsicht: Erstens fallen in der Grundversicherung so weniger Kosten an, was zweitens bei zahlungskräftigen Versicherten zum Abschluss von lukrativen Zusatzversicherungen führt. Die Nennung der

<sup>20</sup> <http://www.lit-verlag.ch/isbn/3-643-11095-4>

<sup>21</sup> [www.medical-board.ch](http://www.medical-board.ch)

<sup>22</sup> [www.swisshta.ch](http://www.swisshta.ch)

<sup>23</sup> [http://www.swisshta.ch/tl\\_files/SwissHTA/documents/SwissHTA\\_Consensus.pdf](http://www.swisshta.ch/tl_files/SwissHTA/documents/SwissHTA_Consensus.pdf)



FMH an erster Stelle der involvierten Akteure bei der Ausarbeitung der Grundlagen darf nun aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Medizin hier kaum zu Wort kam, was sich schon in den Besetzungen der Referate und Workshops zeigt<sup>24</sup>. Hinter verschlossenen Türen wurden die Abläufe definiert, kritische Stimmen ausgeblendet oder übertönt, die Medizin musste einmal mehr zuschauen, die Fäden wenigstens nicht ganz aus den Händen zu verlieren, Patientenschutz und Medizinethik wurden nicht miteinbezogen. Das Resultat ist ein Methodenpapier, das diesen Namen nicht verdient und Grundlage eines komplett missratenen HTA-Prozesses in der Schweiz ist. Ein demokratischer Konsens sieht anders aus, und Deutschland zeigt auch, wie es anders geht. Nicht dass die Vorbehalte gegenüber der evidenzbasierten Medizin dort etwa kleiner wären, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen IQWiG hat als Grundlage seiner Arbeit aber ein Methodenpapier, welches in einem transparenten Verfahren unter Einbezug aller Akteure erarbeitet wurde, also auch des Patientenschutzes und der Ethik. Dieses und sämtliche Berichte sind transparent, sie sind online verfügbar und können von jedermann kommentiert werden<sup>25</sup>. Die Arbeit des Swiss Medical Boards SMB, das in der Schweiz, bisher allein, ab 2.12.2014 nun zusammen mit SwissHTA, die Berichte erstellt, ist gekennzeichnet von einer Missachtung wissenschaftlicher, ethischer und politischer Prozesse. Aussenstehende wissen nicht, wer die Themen für die Berichte vorschlägt. Die Autoren der Berichte treten nicht als Wissenschaftler auf, sondern als SMB, weshalb es schwierig ist, mit ihnen in Kontakt zu treten, um Fehler der Berichte zu besprechen. Ein in der Wissenschaft übliches Pre-publication-Peer-Review gibt es nicht, die Berichte werden vielmehr der Presse zugespield, bevor ihre fachliche Richtigkeit geprüft wurde, und wenn dann (falls überhaupt) monierte Mängel endlich korrigiert werden, sind die Meinungen bereits gemacht. Die Kontrolle über den Indikations- und Behandlungsentscheid gelingt so derzeit noch indirekt, indem mit dieser Vorgehensweise Patienten motiviert werden, ihre Medikamente nicht mehr zu nehmen, bestimmte Behandlungen abubrechen oder sich gar nicht erst in Behandlung zu begeben. Mittel- bis langfristig werden diese Berichte wohl aber vermehrt bei Kostengutsprachen der Krankenkassen eingesetzt werden, und dann ist die Kontrolle auch hier direkt, der Indikations- und Behandlungsentscheid aus den Händen der Medizin genommen, die Macht der Krankenkassen weiter ausgebaut. Es stellt sich vor dem Hintergrund der bisherigen, durchs Band mangelhaften HTA-Berichte des SMB die Frage, ob die Schweiz nicht besser daran täte, sich dem IQWiG in Deutschland anzuschliessen.

---

<sup>24</sup> <http://www.swisshta.ch/index.php/referate.html>

<sup>25</sup> <https://www.iqwig.de>

### **Kostengutspracheverfahren**

Das Verfahren für Kostengutsprachen wird in der Schweiz durch die Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte (SGV) wahrgenommen. Der SGV gehören gemäss Website<sup>26</sup> «gegen 400 Mitglieder an. Die Mehrzahl sind Vertrauensärzte der Krankenversicherer, IV-Ärzte sowie beratende Ärzte der Privatversicherer». Die Mediziner, die für die Versicherer über Gutsprachen entscheiden, stehen also im Lohn derselben. Dies führt zu einem Vorgehen, das unter Vertrauensätzen unter dem Begriff *Vertrauensätze-Hopping* bekannt ist: Die Krankenkassen holen bei einem unerwünschten positiven Gutspracheentscheid einfach so lange bei anderen Vertrauensärzten Gutachten ein, bis sie eines mit einem abschlägigen Bescheid haben. Das ist nicht im Sinne der Medizin und schon gar nicht im Sinne der Patienten, die auch hier nicht mit einem Einsitz oder in irgendeiner anderen Form der Mitsprache durch den Patientenschutz vertreten sind. Die Folge sind teilweise unfaire, medizinethisch problematische Entscheide.

### **Ombudsstelle der Krankenkassen**

Hat ein Versicherter Probleme mit seiner Versicherung, so kann er sich an die Ombudsstelle der Krankenkassen wenden. Diese verspricht auf ihrer Website<sup>27</sup>: «Haben Versicherte Probleme mit ihrer Krankenkasse oder ihrem Zusatzversicherer sind sie nicht auf sich allein gestellt. Sie können unentgeltlich die Dienste der Ombudsstelle Krankenversicherung beanspruchen. Die Ombudsstelle befasst sich mit praktisch allen Fragen und Problemen, die zwischen Versicherten und Krankenkassen auftreten können.» Organisiert ist die Ombudsstelle Krankenversicherung als gemeinnützige Stiftung. Dies sagt allerdings noch nichts darüber aus, wer diese Stiftung alimentiert, und entsprechende Informationen sind dem Jahresbericht<sup>28</sup> auch nicht zu entnehmen. Der Bilanzteil fehlt, ein Pflichtteil und der eigentliche Kern jedes Jahresberichts. Es ist zu vermuten, dass die Krankenkassen auch hier die Finanzierung sicherstellen und somit mehr oder weniger eigenmächtig über die Wahrung ethischer Standards ihrer eigenen Arbeit wachen. Nicht zuständig ist die Ombudsstelle gemäss Jahresbericht «bei Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern und ihren Patienten, wenn es zum Beispiel um Behandlungs- oder Haftpflichtfragen geht». Sie verweist für diesen Fall an die Ombudsstelle der Ärzte und an die Patientenorganisationen. In Ärztenetzwerken mit Budgetverantwortung verschränken sich diese Bereiche aber, denn solche Ärztenetzwerke werden ja teilweise von den Krankenkassen selbst betrieben, in jedem Fall von ihnen ge-

<sup>26</sup> <http://www.vertrauensaerzte.ch/about.html>

<sup>27</sup> <https://www.om-kv.ch>

<sup>28</sup> [https://www.om-kv.ch/sites/default/files/download/2014\\_D.pdf](https://www.om-kv.ch/sites/default/files/download/2014_D.pdf)

steuert und in ihren Indikations- und Behandlungsentscheiden gelenkt. Der Versicherte und Patient sieht sich hier vom einen zum anderen hin und her verwiesen und steht oftmals ohne Hilfe da, mit dem einzigen Rat, doch das Versicherungsmodell zu wechseln. Das ist dann, im Krankheitsfall, allerdings zu spät und kann auch teuer werden, weil vertraglich Bussen für den Fall eines frühzeitigen Wechsels des Versicherungsmodells vereinbart wurden. Hier kommt die Ombudsstelle der Krankenkassen ihrer Aufgabe in keiner Weise nach. Wenn es die Krankenkassen denn schon unterlassen, Patientengruppen, für welche diese Versicherungsmodelle gefährlich sein können (Mehrfachkranke, Betagte und Behinderte) vor Vertragsabschluss über die Risiken zu informieren, dann sollte ihre Ombudsstelle doch zumindest für sie da sein, wenn die absehbaren Probleme durch Unterversorgung auftreten. Hier wäre die Zusammenarbeit mit, nicht die Weiterverweisung an Medizin und Patientenschutz angezeigt. Eine Zusammenarbeit allerdings, welche die Macht der Krankenkassen schmälern würde und sie zwänge, solche Modelle und vor allem die Promotion solcher Modelle an Patientengruppen, bei denen sie nicht adäquat sind, zu unterlassen.

### **Versorgungsforschung**

Dass eine Versorgungsforschung das Ziel haben soll, Mittel zu verknappen, erscheint auf den ersten Blick doch etwas weit hergeholt. Was aber muss im Interesse der Krankenkassen liegen, wenn nicht eben diese Verknappung? Das genau ist es ja, was ihre Gewinnmarge erhöht, indem es weniger Ausgaben bedeutet. Gleichzeitig wird so das Gut Gesundheitsversorgung knapper, und je knapper ein Gut ist, desto höher ist sein Wert, folglich auch die Wertschöpfung, die mit seinem Verkauf zu generieren ist. Betreiben die Krankenkassen selber Ambulatorien und medizinische Versorgungszentren, profitieren sie als Leistungserbringer von dieser höheren Marge. Doch auch wenn sie dies nicht tun, profitieren sie, indem die Verknappung die Bereitschaft der Versicherten erhöht, eine teurere Zusatzversicherung abzuschliessen, um so an das wertvolle Gut Gesundheitsversorgung zu gelangen. Ist dieser Gedanke verstanden, so kann es auch wenig verwundern, dass die Studien unserer Versorgungsforschung tendenziell eher eine Überversorgung feststellen und eher selten eine Unterversorgung. Nur wo Überversorgung herrscht, kann man ja Beschneidungen rechtfertigen, und nur wenn Beschneidungen vorgenommen werden, herrscht Knappheit. Wie machen die Krankenkassen ihren Einfluss auf die Public-Health-Institute in diese Richtung nun aber geltend? Zum einen, indem sie Studien mitfinanzieren, zum anderen, indem sie den Instituten Datengrundlagen für ihre Studien zur Verfügung stellen. In diesen Datengrundlagen sind dann in der Regel die zur Begründung der zu untersuchenden Sachverhalte

nötigen Variablen nicht erfasst. So bleibt den oftmals auch noch von den Krankenkassen beauftragten Instituten nur, Aussagen von der Art zu machen: Es könnte sein, dass wir hier eine Überversorgung haben, vielleicht aber auch nicht. Davon nimmt die Krankenkasse die erste Aussage, bereitet sie plakativ auf und tritt damit an Medien und Öffentlichkeit. Der Bevölkerung bleibt die Verstörung, eine wissenschaftlich beglaubigte Überversorgung vermittelt zu bekommen, gleichzeitig aber mitunter Wochen auf einen Arzttermin warten zu müssen. Der VEMS untersucht solche Studien in seinen Dossiers Public Health<sup>29</sup> und Peer Review<sup>30</sup>. In letzterem Dossier findet sich die Analyse einer Studie<sup>31</sup>, welche das Institut für Hausarztmedizin und die Krankenversicherung Helsana im Auftrag der SAMW gemacht haben und welche den hier beschriebenen Mechanismus mustergültig aufzeigt. Abhilfe dagegen schaffen könnte eine unabhängige, vollumfänglich öffentlich finanzierte Versorgungsforschung.

Diese institutionelle Macht führt auch zu einer ideologischen, indem Begriffe definiert und neue Begriffe in den Diskurs eingeführt werden können. Indem man ein Problem in einem Begriff fasst, definiert man nun aber auch, wie man es begreift. Die Verwendung des Begriffs gibt die Perspektive vor und diese die Herangehensweise. Ein Beispiel hierfür aus der persönlichen Erfahrungswelt ist der Begriff der Midlifecrisis. Was wir hier haben, ist eine Sinnkrise. Diese als solche anzugehen, bringt es aber mit sich, über Sinn und Unsinn vertieft nachzudenken und daraus gegebenenfalls die Konsequenzen zu ziehen, was schmerzvoll sein kann. Die Lebensmitte hingegen ist eine Tatsache, die nicht wegzudiskutieren, der auch nicht auszuweichen ist. Damit bekommt die Sinnkrise den Charakter eines Fatums. Über den Sinn des eigenen Lebens kann nun nicht mehr nachgedacht werden, ein Begriff hat die Herangehensweise an das Problem bestimmt.

Das lässt sich auf die Metaebene transponieren, und es ist in unserem Gesundheitswesen zu beobachten. Ich will dies im Folgenden untersuchen. Hierzu unterteile ich in Begriffe, die in der Medizin eine Verwendung haben, welche eine ökonomisch-utilitaristische Vereinnahmung aber zweckentfremdet, und in solche, die neu eingeführt wurden und der Medizin wesensfremd sind. Ich konzentriere mich im Folgenden jeweils auf die wichtigsten drei Begriffe.

---

<sup>29</sup> <http://www.vems.ch/public-health>

<sup>30</sup> <http://www.vems.ch/peer-review>

<sup>31</sup> <http://www.docfind.ch/VEMSPeerReviewCoroSAMW.pdf>

**Zweckentfremdete Begriffe**

Zweckmässigkeit	Was mit Zweckmässigkeit in der praktischen Anwendung 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, den sie verursacht. 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 <sup>32</sup> ). Die Verwendung des Begriffs im ökonomischen Sinn indes führt zu einer Unterwanderung des medizinischen Zweckmässigkeitsbegriffs und damit zu einer Vereinnahmung des Indikations- und Behandlungsentscheidungs durch die Krankenkassenökonomie.
Effizienz	Die Medizin versteht unter Effizienz die speditive Abwicklung einer Behandlung, welche aufgrund eines bestimmten Indikationsentscheidungs gewählt wurde. Für die Gesundheitsökonomie fällt unter denselben Begriff aber überdies auch das Fällen dieses Entscheidungs selbst in ihrem Sinne: 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 nun 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 dadurch 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. Indem die Krankenkassenökonomie den Begriff des Anreizes in die Medizin einführt, unterstellt sie, der Arzt, die Ärztin, bedürfe eines extrinsischen Anreizes, sei also nicht genügendermassen intrinsisch motiviert. Damit zwingt sie die Medizin in ihre Logik. Um ihr dann genau diesen Vorwurf zu machen: den Vorwurf, monetär motiviert zu agieren. Woraus sie den Bedarf an ihren angeblichen Kostendämpfungsmassnahmen ableitet, die, wie ich noch aufzeigen werde, insgesamt die Gesamtkosten treiben.
--------	--

<sup>32</sup> <http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetZweckmaessigkeit.pdf>

Nutzen	<p>Dass der Begriff des Nutzens als ethische Skala fragwürdig ist, habe ich in der geschichtlichen Aufbereitung des Utilitarismus aufgezeigt. In der Medizin ist der Begriff indes noch fragwürdiger. Ein Mediziner erbringt nicht primär einen Nutzen, er lindert ein Leiden. Dass der Patient daran seinen Nutzen hat, die Leidverminderung, versteht sich, ist aber nicht das primäre Kriterium ärztlicher Arbeit. Wäre dem nicht so, stünden fundamentale Patientenrechte zur Disposition. Im äussersten Fall müsste der Mediziner dann seinen Patienten umbringen, gesetzt, dieser sei der Meinung, der Nutzen des Todes sei für ihn grösser als der Nutzen weiterzuleben. In diese Richtung gehen die Forderungen an die Medizin unter dem Primat des Nutzens denn auch, und das zeigt uns, wie dünn das Eis hier wird. Der Nutzen ist eine problematische, weil subjektive und ethisch unhaltbare Skala für die ärztliche Arbeit. Hier nimmt die Krankenkassenökonomie mit der Lenkung vom Primat der Leidensverminderung in den Primat der Nutzenoptimierung nicht absehbare moralische Risiken in Kauf, wohl, um ihre Logik in der Medizin zu installieren und damit Macht über diese zu gewinnen.</p>
Ressource	<p>Die Medizin ist eine gesellschaftliche Ressource. Dank ihr ist die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger sichergestellt. Sie innerhalb sich selbst als Ressource ihrer selbst zu denken, ist tautologisch. Genau dies tut die Krankenkassenökonomie aber, 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 überantworten. Damit verdreht man ihren Zweck, sie kann unter diesem Begriff gar nicht anders, als eine Abteilung der Ökonomie zu werden. Anstatt von Ressourcen von Mitteln zu reden wäre adäquater, noch genauer von gesprochenen Mitteln. 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.</p>

Diese Begriffe steuern im Wesentlichen den Diskurs und führen in weitere Begriffs- und Argumentationsketten. So ist etwa der Begriff der 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 Apparatedizin, 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 *Apparatedizin* haltbar. Oder, um ein letztes Beispiel zu nennen, der Begriff *Moral Hazard* (*moralische 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 ein wie Konsumgüter. Vielmehr zögern wir deren «Kauf», den Arztbesuch, so lange hinaus, wie es nur irgend geht.

Diese Terminologie durchdringt immer mehr die Medizin. Daraus erwachsen neue Ansprüche an den Arzt: nicht nur die Ansprüche der Patienten soll er fortan bedienen, sondern auch jene der Krankenkassenökonomie. Dort, wo Letztere Ersteren zuwiderlaufen, muss sich die Medizin im Interesse ihrer Patienten wehren. Argumentiert sie dabei nun aber in den Begriffen, wie sie oben aufgelistet sind, so droht sie, allein der Begriffswahl wegen in eine ökonomische Argumentation zu geraten, bei der sie jener nur unterliegen kann. Mit der Folge, dass auch ihre interne Kommunikation nicht mehr anschlussfähig ist und sich das System Medizin im System Ökonomie aufzulösen droht<sup>33</sup>. Es stellen sich folgende Fragen:

- Ist die institutionelle Machtkonzentration der Krankenkassen als Problem erkannt und was wird dagegen unternommen?
- Findet eine Auseinandersetzung im Sinne eines Konsensbildungsprozesses bezüglich der zentralen Begriffe statt, mit denen im Gesundheitswesen argumentiert wird?
- Sind dort, wo Begriffe divergieren, Systeme installiert, die einen ausgewogenen Dialog ermöglichen?

---

<sup>33</sup> siehe Systemtheorie nach Niklas Luhmann

## Die Inszenierung eines Kriegs- und Krisenszenarios durch die Gesundheitsökonomie oder der unheimliche Zweck angeblich beschränkter Mittel

Die oben aufgezeigten Machtstrukturen und die Begriffshoheit der Krankenkassenökonomie geben den Diskurs in unserem Gesundheitswesen weitgehend vor. Dieser wird so tendenziell ein ökonomisch-liberaler. Da gleichzeitig utilitaristisch über das grösste Wohl für die grösste Zahl argumentiert wird, besteht eine Tendenz, Utilitarismus und ökonomischen Liberalismus zu verschränken oder sie gar als Äquivalent zu verstehen. Die Begriffe jedenfalls, mit denen der Diskurs geführt wird, lassen dies vermuten, denn es sind weitgehend ökonomische Begriffe, mit denen allerdings utilitaristisch argumentiert wird. Dabei können die Anliegen des Utilitarismus vergessen gehen. Für den Utilitaristen in der Tradition seiner Klassiker ist Nutzen ja mehr als ökonomischer Nutzen und Wohl mehr als Wohlstand.

Dass die Krankenkassenökonomie ihre Macht in den letzten 20 Jahren sukzessive ausbauen konnte, scheint nun aber auf der gesellschaftlichen Ebene gerechtfertigt eingedenk ihres Mantras: Beschränkten Mitteln steht ein grundsätzlich unbegrenzter medizinischer Bedarf entgegen, weshalb es unumgänglich ist, Leistungen zu beschneiden, wo sie ein schlechtes Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen. Wie solche Kosten-Nutzen-Analysen (HTA) erstellt werden und wo ihre Schwächen liegen, werde ich weiter unten aufzeigen. Zunächst gehe ich einen Schritt zurück und stelle die grundsätzlichere Frage: Stimmt dieses Mantra, stimmt dieses Paradigma der Gesundheitsökonomie überhaupt? Die Terminologie hat ja etwas durchaus Martialisches, man redet von einer Kostenexplosion, verwendet den an Epidemien erinnernden Begriff der Überalterung, spricht der Rationierung das Wort, also der Beschneidung medizinischer Güter und Dienstleistung in Rationen, wie wir es von Hungersnöten kennen. Das mutet in einem der reichsten Länder der Welt dann doch etwas befremdlich an. Und weshalb sollte der Bedarf an medizinischen Behandlungen denn unbegrenzt sein? Ist es nicht Ziel jeder medizinischen Behandlung, zu heilen, den Bedarf also zu decken, nicht zu wecken? Einen Blinddarm kann man ja nur einmal entfernen, und dann ist der Bedarf gedeckt.

Halten wir uns also an die Fakten: Die Schweizer Gesundheitspolitik hat vor rund 20 Jahren den Weg der Liberalisierung gewählt und diesen seitdem konsequent beschritten: Reduktion des WZW-Verfahrens (wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich) auf ein reines Wirtschaftlichkeitsverfahren, Fallpauschalen, Teilprivatisierung der Spitäler, Förderung von Ärztenetzwerken mit Budgetverantwortung etc. Noch haben die Kantone bei der Versorgungsplanung eine zentrale Rolle inne, noch befindet sich die grosse Mehrheit der Spitäler in öffentlicher Hand, noch existiert der Anker



der Grundversorgung und der freien Arztwahl im sicheren Hafen der Basisversicherung, in die alle jährlich zurückkehren können, noch gibt es einheitliche Tarife und den Tarifschutz etc. Die Tendenz ist aber klar eine der Liberalisierung und der Ökonomisierung. Der freie Wettbewerb in einem unfreien Markt sollte es richten, die Qualität gehalten oder sogar verbessert werden und die Preise, wenn nicht sinken, so doch wenigstens nicht weiter steigen oder zumindest nicht weiterhin so stark. Das ist nicht unbedingt festzustellen.

Kann das nun aber wirklich verwundern? Ist es nicht vielmehr Gesetz jedes Marktes, sich auszuweiten, zu wachsen? Und leidet nicht gerade im Dienstleistungssektor auch in anderen Branchen mitunter die Qualität unter dieser Mengenausweitung, weil sich die Erbringung von Dienstleistungen im Gegensatz zur Produktion von Gütern nun einmal nicht beliebig rationalisieren lässt, ohne dass Qualitätseinbussen in Kauf zu nehmen sind?<sup>34</sup> War das für das Gesundheitswesen also anders zu erwarten? Es gab und gibt ja eine Referenzgrösse: das Gesundheitswesen der USA. Kein Gesundheitswesen ist so liberal ausgestaltet, gleichzeitig keines so teuer und keines im Verhältnis zu seinen Kosten von so schlechter Qualität.

Handelten und handeln unsere Gesundheitspolitiker also verantwortungslos, waren und sind sie blauäugig, zu denken, in der kleinen Schweiz würden andere Marktgesetze gelten, eine andere ökonomische Logik? Das ist nicht anzunehmen. Ein paar wenige Zahlen helfen, die Dinge zu klären: Der Anteil des Gesundheitswesens am Bruttoinlandprodukt beträgt in der Schweiz 11%, in den USA liegt er bei 18%. Man könnte nun sagen: Es ist also, da wir den Weg eines liberalen Gesundheitswesens nun einmal gewählt haben, über kurz oder lang mit einer Zunahme dieses Anteils um weitere 7% zu rechnen. Auf jeden Fall dürfte eine solche Zunahme niemanden verwundern. Und die Befürworter der Liberalisierung nehmen einen Kostenzuwachs nicht nur in Kauf, sie sind daran sogar interessiert, denn daran verdienen sie. Auf die Schweiz heruntergerechnet entsprechen obige 7% einem zusätzlichen Markt von 35 Milliarden Franken jährlich. Damit befinden wir uns in einem Kampf, doch nicht nur in einem solchen um beschränkte Mittel, sondern auch in einem Verteilungskampf: Wer soll wie viel von diesen zusätzlichen 35 Milliarden bekommen?

Die Krankenkassen sind wahre Meister darin, sich als Hüter über die Kosten in Szene zu setzen. Kann ihnen daran aber überhaupt gelegen sein? Tiefere Gesamtkosten bedeuten für sie ja weniger Umsatz. Das ist nicht im Sinne eines Unternehmens, und weshalb sollten die Krankenkassen anders funktionieren als jede andere Firma der Finanz- und Versicherungsindustrie? Weil sie vom Bund den Auftrag haben, für einen haushälterischen Umgang mit den Ressourcen zu sorgen. Das ist ihre unternehmerische Existenzberechtigung. Gleichzeitig bedroht aber gerade das ihre unternehmerische Existenz. Wie lösen sie dieses Dilemma? Indem sie das Thema wechseln: Nicht von

---

<sup>34</sup> Siehe «cost disease» (Baumol 2012) <https://de.wikipedia.org/wiki/Kostenkrankheit>

Gesamtkosten ist nun die Rede, sondern von Durchschnittskosten. Das lässt sich plausibilisieren: Für die Gesamtkosten können die Krankenkassen ja angeblich nichts. Die Gründe dafür liegen in der höheren Lebenserwartung, in den Fortschritten der Medizin und nicht zuletzt auch in den höheren Ansprüchen der Konsumenten, der Versicherten und Patienten.

So argumentieren die Krankenkassen, und damit haben sie ihren Auftrag selber umformuliert: Ihr Leistungsausweis ist es nun, die Durchschnittskosten einzudämmen. Genau damit treiben sie aber die absoluten Kosten in die Höhe, wie ich gleich aufzeigen werde. So haben die Krankenkassen doppelt gewonnen: ihre Umsätze steigen, und sie erfüllen dabei ihren Auftrag; man kann ihnen also nichts vorwerfen, es gilt für sie die Unschuldsvermutung. Vor diesem Hintergrund werden die von den Krankenkassen initiierten und teilweise auch von ihnen unterhaltenen, kaum stringenten, teilweise geradezu absurden Steuerungsinstrumente, miteins plausibel:

### **Wirtschaftlichkeitsverfahren**

Jede medizinisch unzweckmässige Behandlung treibt die Gesamtkosten in die Höhe. Grundlage einer Behandlung ist der Indikationsentscheid, alle weiteren Kosten ergeben sich erst aus ihm. Wird er aus anderen Gründen als aufgrund der medizinischen Zweckmässigkeit gefällt, verursacht dies unnötige Kosten, ganz zu schweigen vom unnötigen Leid. Wollte man also tatsächlich die Kosten senken, gäbe es nur einen Weg: Stichprobenartige Einsicht der Patientendossiers durch Inspektoren, wie das jede andere Branche ja auch tut. Im Bildungswesen beispielsweise übernimmt diese Aufgabe die Schulpflege. Nun stelle man sich vor, man würde diese abschaffen und stattdessen die Lehrpersonen anhand der Durchschnittsnoten der Schüler beurteilen. Da die Lehrpersonen keinen Einfluss darauf haben, welche Schüler sie bekommen, bliebe ihnen nur, die Prüfungen so anzupassen, dass gute Notendurchschnitte erreicht würden. Darunter litte die Bildung der Schülerinnen und Schüler. Ein Unsinn, die Verkehrung der Aufgabe der Schule in ihr Gegenteil. Genau so geht der Dachverband der Schweizer Krankenkassen santésuisse in den Wirtschaftlichkeitsverfahren aber vor. Man geht hier von einer Pareto-Verteilung des Patientenguts aus, die nicht gegeben ist, vergleicht die Durchschnittskosten der Ärzte und büsst Abweichungen von 30% und mehr vom Mittelwert. Tendenziell werden so eher viele weitgehend gesunde Patientinnen und Patienten mehr oder weniger unnötig behandelt und die wenigen wirklich Kranken bis Schwerkranken möglichst gemieden, sprich ab- oder weiterverwiesen. Das Resultat ist eine Senkung der Durchschnittskosten bei gleichzeitiger Ausweitung der Gesamtkosten. Das ist im Interesse der Krankenkassen.

### **Fallpauschalen**

Die Idee, Spitäler nicht mehr nach Aufwand, sondern pauschal nach Fall zu bezahlen, damit sie im Interesse des eigenen wirtschaftlichen Überlebens angereizt sind, innerhalb der Pauschalen effizient zu arbeiten, klingt als Kostendämpfungsmaßnahme plausibel. Vor der Einführung des Fallpauschalensystems in der Schweiz waren aber bereits Zahlen aus anderen Ländern, vornehmlich aus Deutschland, bekannt, die im Zuge dieses Steuerungsinstrumentes einen Anstieg unzweckmässiger Behandlungen dokumentierten, beispielsweise bei Hüft- und Knieoperationen. Dem ungeachtet, ist das Fallpauschalensystem in der Schweiz eingeführt worden. Mit vergleichbarem Resultat wie im Ausland und wie schon bei den WZW-Verfahren: Die Spitäler haben hohe Anreize, zu behandeln, was sich lohnt, auch wenn es medizinisch nicht unbedingt nötig ist, und Behandlungen zu meiden, die zwar nötig sind, aber wenig lukrativ. Wie stark diese Anreize am Kostenwachstum schuldig sind, ist bestritten, dass sie dazu beitragen, ist unbestritten. Auch hier sinken durch die Mengenausweitung aber die Durchschnittskosten.

### **Ärztetzwerke mit Budgetverantwortung**

Die Problematik von Kostenobergrenzen ist hinlänglich bekannt und dokumentiert: Wenn Budgets ohne Kenntnis der konkreten Patientensituation festgelegt werden, dann kann auf diese auch nicht immer eingegangen werden. Je nachdem, wo das Budget gerade steht, darf der Mediziner, der sich innerhalb des Netzwerks zur Einhaltung dieses Budgets vertraglich verpflichtet hat, auch mal eine Diagnose stellen, die hohe Behandlungskosten nach sich zieht. Wird es für ihn eng, kann er gar nicht anders, als die Behandlung hinauszuzögern, den Patienten zu vertrösten, so lange es geht oder bis dieser das Versicherungsmodell wechselt, um endlich eine adäquate Behandlung zu erhalten – welche unter Umständen verzögert geschieht, was hohe Folgekosten nach sich ziehen kann. Da diese dann aber nicht innerhalb des Netzwerks anfallen, können Netzwerk und Krankenkasse für sich argumentieren, die Kosten zu senken. Wie sieht es aber mit den Gesamtkosten aus? Der VEMS hat dies untersucht<sup>35</sup>: Sind die OKP-Kosten in Kantonen mit überdurchschnittlich vielen Ärztenetzwerken auch überdurchschnittlich tief? Das Ergebnis: 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 im Gegenteil ein überproportionales Wachstum der OKP-Kosten pro Patient. Diese Untersuchung beweist natürlich nichts, legt aber doch nahe, dass das Argument der Kostenein-

---

<sup>35</sup> <http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetMCForschung.pdf>

sparung insgesamt so nicht stimmen kann, eventuell sogar das Gegenteil der Fall ist. Es besteht also Abklärungsbedarf: Was sind die Gründe für die überproportionale Zunahme der OKP-Kosten ausgerechnet in jenen Kantonen mit hoher Dichte an Ärztenetzwerken? Aus welchen Gründen werden diese Modelle gewählt, aus welchen verlassen und von welchen Patienten? Welche Kosten verursachen Patienten, die diese Modelle verlassen, nach ihrem Austritt? Diese Fragen können die Betreiber der Ärztenetzwerke beantworten. Das tun sie aber nicht. Welches Interesse hätten sie auch daran? Ihr Argument der Kosteneindämmung scheint zu überzeugen, immer mehr Versicherte wählen dieses Modell. Damit ist für die Krankenkasse zweierlei gewonnen: Es generiert ihr Kunden von anderen Krankenkassen, welche diese Modelle nicht anbieten, und weckt gleichzeitig durch eine solcherart unattraktiv gewordene Grundversorgung bei zahlungskräftigen Kunden den Wunsch, sich mit einer teureren Zusatzversicherung die Gewähr einer adäquaten Behandlung für den Krankheitsfall zu erkaufen.

### **Health Technology Assessments HTA**

In eine ähnliche Richtung geht der Mechanismus von Health Technology Assessments HTA. Wie genau diese funktionieren, werde ich weiter unten zeigen. Erklärtes Ziel ist es hier, Behandlungen auf ihr Kosten-Nutzen-Verhältnis hin zu untersuchen und Empfehlungen für oder gegen diese abzugeben, je nachdem, wie das Kosten-Nutzen-Verhältnis beurteilt wird. Diese Empfehlungen sollen als Referenz bei Kostengutsprachen eingesetzt werden. Es sollen, so das Argument, in der obligatorischen Grundversicherung nur noch Behandlungen bezahlt werden, die zweckmässig sind. Dass die Kassen auch hier die treibende Kraft waren, ist in zweierlei Hinsicht verständlich. Vordergründig erfüllen sie damit ihren Auftrag, für einen haushälterischen Umgang mit den angeblich knappen Ressourcen zu sorgen. Viel mehr dürfte sie aber interessieren, dass HTAs ein Instrument sind, den Katalog der OKP-Leistungen zu beschneiden, und das zeigen die bis dato vom Swiss Medical Board SMB erstellten HTA-Berichte<sup>36</sup> denn auch. Dies führt – ähnlich wie bei den Ärztenetzwerken mit Budgetverantwortung – zum Ruf nach Zusatzversicherungen. Die solcherart versicherten geniessen eine adäquate Grundversorgung, nicht selten werden bei ihnen aber auch medizinisch unzweckmässige Behandlungen gemacht. Womit für die Kassen und für die Leistungserbringer eine Mengenausweitung erreicht ist. Betreiben die Kassen selber Ambulatorien, profitieren sie auf diese Weise also in zweierlei Hinsicht, zumindest aber durch die gewonnenen Umsätze aus den Zusatzversicherungen.

---

<sup>36</sup> <http://www.medical-board.ch/index.php?id=809>

Obige Steuerungsinstrumente dienen also hauptsächlich den Interessen der Krankenkassen zu. Damit ist nun aber die Mengenausweitung programmiert und der Verteilkampf eröffnet. Nun wollen alle Akteure ein möglichst grosses Stück vom Kuchen des oben errechneten zusätzlichen Umsatzes von 35 Milliarden Franken jährlich:

**Die Kantone** möchten ihre Spitäler auslasten, die ja nur teilweise privatisiert sind, grösstenteils aber noch immer den Kantonen gehören. Da sie nun aber gleichzeitig ihre kantonalen Budgets im Blick behalten müssen, ist ihnen an Ausweitungen über die Kantonsgrenzen gelegen. Sie eröffnen Kompetenzzentren, bauen Kapazitäten auf, die sie innerkantonal niemals auslasten könnten<sup>37</sup>. Innerhalb des eigenen Kantons sind ihnen vor allem die frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte ein Dorn im Auge, denn diese schmälern die Umsätze ihrer Spitalambulatorien. Ein Wirtschaftlichkeitsverfahren, das mit seiner Willkür und seiner offensichtlichen medizinischen Unsinnigkeit den frei praktizierenden Ärzten das Leben schwer macht, ist also ganz im Sinne der Kantone. Störend ist dies nur in ländlichen Regionen, da eine schlechte Versorgungssituation sich auf die Attraktivität des Kantons auswirkt. Steuerzahler drohen wegzuziehen, Steuereinnahmen zu schrumpfen. Auf dem Land leben aber auch die wenigsten Menschen. Nicht verwunderlich also, dass die Ärztinnen und Ärzte der Spitalambulatorien in den Ballungszentren von den Wirtschaftlichkeitsverfahren verschont bleiben, damit dort, wo für die Spitäler Umsatz zu machen ist, auch Umsatz gemacht wird. Es besteht im Spitalambulatorium zwar ein grösserer Anreiz zu unzweckmässigen Behandlungen (teurerer Apparatemark, den es auszulasten gilt, Nutzung des Ambulatoriums als Akquiseinstrument für den stationären Bereich). Diese von den Verfahren zu verschonen hilft aber dem Umsatz der Spitäler.

**Den Behörden** kommt der Bedarf an zusätzlicher Administration zugute. Sie können ihre Abteilungen ausbauen, neue Bereiche und Dienstleistungen aufbauen, gewinnen somit an Kraft. Ein medizinisch adäquates Peer-Review System auf der Basis zufälliger interinstitutioneller Expertenaudits wäre zwar unvergleichlich einfacher. Es wäre aber auch von den Fachgesellschaften aufzubauen und von Medizinern zu unterhalten. Weder der derzeitige Direktor, noch der Vizedirektor des Bundesamtes für Gesundheit BAG ist Mediziner. Ersterer ist Jurist, Letzterer Ökonom. Damit ist der Kurs des BAG vorgegeben, die Agenda weitgehend bestimmt: sie folgt tendenziell der Krankenkassenlogik.

---

<sup>37</sup> [http://www.watson.ch/Bern/articles/708282953-Bern--Spit%C3%A4ler-investieren-Millionen-%E2%80%93-Kampf-um-Patienten-er%C3%B6ffnet?utm\\_source=feedly](http://www.watson.ch/Bern/articles/708282953-Bern--Spit%C3%A4ler-investieren-Millionen-%E2%80%93-Kampf-um-Patienten-er%C3%B6ffnet?utm_source=feedly)

**Die Politik** könnte hier Gegensteuer geben. Wie sehr aber auch sie inzwischen von den Interessen der Krankenkassen eingenommen und von deren Denken infiltriert ist, zeigt exemplarisch die Abstimmung um die Einheitskasse vom 28. September 2014. Jacqueline Fehr, Nationalrätin, Vizepräsidentin der SP Schweiz und Mitglied der nationalrätlichen Gesundheitskommission, hat in einem Gastbeitrag<sup>38</sup> in der NZZ vom 8. September 2014 einige Fakten zusammengetragen: «Mindestens 2500 unnötige Stellen finanzieren wir über unsere Prämien. Lukrative Mandate und Verwaltungsratssitze stehen auf dem Spiel. Die privaten Krankenkassen veranstalten einen Pseudowettbewerb auf Kosten der Versicherten und verschleudern unsere Prämiegelder durch die millionenschwere Jagd auf „gute Risiken“. Öffentliche Versicherungen wie AHV und Suva hingegen funktionieren vorbildlich und stellen das Wohl der Versicherten in den Mittelpunkt. Das ist auch bei der Krankenversicherung sinnvoll.» Dieser Appell an die Vernunft war indes nicht erfolgreich, die Einheitskasse ist vom Stimmvolk abgelehnt worden. Generell: Mit Standpunkten, die von der Sicht der Krankenkassen abweichen, ist politisch kaum noch Karriere zu machen, denn auch die Bevölkerung hat diese heute weitgehend verinnerlicht; sie haben sich zur Wahrheit verdichtet. Gegenstimmen wie die Motion von Nationalrätin Bea Heim vom 09.06.2015 gegen «Kickbacks unter Ärzten und unter Ärzten und Spitälern»<sup>39</sup> haben einen schweren Stand. Dabei spielen auch die Medien eine Rolle.

**Die Medien** haben alles Interesse an einem freien Wettbewerb der Krankenkassen. Entfällt ein solcher, so entfallen auch diese Werbeeinnahmen. Dies ist allerdings nur ein Faktor, der von Medium zu Medium verschieden stark gewichtet und bei Medien, die nicht über Inse-  
rate finanziert sind, ganz wegfällt. Die Thematik ist jedoch sehr komplex, was bei den Lesern, aber auch bei den Medienschaffenden selbst zur Überforderung führen kann. Dies dürfte wohl der Grund sein, weshalb in der Regel die von der Krankenkassenökonomie vorgegebenen Begriffe verwendet werden, welche die Argumentation dann aber eben auch in deren Richtung bringen.

**Die Ärzteschaft** befindet sich von allen Akteuren im grössten Dilemma. Ein Artikel in der Deutschen Ärztezeitung vom 14.01.2016 unter dem Titel *Ökonomische Kompetenz für Ärzte unverzichtbar*<sup>40</sup> bringt dieses Dilemma auf den Punkt: «Wer sich nur auf das Arztsein konzentriert, kommt auf der Karriereleiter in Kliniken kaum mehr voran.» Gleiches gilt für

<sup>38</sup> <http://www.nzz.ch/meinung/debatte/praemiexplosion-stoppen-1.18379001>

<sup>39</sup> [http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaeft.aspx?gesch\\_id=20155295](http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaeft.aspx?gesch_id=20155295)

<sup>40</sup> [http://www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/klinikmanagement/article/902703/kliniken-oekonomische-kompetenz-aerzte-unverzichtbar.html](http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/klinikmanagement/article/902703/kliniken-oekonomische-kompetenz-aerzte-unverzichtbar.html)

die Karrieren in den medizinischen Fachgesellschaften und Branchenverbänden. Hier kann nur etwas bewirken und weiterkommen, wer vernetzt ist. Und vernetzen kann sich nur, wer den Kräften folgt, die nun einmal das Spiel bestimmen. Ist ein Arzt aber noch Arzt, wenn er es akzeptieren kann, dass für den hypothetischen Nutzen hypothetischer Patienten der Zukunft, denen angeblich sonst keine medizinischen Ressourcen mehr zur Verfügung stehen würden, dem konkreten Patienten der konkreten medizinischen Situation von jetzt eine Behandlung vorenthalten wird, auch wenn dies unter Umständen bedeutet, dass er dann stirbt? Und wieso sollen die Mittel denn beschränkt sein? Wird diese Knappheit nicht vielmehr erst künstlich geschaffen, mit dem Zulassungsstopp für neue Ärzte, mit den schikanösen Wirtschaftlichkeitsverfahren, mit einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen für medizinische Fachpersonen, wie sie Mascha Madörin in ihrer Studie *Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Erkundungen aus der Sicht der Pflege*<sup>41</sup> feststellt. Wieso wehrt sich die Medizin nicht mit allen Kräften dagegen? Wohl, weil sie davon ausgeht, eine Kollaboration mit der Krankenkassenökonomie bringe zwar nicht nur Gutes, es liesse sich so aber das Schlimmste verhindern: die Auflösung der Medizin in der Ökonomie. Gerade das droht so allerdings zu geschehen.

Die Verschränkung von Utilitarismus und ökonomischem Liberalismus ist also in der Praxis durchaus feststellbar, wenngleich theoretisch wohl nicht zwingend. Die Schaffung des grösstmöglichen Wohls für die grösstmögliche Zahl bedeutet in einem liberalen Markt Mengenausweitung. Und damit, so kann man argumentieren, folgert man der utilitaristischen Maximierungsregel. Dass dabei die Präferenzen einiger Schwer- bis Schwerstkranker frustriert werden, geht zuweilen in der Nutzensumme unter. Hochrechnungen von Mittelwerten helfen diesen Bedürftigen wenig. Wir kennen sie von Hochrechnungen von Durchschnittseinkommen, die den Minimallohnbezügler und sein Leid ebenso verwischen wie die Ungerechtigkeit, dass die 62 reichsten Menschen der Welt so viel besitzen wie die halbe Weltbevölkerung<sup>42</sup>.

Unser Gesundheitswesen, so geht die Argumentation, ist eines der besten, doch zu teuer, weshalb Beschneidungen im Interesse aller sind. Dass die unter dieser Maxime eingesetzten Kostendämpfungsmassnahmen teilweise ihr Gegenteil bewirken, habe ich oben aufgezeigt, und es ist weithin auch erkannt (siehe hierzu auch die Bertelsmann-Studie *Anreize zur Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen*<sup>43</sup>). Hier stellen sich für die Schweiz folgende Fragen:

<sup>41</sup> [https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/institute-zentren/ipf/%C3%BCber\\_uns/studie-mad%C3%B6rin-%C3%B6konomisierung-gesundheitswesen-version-215.pdf](https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/institute-zentren/ipf/%C3%BCber_uns/studie-mad%C3%B6rin-%C3%B6konomisierung-gesundheitswesen-version-215.pdf)

<sup>42</sup> <http://www.tagesanzeiger.ch/wirtschaft/standard/62-Reichste-besitzen-so-viel-wie-die-halbe-Weltbevoelkerung/story/24391071>

<sup>43</sup> <http://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/anreize-zur-verhaltenssteuerung-im-gesundheitswesen/>

- Sind die Overhead-Kosten, welche die Kosten- und Qualitätskontrolle verschlingt, quantifiziert und in ein Verhältnis zu ihrem Nutzen gestellt worden?
- Wie wird die Effizienz dieser Instrumente gemessen, wie sukzessive verbessert?
- Werden Rationierungsentscheide auf behördlicher Ebene auf der Grundlage von Vollkostenrechnungen mit sämtlichen eingerechneten sozialen Kosten erstellt?

Die Medizin hat also mit ökonomischen Ansprüchen umzugehen, die nicht nur Ansprüche der Allgemeinheit sind, sondern auch solche der Krankenkassen. Damit entsteht ein Dilemma, in welchem der Bedarf an Ethik gross ist. Der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW fällt die Rolle einer Vermittlerin zwischen diesen beiden Fronten zu. Wir gut ihr dies gelingt, will ich im nächsten Abschnitt untersuchen.



## Die SAMW und das Problem von Wertethiken

Man muss der SAMW zugutehalten, dass sie bezüglich einiger Problemfelder wie etwa der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen, der Behandlung von zerebral schwerstgeschädigten Langzeitpatienten, der Betreuung von Patienten am Lebensende, der Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen, der Palliative Care, der Zusammenarbeit von Ärzteschaft und Industrie, den Reanimationsentscheidungen, der Medizinischen Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung, der Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen und den Intensivmedizinischen Massnahmen klare Handlungsempfehlungen erarbeitet hat. Diese sind Teil der Standesordnung der FMH, sie sind nützlich und praxisbezogen.

Was allerdings die Zusammenarbeit der Ärzteschaft mit der Gesundheitsökonomie betrifft, so scheint uns die SAMW eher ratlos. Ihr Papier «Medizin und Ökonomie – wie weiter?»<sup>44</sup> war der Versuch einer Versöhnung der beiden Welten. Der VEMS hat dieses Papier in einem entsprechenden Positionspapier<sup>45</sup> analysiert und dazu Stellung genommen, weshalb ich hier nur zusammenfassend auf unsere Einwände eingehe. Als Kern des Problems orten wir eine gewisse Fixierung auf die Idee von Globalbudgets und Kostenobergrenzen<sup>46</sup>. Die Problematik solcher Budgetrahmen ist insofern zu wenig verankert, als diese in sehr unterschiedlicher Form zur Anwendung kommen, weshalb sie nicht ohne weiteres als solche erkennbar sind. Wir sehen die folgenden drei hauptsächlichen 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 tendenziell vermehrt das behandeln, was in den Kostenrahmen passt und nicht unbedingt immer nur das, was medizinisch zweckmässig ist. Von dieser ihrer ärztlichen Ethik und ihrem Patientenauftrag zuwiderlaufenden Art des Handelns weichen sie,

<sup>44</sup> [http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjuouDTk-vJAhXCng4KHdVrCkQFggkMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.samw.ch%2Fcms%2Fde%2FPublikationen%2FPositionspapiere%2FCo-mm\\_MedOekonomie\\_2014\\_D.pdf&usq=AFQjCNFUkm3bqGGSXazrY0BkxqY9OqdUKQ&sig2=xZI9csYe6I-EMLhl1GrEBA](http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjuouDTk-vJAhXCng4KHdVrCkQFggkMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.samw.ch%2Fcms%2Fde%2FPublikationen%2FPositionspapiere%2FCo-mm_MedOekonomie_2014_D.pdf&usq=AFQjCNFUkm3bqGGSXazrY0BkxqY9OqdUKQ&sig2=xZI9csYe6I-EMLhl1GrEBA)

<sup>45</sup> <http://www.docfind.ch/VEMSPositionspapierOekonomie.pdf>

<sup>46</sup> <http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetRationierung.pdf>

verschärft sich diese Tendenz, immer häufiger nur noch da ab, wo sie es sich (noch) leisten können oder wo sie Möglichkeiten haben, etwaige Verluste anderweitig auszugleichen. Dieser Tendenz kann nur entgegengewirkt werden, wenn Globalbudgets und Kostenobergrenzen, welcher Art auch immer, als Irrtum erkannt sind. Dass sie medizinethisch problematisch sind, ist weithin erkannt. Dass sie überdies noch nicht einmal geeignet sind, die anvisierten ökonomischen Ziele zu erreichen, sondern im Gegenteil sogar Gegenteiliges bewirken können, hat der VEMS verschiedentlich aufgezeigt, auch in diesem Papier.

Hervorzuheben am betreffenden Papier ist, dass die SAMW darin diese Probleme erkennt und auch beim Namen nennt. 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, betriebswirtschaftliches Denken in Gesundheitseinrichtungen mit dem Ziel einer verbesserten Kosteneffizienz zu stärken und die Innovation zu fördern.» Auf Seite 15 wird das Problem dann noch deutlicher formuliert, wenn die SAMW 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.»

So klar hat man das von der SAMW zuvor nicht gehört, und es war sicherlich ein wichtiger und mutiger Schritt, dies auszusprechen. Mit der Forderung nach ausreichendem «Raum für ethische Erwägungen» ist es allerdings nicht getan. Vor allem sind die Leistungserbringer, an die sich das Positionspapier der SAMW 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 eben auch die SAMW. Diese spielt den Ball dann allerdings den Leistungserbringern zu, beispielsweise auf Seite 26, wo sie diesen den Rat gibt: «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.» Oder 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 ökonomi-

sche Erwägungen und Interventionen nicht dem Ziel einer finanziell nachhaltig leistbaren, qualitativ hochstehenden Versorgung im Wege stehen ...» Man hätte hier allerdings auch die Frage stellen können, ob nicht vielmehr die Gesundheitsökonomie sich der medizinischen Dimension ihrer Arbeit wieder bewusst werden sollte.

Grundsätzlich spricht die SAMW der Rationierung das Wort, wenn sie auf Seite 11, 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 ein. Sie schliesst diesen Abschnitt vielmehr mit Fragen: «Damit wird zugleich die Frage aufgeworfen, wer entscheiden soll, wann ein Ressourceneinsatz gerechtfertigt ist – Gerichte? Der Gesetzgeber? Welchen Spielraum sollten Versicherer haben? Und was ist eine angemessene Rolle der Ärzte?» Diese Fragen bleiben allerdings im Raum stehen.

Dass die SAMW Rationierung grundsätzlich befürwortet oder doch zumindest davon ausgeht, sie sei unumgänglich, ist die eine Sache. Es gälte dann aber doch, die Anreizsysteme genauer anzuschauen, und zwar daraufhin, ob sie a) medizinethisch vertretbar sind und b) überhaupt geeignet, die ökonomischen Ziele zu erreichen. Die SAMW schreibt dazu auf Seite 33: «Da kein Anreizsystem perfekt ist, sollte der Erkennung von Fehlanreizen («perverse incentives») und einem aktiven Management von Interessenkonflikten besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden». Diese Fehlanreize gälte es aber nicht nur zu erkennen, sondern anzugehen, und zwar von der SAMW selbst. Hier fehlen Papiere, wie sie die SAMW im Umgang der Leistungserbringer mit der Industrie erarbeitet hat. Die Problemfelder im Überblick:

### **Ärztetzwerke mit Budgetverantwortung**

Rund 5'000 Schweizer Ärztinnen und Ärzte haben sich im Rahmen von Ärzetzwerken mit Budgetverantwortung (Managed Care, HMO) in Verträgen mit Krankenkassen zur Einhaltung eines Budgets verpflichtet. Dieses Budgetverantwortung genannte Steuerungsinstrument wird den Versicherten der entsprechenden Modelle als Anreizsystem verkauft, den Arzt/die Ärztin zum haushälterischen Umgang mit den Ressourcen anzuhalten, weshalb die Versicherten von einer verringerten Prämie profitieren, dafür aber immer zuerst den Hausarzt konsultieren müssen. Die Verträge, welche die Zusammenarbeit regeln, sehen nun aber nicht nur ein Budget vor, sondern auch einen Bonus bei Unterschreitung und eine Busse bei Überschreitung. Der Arzt/die Ärztin verpflichtet sich hier also ohne Kenntnis der

konkreten Patientensituation zur Einhaltung einer Kostenobergrenze und ist im eigenen ökonomischen Interesse gefordert, sich daran zu halten. Dies hat Einfluss auf den Indikations- und Behandlungsentscheid. Das Budget bestimmt die Krankheit, nicht umgekehrt. Die Verträge, welche die Zusammenarbeit regeln, werden über die Köpfe der Versicherten hinweg abgeschlossen; sie sind geheim und können nicht eingesehen werden (Beispiel eines solchen dem VEMS zugespielten Vertrags<sup>47</sup>). Die Versicherten werden also bereits bei Vertragsabschluss belogen, und werden sie Patienten, so geschieht dies, wenn es zur Erreichung der Ziele erforderlich ist, abermals. Der Arzt/die Ärztin handelt unter Umständen nicht zum Wohl des Patienten, es kann sein, dass er diesen belügt, was eine Missachtung seiner Autonomie darstellt. Der VEMS hat ein Regelwerk<sup>48</sup> zur Ausarbeitung solcher Verträge erarbeitet und der SAMW zugestellt, mit Antrag, eine entsprechende Arbeitsgruppe ins Leben zu rufen. Die SAMW sieht allerdings keinen Handlungsbedarf. Damit ist ein ethisches Vakuum geschaffen, eine Unverbindlichkeit ethischer Normen der Medizin. Dies kann eine problematische Wirkung auf Einstellung und Handlungen der Ärzteschaft haben.

### **Bonuszahlungen, Umsatzbeteiligungen, Kickbacks für Zuweisungen**

Da Spitäler unter dem Diktat einer neoliberalen Gesundheitsökonomie mit dem Primat der Förderung des Wettbewerbs zu wirtschaftlichen Geschäften angehalten werden, arbeiten sie auch mit entsprechenden Instrumenten, wie sie aus anderen Branchen bekannt sind. Mediziner unterschreiben bei Stellenantritt Umsatzverpflichtungen und werden mit Boni und Umsatzbeteiligungen für die Erreichung dieser Umsatzziele belohnt. Zuweisern werden Retrozessionen geleistet, um sie zur Überweisung ihrer Patienten an ein bestimmtes Spital anzureizen. Das ist bereits in anderen Branchen heikel, in der Medizin ist es inakzeptabel, da hier nicht Anspruchsrechte verletzt werden, sondern Abwehrrechte. Es geht um den Schutz vor Übergriffen, denn jeder medizinische Eingriff ohne medizinische Zweckmässigkeit, aus rein ökonomischen Gründen, ist eine Körperverletzung. Die SAMW hält dazu in ihrem Ökonomiepapier auf Seite 16 fest: «Boni für Leistungserbringer, die an bestimmte Zielvorgaben hinsichtlich Produktivität und/oder Qualität gekoppelt sind, stellen einen weiteren Mechanismus zur Effizienzsteigerung dar.» Heisst das nun, dass solche Instrumente medizinisch korrekt sind? Oder heisst es das Gegenteil. Klar ist: Hier sind grobe Verletzungen der Integrität der Patienten und des Prinzips des Wohlwollens für sie programmiert, Verletzungen, wie sie in den Standesordnungen und in der Genfer Deklaration des Weltärztebundes als solche festgehalten sind. Auch werden Einstellung und Handlungen der Ärzte-

<sup>47</sup> [www.physicianprofiling.ch/VisanaVertragAufsichtsbeschwerde.pdf](http://www.physicianprofiling.ch/VisanaVertragAufsichtsbeschwerde.pdf)

<sup>48</sup> [www.physicianprofiling.ch/VEMSRegelwerkAerztenetzwerke.pdf](http://www.physicianprofiling.ch/VEMSRegelwerkAerztenetzwerke.pdf)

schaft korrumpiert: Diese Anreize sind eher für jene Ärzte attraktiv, die ihren Beruf vorwiegend aus monetären Gründen gewählt haben, also just für jene, welche eine fürsorgliche Medizin tunlichst fernhalten sollte.

### **Die Wirtschaftlichkeitsverfahren der santésuisse**

Frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte werden vom Dachverband der Schweizer Krankenkassen santésuisse auf die Einhaltung der im KVG festgehaltenen WZW-Regel hin überprüft (medizinische Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein). Der VEMS hat mit drei Gutachten und einem Konzeptpapier die Probleme des Verfahrens eruiert, weshalb ich an dieser Stelle auf diese Dokumente verweise: Probleme mit der Datengrundlage<sup>49</sup>, Probleme mit der Vergleichsgruppe<sup>50</sup>, Probleme mit der Rechtslage<sup>51</sup>, Konzeptpapier mathematisch-statistische Fehler<sup>52</sup>. Hier soll das Augenmerk auf den ethischen Implikationen liegen. Das Verfahren vergleicht die Durchschnittskosten der Mediziner mit denen von Kolleginnen und Kollegen einer Vergleichsgruppe. Liegen die Kosten 30% über dem Schnitt der Durchschnittskosten der Vergleichsgruppe, gilt der Arzt/die Ärztin als auffällig, wird überprüft und gegebenenfalls sanktioniert. Dies kann dazu führen, dass der Mediziner nicht mehr primär seine Patienten behandelt, sondern seine Kosten: Die Durchschnittskosten senken sich durch die Behandlung möglichst vieler Patienten mit möglichst kleineren Eingriffen (weitgehend Gesunde) und steigen mit der Behandlung einiger weniger mit hohen Kosten (Kranke). Mit dem Effekt, dass Erstere tendenziell unnötig behandelt und Letztere möglichst nicht behandelt werden. Damit ist der Zweck der Medizin in sein Gegenteil verkehrt: Der Arzt wird vom Anwalt seiner Patienten zum Agenten der gesundheitsökonomischen Rationierung. Und die Krankenkassen haben mit ihrer Rechtskraft und der Möglichkeit saftiger Bussen die Durchsetzungskraft ihrer Interessen, ohne dass sich die SAMW je gegen den ethisch problematischen Mechanismus des Verfahrens ausgesprochen hat, ja ohne dass sie dazu auch nur Stellung nimmt. Hier stellt sich ja auch das Problem des Datenschutzes: Die Krankenkassen verfügen als privatwirtschaftliche Organisationen über Versichertendaten, die von öffentlichem Interesse sind und ergo auch öffentlich zugänglich sein sollten, um eine Versorgungsplanung frei von Eigeninteressen aufzubauen.

Das Papier der SAMW ist also im Sinne einer deskriptiven Ethik vielleicht gelungen, hat als normatives Ethikpapier aber eine gefährliche Unverbindlichkeit, teilweise auch Widersprüchlichkeiten.

<sup>49</sup> <http://www.docfind.ch/VEMSDatenbankanalyseRSS012016.pdf>

<sup>50</sup> <http://www.docfind.ch/VEMSVergleichsgruppenanalyse012016.pdf>

<sup>51</sup> <http://www.docfind.ch/Kieser122015.pdf>

<sup>52</sup> [www.physicianprofiling.ch/WZWStatistik2014.pdf](http://www.physicianprofiling.ch/WZWStatistik2014.pdf)

Am Ende des Papiers (ab Seite 29) listet die SAMW dann einige Werte auf, die es nach ihrem Dafürhalten im Gesundheitswesen zu erhalten gälte. Damit wird einer axiologischen Ethik das Wort gesprochen, wie auch der Utilitarismus eine ist. Man könnte daraus lesen, dass die SAMW eine grundsätzlich utilitaristische Herangehensweise an die Herausforderungen unseres Gesundheitswesens als gesetzt erachtet und lediglich noch die Skala, die es für die grösste Zahl zu maximieren gilt, mit einigen Werten komplettieren will, die es in einer fürsorglichen Medizin zu erhalten gilt. Diese vorgeschlagenen Werte sind: 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.

All diesen Werten gemeinsam ist nun aber, dass sie ganz unterschiedlich aufgefasst werden können. Es mischen sich hier divergierende Interessen, und dabei fällt auf, dass ökonomische Ansprüche mit medizinischen verschränkt werden, als gingen sie ohne weiteres miteinander einher. Auch ist die Verwendung ökonomischer Termini wie Nutzen, Effizienz oder Qualität ohne eine Spezifizierung, ob sie im medizinischen oder im ökonomischen Sinn zu verstehen sind, problematisch. Der Mediziner, der eine ethische Rechtfertigung dafür findet, sich einen Umsatzbonus auszahlen zu lassen, findet diese hier ebenso wie derjenige, der das aus moralischen Gründen nicht tut. Auch Budgetzwang und ärztliches Handeln fehlleitende ökonomische Steuerungsentscheide gehen einher mit den von der SAMW postulierten Werten, wenn man sie in diesem Sinn verstehen will.

Dies schafft eine Ethik a la carte, aus der sich jeder je nach Situation nehmen kann, was gerade passt. Damit ist zwar niemandem wehgetan, aber auch niemandem gedient, am wenigsten der Ärzteschaft, die tagtäglich vor diesen Konflikten steht und zu ihrer Bewältigung ethischer Leitplanken dringend bedürfte. Die Herausforderungen der Medizin sind heute ja nicht mehr nur jene im Umgang mit den Patientinnen und Patienten, sondern, neben jenen im Verhältnis mit der Industrie, auch ganz allgemein die Herausforderungen in der Begegnung mit der Ökonomie. Diese tritt nicht nur vertreten durch die Krankenkassen auf, sondern auch durch private Versorger, generell durch das Kapital, das sich neue Investitionsfelder sucht und seine Aktivitäten im Gesundheitsmarkt entfaltet.

Die im Ökonomiepapier der SAMW erscheinende Wertethik ist gefährlich. Wertethiken haben gegenüber Pflicht- und Tugendethiken zwei grundlegende Probleme, die sich hier deutlich zeigen: Zum einen sind sie anfällig auf die Vereinnahmung durch Werte; im Gesundheitswesen sind dies heute immer mehr ökonomische Werte. Zum anderen ist es Auslegungssache, welche Handlungen sich aus den formulierten Werten ableiten lassen, mitunter eben auch durchaus ethisch

problematische Handlungen. Wenn schon Werte statt Normen formuliert werden, dann sollten dies doch wohl eher Werte der Medizin sein, nicht ökonomische. Problematisch jedenfalls ist die Vermischung medizinischer und ökonomischer Werte, wie wir sie im SAMW-Papier haben. Es stellen sich hier folgende Fragen:

- Ist sich die SAMW der Problematik ihrer proklamierten Werte bewusst?
- Wie erklärt es die SAMW, dass sie im Umgang mit Patienten und Industrie verbindliche Richtlinien erlässt, die Ärzte im Umgang mit den Ansprüchen der Gesundheitsökonomie aber nicht gleichermassen unterstützt?
- Sieht die SAMW die hier hergeleitete Problematik der Verschränkung von Utilitarismus und ökonomischem Liberalismus?

Wie die Ärzteschaft mit diesen offenen Fragen umgeht, soll im übernächsten Abschnitt aufgezeigt werden. Zunächst will ich aber das bis hier aufgearbeitete bilanzieren und Alternativen aufzeigen.

## Die deontologische Ethik von Immanuel Kant und der Präferenzutilitarismus Peter Singers – zwei ethische Antipoden

Max Weber unterscheidet zwischen Gesinnungs- und Verantwortungsethik. Unter Ersterer versteht er Ethiken, welche Handlungen anhand ihrer Übereinstimmung mit ethischen Werten und Normen beurteilen, unter Letzteren Ethiken, die bei der Beurteilung von Handlungen die Ergebnisse und deren Verantwortbarkeit in den Vordergrund stellen. Wobei er betont: «Nicht daß Gesinnungsethik mit Verantwortungslosigkeit und Verantwortungsethik mit Gesinnungslosigkeit identisch wäre.»<sup>53</sup> Nach Weber ist es aber Aufgabe der Politik, eine Balance zwischen Verantwortungsethik und Gesinnungsethik zu finden. Der Utilitarismus kann mit seiner Maxime der Schaffung des grössten Glücks für die grösste Zahl für sich in Anspruch nehmen, eine Verantwortungsethik zu sein. Ist er das aber noch, wenn er sich mit dem ökonomischen Liberalismus verschränkt? Siegt dann nicht die wirtschaftlich-liberale Gesinnung über die Verantwortbarkeit?

Ein Blick auf unser Gesundheitswesen, wie ich ihn oben getan habe, lässt dies vermuten. Natürlich kann dieser Blick aber kein objektiver sein. Feststellbar hingegen ist, dass in unserem Gesundheitswesen mit den steigenden Kosten auch die soziale Ungerechtigkeit steigt. Dies lässt sich nicht vereinbaren mit dem sozialreformerischen Impetus der Klassiker des Utilitarismus. Es legt sich eine Vermutung nahe: Eine utilitaristische Herangehensweise ist zielführend beim Lösen von Problemen, bei welchen a) ein Konsens darüber herrscht, was ein Nutzen, was Glück, was Wohl ist, und b) eine gewisse Unterversorgung herrscht. In gesättigten Märkten hingegen stellt sich die Frage, was überhaupt noch einen Mehrwert schafft, und diese Frage ist in einer pluralistischen Gesellschaft letztlich auch eine persönliche, objektiv schwer zu beantwortende. Die Ökonomie hat hierzu das Konzept des Grenznutzwerts: ab einem gewissen Grad der Sättigung bringt ein weiterer Konsum keinen Mehrwert mehr. Dieses Konzept lässt sich nicht direkt auf den Utilitarismus zurückführen, wird aber vor dem Hintergrund utilitaristischen Denkens plausibler und hilft auch, diesen zu plausibilisieren.

Hier besteht sehr wohl eine Verschränkung von Utilitarismus und ökonomischem Liberalismus. Und sie muss auch im Gesundheitswesen nicht unbedingt schädlich sein. Die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Vitamin C zur Bekämpfung von Skorbut oder die Versorgung mit Jod über Zugaben im Trinkwasser sind zielführende utilitaristische Massnahmen zur Förderung der Volksgesundheit. Bei der Frage hingegen, welche medizinischen Massnahmen in einer Wohlstandsgesellschaft wann und bei wem sinnvoll sind und ergo von der Allgemeinheit getragen

---

<sup>53</sup> Max Weber: Politik als Beruf



werden sollten, stösst schon der Utilitarismus an seine Grenzen. Verschränkt er sich mit ökonomischem Liberalismus, können die Anreizsysteme sowohl in medizinethischer als auch in ökonomischer Hinsicht kontraproduktiv sein, wie in diesem Papier aufgezeigt wurde.

Die Medizinethik ist sich dieses Problems bewusst und federt utilitaristische Tendenzen mit gesinnungsethischen Konzepten ab. Auf sie alle einzugehen, würde den Rahmen dieses Papiers sprengen. Ich will den Utilitarismus im Folgenden aber mit der ihm am häufigsten gegenübergestellten Gesinnungsethik kontrastieren: der Deontologie Immanuel Kants. Auch andere deontologische Gegenpositionen wären interessant zu untersuchen, die Diskursethik nach Jürgen Habermas etwa oder der Regelutilitarismus, welcher eine eigentliche Deontologie ist, die Handlungen allerdings nicht nach ihrer Übereinstimmung mit der menschegebenen Vernunft beurteilt wie Kant, sondern danach, ob sie das Wohl befördern. Aus den Verlautbarungen und den Antworten auf meine E-Mail-Anfragen zeigt sich aber, dass der Utilitarismus oft mit der Kant'sche Deontologie kontrastiert wird, weshalb ich im Folgenden auf diese eingehen will. Auch tun dies Befürworter des Utilitarismus oftmals selber, um ihre Position zu verteidigen, so etwa Peter Singer, der wohl radikalste Utilitarist unserer Zeit, an dessen Argumentation ich die Probleme aufzeigen werde.

Für Immanuel Kant geht es nicht darum, moralische Werte oder Tugenden zu definieren. Nicht der Antrieb einer Handlung (Tugendethik) und auch nicht deren Resultat, deren Ziel (Teleologie) machen diese zu einer moralischen Handlung, sondern die moralische Gesetzmässigkeit der Handlung selbst. Allein die Form der Handlungsmaxime soll also die moralische Richtigkeit der Handlung bestimmen, und zwar zweifelsfrei, damit sie rein logisch, von allem, was lediglich empirisch ist, gesäubert dasteht, denn nur dann kann sie Anspruch auf Allgemeingültigkeit erheben. Und das eben soll ein Gesetz ja sein: allgemeingültig. Diese Maxime findet Kant im Kategorischen Imperativ, von welchem er verschiedene Versionen entwickelt, die aber jeweils äquivalent sind.

Die erste Hauptformulierung des Kategorischen Imperativs drückt das Universalisierungsprinzip aus. Sie lautet: «Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde.»<sup>54</sup> Konkrete Beispiele zeigen, dass damit mehr gemeint ist als das Sprichwort *Was du nicht willst, dass andere dir antun, das tue auch den anderen nicht an*. Ein Lügner müsste Kant zufolge vielmehr ein allgemeines Gesetz *Du sollst lügen*. aus seinem Handeln ableiten. Weil dann aber jeder lügen würde, ergäbe es gar keinen Sinn mehr zu lügen, ja es gäbe dann gar keine Lüge mehr, da diese ohne Wahrheit gar nicht sein kann. Das Gesetz ist also schon nicht denkbar, folglich ist Lügen moralisch falsch. Anders verhält es sich beim Töten. Das Gesetz *Du sollst töten*. ist zwar denkbar, aber nicht wollbar, da niemand in einer solchen Welt leben wollte, weshalb auch das Töten moralisch falsch ist. Kant nennt Ersteres eine engere und Letzteres

---

<sup>54</sup> Immanuel Kant, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten

eine weitere Pflicht, wobei er eine entsprechende Gewichtung und Priorisierung vorsieht. Dies führt zur absurden Folgerung, dass man einem Mörder auf seine Frage hin den Weg zu seinem Opfer zeigen soll, da hier die weitere Pflicht, andere nicht zu töten (was man damit ja indirekt tut) der engeren, nicht zu lügen, gegenübersteht. Das ist zweifelsohne die Schwäche der Kant'schen Ethik und für manche Grund, sie gänzlich zu verwerfen. Was allerdings voreilig ist; man muss Kant ja nicht bis dahin folgen.

Die Stärke der deontologischen Ethik nach Kant andererseits ist, dass sie ganz ohne moralische Werte und Wertungen auskommt, auch ohne Empirie. Drarauf fusst hingegen der Utilitarismus, und das ist seine grosse Schwäche: Die Empirie kann uns täuschen, Werte sind immer verhandelbar, die reine Logik hingegen ist es nicht. Gerade heute, da ökonomische Werte unser Handeln bis hinein in die zwischenmenschlichen Beziehungen bestimmen, sollten wir uns die Frage stellen, ob eine Wertethik wirklich der Weisheit letzter Schluss sein kann, insbesondere für die Medizin, einen der fragilsten Punkte zwischenmenschlicher Beziehungen. Hier steht die Herausforderung, teilweise seiner Intuition zuwiderzuhandeln, um eine abstrakte Werteskala wie das Glück, den Vorteil, den Nutzen zu bedienen (Utilitarismus), der Herausforderung gegenüber, sich als vernunftbegabtes Wesen seiner Vernunft zu bedienen (Kant'sche Deontologie). Beides kann dem Mediziner bei seinen Entscheidungen schon mal einiges abverlangen.

Welche Rolle kann Kants Deontologie in der Medizin also spielen? Sie ist nicht eine Ethik der moralischen Vorschriften, sondern ein Prüfverfahren, um Handlungen aus dieser Perspektive bezogen auf unsere Vernunft auf ihre moralische Richtigkeit hin zu validieren. Der Utilitarismus validiert nur in Bezug auf die Erfüllung einer Werteskala, des Glück, des Nutzens, des Vorteils. Und er kann in keiner seiner Ausprägungen glaubhaft und innerhalb der eigenen Theorie ausschliessen, dass es unter bestimmten Umständen richtig ist, so zu handeln, dass wir es intuitiv als moralisch falsch empfinden, wenn damit die Nutzensumme maximiert wird. In Kants Ethik kommen Handlungen wie töten oder lügen hingegen schon durch die Schleuse des ersten Rasters, die des Universalisierungsprinzips, nicht hindurch.

Der Utilitarismus kann es richtig finden, einen Patienten sterben zu lassen, obwohl die Medikamente zu seiner Behandlung verfügbar sind, einzig, weil dadurch Kosten anfallen würden, die er im Verhältnis zum Nutzen als zu hoch einstuft. Nach Kant folgerte daraus das Gesetz *Du sollst deinen Patienten sterben lassen*. Dann hat sich die Medizin aber erübrigt, und damit ist auch eine Welt geschaffen, die zwar denkbar, aber nicht wollbar ist, auch für den Gesunden nicht. Der Utilitarismus kann es moralisch verantworten, dass der Arzt seinen Patienten bezüglich der Behandlungsoptionen belügt, wenn er damit hilft, Kosten zu sparen, weil der Patient dann nicht die beste

(teuerste) Option wählt. Nach Kant folgerte daraus das Gesetz *Du sollst deinen Patienten belügen*. Auch dies führte zu einer nicht wünschenswerten medizinischen Situation.

Unter der Flagge und mit den Argumenten des Utilitarismus wird vom Arzt nun aber solches Handeln erwartet, ja sogar verlangt, und dafür ist auch eine utilitaristisch-ethische Argumentation zur Hand: Ein nicht haushälterischer Umgang mit den Ressourcen ist unethisch den kommenden Generationen gegenüber, denen diese Ressourcen dann nicht mehr zur Verfügung stehen werden. Damit bringt man den Arzt in einen Widerspruch mit sich selbst und seiner Intuition, und dieser Widerspruch wird vor dem Hintergrund Kant'scher Ethik verständlicher. So, wie Kant es sieht, empfinden wir ja alle intuitiv. Das Böse erkennt man daran, dass es mit sich nicht im Reinen ist. Die Logik lässt sich nicht modifizieren und manipulieren, wohl aber unser Menschenbild. Ich bringe mich in einem moralischen Klima des Utilitarismus also nur so wieder ins Reine mit mir selbst, dass ich es als gegeben hinnehme, der Mensch sei nun einmal böse. Wollen wir uns von Medizinern behandeln lassen, die dieses Menschenbild verinnerlicht haben?

Die zweite Hauptformulierung des Kategorischen Imperativs, das Selbstzweckprinzip, macht die Positionen noch deutlicher. Sie lautet: «Handle so, dass du die Menschheit sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst.»<sup>26</sup> Hier geht es um die Menschenwürde, die für Kant unantastbar ist. Benutze ich jemanden nur als Mittel zur Erreichung irgendeines Zwecks, Vorteils, Nutzens, so ist er mir nicht Zweck, nur Mittel. Natürlich benutzen wir Menschen einander. Wenn ich mein Auto in die Werkstatt bringe, dann ist mir der Mechaniker Mittel zum Zweck der Reparatur. Er darf mir Kant gemäss aber nie bloss Mittel sein, ich muss ihn immer auch als Zweck sehen, denn wäre er mir bloss Mittel, so hiesse dies, ihm seine Menschenwürde nehmen.

Die Formulierung geht allerdings noch weiter. Wenn ich beispielsweise einen Ertrinkenden nicht rette<sup>55</sup>, dann behandle ich ihn zwar nicht als Mittel (es sei denn, ich bin Sadist und weide mich an seinem Leid), er ist mir aber auch nicht Zweck. Er ist mir dann weder Mittel noch Zweck, er ist mir – gleichgültig. Damit ist bereits der erste Teil des Gebots (... zugleich als Zweck ...) nicht erfüllt, und deshalb ist es laut Kant moralisch geboten, den Ertrinkenden zu retten. Und die Formulierung tut auch noch einen weiteren Schritt, indem sie bestimmt, ich solle sogar mir selbst stets auch Zweck, nie nur Mittel sein. Es geht hier nicht nur um Fremd-, sondern auch um Selbstinstrumentalisierung, die für Kant ebenfalls falsch ist.

Wir haben hier eine Grundlage, die einerseits viele Fragen der Medizinethik schlüssig zu beantworten vermag, vor allem jene am Lebensanfang (Abtreibung, Präimplantationsdiagnostik, Stammzellenforschung) und jene am Lebensende (Lebenserhaltende Massnahmen, ärztliche Ster-

<sup>55</sup> [https://de.wikipedia.org/wiki/Brett\\_des\\_Karneades](https://de.wikipedia.org/wiki/Brett_des_Karneades)

beihilfe und assistierter Suizid). Andererseits widerspiegelt das Selbstzweckprinzip, noch mehr als das Universalisierungsprinzip, gerade das, was wir von einer fürsorglichen Medizin erwarten dürfen. Der Utilitarismus vermag uns eine gleichermassen schlüssige Grundlage nicht zu liefern. Vielmehr führt er uns bei der Beantwortung dieser Fragen in vielerlei Hinsicht zur Plausibilisierung von Handlungen, die unmenschlich sind.

Wohin dies führen kann, zeigt uns der Präferenzutilitarismus Peter Singers<sup>56</sup>. Singer hat den Begriff der Präferenz in den Utilitarismus eingeführt und massgeblich zur Entwicklung des Präferenzutilitarismus beigetragen. Damit gewinnt der Utilitarismus auf den ersten Blick an Objektivität. Während Glück, Lust, Nutzen nur bedingt objektivierbare Werte sind, ist eine Präferenz nicht relativierbar. Wenn man sich etwas wünscht, dann hat man diese Präferenz, das lässt sich nicht wegdiskutieren. Für Singer geht es nicht primär darum, eine Glückssumme oder einen Nutzen zu maximieren, sondern möglichst viele Präferenzen zu erfüllen, bzw. möglichst viele nicht zu frustrieren. Töte ich ein Tier, so ist dies nur deshalb vertretbar, weil dessen Präferenzsumme unvergleichlich kleiner ist als meine. Das ändert sich, wenn ich viel Fleisch esse, da sich dann die frustrierten Präferenzen aufsummieren. Daraus lässt sich ein Votum für einen dezidierten Veganismus ableiten, auf jeden Fall eine Fürsprache für das Tier. Im Bereich des Tierschutzes und der Tierethik hat Peter Singer denn auch zweifelsfrei seinen Beitrag geleistet. Dies vermöchte die Kant'sche Ethik nicht ohne weiteres zu leisten; man kann sie nicht so einfach auf den Bereich der Tiere ausweiten.

Schwieriger wird es bei der Beurteilung zwischenmenschlicher Begegnungen. So hat laut Singer eine demente Person weniger Präferenzen als ein Mensch bei voller geistiger Gesundheit. Folglich kann im Präferenzutilitarismus Euthanasie unter bestimmten Bedingungen ethisch vertretbar sein, wenn damit andere Präferenzen erfüllt werden, welche in ihrer Summe überwiegen. Gleiches gilt für Ungeborene, weshalb Singer bezüglich der Abtreibung von Embryonen mit einer Erbkrankheit wie beispielsweise Trisomie 21 keine moralischen Bedenken hat. Er geht sogar noch darüber hinaus und argumentiert, diese Unbedenklichkeit gelte auch für Neugeborene in den ersten Lebenswochen, da diese noch kaum Präferenzen ausgebildet hätten. In Singers Hauptwerk *Praktische Ethik* lesen wir: «Sehr oft ist das Töten eines Neugeborenen kein Unrecht»<sup>57</sup>. Auch die Folter, das Lügen und andere moralische Vergehen lässt der Präferenzutilitarismus zu.

Bezeichnend dabei ist nun, dass Singer diese augenscheinlichen Mängel seiner Theorie, die Tatsache also, dass sie Handlungen zulässt, die ganz offensichtlich dem widersprechen, was wir intuitiv als moralisch richtig empfinden, nicht innerhalb der Theorie selbst lösen kann, beispielsweise durch eine entsprechende Erweiterung oder durch eine Einschränkung seiner Theorie auf das Anwendungsgebiet der Anspruchsrechte und ihre Ausklammerung aus den Abwehrrechten. Das tut

<sup>56</sup> [https://de.wikipedia.org/wiki/Peter\\_Singer](https://de.wikipedia.org/wiki/Peter_Singer)

<sup>57</sup> Peter Singer, *Praktische Ethik*, Reclam, ISBN: 978-3-15-018919-1

Singer nicht, vielmehr weicht er für die angebliche Begründung seiner Postulate auf die Psychologie und die Soziologie aus, und dies selektiv.

Das sieht man beispielhaft in einem Interview mit der NZZ am Sonntag<sup>58</sup> vom 24.05.2015. Thema war die Präimplantationsdiagnostik (PID), welche Singer befürwortet: «Ich halte es für vernünftig, PID zu erlauben. Ein Embryo hat kein Recht auf Leben. Es ist nicht falsch, ihn zu verwerfen, wenn man ein Kind mit Genen, die zu einer Behinderung führen, nicht will.» Auf den Einwand, dies könne zu einer Diskriminierung von Behinderten führen, entgegnet Singer: «Die gibt es bereits. Ich glaube nicht, dass es schlimmer wird, wenn man PID erlaubt. Schon jetzt beenden über 80 Prozent der Frauen die Schwangerschaft, wenn das Kind eine Behinderung hat.» Dieses Ausweichen in eine deskriptive Ethik, ins Soziologische, ist nun aber nicht nur intellektuell unredlich, es ist auch gefährlich. Zudem ist es logisch falsch. Wir begegnen hier wieder dem naturalistischen Fehlschluss Mills, Fakten und Normen zu vermischen, aus *erstrebt erstrebenswert* zu schliessen, weil aus *gesehen sichtbar* folgt.

Der Irrtum ist aber schon empirisch ersichtlich: Lässt sich daraus, dass sich die meisten Menschen ohnehin nicht an ein Gesetz halten, ableiten, dass es hinfällig ist? Das mag vielleicht bei ganz offensichtlich sinnlosen Verboten wie der Verteufelung der Onanie oder gleichgeschlechtlicher Beziehungen seine Richtigkeit haben, und diesbezüglich hat der Utilitarismus von Bentham und Mill auch zweifelsohne vielen Menschen einen wahren Dienst erwiesen. Ein solches Argumentieren – wenn man es denn philosophisch durchgehen lässt – kann aber doch nicht für die Legitimation zur Ermordung Ungeborener oder sogar Neugeborener herangezogen werden.

Wollen wir in einer Welt leben, in der nur Menschen leben dürfen, die in ein bestimmtes Raster, in eine bestimmte Vorstellung dessen passen, was ein gutes, was ein wertvolles Leben sei? Ist eine solche Welt – um mit Kant zu fragen – wollbar? Zudem: Was wissen wir, was können wir denn schon wissen von den Präferenzen eines Embryos? Wir waren selber einmal ein Embryo, aber erinnern wir uns daran? Und was wissen wir, was können wir denn schon wissen von den Präferenzen eines Behinderten, eines Dementen, eines Patienten mit Depressionen? Singer drückt sich um diese Fragen, seine Position ist eine anmassende, weil er von seiner Lebenswelt ausgeht und diese verallgemeinert. Das wird der Medizin nicht gerecht. Und es wird auch dem Menschen nicht gerecht. Natürlich kann man sagen, eine demente Person habe weniger Präferenzen als eine geistig gesunde Person, und auf der kognitiven Ebene mag das vielleicht sogar stimmen. Dafür hat sie auf der emotionalen Ebene vielleicht umso mehr Präferenzen. Diese gälte es in einer fürsorglichen, menschlichen Medizin ernst zu nehmen, nicht abzuwerten.

---

<sup>58</sup> <http://www.nzz.ch/nzzas/nzz-am-sonntag/philosoph-peter-singer-ein-embryo-hat-kein-recht-auf-leben-1.18547574>

Singer setzt seinen Präferenzutilitarismus Kants Deontologie entgegen, und auch hier ist die Argumentation eine unredliche. In einem Interview mit der Zeit<sup>59</sup> fragt ihn der Journalist Stefan Klein: «Ich nehme an, Sie hätten gar nichts dagegen, wenn ich lüge – solange das der Allgemeinheit zugutekommt.» Darauf entgegnet Singer: «Nur ist das gewöhnlich eben nicht der Fall. Wir alle haben ein Interesse daran, dass wir einander vertrauen können. Darum ist das Gebot, die Wahrheit zu sagen, berechtigt. Aber wären Sie auch ehrlich, wenn ein Mörder vor Ihrer Tür steht und nach dem Verbleib eines Freundes fragt, der sich in Ihrem Haus versteckt und den er umbringen will? Immanuel Kant erklärte, dass die Pflicht zur Aufrichtigkeit nicht einmal diese Ausnahme vertrage: Sie müssten dem Mörder die Wahrheit sagen. Und leider ist die Szene ja alles andere als weltfremd. Vor nicht allzu langer Zeit klingelten in Deutschland tatsächlich Mörder bei Menschen, die Juden versteckten.»

Man kann diesen Vergleich geschmacklos finden. In jedem Fall ist er philosophisch nicht redlich. Es reicht ja nicht, Kant zu diskreditieren, um Recht zu haben. Singer verhält sich hier eher wie ein Politiker, wie ein Interessenvertreter. Dies liegt wohl auch in der Natur der Werteskala. Präferenz ist ja nur ein anderes Wort für Interesse, und die Wahrung und Verteidigung von Interessen ist Aufgabe der Politik, nicht der Ethik. Kant wäre diese Vermischung von Empirischem und Logischem ein Gräuelfeld. Natürlich bedient jede Ethik auch Interessen, genauso wie jede Ethik immer auch mehr oder weniger das Glück befördert. Soll darin aber ihr Kriterium liegen?

Dass die Unterteilung in engere und weitere Pflichten und deren Gewichtung die Schwachstelle in Kants Ethik ist, stellt heute niemand mehr in Frage. Das spricht aber doch nicht gegen den Kategorischen Imperativ, nur dagegen, ihn so eng auszulegen. Zweifelsohne ist es falsch, darauf zu bestehen, man müsse immer die Wahrheit sagen, doch ebenso falsch ist es, zu postulieren, man dürfe immer lügen, gesetzt, dass dadurch die Summe frustrierter Präferenzen zu minimieren, bzw. die Summe erfüllter Präferenzen zu erhöhen sei. Man könnte die Gewichtung der Pflichten in engere und weitere bei Kant ja auch weglassen. Dann bliebe zwar immer noch die Situation konkurrierender Pflichten. Stellte man nun aber die zweite Hauptformulierung des Kategorischen Imperativs über die erste, so entstünde der Konflikt womöglich gar nicht. Einen Mörder, den ich in seinem Tun unterstütze, benutze ich vielleicht nicht als Mittel, er ist mir aber auch nicht Zweck.

Jürgen Habermas macht in seiner Diskursethik den Vorschlag: «Statt allen anderen eine Maxime von der ich will, dass sie allgemeines Gesetz sei, als gültig vorzuschreiben, muss ich meine Maxime zum Zweck der diskursiven Prüfung ihres Universalitätsanspruchs allen anderen vorlegen. Das Gewicht verschiebt sich von dem, was jeder (einzelne) ohne Widerspruch als allgemeines Gesetz wollen kann, auf das, was alle in Übereinstimmung als universale Norm anerkennen wol-

---

<sup>59</sup> <http://www.zeit.de/2011/12/Streitgesprach-Moral-Reichtum/seite-2>

len.»<sup>60</sup> Hier übernimmt der Diskurs die Rolle des Kategorischen Imperativs, und damit ist eine Deontologie geschaffen, die in der heutigen Zeit einiges besser funktioniert als Kants Deontologie.

Singer könnte aus den Schwächen des Utilitarismus die Konsequenz ziehen, diesen aus den Abwehrrechten herauszuhalten und ihn auf die Anspruchsrechte zu beschränken, solche Abwägungen also nur bei der Frage zuzulassen, was einem Menschen gegeben werden soll, nicht bei der Frage, was ihm zu nehmen sei. Damit ist wäre allerdings auch gefordert, dass er in der Medizinethik keinen Platz hat. Hier geht es ja nicht darum, den Menschen medizinische Behandlungen zu geben, man nimmt ihnen vielmehr etwas, tut man es nicht, und zwar im schlimmsten Fall das Wertvollste, Unantastbarste: ihr Leben. Auch begeht ein Arzt an seinem Patienten einen Übergriff, behandelt er ihn nicht aufgrund medizinischer Zweckmässigkeit, also notwendigerweise, sondern – angereizt von wirtschaftsliberalen Kräften unter der Flagge des Utilitarismus – aus vornehmlich ökonomischen Gründen, also unter Umständen unnötig. Wie die Ärzteschaft mit diesen Dilemmata umgeht, will ich im folgenden Abschnitt aufzeigen.

---

<sup>60</sup> Jürgen Habermas: Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln, S. 77

## Die FMH und das vermeintliche moralische Dilemma einer Medizin in Zeiten gesundheitsökonomischer Ansprüche

Eines der Hauptprobleme unseres Gesundheitswesens ist es, dass sich die Federatio Medicorum Helveticorum FMH bei der Ausarbeitung ihrer Standesordnung weitgehend auf die SAMW stützt und beruft. Damit begibt sie sich in deren ethisches Vakuum. Dieses Vakuum ist in der Ärzteschaft spürbar. Am 16. «forumsante.ch»<sup>61</sup> vom 3. Februar dieses Jahres zum Thema «Patientendaten» hat Hubert Steinke, Direktor des Instituts für Medizingeschichte an der Universität Bern, zum hippokratischen Eid<sup>62</sup> gesagt, dieser gelte zwar heute noch als Qualitätskriterium, um alsdann zu behaupten: «Es gibt aber überhaupt keinen Hinweis, dass Hippokrates den Eid oder irgendeinen ähnlichen Text verfasst hat».<sup>63</sup> Die Frage ist nun nicht so sehr die, ob diese Behauptung einer sachlichen Prüfung standhält, sondern vielmehr, was Herrn Steinke veranlasst, eine Aufweichung des Hippokratischen Eids in Kauf zu nehmen – eine über Jahrhunderte etablierte ethische Grundlage ärztlicher Arbeit, aus welcher sowohl die Genfer Deklaration des Weltärztebundes<sup>64</sup> als auch das in der Medizinethik weithin als Goldstandard anerkannte Konzept von Beauchamp und Childress<sup>65</sup> und auch die Standesordnungen der FMH abgeleitet sind.

Eine Antwort hierauf gibt am gleichen Symposium der ehemalige Präsident der FMH, Jacques de Haller: «Beim Thema Transparenz von Patientendaten müssen wir uns aus der Zwangsjacke «Es muss alles partout geschützt werden» befreien und neue, kreative Wege gehen – dazu gehört auch ein liberalerer Umgang mit Patientendaten. Nur so können wir uns an die moderne Welt anpassen.» Das widerspiegelt eine Tendenz, nicht nur in der Frage des Arztgeheimnisses, sondern auch bezüglich anderer im Eid des Hippokrates verbrieft Regeln. Einen Versuch, diese den neuen Erfordernissen anzupassen, hat eine interdisziplinär zusammengesetzte Arbeitsgruppe der Stiftung Dialog Ethik unternommen und im Juni dieses Jahres in der Schweizerischen Ärztezeitung vorgestellt<sup>66</sup>. Dabei fallen drei Regeln auf, welche neu sind und eine Dimension ansprechen, in welcher sich die Medizin zusehends (auch) bewegt:

- «ich setze die mir zur Verfügung stehenden Ressourcen wirtschaftlich, transparent und gerecht ein;

<sup>61</sup> <http://www.forumsante.ch/de/journee-annuelle2013-de>

<sup>62</sup> [http://de.wikipedia.org/wiki/Eid\\_des\\_Hippokrates](http://de.wikipedia.org/wiki/Eid_des_Hippokrates)

<sup>63</sup> [http://de.wikipedia.org/wiki/Genfer\\_Deklaration\\_des\\_Welt%C3%A4rztebunde](http://de.wikipedia.org/wiki/Genfer_Deklaration_des_Welt%C3%A4rztebunde)

<sup>64</sup> Principles of Biomedical Ethics, Tom L. Beauchamp, James F. Childress

<sup>65</sup> <http://www.saez.ch/docs/saez/2015/1415/de/SAEZ-03484.pdf>

<sup>66</sup> <http://www.saez.ch/docs/saez/2015/25/de/SAEZ-03714.pdf>



- ich nehme für die Zuweisung und Überweisung von Patienten keine geldwerten Leistungen entgegen;
- ich gehe keinen Vertrag ein, der mich zu Leistungsmengen, zu nichtindizierten Leistungen oder zu Leistungsunterlassungen nötigt.»

Mascha Madörin definiert in ihrer Studie *Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Erkundungen aus der Sicht der Pflege*<sup>67</sup>: «Wenn der Outcome auch in Geld gemessen wird, geht es um ein Preis-Leistungs-Verhältnis. In diesem Fall kann von «Ökonomisierung» gesprochen werden.» Das ist in der Medizin heute zweifelsohne der Fall. Obige drei Regeln zeigen das moralische Dilemma, in welches sie damit gerät: Einerseits ist es jetzt Teil des Selbstverständnisses des Mediziners, Ressourcen wirtschaftlich einzusetzen, also nicht nur Homo Medicus zu sein, sondern auch Homo Oeconomicus. Andererseits soll sich der Mediziner dann aber so verhalten, wie es der Natur des Homo Oeconomicus gerade nicht entspricht, also keine geldwerten Leistungen für Zu- und Überweisungen entgegennehmen und keine Behandlungen machen, die nicht medizinisch indiziert, sondern ökonomisch motiviert sind. Es stehen sich hier zwei Ideale gegenüber, zwei Modelle des Menschen, zwischen denen sich die Medizin zusehends hin und her gerissen fühlt: der Homo Oeconomicus und der Homo Medicus.

Der modernen Ökonomie liegt das Menschenbild des Homo Oeconomicus<sup>68</sup> zugrunde, eines Menschen, der rational und stets so handelt, dass er vom besten Kosten-Nutzen-Verhältnis profitiert. Ohne dieses Modell wäre es der Ökonomie wohl nicht gelungen, sich von der Philosophie zu emanzipieren. Dass sie seither als eine den Naturwissenschaften nahe Disziplin auftritt, ist irritierend, aber noch nicht das eigentliche Problem. Dieses liegt vielmehr darin, mitunter das Modell mit der Wirklichkeit zu verwechseln, zu vergessen, dass sie von einem Idealtyp, von einer Reduktion ausgeht. Solche Modelle über die Wirklichkeit zu legen ist ein in den Naturwissenschaften übliches Vorgehen, um einen Sachverhalt zu untersuchen und (hoffentlich) besser zu verstehen. Die Naturwissenschaften verifizieren ihre Theorien alsdann aber nicht nur, sie falsifizieren sie auch, zeigen also wenn möglich nicht nur auf, wo die Theorie stimmt, sondern auch, wo sie es nicht tut. Gelingt das nicht, so gestalten sie ihre Arbeiten dennoch so aus, dass dies grundsätzlich möglich ist. In diesem Fall ist die Theorie nicht falsifiziert, doch falsifizierbar, was bedeutet, dass sie anschlussfähig ist, weiterentwickelt werden kann, wenn das Wissen da ist, sie zu falsifizieren, um daraus neue Theorien zu entwickeln. Ist dies nicht gegeben, so haben wir zwar ein wissenschaftliches Arbeiten,

<sup>67</sup> [https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/institute-zentren/ipf/%C3%BCber\\_uns/studie-mad%C3%B6rin-%C3%B6konomisierung-gesundheitswesen-version-215.pdf](https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/institute-zentren/ipf/%C3%BCber_uns/studie-mad%C3%B6rin-%C3%B6konomisierung-gesundheitswesen-version-215.pdf)

<sup>68</sup> [https://de.wikipedia.org/wiki/Homo\\_oeconomicus](https://de.wikipedia.org/wiki/Homo_oeconomicus)

doch keine eigentliche Forschung: die Theorien bleiben stehen. Im schlimmsten Fall werden zu Glaubenssätzen, zu nicht mehr weiter hinterfragten Dogmen.

Das kann gefährlich werden. Die Ökonomie hat eine Tendenz, zu suggerieren und vielleicht auch selbst zu glauben, mit ihren Modellen nicht nur den fraglichen Sachverhalt, sondern auch den in ihm agierenden Menschen verstanden zu haben. Damit übernimmt sie sich mitunter. Das zeigt sich jeweils dann, wenn Menschen anders handeln, als es die Ökonomen prognostiziert haben, Märkte und Marktkräfte folglich anders funktionieren. Betrifft dies nicht modellhafte, sondern tatsächlich installierte Systeme, so können die Folgen für die Gesellschaft verheerend sein. Das haben uns die jüngsten Finanz- und Immobilienkrisen schmerzvoll vor Augen geführt.

Beides, Verifizierung und Falsifizierung, kann die Ökonomie in sich selbst nicht leisten. Sie muss hierzu andere Disziplinen beziehen, Methoden der Mathematik, der Sozialwissenschaften, der Psychologie, auch andere Modelle des Menschen. Vilfredo Pareto, der den Begriff des Homo Oeconomicus geprägt hat, hat dies auch eingeräumt, wie Christian E. W. Kremser in seiner ideengeschichtlichen Aufarbeitung *Die Historizität des Homo oeconomicus*<sup>69</sup> aufzeigt. Pareto schrieb 1902: «Der ‚homo oeconomicus‘ befaßt sich ausschließlich mit den rationalen Handlungen, die den Zweck haben, ökonomische Güter zu erwerben. Man kann sich mit demselben Rechte einen homo religiosus, einen homo ethicus, einen homo politicus, selbst einen homo eroticus usw. konstruieren; im realen Menschen steckt dann ein homo oeconomicus, ein homo religiosus etc. (...) Man hat gemeint, die mathematischen Ökonomen behaupteten, der wirkliche Mensch sei ein homo oeconomicus; da war es denn nicht schwer zu beweisen, sie hätten unrecht.»

Auch der Homo Medicus ist allerdings nur ein Modell, zum einen der Idealtyp eines Mediziners, der stets und immer nur zum Wohle seiner Patienten handelt. Das Modell impliziert andererseits aber auch ein anderes Menschenbild als das des Homo Oeconomicus: nicht das eines Medizinkonsumenten, der für seinen Prämienfranken als Gegenwert möglichst viel Medizin konsumieren will. Vielmehr ist es das Bild eines Menschen, der froh ist, nicht krank zu werden, und sich glücklich schätzt um die Medizin, ist er es. Nirgends hat die Ökonomie ihr Modell des Homo Oeconomicus nötiger, um die Dinge fassbar zu machen, als in der Medizin, und gleichzeitig zeigen sich nirgends die Grenzen dieses Modells deutlicher. Ob wir das Modell als Annäherung auffassen, als Idealtyp, als schlimmste mögliche Annahme oder als reales Abbild zumindest dieses Aspektes des Menschen, es greift in der Medizin nicht. Man wird nicht Arzt, allein des Geldes, des Vorteils wegen. Auch kann ein Kranker schwerlich mit einem Konsumenten verglichen werden, der medizinische Behandlungen als Gesundheitsprodukte konsumiert, um seinen Nutzwert zu optimieren. Er ist in der bedauerlichen Lage, krank zu sein, deshalb braucht er die Hilfe des Arztes und die Unter-

<sup>69</sup> [http://www.zfwu.de/fileadmin/pdf/2\\_2013/zfwu\\_14\\_2\\_13\\_Kremser.pdf](http://www.zfwu.de/fileadmin/pdf/2_2013/zfwu_14_2_13_Kremser.pdf)

stützung der Gemeinschaft bei der Finanzierung dieser Hilfe. Ebenso falsch ist das Verständnis eines Produzenten und eines Konsumenten. Arzt und Patient arbeiten vielmehr gemeinsam an der Gesundheit des Patienten.

Die Medizin ist nun aber dabei, das Menschenbild des Homo Oeconomicus zu integrieren. Das hat Auswirkungen auf ihr Selbstverständnis, vor allem aber hat es Auswirkungen auf ihr Verständnis des Patienten. Dieser wird vom Menschen zum Objekt – noch nicht einmal primär der Behandlung, sondern schlimmer: zum Objekt der Optimierung seines Behandlungsportfolios. Daraus resultiert ein moralisches Dilemma. Ist diese Dilemma aber tatsächlich ein moralisches Dilemma oder nicht vielmehr ein Schisma? Es stellt sich hier doch eigentlich nicht das Problem, sich zwischen zwei Lösungen entscheiden zu müssen, von denen jede ins Verderben führt. Vielmehr hat die Medizin alle Antworten auf die Fragen der Gesundheitsökonomie. Die Medizin hat ja den Vorteil, dass ihre Modelle nicht auf einer Metaebene entstanden sind, die es alsdann auf die Realität herunter zu brechen gilt. Ihre Modelle sind vielmehr aus der medizinischen Praxis des Einzelfalls auf die Metaebene hochgerechnet. Die Theorien der Medizin sind also bereits validiert, wenn sie zu solchen werden.

Wieso ist es der Gesundheitsökonomie dennoch gelungen, Dominanz über die Medizin zu erlangen? Hier gibt es verschiedene Erklärungen. Sicherlich trägt ein eher ökonomisch gesinntes gesellschaftliches Klima seinen Teil dazu bei. Dies ist dort zu begrüssen, wo es um die Vermeidung unnötiger Behandlungen geht. Die Medizin hat nun aber eine Tendenz, darüber hinauszugehen und bei der Beurteilung teurer Behandlungen zu befinden, sie seien deshalb wohl eher unnötig, weil sie zu teuer sind. Das ist nicht im Interesse der Patienten, denn es dreht den Begriff der medizinischen Zweckmässigkeit auf den Kopf, die nun eine ökonomische Zweckmässigkeit ist. Der VEMS hält diese Vermischung für eines der zentralen Probleme im Kreuzfeld Medizin-Ökonomie. Wir haben die beiden Verständnisse des Kosten-Nutzen-Verhältnisses auf einem entsprechenden Factsheet<sup>70</sup> wie folgt einander gegenübergestellt:

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.

<sup>70</sup> <http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetZweckmaessigkeit.pdf>

Zählt nicht mehr die medizinische Zweckmässigkeit, sondern die ökonomische, können komplett sinnlose Medizinische Entscheide die Folge sein. So ist etwa eine Tattoorentfernung ökonomisch zweckmässig, weil hier ein hoher Nutzen geringen Kosten gegenübersteht, wohingegen die Behandlung von Patienten mit seltenen Krankheiten (orphan disease) sehr hohe Kosten verursacht, aber nur wenigen Patienten zugutekommt, weil die Krankheiten eben selten sind. Betrachten wir die medizinische Zweckmässigkeit, sieht die Sache gerade umgekehrt aus: Bei der Tattoorentfernung steht ein bei jedem operativen Eingriff gegebenes medizinisches Risiko einem medizinischen Nutzen von null gegenüber. Rechnen wir den psychischen Nutzen mit ein, sieht die Rechnung anders aus. Diesen gilt es im Gespräch mit dem Patienten abzuwägen, um gemeinsam zu einer medizinisch verantwortbaren Entscheidung zu gelangen. Trifft die Ökonomie diese Entscheidung und setzt sie sich damit durch, so können medizinisch unverantwortbare Entscheidungen entstehen, welche dann aber nicht die Ökonomie ethisch tragen muss, sondern die Medizin, der sie mit Berufung auf ihr Berufsethos überantwortet werden. Das ist unfair.

Da sich die Medizin nun aber der utilitaristischen Gesundheitsökonomie unterlegen fühlt, schickt sie sich, tapfer, mit der Faust im Sack, in ein allein von dieser geschaffenes moralisches Dilemma. Ihr Unterlegenheitsgefühl verstärkt sich noch durch den Umstand, dass diese ethischen Probleme auf ihrem Buckel ausgetragen werden. Auch sind die politischen (auch die gesundheitspolitischen) Kräfte zusehends utilitaristisch-ökonomisch gesinnt, da sich auch in der Politik eine Tendenz abzeichnet, sich der Ökonomie anzugleichen, ihr zuzudienen. Die Medizin kann sich aber nur aus ihrem vermeintlichen moralischen Dilemma befreien, wenn sie sich wieder auf ihren Zweckmässigkeitsbegriff besinnt und für diesen kämpft. Es ist dies ein Kampf in erster Linie in den eigenen Reihen. So wehrt sich die Ärzteschaft standhaft, die Qualität ihrer Indikations- und Behandlungsentscheide mit einem Screening sicherzustellen, mit einer Kontrolle, wie sie in jeder anderen Branche üblich ist. Stichprobenartige Einsicht und Diskussion von Patientendossiers nach dem Zufallsprinzip in interinstitutionellen Expertenaudits vermögen dies zu leisten. Werden hier allerdings ökonomische Skalen, Kriterien und Werte hineingemischt, so kann es nicht gelingen, mit solchen Peer-Reviews eine medizinische Ethik zurückzugewinnen. Es wird vielmehr eine ökonomisch-utilitaristische Ethik bedient und etabliert.

Die ethische Maxime der Medizin ist im Grunde ja klar und in einem einzigen Satz zu fassen: *Behandle deinen Patienten niemals aus anderen Gründen, als weil die Behandlung medizinisch zweckmässig ist.* Das ist durchaus kompatibel mit Kant'scher Deontologie, und die Umkehrung *Behandle deinen Patienten stets aus anderen Gründen, als weil die Behandlung medizinisch zweckmässig ist.* gerät leider immer näher zur medizinischen Realität. Wenn die Gesundheitsökonomie es schafft, die Medizin von ihrer Handlungsmaxime einzig zum Wohl des Patienten abzu-

bringen, dann gelingt das, indem sie ihr Menschenbild des Homo Medicus als realitätsfern diskreditiert, indem sie es einer Situation aussetzt, in welcher es nicht haltbar scheint: die Situation von Krieg und Krise. Wie dies geschieht, habe ich im Abschnitt ab Seite 34 aufgezeigt.

Die Ökonomie ist auf diese Inszenierung auch angewiesen. Der Ruf nach ihr wird ja vor allem in Zeiten von Krieg und Krisen laut, laufen die Dinge gut, fehlt ihr die Existenzberechtigung. Dabei wird allerdings unterschlagen: Es wäre in Kriegs- und Krisensituationen ein medizinisches Handeln geboten, das doch gerade kein utilitaristisches ist. Hierzu schreibt Christoph Lumer: «Im Rahmen einer Kriegsethik hat der Prioritarismus aber einen speziellen Vorteil: Er ist friedliebend. Denn in einem Krieg am schlechtesten gestellt sind die Kriegstoten. Deshalb gibt der Prioritarismus der Vermeidung von Kriegstoten ein überproportionales Gewicht – etwa im Verhältnis zu Wohlfahrtsminderungen, die Steuerzahler durch hohe Kosten für Peacekeeper erleiden»<sup>71</sup>.

Wenn der Arzt unter dem Primat der Ökonomie zusehends anders handelt, dann kann das nicht ohne moralische Bedenken geschehen. Bei der Beruhigung seines schlechten Gewissens hilft dessen Delegation an Instrumente, die in ihrer Nüchternheit frappieren und einem moralisch inakzeptablen Handeln eine scheinbare Sinnhaftigkeit verleihen, eine Unabwendbarkeit. Diese Aufgabe leisten Instrumente wie Health Technology Assessments HTA, welche in im folgenden Abschnitt untersuchen werde.

---

<sup>71</sup> [http://www.lumer.info/wp-content/uploads/2012/04/A088\\_Lumer\\_EthikHumanit%C3%A4rerInterventionen.pdf](http://www.lumer.info/wp-content/uploads/2012/04/A088_Lumer_EthikHumanit%C3%A4rerInterventionen.pdf)

## Adam Smiths idealer Beobachter und die Gefahren der Aggregation einzelner Individuen in Kosten-Nutzen-Analysen

Die Utilitarismusbeweise von Mill und Sidgwick sind deshalb nicht aufgegangen, weil sie es nicht geschafft haben, die Summationsregel zu plausibilisieren. Dass wir unser eigenes Glück maximieren wollen, mag ja noch halbwegs einleuchten, wieso sollten wir aber bestrebt sein, die gesamte Glückssumme aller Menschen zu maximieren? Adam Smith hat hierzu, noch vor Bentham, Mill und Sidgwick, ein Modell entwickelt, das dies vielleicht als einziges plausibilisieren kann, weshalb Utilitaristen aller Couleur bis in unsere Zeit hinein immer wieder darauf zurückkommen.

Man kennt Adam Smith vor allem als Vater der modernen Ökonomie und assoziiert mit ihm die in *Der Wohlstand der Nationen*<sup>72</sup> formulierte Metapher der unsichtbaren Hand des Marktes, welche das egoistische Streben jedes Marktteilnehmers zum Wohle aller lenke. Smith schreibt: «Wenn daher jeder einzelne soviel wie nur möglich danach trachtet, sein Kapital zur Unterstützung der einheimischen Erwerbstätigkeit einzusetzen und dadurch dieses so lenkt, daß ihr Ertrag den höchsten Wertzuwachs erwarten läßt, dann bemüht sich auch jeder einzelne ganz zwangsläufig, daß das Volkseinkommen im Jahr so groß wie möglich werden wird. Tatsächlich fördert er in der Regel nicht bewußt das Allgemeinwohl, noch weiß er wie hoch der eigene Beitrag ist. Wenn er es vorzieht, die eigene nationale Wirtschaft anstatt die ausländische zu unterstützen, denkt er nur an die eigene Sicherheit, und wenn er dadurch die Erwerbstätigkeit so fördert, daß ihr Ertrag den höchsten Wert erzielen kann, strebt er lediglich nach eigenem Gewinn.»<sup>73</sup>

Smiths Moraltheorie nun folgt einer analogen Logik. In seinem zweiten Hauptwerk *Theorie der ethischen Gefühle*<sup>74</sup> geht Smith der Frage nach, was den Menschen überhaupt zu moralischem Handeln bewegt. Laut Smith geht dies aus dem Umstand hervor, dass sich Menschen gegenseitig beobachten, ihr Verhalten entsprechend anpassen, um sich in den Konventionen zu bewegen. Das ist allerdings noch eine egoistische Position. Wachsen wir darüber hinaus und sehen uns als Teil eines Kollektivs, einer Gemeinschaft, so beziehen wir auch die anderen und deren Ansprüche in unsere Abwägungen mit ein, ebenso wie wir deren Handlungen moralisch beurteilen. Hierbei stehen sich, so Smith, zwei konkurrierende, sich im Idealfall ergänzende Kräfte gegenüber: Wohlwollen und Selbstbeherrschung. Allein mit Wohlwollen ist kein moralisches Urteilen möglich, denn die Fragen moralischer Entscheidungen, moralische Dilemmata, stellen sich ja gerade dort, wo sich konkurrierende Ansprüche, zuwiderlaufende Handlungsoptionen gegenüberstehen. Tritt man allen

<sup>72</sup> <https://www.goodreads.com/ebooks/download/11566075-der-wohlstand-der-nationen>

<sup>73</sup> Adam Smith: *Der Wohlstand der Nationen*, viertes Buch, Kapitel 2

<sup>74</sup> <http://www.inwo.ch/cms/Lesegruppe/leseabend/23-03/vorbereitung/SmithTheorieDerEthischenGefuehle.pdf>

Parteien allein mit Wohlwollen entgegen, so gelangt man nicht zu einer Entscheidung. Hier nun kommt die zweite Kraft ins Spiel, die Selbstbeherrschung: Ich muss von der Situation Abstand nehmen, sie abstrahieren, um zu einem objektiven Urteil zu kommen. Erst durch diesen Abstand gewinne ich einen Überblick, kann die Ansprüche gegeneinander abwägen und sehe, welche Optionen insgesamt mehr Gutes schaffen. Beides, Wohlwollen und Selbstbeherrschung, Empathie und Abstand, leistet der ideale Beobachter, ein Modell vergleichbar der unsichtbaren Hand des Marktes, die ganz natürlich für das Wohl aller sorgt.

Das Modell hat den Vorteil, dass es die Summenregel des Utilitarismus zu begründen vermag. Nehme ich so viel Abstand von den einzelnen Menschen, dass diese zu einem einzigen grossen Menschen, zu einer Superperson verschmelzen, so ergibt es auch aus meiner Position als Individuum Sinn, den Gesamtnutzen aller maximieren zu wollen, denn ich bin ja auch Teil dieses Ganzen. Das kann ich allerdings nur, wenn ich nicht nur selbstbeherrscht, sondern gleichzeitig auch einfühlsam bin, wohlwollend, denn sonst liegt mir ja nichts an den anderen, ja ich könnte dann ich ihre Bedürfnisse wohl nicht einmal erkennen. Wohlwollen und Selbstbeherrschung, Empathie und Abstraktion, schaffen also ein moralisches Gleichgewicht, welches die Perspektive des unparteiischen Beobachters idealisiert. Das erinnert an den Buddhismus und ist auch mit ihm verglichen worden. Und wir spüren hier eine ähnliche Ambivalenz. Könnte es sein, dass ein solches System uns als Menschen gar nicht meint, dass wir also in der Nutzensumme verlorengelassen werden?

Das Modell hat seine Berechtigung, sind beide Kräfte, Empathie und Abstraktion, ausgeglichen, und so empfinden wir als Individuen ja auch alle mehr oder weniger, wenn es um Fragen Gemeinwohl versus Individualwohl geht. In Gruppen oder ganzen Gesellschaften spielen aber gruppenspezifische Prozesse. Hier kann es geschehen, dass eine der beiden Kräfte die Überhand gewinnt. In Kriegszeiten beispielsweise lassen wir unser Wohlwollen, unsere Empathie, auch mal hintanstehen, die Selbstbeherrschung, die Abstraktion, gewinnt die Oberhand. Dabei handelt das Individuum nicht mehr als solches, sondern als Teil einer Gruppe, etwa als Soldat einer Armee. Gesunde Menschen sind überhaupt nur in einer solchen Situation und in einer legitimierte Gruppe fähig zu amoralischem Handeln. Nun ist Töten kein Verbrechen, sondern eine Pflicht für das Vaterland, eine Tugend. Diese Pflicht kann nur erfüllen, wer seine Empathie ausblendet.

Die Inszenierung eines Kriegs- und Krisenszenarios durch die Gesundheitsökonomie, wie ich es oben beschrieben habe, führt nun aber zu dieser Situation. Als Teil einer Gruppe, eines Teams der Versorgungsforschung, einer Behörde, eines gesundheitsökonomischen Instituts, und in der Pflicht, angeblich aus dem Ruder laufende Kosten zu senken, ist der einzelne Akteur, der Soldat der Gesundheitsökonomie, bereit zu Empfehlungen und Weisungen, die Patienten töten können. Dies etwa indem ihnen, basierend auf diesen Empfehlungen, unter Umständen eine medizinisch

nötige Behandlung aus Kostengründen verweigert wird. Der Arzt aber, der diese Entscheide am Krankenbett vollziehen muss, steht als Individuum einem Individuum gegenüber und ist folglich zu dieser Abstraktion schwerer fähig, weil hier das Wohlwollen den gesunden Ausgleich schafft.

Dass schwere moralische Vergehen nicht eintreten könnten, da uns Menschen ein natürliches Moralempfinden gegeben sei, welches dies verhindere, ist eine beliebte Argumentation von Utilitaristen. Das ist vielleicht der Fall, wenn die Kräfte ausgeglichen sind, geraten Empathie und Abstraktion aber ins Ungleichgewicht, so sieht es anders aus. Und eben dies geschieht im Gesundheitswesen seit einiger Zeit, indem die Hoheitsmacht der Medizin über den Indikations- und Behandlungsentscheid immer mehr beschnitten wird von Kräften, die so weit weg sind vom Patienten als Einzelfall, dass sie sich einen Superpatienten denken können. *Die Menschen* haben aber keine Krankheiten, das hat nur ein bestimmter Mensch. *Die Menschen* haben keine Präferenzen, das hat nur ein bestimmter Mensch. Der Utilitarismus ist dafür blind. Er kann innerhalb seiner Theorie und unter Berufung auf eine Superperson amoralisches Handeln nicht nur nicht verhindern, er begünstigt es mitunter sogar, insbesondere, wenn er sich mit einem ökonomischen Liberalismus verschränkt. Das kann sogar so weit gehen, dass moralisches Handeln mit Sanktionen belegt wird, was wir bei den Wirtschaftlichkeitsverfahren der *santésuisse* beobachten. Hier etabliert sich ein komplett auf den Kopf gestelltes Moralverständnis: der Mediziner muss sich, handelt er moralisch, rechtfertigend dem Vorwurf stellen, dieses Handeln sei unethisch, weil er damit Ressourcen verschwende.

In Kosten-Nutzen-Analysen ist oben beschriebenes Ungleichgewicht nicht nur systematisiert, sondern auch institutionalisiert, und dies nicht nur in den Institutionen der Krankenkassen, sondern auch bei den Behörden. Da solche Analysen im Begriff sind, immer mehr zu Grundlagen für Rationierungsentscheide zu werden oder es bereits sind, wollen wir zunächst unseren Blick auf einen Bereich der Medizin richten, wo das Krisenszenario nicht inszeniert, die Knappheit der Ressourcen eine effektiv gegebene ist: die Transplantationsmedizin. Würde man hier utilitaristisch argumentieren, so könnte man die sozioökonomische Stellung als Kriterium wählen: Je mehr Menschen vom Empfänger abhängig sind (Familie, Arbeit, Gesellschaft), desto höher ist sein Anspruch auf ein Organ. Oder man könnte eine Kosten-Nutzen-Abwägung machen und bestimmen, dass nur dann ein Organ zur Verfügung gestellt wird, wenn dieses Verhältnis ökonomisch günstig ist. Ein betagter Patient mit Leberzirrhose und bereits einigen Folgeschäden würde dann eher kein Organ bekommen, da die Operation zwar vielleicht auch in diesem Fall erfolgreich durchgeführt werden könnte, aber mit einigen Komplikationen verbunden wäre, die ins Geld gingen. Oder man könnte die Spenderbereitschaft als Kriterium heranziehen: Nur wer auch Organe spenden, bekommt im Bedarfsfall welche, denn nur er zahlt ja auch in die Nutzensumme ein. Oder persönliches Risiko-



verhalten wie Rauchen, Trinken, Extremsport, könnte die Chance auf ein Spenderorgan vereiteln. Das alles tut man nicht. Die beiden ethischen Regeln, nach denen in der Schweiz Organe zugeteilt werden, sind 1. Chancengleichheit: Alle sollen die gleichen Chancen auf ein Organ haben. 2. Medizinischer Nutzen: Jene sollen Vorrang haben, bei denen die Transplantation des Organs die beste Chance auf Erfolg hat, und zwar unabhängig von den Kosten.

Diese beiden Regeln ergeben sich direkt aus der medizinischen Praxis, aus welcher heraus sich die Transplantationsmedizin in der Schweiz entwickelt hat. Deshalb wird sie, wenn auch im Einzelfall manchmal das Gefühl einer Ungerechtigkeit entstehen mag, insgesamt doch als gerecht empfunden. Das spiegelt sich in einer stetig steigenden Spenderbereitschaft wider. Unsere Kosten-Nutzen-Analysen hingegen gehen einen anderen Weg: Sie entkoppeln sich von der medizinischen Praxis und machen vom Schreibtisch aus Empfehlungen, die nicht nur ungerecht, sondern mitunter auch medizinischer Unsinn sind.

Die Abwägungen haben oftmals etwas Manipulatives, wählen selektiv jene Studien und in diesen jene Fakten und Zahlen aus, welche in die beabsichtigte Empfehlung münden. Unter den Händen komplizierter Rechenspiele rückt die Empathie in den Hintergrund. Es stellt sich die Frage, um auf Adam Smith zurückzukommen, ob der Abstand der Betrachtung in solchen «Analysen» tatsächlich so gross ist, dass die eigenen Interessen ausgeblendet werden und ebenso in der Nutzen-summe verschwinden wie alle anderen Interessen aller anderen Individuen. Man hat hier eher den Eindruck, der Abstand sei gerade so gross, dass sich einzelne Interessengruppen noch erkennen lassen, denen man sich verpflichtet fühlt und zudient, die Empathie aber bereits beträchtlich heruntergedimmt ist. Wenn dann die Medizin als ausgleichende Kraft auch noch aussen vor gelassen oder nur zum Schein einbezogen wird, dann wird es gefährlich.

Eine vollständige Kosten-Nutzen-Abwägung kann nicht einfach Behandlungskosten zusammenzählen und sie einem medizinischen Nutzen, einer gewonnenen Lebensqualität, gegenüberstellen. Beide Seiten sind komplex, es muss folgendes abgebildet werden:

#### **Der medizinische Gesamtnutzen**

Eine Behandlung betrifft nicht nur die betreffende Indikation, sondern auch die medizinische Gesamtsituation. Ein Patient etwa, der wegen seinen Hüftbeschwerden ans Bett gebunden ist, kann sich folglich auch weniger bewegen. Dadurch nimmt er an Gewicht zu, was möglicherweise seine Herz-Kreislauf-Probleme akzentuiert. Überdies fehlt ihm vielleicht die Bewegung, das Wandern in der Natur, weshalb er seelisch verstimmt ist und Antidepressiva braucht. All dies kann in diesem Fall die Hüftoperation positiv beeinflussen.

### **Die medizinischen Nettokosten**

Jede Behandlung verursacht Kosten, für die Behandlung selbst und für die Rehabilitation. Sie hilft aber auch, Kosten zu sparen, dadurch, dass dann andere Behandlungen nicht oder nicht mehr nötig sind. Diese Optionen gilt es, gegeneinander aufzurechnen, um zu effektiven Nettokosten zu gelangen. Oftmals werden hier aber nur die Bruttokosten errechnet, es wird rein linear addiert, womit die wirklichen Kosten verzerrt dargestellt sind. Geschieht dies auf der Makroebene, so können unterlassene Behandlungen für ganze Indikations- und Behandlungsgruppen systematisch unterschätzt werden. Mit der Folge unerwarteter Mehrkosten, welche die Behandlungskosten übersteigen können.

### **Der persönliche Gesamtnutzen**

Der Gewinn, den ein Patient an einer Behandlung hat, kann auf verschiedenen Ebenen anfallen: die Verringerung oder Überwindung körperlicher, emotionaler, mentaler, sozialer und alltagsfunktionaler Beeinträchtigungen. Die Behandlung einer Krankheit etwa, die den Patienten im sozialen Umgang behindert, vielleicht sogar stigmatisiert oder gar isoliert, kann nicht einfach mit einem Wert für die wiedergewonnene funktionale Gesundheit erfasst werden. Auch ist ein solcher Wert, selbst wenn er alle obigen Aspekte mitabbilden würde, nicht immer im Voraus absehbar. Viele Vorteile, die hier zu gewinnen sind, zeigen sich ihm erst nach erfolgreicher Behandlung. Auch werden Effekte, die sich negativ auf die persönliche Nutzen-summe auswirken, erfahrungsgemäss prospektiv höher eingeschätzt, als sie es dann sind, wenn sich der Patient an die neue Situation gewöhnt hat.

### **Die persönlichen Nettokosten**

Auch auf der persönlichen Seite des Patienten fallen durch eine Behandlung Kosten an. Nicht nur die direkten Kosten des Selbstbehalts, sondern auch Kosten, die die Behandlung mit sich bringt. Auch hier gilt es, dies den Kosten gegenüberzustellen, die durch eine Behandlungsunterlassung entstehen: höhere Pflegekosten, höhere Lebenshaltungskosten, beispielsweise für eine spezielle Ernährung oder weil zur Sicherstellung der Mobilität das Taxi benutzt werden muss etc. Eine Betreuung, die den Patienten in seiner Entscheidungsfindung umfassend unterstützt, muss ihm auch dabei helfen, eine solche Rechnung für sich zu erstellen. Geschieht dies nicht, so kann auch nicht von einer autonomen Patientenentscheidung geredet werden.

### **Der gesellschaftliche Gesamtnutzen**

Durch eine Behandlung entsteht ein direkter gesellschaftlicher Nutzen. Der Patient kann wieder in den Arbeitsprozess eingebunden werden und zum Bruttoinlandprodukt beitragen, Beiträge durch Arbeitslosen- und Invalidenversicherungen verringern sich oder entfallen ganz etc. Oftmals wird aber, beispielsweise bei diagnostischen medizinischen Leistungen, in der Gesamtrechnung der emotionale Nutzen auf der gesellschaftlichen Ebene nicht berücksichtigt. Wer bezüglich seiner gesundheitlichen Situation beunruhigt ist und sich in seiner Sorge nicht ernstgenommen fühlt, der hat auch Schwierigkeiten, seinerseits Sorge für die Gesellschaft zu tragen, seinen Beitrag für sie zu leisten. Noch direkter ist dieser Nutzen in der Prävention, die mehr ist als Verhindern von Krankheit: auch eine emotionale und mentale Unterstützung gerade jener Bürgerinnen und Bürger, die sich selbst gegenüber verantwortungsvoll sind, folglich auch eher bereit, gesellschaftliche Verantwortung zu übernehmen. Hier wirkten sich Beschneidungen auf verschiedenen Ebenen negativ aus, indem damit eine Kultur der Gleichgültigkeit geschaffen wird.

### **Die gesellschaftlichen Nettokosten**

Obigen Gesamtnutzen gilt es den gesellschaftlichen Kosten gegenüberzustellen, um zu realistischen Nettokosten zu gelangen. Werden sie es nicht, so kann es passieren, dass man Kosten zwar vermeintlich spart, effektiv aber nur verschiebt.

Diese Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sollte aber doch einen Eindruck der Komplexität geben. In Deutschland hat das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) in seinem unlängst erschienenen Papier *Die Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung für Deutschland*<sup>75</sup> eine gesamtheitliche Sicht auf das Gesundheitswesen als Ganzes aufbereitet, was sehr interessant ist. Ein vergleichbares Papier gibt es in der Schweiz nicht, was sich dann eben auch auf die Betrachtungen einzelner Sachverhalte auf der Meso- und der Mikroebene auswirkt. Damit eine Kosten-Nutzen-Abwägung wenigstens eine utilitaristisch korrekte ist, müssen alle oben aufgelisteten Aspekte miteingerechnet werden. Meistens sind solche Analysen bei uns aber noch nicht einmal ökonomisch korrekt. Die Rede ist hier nicht etwa von den Abwägungen kleinerer Institute mit beschränkten personellen Ressourcen, sondern von Hochrechnungen von behördlicher Seite, die zur Rechtfertigung wichtiger Entscheide herangezogen werden.

<sup>75</sup> [http://www.bioconvalley.org/fileadmin/user\\_upload/Downloads/bcv/Veranstaltungsinfos/2015\\_GWiZ/die-gesundheitswirtschaftliche-gesamtrechnung-fuer-deutschland.pdf](http://www.bioconvalley.org/fileadmin/user_upload/Downloads/bcv/Veranstaltungsinfos/2015_GWiZ/die-gesundheitswirtschaftliche-gesamtrechnung-fuer-deutschland.pdf)

Ein besonders deutliches Beispiel: 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 würden<sup>76</sup>. Im Jahr 2013 betrug die Fabrikkosten für Medikamente rund 4.1 Milliarden Franken<sup>77</sup>. Der Bund rechnet also gemäss Oliver Peters mit Zusatzkosten von rund 4 Milliarden Franken. Gestützt auf akzeptierte Schätzungen leben in der Schweiz rund 80'000 Personen mit Hepatitis C<sup>78</sup>, dem BAG sind insgesamt 33'300 Fälle gemeldet worden<sup>79</sup>. 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. Im Folgenden die Rechenfehler an einer Modellrechnung zu Harvoni<sup>80</sup> (Leser, die nicht an mathematischen Details interessiert sind, können nur die Überschriften lesen).

#### **Die kürzere Behandlungsdauer wird nicht eingerechnet.**

Das BAG will, entgegen internationaler Richtlinien, die Behandlung des Stadiums F2 verhindern. Nimmt man die gemeldeten Fälle (N=33'300) und Resultate aus epidemiologischen Studien<sup>81</sup>, so befinden sich 29% der Patientinnen und Patienten mit Hepatitis C im Stadium F2 (ebenfalls 29% in den Stadien F3+4). In 5 Jahren erleiden 12% dieser Patientinnen und Patienten eine schwerwiegende gesundheitliche Störung oder den Tod: 1% Leberzellkrebs, 4% dekompensierte Leberzirrhose, 1% Lebertransplantation, 6% sterben (bei F3+4: 8% Leberkrebs, 13% dekompensierte Leberschwäche, 3% Lebertransplantation, 27% Todesfälle). Da diese Ereignisse im Verlauf linear zunehmen, verdoppeln sich die Zahlen für das Stadium F2 in 10 Jahren auf 24% schwerwiegende Komplikationen (wovon 12% versterben würden). Da im Stadium F2 noch keine schwere Form der Hepatitis C vorliegt, genügen mit Harvoni aber in der Regel 8 Wochen Behandlung. Bei früherer Behandlung liegen die Kosten also statt bei 61'956 Franken nur bei 41'567 Franken (zwei statt drei Monate Behandlung). Zu diesen Kosten müssten 29% der 33'300 Erkrankten, also 9'657, einmalig behandelt werden, die Harvoni-Kosten würden für diese Gruppe somit 401 Millionen

<sup>76</sup> <http://www.tagesanzeiger.ch/wirtschaft/standard/Ein-Geschaef-fast-ohne-Konkurrenz/story/24063385>

<sup>77</sup> <http://www.interpharma.ch/fakten-statistiken/1894-schrumpfender-kassenpflichtiger-markt>

<sup>78</sup> SWISS MEDICAL FORUM 2015;15(17):360–365

<sup>79</sup> <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/15237/?lang=de>

<sup>80</sup> [www.docfind.ch/VEMSHepatitisC.xlsx](http://www.docfind.ch/VEMSHepatitisC.xlsx)

<sup>81</sup> [http://www.natap.org/2014/AASLD/AASLD\\_46.htm](http://www.natap.org/2014/AASLD/AASLD_46.htm)

Franken betragen. Die Alternativtherapie mit Roferon und Ribavirin müsste ein Jahr lang durchgeführt werden und würde 136 Millionen Franken kosten. Die effektiv erwarteten Zusatzkosten betragen somit 401 minus 136, also 265 Millionen Franken.

**Die höhere Heilungsrate wird nicht eingerechnet.**

Die bisherige Therapie weist nur eine Heilungsrate von ca. 50% auf, was bedeutet, dass die Hälfte der 136 Millionen Franken, also 68 Millionen Franken, vergebens aufgewendet werden. Demgegenüber steht eine 99% Erfolgsaussicht mit Harvoni. Würde man in einem sequentiellen Szenario zunächst mit den bisherigen Medikamenten behandeln und erst auf Harvoni wechseln, wenn nach einem Jahr ein Therapieversagen mit der Kombination Roferon und Ribavirin festgestellt würde, so stiegen die Kosten im Vergleich zur direkten Behandlung mit Harvoni von 265 Millionen auf 337 Millionen Franken. Da die Risiken im Stadium F2 in 5 Jahren 12% betragen (in 10 Jahren 24%), müssen in 5 Jahren 8.3 Personen behandelt werden, um ein Ereignis zu verhindern, entsprechend 4.2 in 10 Jahren (number needed to treat: NNT). Multipliziert man die Behandlungskosten mit dem NNT, erhält man die Kosten pro vermiedenes Ereignis in der Gruppe F2. Diese betragen über 10 Jahre gerechnet für Harvoni 173'233 Franken und für die konventionelle Therapie 116'986 Franken. Die Zusatzkosten mit Harvoni gegenüber der bisherigen Therapie betragen somit 56'248 Franken in 10 Jahren oder 5'625 Franken pro Jahr.

**Die Kosten bei Nichtbehandlung werden nicht eingerechnet.**

Die medizinischen Zusatzkosten der unbehandelten Hepatitis C (gegenüber der behandelten Hepatitis C) werden mit Jahreskosten von 7'456 \$, jene betreffend den Produktivitätsausfall (am Arbeitsplatz) mit solchen von 4'847 \$ angegeben; zusammengerechnet ergeben sich gesellschaftliche Kosten von 12'303 \$ pro Jahr<sup>82</sup>. Die Gesamtkosten für die Heilung von Hepatitis C mit Harvoni betragen im Stadium F2-4 eine Milliarde Franken, die Behandlungskosten für die bisher übliche Medikation betragen 272 Millionen Franken, die Zusatzkosten betragen für Harvoni also 728 Millionen Franken. Die Zusatzkosten nach Abzug von 50% Therapieversager mit der bisherigen Therapie betragen 44 Millionen Franken. Würde man schon im Stadium F2 behandeln, um die Folgestadien zu verhindern, könnten nochmals 200 Millionen Franken eingespart werden.

---

<sup>82</sup> [http://www.natap.org/2014/HCV/071414\\_03.htm](http://www.natap.org/2014/HCV/071414_03.htm)

Trotz sehr hoher Medikamentenkosten sinkt gemäss obigen Berechnungen die Prämienlast mit Harvoni also in den nächsten 10 Jahren um 0.31% pro Jahr, wenn die Limitation für an Hepatitis-C-Erkrankte im Stadium F2 aufgehoben wird. Die Rechtfertigung Oliver Peters für die Limitation ist folglich schon ökonomisch haltlos. Dass sie auch juristisch auf wackeligen Beinen steht, besagt ein VEMS-Gutachten<sup>83</sup> des Versicherungsrechtsexperten Prof. Ueli Kieser. Ethisch ist der Entscheid vor diesem Hintergrund noch problematischer. Wenn er mit einer utilitaristischen Argumentation verkauft wird, dann ist das ein Etikettenschwindel. Er ist eher das Gegenteil: er schafft auf verschiedenen Ebenen schon fast den grösstmöglichen Schaden für die grösstmögliche Zahl. Dem Utilitarismus kommt dabei aber die Rolle zu, jenen Abstand einnehmen zu können, den es braucht, um so problematische Entscheide überhaupt fällen zu können, dabei aber auch jene Empathie zu vermitteln, die glaubhaft zu machen ist, damit sie geschluckt werden.

Einen (bis jetzt noch) weniger direkten Einfluss auf den Indikations- und Behandlungsentscheid haben Health Technology Assessments HTA. Ich werde weiter unten aufzeigen, wie der Prozess von HTAs in der Schweiz aufgegleist wurde, hier sollen Qualität und Problematik der Berichte selbst im Mittelpunkt stehen. Durchgeführt werden diese Assessments vom Swiss Medical Board SMB<sup>84</sup>, und ihr Ziel ist jeweils ein Bericht, der als Empfehlung an Entscheidungsträger und Leistungserbringer verfasst wird, aber auch der Öffentlichkeit zugänglich gemacht und bei den bis dato erstellten Berichten<sup>85</sup> jeweils auch von der Presse besprochen wurde.

Anders als in anderen Ländern kommt in der Schweiz dabei das QALY-Konzept zum Einsatz, welches ich bereits angesprochen habe. QALY ist eine Kennzahl für die Bewertung eines Lebensjahres in Relation zur Gesundheit. Ein QALY von 1 bedeutet ein Jahr in voller Gesundheit, während ein QALY von 0 einem Versterben entspricht. Dieser Wert wird alsdann den durchschnittlichen Kosten gegenübergestellt und das so errechnete Kosten-Nutzen-Verhältnis beurteilt. Hier liegt der springende Punkt: Womit wird verglichen und mit welchem Ziel? Dazu eine Übersicht:

Vergleich verschiedener Alternativen zur Behandlung einer bestimmten Indikation	Diese Art des Vergleichs ist weithin akzeptiert und auch unproblematisch. Sie kommt innerhalb der Health Technology Assessments der Zulassungsbehörden zur Anwendung, wenn es darum geht, zu beurteilen, ob ein neu einzuführendes Medikament oder eine neu einzuführende Medizintechnik gegenüber bestehenden Behandlungen einen Mehrwert hat, oder bei Preisverhandlungen, wenn dieser Mehrwert später nicht mehr gegeben ist.
---	--

<sup>83</sup> <http://docfind.ch/Kieser052015.pdf>

<sup>84</sup> <http://www.medical-board.ch>

<sup>85</sup> <http://www.medical-board.ch/index.php?id=809>

<p>Beurteilung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses einer bestimmten Behandlung einer bestimmten Indikation, ohne alternative Behandlungen zu untersuchen</p>	<p>Diese Art der Beurteilung ist die in Schweizer HTAs am häufigsten gemachte. Dabei wird entweder mit einer Kostenobergrenze verglichen oder ohne einen solchen Vergleich moniert, die Behandlung sei im Verhältnis zum Nutzen zu teuer. Das ist dann problematisch, wenn die Berechnungen nicht korrekt oder verzerrt sind.</p>
<p>Vergleich der Effektivität einer Behandlung bei einer Indikation mit derjenigen einer anderen Behandlung bei einer anderen Indikation</p>	<p>Diese Art des Vergleichs ist der problematischste. Der Fall des siebenjährigen Coby Howard, der 1987 im Staat Oregon in den USA sterben musste, weil seine Knochenmarktransplantation von Medicaid nicht abgedeckt wurde, hat vielen die Augen geöffnet<sup>86</sup>. Die Grundlage hierfür war ein Gesetz, das interindikationsvergleichende Effektivitätsanalysen unter Einbezug von QALYs anstellte und entsprechend priorisierte, sprich rationierte. Die Idee, sich die Frage zu stellen, wie viel mehr mit dem gewonnenen Geld bei unterlassenen teuren bis sehr teuren Behandlungen für andere, günstigere Behandlungen eingesetzt werden kann, hatte die Stimmbürger überzeugt. Die Priorisierungslisten waren aber absurd und mussten später nachkorrigiert werden. So wurde etwa die Therapie gegen Daumenlutschen als kosteneffektiver beurteilt als die Behandlung von fibrozystischer Entzündung und AIDS. Der Fall von Coby Howard schliesslich zeigte der Bevölkerung, dass diese absurden Zahlenspiele Leid und Tod Unschuldiger bedeuten können, und so wurde das Experiment abgebrochen. Die Anzahl Eingriffe der Behandlungen, für die das Geld angeblich gespart wurde, stieg im Übrigen in den Folgejahren nicht an, das Geld wurde also anderweitig verwendet<sup>87</sup>.</p>
<p>Vergleich der Effektivität einer Behandlung einer Indikation mit der Effektivität einer anderen Investition für das Gemeinwohl</p>	<p>Dieser Vergleich wäre noch problematischer. Direkt wird er auch nicht gemacht, doch bei der Rechtfertigung von Kostenobergrenzen wird so argumentiert: Wir müssen auch andere Bereiche finanzieren. Ob das eingesparte Geld dann wirklich dorthin, wofür man es angeblich eingespart hat, ist fraglich.</p>

Die ethischen Probleme von Interindikationsvergleichen und wohl auch die diesbezüglichen Erfahrungen mit dem Experiment von Oregon haben dazu geführt, dass QALYs im internationalen Dis-

<sup>86</sup> <http://content.healthaffairs.org/content/10/2/7.full.pdf>

<sup>87</sup> [http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKM\\_Band17\\_Kapitel5\\_K%C3%BChn.pdf](http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKM_Band17_Kapitel5_K%C3%BChn.pdf)

kurs<sup>88</sup> heute kaum noch eine Akzeptanz finden. Zu offensichtlich ist ihre systeminhärente Diskriminierung von alten, mehrfachkranken und behinderten Patienten, da der QALY-Wert mit dem Alter und mit der Beeinträchtigung sinkt<sup>89</sup>. In England, bisher das Land mit der konsequentesten Anwendung von QALY, hat die legislative Gesundheitsreform dem National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) die Anwendung von cost-per-QALY-Grenzen inzwischen verboten und vorgeschlagen, solche Werte nicht mehr für Entscheidungen für oder gegen eine Behandlung zu verwenden, sondern vielmehr bei Preisverhandlungen mit der Industrie. Auch in den USA sind QALYs als Entscheidungsgrundlage für oder gegen medizinische Behandlungen umstritten, andere Länder wie Frankreich, Spanien oder Italien arbeiten gar nicht mit dem QALY-Konzept.

Wenn die Wissensnation Schweiz HTA-Berichte dennoch unter Anwendung des QALY-Konzepts erstellt, dann dürfte klar sein, dass dies nicht im Sinne eines wissenschaftlichen, sondern eher eines politischen Instruments geschieht. Da sie die tatsächliche medizinische Situation in ihrer Komplexität, wie ich sie oben umrissen habe, oftmals nicht adäquat abbilden, eignen sich QALY dafür auch sehr gut. Bedingt durch ihre Verzerrung und Verzerrbarkeit können mit ihnen Berichte erstellt werden, die die unterschiedlichsten Interessen bedienen und dabei stets den Eindruck nüchterner, gleichzeitig fürsorglicher Rechtfertigungen schwieriger, angeblich aber unumgänglicher Entscheide liefern.

Die Argumentation für QALY<sup>90</sup> ist interessant: Man ist sich über den Vorteil des Interindikationsvergleichs weitgehend einig, betont dann aber, dass HTAs nicht als Grundlage für Indikations- und Behandlungsentscheide eingesetzt würden. Dann braucht es aber gar keinen Interindikationsvergleich, und wenn es diesen nicht braucht, dann braucht es auch keine QALYs. Vergleiche der ersten und der zweiten Gruppe obiger Liste können genauso gut mit dem Konzept der Number needed to treat NNT angestellt werden. NNT fragt, wie viele Patienten mit einer Behandlung behandelt werden müssen, damit einer geheilt wird. So entsteht ein Wert, der Behandlungsoptionen vergleichbar macht, ohne dass dazu eine Wertung der Lebensqualität und damit des Lebens des behandelten Patienten durch QALYs nötig ist. Diese sind nur für die dritte und die vierte Gruppe von Vergleichen nötig, und das sind jene Vergleiche, bei denen heute weithin erkannt ist, dass sie medizinisch problematisch sind.

Die Probleme, die sich beim QALY-Konzept stellen, lassen sich an der QALY-Diskussion und -Argumentation der Schweiz sehr gut ablesen. Es sind die gleichen beiden Probleme, die wir in der Aufbereitung der Genealogie des Utilitarismus von Bentham über Mill zu Sidgwick und Singer kennengelernt haben: die Skala und das Kriterium. Bevor ich darauf eingehe, möchte ich aber noch

<sup>88</sup> [http://cordis.europa.eu/result/rcn/57938\\_en.html](http://cordis.europa.eu/result/rcn/57938_en.html)

<sup>89</sup> <http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetQALY.pdf>

<sup>90</sup> <http://www.bioethica-forum.ch>



einen kleinen Blick darauf werfen, wie QALYs bei uns erstellt werden. Der VEMS untersucht diese Berichte in seinem Dossier HTA<sup>91</sup>. Eine Übersicht der mangelhaftesten der bisher durch das Swiss Medical Board SMB erstellten HTA-Studien liefert unser Factsheet zum Thema<sup>92</sup>.

Wir stellen fest, dass man mit HTAs im Grunde fast jede medizinisch zweckmässige Behandlung als ökonomisch unzweckmässig darstellen kann. Ein Vergleich zeigt den Mechanismus: Nehmen wir an, wir untersuchen das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Sicherheitsgurten. Betrachten wir den Sachverhalt nur über den Zeitraum von fünf, nicht von zehn und mehr Jahren, so sinkt die Wahrscheinlichkeit eines verhinderten Schadens bei einem Unfall, ergo verschlechtert sich das Kosten-Nutzen-Verhältnis. Nehmen wir nun die beiden Gruppen *sehr junge Fahrer* und *sehr alte Fahrer* aus der Betrachtung heraus, mit der Begründung, das seien Spezialfälle, so nimmt dieses Risiko weiter ab, denn hier ereignen sich ja die meisten Unfälle. Das könnte dann zur unsinnigen Empfehlung führen, Sicherheitsgurten zu tragen lohne sich nicht.

Der VEMS hat im Zuge seiner Durchforstung der HTA-Berichte des SMB einen 5-Schritte-Mechanismus eruiert, mit dem es gelingt, eine medizinisch zweckmässige Behandlung als ökonomisch unzweckmässig darzustellen: 1. Man verkürze die Dauer der untersuchten Wirkung. 2. Man nehme Durchschnittswerte der Wirkung aus einer randomisierten Studie für eine bestimmte Patientengruppe und behaupte, diese Wirkung würde für alle gelten. 3. Man führe neue Grenzen ein, ab wann die Behandlung eingesetzt werden soll, sodass letztlich niemand mehr behandelt werden muss, und behaupte, es gäbe eine Formel, dies zu berechnen. 4. Man stelle sich auf den Standpunkt, die relative Risikoreduktion spiele keine Rolle, es zähle nur, ob die Gesamtsterblichkeit günstig beeinflusst werde. 5. Man nehme selektiv historische Zahlen und übertrage deren Wirksamkeitsnachweis auf heute. Ausser Knochenbruchoperationen kann man so im Prinzip jede Behandlung diffamieren, falls man der Meinung ist, sie gehöre nicht in die obligatorische Krankenversicherung.

Zurück zum QALY-Konzept: Als utilitaristisches Abwägungskonzept ererbt es nicht nur die beiden Grundprobleme des Utilitarismus *Skala* und *Kriterium*, sondern auch den bei Sidgwick angelegten Fehler, Probleme des Kriteriums in der Skala lösen zu wollen, wozu dann jeweils ein Ausweichen nötig ist. Bei Sidgwick war das ein Ausweichen in den Common Sense, bei Singer und auch bei den Befürwortern von QALYs wird in die Soziologie und die Psychologie ausgewichen. Da wir bei QALYs aber bereits mit der Skala ein Problem haben, geraten die Argumentationen für dieses Konzept inkohärent. So wird es dann schwierig, überhaupt zu unterscheiden, ob jeweils von der Skala die Rede ist oder vom Kriterium.

Im klassischen Utilitarismus ist die Skala das Glück. Bentham hat zu seiner Objektivierung das Konzept einer linear-additiven Aggregation des Wohls (Hedonistisches Kalkül<sup>93</sup>) vorgeschla-

<sup>91</sup> <http://www.vems.ch/hta>

<sup>92</sup> <http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetBerichteSMB.pdf>

gen. Nach ihm hängt die Grösse einer Befriedigung bezogen auf ein Individuum von vier Umständen ab: Intensität (intensity), Dauer (duration), Wahrscheinlichkeit ihres Eintretens (certainty) und zeitliche Nähe (propinquity). Damit ist zwar noch nicht bewiesen, dass das Glück immer und für alle gut sein soll, doch immerhin gelingt eine gewisse Objektivierung der Skala. Lebensqualität ist ein schwieriger Skalenwert, weil unvergleichlich komplexer. So betonen QALY-Befürworter denn auch, gemessen werde nur die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Welcher Teil unserer Lebensqualität hängt nun aber von der Gesundheit ab, welcher von anderen Faktoren? Und in welchem Mass? Wissen wir das nur schon für uns selbst? Und falls wir es für uns selbst denn auch wüssten, lässt sich das objektivieren?

Dr. Christine Blome vom Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf (UKE) verwirft dies. Die Psychologin legt in ihrer vielbeachteten Arbeit «Lebensqualität als radikal subjektives Wohlbefinden: methodische und praktische Implikationen»<sup>94</sup> dar, dass die gängigen Messungen von Lebensqualität mit systematischen Verzerrungen einhergehen. Ihre These: «Was derzeit unter dem Begriff „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ gemessen wird, ist nicht die tatsächlich erlebte Lebensqualität der Patienten. Gemessen wird vielmehr die erwartete Lebensqualität.» Dr. Blohme schreibt einleitend: «Der Ansatz der Beeinträchtigungsindikatoren ist hinsichtlich der Validität problematisch: Die gleichen Umstände können – insbesondere aufgrund von Adaptationsprozessen – von verschiedenen Menschen als unterschiedlich beeinträchtigend erlebt werden.» Auch eine radikal subjektive Lebensqualitätskonzeption hat ihr gemäss aber Tücken. Diese liegen in eben jenen Adaptationsprozessen: «Häufig belasten gleichbleibende Einschränkungen durch eine Erkrankung den Patienten mit der Zeit immer weniger (Frederick und Loewenstein 1999; Ubel 2006). Wenn jemand schwer oder chronisch erkrankt, ist er oder sie typischerweise zunächst niedergeschlagen, verzweifelt oder zornig. Diese Gefühle werden jedoch mit der Zeit meist schwächer.»

Dr. Blomes Ausführungen sind mit Fällen aus der Praxis untergelegt und decken sich auch mit unserer Empirie: «Adaptation tritt auch nach positiven Ereignissen und Veränderungen auf. Sei es eine Heirat oder eine Gehaltserhöhung – über kurz oder lang lässt das anfängliche Glücksgefühl meist stark nach. Dies wird häufig als „hedonistische Tretmühle“ beklagt (Larsen und Prizmic 2008). Bei negativen Ereignissen hingegen ist Adaptation etwas sehr Nützliches.» Das relativiert die Pro-QALY-Argumentationen, die Patienten selber würden ihre Lebensqualität ja beurteilen, die QALY-Werte sich also aus deren Sicht ergeben. Die Frage ist, wann die Patienten befragt werden und wie. Ausserdem wird bei der Bestimmung von QALY-Werten eben nicht nur das subjektive Empfinden der Patienten gemessen (etwa Schmerzen), sondern auch objektive, durch die Krankheit

<sup>93</sup> [https://de.wikipedia.org/wiki/Hedonistisches\\_Kalk%C3%BCI](https://de.wikipedia.org/wiki/Hedonistisches_Kalk%C3%BCI)

<sup>94</sup> [http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-10679-9\\_15](http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-10679-9_15)

verursachte Umstände, die von aussen als Beeinträchtigung wahrgenommen werden, beispielsweise eine eingeschränkte Mobilität. Das sind dann Beurteilungen, denen etwas Anmassendes anhaftet, weil sie aus der Sicht des Gesunden die Umstände des Kranken beurteilen.

Die Skala der Lebensqualität ist also problematisch genug. Noch problematischer ist das Kriterium ihrer Maximierung, und hier sind wir wieder beim alten Plausibilisierungsproblem des Utilitarismus: Wieso, wenn Glück, Wohl, Nutzen oder in diesem Fall eben gesundheitsbezogene Lebensqualität, so wichtig ist, wieso soll man diese dann maximieren und nicht vielmehr möglichst gerecht verteilen oder dafür sorgen, dass niemand unter ein bestimmtes Mindestmass an gesundheitsbezogener Lebensqualität fällt? Das ist fast schon eine rhetorische Frage, die Antwort liegt auf der Hand: Weil das nicht kompatibel ist mit dem ökonomischen Liberalismus, mit welchem sich der Utilitarismus unseres Gesundheitswesens verschränkt.

Nun schafft das natürlich auch bei den QALYs Ungerechtigkeiten. PD Dr. Markus Zimmermann-Acklin vom Departement für Moraltheologie und Ethik der Universität Freiburg erkennt sie und will sie auch dort lösen, wo sie zu lösen sind: im Kriterium. Er schreibt: «Die QALYs sind zudem blind für die Frage, wie schwer ein Mensch von einer bestimmten Einschränkung betroffen ist: Rein rechnerisch besteht zwischen der Steigerung der Lebensqualität durch eine medizinische Massnahme von 0,1 auf 0,2 dieselbe Differenz wie bei einer Steigerung von 0,8 auf 0,9. Ethisch gesehen sind wir jedoch weitaus stärker verpflichtet, einem sehr schwer kranken als einem nur leicht erkrankten Menschen zu helfen, was im Vulnerabilitäts- und Solidaritätsprinzip zum Ausdruck kommt.»<sup>95</sup> Auch Urs Brügger, Professor am Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, erkennt diesen Mangel, wenn er schreibt: «Auch wenn Gleichheit beim QALY-Konzept mitgedacht ist («A QALY is a QALY is a QALY», egal bei wem es anfällt), so entspricht es nicht dem, was im Sinne von «social values» als gerecht empfunden wird. Es spielt beim QALY-Konzept beispielsweise keine Rolle, ob es sich um eine sehr schwere und tödlich verlaufende Krankheit handelt oder um eine leichtere Krankheit.»<sup>96</sup>

Während Zimmermann-Acklin also an das Vulnerabilitäts- und Solidaritätsprinzip und an eine darin zum Ausdruck kommende ethische Verpflichtung appelliert, redet Brügger von social values, die er überdies in Anführungszeichen setzt. Damit ist klar, wo er das Problem lösen will: in der Skala, denn dort sind ja die values, die Werte, untergebracht. Dies birgt die Gefahr, begründete ethische Einwände auf moralische Empfindungen und Befindlichkeiten zu reduzieren und als solche in die Nutzensumme einzurechnen, anstatt das Kriterium zu ändern. Vielleicht geht dieser Gedanke auf Adam Smith zurück. Sein moralphilosophisches Hauptwerk trägt ja den Titel *Theory of*

<sup>95</sup> [http://www.bioethica-forum.ch/docs/13\\_2/07\\_Zimmermann.pdf](http://www.bioethica-forum.ch/docs/13_2/07_Zimmermann.pdf)

<sup>96</sup> [http://www.bioethica-forum.ch/docs/13\\_2/02\\_Bruegger.pdf](http://www.bioethica-forum.ch/docs/13_2/02_Bruegger.pdf)

*Moral Sentiments*. Das ist Programm, und es ist das Programm, welches wir bei Utilitaristen mit einem ökonomischen Hintergrund bis heute spüren: Ethik auf Gefühle zu reduzieren.

Prof. Brügger stellt fest: «Eine Verbesserung oder Erweiterung des QALY-Konzepts scheint kein vielversprechender Weg zu sein.» Er formulierte, wohl nicht ganz ernst gemeint, als Alternative, die WZW-Regel umzuformulieren in: «Wir zahlen alles, egal wie hoch die Kosten sind und wie klein der Nutzen dafür ist.» Das fordert niemand. Nur stellt sich beim Suchen echter Alternativen zum QALY-Konzept doch die grundlegende Frage, ob die Ökonomie im Gesundheitswesen ihren fruchtbarsten Beitrag tatsächlich mit der Vereinnahmung des Indikations- und Behandlungsentscheids leisten kann. Prof. Brügger konstatiert: «Das Ei des Kolumbus ist also noch nicht gefunden.» Ein solches Ei des Kolumbus muss vielleicht aber gar nicht gefunden werden, es reichte, die Medizin wieder ihre Arbeit machen zu lassen.

Es finden sich auf besagter Seite<sup>97</sup> weitere Beiträge, bei denen es im Kern oftmals um obiges Skala-Kriterium-Problem geht, ein Problem, das ungelöst ist, weil die Ökonomie nicht bereit ist, andere Kriterien zuzulassen als ihr Kriterium der Maximierung. So kann die QALY-Diskussion gar nicht anders, als sich in ebenso endlosen Kreisen zu drehen, wie es die Utilitarismus-Diskussion tut. Klar ist aber auch: So wie wir andere Kriterien zulassen, bewegen wir uns aus dem Utilitarismus heraus in neue Theorien hinein. Gerade in der QALY-Diskussion zeigen sich aber doch die Probleme des Utilitarismus in aller Deutlichkeit. Seine systeminhärente Diskriminierung von Betagten, Mehrfachkranken und Behinderten belegt, dass der Utilitarismus amoralisches Handeln nicht nur zulässt, sondern unter Umständen sogar verlangt. Moralische Bedenken, die sich gegen das Maximierungskriterium und seine Folgen wenden, auf Befindlichkeiten zu reduzieren, auf soziale Werte, die es nun einmal auch zu berücksichtigen gilt, um sie dann in die Nutzensumme einzurechnen, wird ihnen nicht gerecht. Sie gehen in der Nutzensumme ebenso unter wie die Menschen, denen sie gelten. Sie ernstnehmen andererseits, sie auf der Ebene der Kriterien angehen, würde bedeuten, anzuerkennen, dass der Utilitarismus im Gesundheitswesen kein gangbarer Weg ist. Das ist die Zwickmühle, in der wir stecken.

Diese Zwickmühle ist auch beim Abwägen rechtlicher Aspekte zu QALYs spürbar. Wenn die Situation ethisch derart unklar ist, dann kann sich auch keine klare rechtliche Position herausbilden. Vielmehr entstehen auch hier Sowohl-als-auch-Positionen, die gefährliche rechtliche Freiräume schaffen. Dazu einige Grundlagen: Wir unterscheiden im Rechtswesen zwischen Anspruchsrechten (was wird einem Menschen gegeben?), Abwehrrechten (was wird einem Menschen genommen?) und Partizipationsrechten (woran kann ein Mensch teilnehmen?). Der Begriff *Abwehr-*

---

<sup>97</sup> <http://www.bioethica-forum.ch>

*rechte* wird oftmals auch synonym mit dem Begriff *Grundrechte* verwendet, da Grundrechte in erster Linie dazu dienen, die Freiheitssphäre der Bürgerinnen und Bürger zu schützen.

Die rechtliche Problematik des Utilitarismus besteht darin, dass er es zulässt, sich Kollektivrechte zu denken. Solche ergeben sich aus dem Konzept des unbeteiligten Beobachters, der Idee einer Superperson, in der sich ein Wohl, ein Glück aller zusammenfasst, welchem sich die Wohlfahrts- und Glücksbestrebungen des Einzelnen unterzuordnen, bzw. nach dem sie sich möglichst auszurichten haben. Das ist ein Gedanke, der etwas Totalitäres hat. In Demokratien gibt es Kollektivpflichten, Pflichten des Staates den Bürgerinnen und Bürgern gegenüber. Es darf hier aber keine Kollektivrechte geben, Rechte des Staates an seinen Bürgerinnen und Bürgern, wie es sie etwa in totalitären Diktaturen gab und noch gibt.

Das Recht hat bezüglich QALYs also zweierlei Aufgaben: die Verhinderung der Verletzung von Abwehrrechten und die Verhinderung der Etablierung von Kollektivrechten. Beides ist allerdings im Utilitarismus angelegt und dieser im QALY-Konzept am deutlichsten operationalisiert. Eine Lösung wäre, die Anwendung des QALY-Konzepts als Grundlage für oder gegen Indikations- und Behandlungsentscheide grundsätzlich zu verbieten. Diesen Weg haben andere Länder denn auch gewählt<sup>98</sup>. Die Schweiz indes tut sich schwer damit. Daraus resultieren rechtliche Argumentationen, die problematisch sind. Hierzu möchte ich einen letzten Artikel im *Bioethica Forum* mit dem Titel *Kosten-Wirksamkeits-Analysen als Grundlage für nachhaltige Versorgungsentscheide?*<sup>99</sup> von Daniel Widrig und Prof. Dr. Brigitte Tag, Rechtswissenschaftliches Institut der Universität Zürich, untersuchen und ihn einem konkreten Praxisbeispiel in der Anwendung des QALY-Konzepts durch Prof. Tag gegenüberstellen.

Frau Prof. Tag erkennt in obigem Artikel den Konflikt, in den eine Anwendung des QALY-Konzepts als Rationierungsinstrument mit den rechtlichen Leitplanken gerät, wie sie Gesetz und Verfassung vorgeben. Daraus folgert sie die Forderung nach einer Abschwächung der Wirkung von Entscheidungen, welche auf QALY-Berechnungen fussen. Hierzu soll jeweils der Berechnungsweg offengelegt werden, damit anhand rechtlicher und ethischer Erwägungen die Entscheidungen relativiert und gegebenenfalls nicht berücksichtigt werden können. Solche Mechanismen sollen Rechtsverletzungen verhindern oder zumindest abmildern. Prof. Tag sieht also die Gefahr von Rechtsverletzungen, ist aber nicht bereit, daraus die Forderung nach einem QALY-Verbot abzuleiten. Im Artikel rechtfertigt sie dies mit dem Notwendigkeitsprinzip, welches durch die steigenden Kosten bei beschränkten Mitteln gegeben sei. Dabei beruft sie sich auf eine WHO Schätzung, nach welcher 20 bis 40% der Kosten im Gesundheitswesen verschwendet würden<sup>100</sup>. Bei dieser Zahl handelt es sich

<sup>98</sup> [http://cordis.europa.eu/result/rcn/57938\\_en.html](http://cordis.europa.eu/result/rcn/57938_en.html)

<sup>99</sup> [http://www.bioethica-forum.ch/docs/13\\_2/03\\_Tag\\_Widrig.pdf](http://www.bioethica-forum.ch/docs/13_2/03_Tag_Widrig.pdf)

<sup>100</sup> [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44371/1/9789241564021\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44371/1/9789241564021_eng.pdf)

allerdings um eine Schätzung, nicht um eine wissenschaftliche Grundlage, und natürlich kann eine solche Schätzung nicht als Rechtfertigung für Rechtsverletzungen herangezogen werden. Was ich hier auch nicht unterstellen will.

Wie sieht es also in der Praxis aus, wie urteilt Prof. Tag bei konkreten QALY-Anwendungen? Hierzu wollen wir als ein besonders problematisches Beispiel den HTA-Bericht «Statine zur Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen»<sup>101</sup> des SMB anschauen, bei welchem Prof. Tag in ihrer Funktion als Mitglied des Appraisal Komitee<sup>102</sup> für den Rechtsteil verantwortlich zeichnet. Die gesundheitsökonomischen Berechnungen dieses Berichts stimmen nicht. Sie sind nach dem oben beschriebenen Mechanismus angestellt: Verkürzung der Dauer der untersuchten Wirkung, Anwendung von Studienergebnissen für eine bestimmte Patientengruppe für alle Patienten, Einführen neuer Grenzwerte für eine Behandlung, alleinige Beachtung des absoluten Risikos unter Ausblendung des relativen Risikos. Der VEMS hat diese Berechnungen dank der Expertise unseres Präsidenten Dr. med. Michel Romanens und der Zusammenarbeit mit seiner Stiftung Vascular Risk Foundation Varifo richtigstellen können und errechnet: Es entstehen nicht Kosten von CHF 210'000.-, sondern von CHF 2'089.- pro QALY<sup>103</sup>.

Frau Tag hat die ihr vorgelegten Berechnungen allerdings noch nicht einmal in Frage gestellt, obwohl die errechneten Werte schon auf den ersten Blick so nicht stimmen können. Sie hätte auf eine Erklärung folgender Effekte pochen sollen: Welchen Effekt auf das Kosten/QALY-Ergebnis haben die Annahmen betreffend Schadenskosten, Qualitätskosten, Präventionskosten, Effektkosten und Inzidenzkosten? Dies hat sie, wie wir vermuten müssen, nicht getan. Vielmehr folgt sie den ihr vorgelegten Berechnungen unkritisch und leitet daraus rechtliche Forderungen ab, die aufhorchen lassen. Sie 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.»

Damit versäumt es das Recht nicht nur, die Gesundheitsökonomie in ihre Schranken zu verweisen, um Rechtsverletzungen zu vermeiden, es liefert ihm überdies eine rechtliche Grundlage, diese Verletzungen zum Imperativ für den Mediziner zu machen. Dieser sieht sich nun in der Situation, für eine medizinisch zweckmässige Behandlung, wie sie die internationalen Fachgesellschaften empfehlen, mit rechtlichen Folgen für sich rechnen zu müssen, weil diese Behandlung zwar medizinisch zweckmässig ist, aber als ökonomisch nicht zweckmässig erachtet wird. Damit er diese

---

<sup>101</sup> [http://www.medical-board.ch/fileadmin/docs/public/mb/Fachberichte/2014-05-31\\_Bericht\\_Statine\\_Final\\_Anpassung\\_Empfehlung.pdf](http://www.medical-board.ch/fileadmin/docs/public/mb/Fachberichte/2014-05-31_Bericht_Statine_Final_Anpassung_Empfehlung.pdf)

<sup>102</sup> <http://www.medical-board.ch/index.php?id=818>

<sup>103</sup> <http://www.docfind.ch/VEMSRererReviewStatinberichtSMB.pdf>

möglichen rechtlichen Folgen abwenden kann, muss er das Auftragsrecht verletzen, wie es im Obligationenrecht, Art. 394<sup>104</sup> verbrieft ist. Dieses verbindet ihn mit seinem Patienten und verpflichtet ihn, zu dessen Wohl zu handeln. Handelt er dagegen, verletzt er überdies unter Umständen die Abwehrrechte seines Patienten.

Das SMB betont immer wieder, seine HTA-Berichte seien lediglich Empfehlungen und letztlich müsse jeder Arzt selber am individuellen Patientenfall entscheiden. Dann dürften die Berichte aber keine solchen rechtlichen Schlussfolgerungen und schon gar nicht rechtliche Androhungen enthalten. Damit werden sie von Empfehlungen zu Forderungen mit Androhung rechtlicher Konsequenzen, und dies ohne jede rechtliche Grundlage. Will man Abwehrrechte beschränken, so bedarf dies in der Schweiz eines gesetzlichen Beschlusses. Ein Gremium kann dies ganz sicher nicht eigenmächtig tun, und das weiss Prof. Tag sicherlich auch. Artikel 26 KVG lautet: «Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten sowie für vorsorgliche Massnahmen zugunsten von Versicherten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind. Die Untersuchungen oder vorsorglichen Massnahmen werden von einem Arzt oder einer Ärztin durchgeführt oder angeordnet.» Auch gemäss dem Auftragsrecht ist eine effektive und kostengünstige präventive Massnahme wie die Verordnung eines Statins zur Verhütung kardiovaskulärer Ereignisse bei entsprechendem Auftrag des Patienten gesetzlich erwünscht.

Dass Prof. Tag über mögliche Nebenwirkungen argumentiert und diese überhöht, ist dabei besonders stossend, denn gerade dafür ist das QALY-Konzept blind. Will man so argumentieren, haben sich zwei andere Konzepte etabliert: das Konzept der NNT (number needed to treat) und das Konzept der NNH (number needed to harm). Es stellt sich bei diesen Konzepten die Frage, wie viele Patienten behandelt werden müssen, damit ein Krankheitsfall verhindert werden kann, und wie viele behandelt werden, bis einer von ihnen unerwünschte Nebenwirkungen hat. Der NNT berechnet sich aus  $100/\text{absolute Risikoreduktion}$ . Beträgt die absolute Risikoreduktion 25%, so beträgt der NNT 1:4. Dies bedeutet, dass in einem bestimmten Zeitraum ein Ereignis bei 4 behandelten Personen verhindert werden kann. In der Prävention kardiovaskulärer Ereignisse kann ein NNT von 25 sinnvoll sein. Somit ist eine Massnahme in der Prävention umso zweckmässiger, je niedriger die NNT ist. Dem NNT ist der NNH gegenüberzustellen. In einer Metaanalyse<sup>105</sup> wurde gezeigt, dass bei 1'000 Personen ein NNT von 27 resultierte, während der NNH für jegliche Nebenwirkungen 197 betrug. Für Muskelerkrankungen betrug der NNH 3400 und für schwerwiegende Rhabdomyolysen 7428. Auch betreffend dem Diabetesrisiko kann Entwarnung gegeben werden (NNH

---

<sup>104</sup> <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19110009/index.html>

<sup>105</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16490577>

1:250)<sup>106</sup>. Während der NNH mehr oder weniger konstant bleibt, variiert der NNT mit dem Risiko einer Erkrankung. Wenn Prof. Tag die Diskussion dahin verschiebt, dass der NNH wichtiger zu gewichten sei als der NNT, dann missachtet sie die im Auftragsrecht zwischen Arzt und Patient auszuhandelnden Diskussion zu Wirkung und Nebenwirkung. Was ist für den Patienten denn wichtiger, die Abwehr eines Herzinfarktes/Hirnschlags oder die Abwehr einer meist harmloseren Nebenwirkung?

Prof. Tags Argumentation für das SMB ist also gefährlich, und der erwähnte Text *Kosten-Wirksamkeits-Analysen als Grundlage für nachhaltige Versorgungsentscheide?* mit ihr als Mitautorin geht nicht auf die rechtlich entscheidende Frage ein, ob QALYs nur für Vergleiche verschiedener Behandlungsoptionen einer Indikation oder auch für Interindikationsvergleiche verwendet werden sollten. In ersterem Fall sind sie als Grundlage für Preisverhandlungen mit der Industrie zwar ein potentes Rationalisierungsinstrument, können aber auch ohne Abstriche durch NNT-NNH-Berechnungen ersetzt werden. In letzterem Fall hingegen sind sie ein Instrument zur Rationierung mit unter Umständen tödlichen Folgen. Dies sollte das Recht in einem Rechtsstaat verhindern, gegebenenfalls mit der Ausarbeitung eines verfassungsrechtlichen Artikels, der die Anwendung von QALYs als Grundlage für oder gegen Behandlungsentscheide verbietet. Denn entwickeln sich die Dinge weiter in die in diesem Papier beschriebene Richtung, so entscheidet über kurz oder lang die Ökonomie, gestützt auf das Recht, was gesund ist und was krank, was behandlungswürdig und was nicht, welches Leben lebenswert, welches nicht, wer leben darf und wer sterben muss. Und der sogenannte Pompe-Entscheid aus dem Jahr 2010 hat auch vor Augen geführt, dass Teile unseres Rechtssystems durchaus bereit sind, diese zweifelhafte Aufgabe zu übernehmen: «Laut einem Grundsatzurteil des Bundesgerichts darf eine Patientin das jährlich CHF 600'000 teure Arzneimittel Myozyme zur Therapie ihrer Erbkrankheit Morbus Pompe nicht auf Kosten der Krankenkasse beziehen, da Nutzen und Kosten der Behandlung in keinem vertretbaren Verhältnis stünden.»<sup>107</sup>

Die Argumentation, weshalb QALYs trotz der hier aufbereiteten Brisanz in der Schweiz weiterhin eingesetzt werden, ohne dass obige Unterscheidung gemacht wird, ist entweder wenig überzeugend oder weniger kohärent oder beides. Insgesamt herrscht ein Denken von QALYs als der besten aller schlechten Lösungen. Dazu noch zwei Antworten auf unsere Anfragen im Zuge der Recherchen für dieses Papier. Pascal Strupler, Direktor des BAG, schreibt uns: «Die Standardisierung nach QALY ist eine Methode neben anderen Standardisierungen (z.B. disability adjusted life years DALY) welche in eine Gesamtbetrachtung einbezogen werden kann, jedoch nicht systematisch bevorzugt oder gar als zentrale Ausrichtung verwendet wird.» Das ist eine gefährliche Haltung für eine Behörde. Entweder sind QALYs eine taugliche Methode, und dann sollten sie systematisch

<sup>106</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3710061/>

<sup>107</sup> <http://www.physicianprofiling.ch/PompePolednaJusletter022011.pdf>



eingesetzt werden, oder sie sind es nicht, und dann sollte man die Finger von ihnen lassen, auf jeden Fall dort, wo es Abwehrrechte tangiert, wo sie Leib und Leben der Bürgerinnen und Bürger gefährden können.

## Schlussfolgerung, Diskussion

Das vorliegende Papier ist der Frage nachgegangen, ob der Utilitarismus im Gesundheitswesen tatsächlich das grösste Wohl für die grösste Zahl schaffen kann, und stellt fest: grundsätzlich und bei gewissen Problemstellungen könnte er es wohl, in der zumeist beobachteten Form der Verschränkung mit ökonomischem Liberalismus kann er es aber nicht – er schafft mitunter sogar das Gegenteil. Das darf nicht verwundern. Es ist ein ungeschriebenes Gesetz des Marktes, dass er sich dorthin entwickelt, wo die Kompetenzen des dominierenden Marktteilnehmers liegen. Und die Kompetenz der Krankenkassen ist nun einmal das Verwalten, nicht das Heilen und Pflegen.

Das ist gefährlich, denn damit etabliert sich ein falsches Verständnis der Medizin. Die von der Krankenkassenökonomie beklagte Anspruchshaltung an die Medizin wird ja von den Kassen selbst qua Werbung motiviert. Da ihre Dienstleistung an sich nichts Spektakuläres ist, inszenieren die Kassen sich bald als Innovatoren, bald als Heiler. So wird die Medizin, die sie in ihrer Werbung thematisieren, zu etwas, was sie gerade nicht ist: zu einem Konsumgut. Hier wäre Bescheidenheit angebracht, doch mit Bescheidenheit ist auch in einem nur teilweise freien Wettbewerb nichts zu gewinnen. Ein generelles Werbeverbot für Krankenkassen könnte ein Schritt sein, hier Gegensteuer zu geben. Die Tendenz ist aber gerade umgekehrt: Die Kassen übernehmen nicht nur in der Werbung, sondern auch realiter immer mehr die Rolle der Medizin, indem sie eigene Gesundheitszentren betreiben. Im Gegenzug erwarten sie von den Medizinem, auch noch Ökonomen zu sein. Das Prinzip der Aufgabenteilung scheint ausgeschaltet. Mit dem Resultat, dass am Ende alles nur noch Ökonomie ist und der Zweck auch zweifelhafte Mittel heiligt.

Damit dies nicht geschieht, ist ein Dialog nötig, der zwar stattfindet, doch vor dem Hintergrund falscher Machtverhältnisse. So lange die Krankenkassenökonomie den Diskurs über ihre institutionelle und der daraus folgenden ideologischen Macht führen, kann das Geflecht Utilitarismus-ökonomischer-Liberalismus nicht entflochten werden. Ebenso sind die Probleme der derzeitigen Herangehensweise kaum zu diskutieren und die Konzepte nicht grundlegend infrage zu stellen. Es wird von unseren Ethikinstiuten klug abgewogen, doch selten hört man dezidierte Kritik. Wenn unsere medizinethischen Institute aber eine Ethik à la carte produzieren, die je nach Präferenzen und Opportunitäten so oder so ausgelegt werden kann, dann ist ein Richtungswechsel nicht möglich. Der Opportunismus, der sich im medizinethischen Mainstream der Schweiz breitgemacht hat, führt zu einer Pseudoethik, die gefährlich ist, weil sie mehr Schlupflöcher öffnet als stopft. Damit wird zwar niemandem wehgetan, es ist damit aber auch niemandem geholfen.

Auch bestehen Schwächen in der Kommunikation von Ethik und Recht, und so ist deren Interdependenz gestört. Das Resultat sind rechtsfreie Räume, die von den Krankenkassen als finanz-

stärkstem Player zu deren Vorteil ausgenutzt werden können. Eine Ethik, die Machtverhältnisse nicht bedient, sondern anprangert, tut Not. Eine Ethik hingegen, die sich dazu verleiten lässt, moralisch problematische Handlungen zu plausibilisieren, weil die Kräfteverhältnisse nun mal so sind, wie sie sind, ist gefährlich. Das Positionspapier «Medizin und Ökonomie – wie weiter?» der SAMW zeigt ein ethisches Vakuum. Dieses ist auch in den Verlautbarungen von Regierung und Behörden spürbar. Das Strategiepapier Gesundheit2020<sup>108</sup> des EDI ist in medizinethischer Hinsicht eine Enttäuschung. Das Papier erkennt zwar Schwächen wie die fehlende politische Steuerung, die mangelhaften statistischen und analytischen Grundlagen, die Fehlanreize und deren Folgen der Ineffizienz und der unnötigen Behandlungen, geht den Ursachen aber zu wenig systematisch nach. Die Ausarbeitung eines ethischen Konzepts auf Regierungs- und auf Behördenebene könnte eine Basis sein, auf der sich ein befriedigendes Strategiepapier entwickeln liesse. Darin sicherlich zu verbieten wäre die Anwendung des QALY-Konzepts als Grundlage für Indikations- und Behandlungsentscheide. Auch müsste ein solches Papier Konzepte zur besseren Verteilung der Kräfteverhältnisse vorsehen, um der Macht der Krankenkassenökonomie Einhalt zu gebieten, wo sie destruktive Folgen hat.

Die Herausforderungen unseres Gesundheitswesens können nur partnerschaftlich gelöst werden. Der freie Wettbewerb in einem nur bedingt freien Markt macht die Akteure unseres Gesundheitswesens von Partnern zu Konkurrenten, von denen jeder so gut es geht seine Pfründen schützen will. Was fehlt, ist ein gemeinsamer Nenner, eine Moral, auf die sich alle im wirtschaftlichen Umgang miteinander einigen können. Der Utilitarismus verspricht, ein solcher gemeinsamer Nenner zu sein. Er ist aber wohl der kleinste gemeinsame Nenner, zu klein, um die Probleme, die sich im Gesundheitswesen stellen, zu stemmen. Wenn man sich immer nur nach dem Durchschnitt richtet, dann hat am Ende auch dieser nichts mehr davon.



Weitere VEMS-Positionspapiere und VEMS-Factsheets:  
[www.vems.ch/fakten-und-standpunkte](http://www.vems.ch/fakten-und-standpunkte)

<sup>108</sup> <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=de>