



www.vems.ch

Wollt ihr ewig leben?

Thesenpapier für einen neuen Optimismus in der Medizin

Stand Februar 2018



Autoren: Dr. med. Michel Romanens, Flavian Kurth,
Dr. rer. nat. habil. Walter Warmuth

Projektverantwortung: Dr. med. Michel Romanens

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

<http://physicianprofiling.ch/VEMSThesenpapierMedizinoptimismus.pdf>

Inhaltsverzeichnis

Abstract	Seite	3
Einleitung	Seite	4
Die Rolle der SAMW	Seite	8
Die Rolle des VEMS und unsere Thesen	Seite	14
Das Effizienz-Paradox	Seite	16
Der Priorisierungsfehler	Seite	20
Die Ethik-Falle	Seite	24
Forderungen	Seite	30

Abstract

Dieses Papier stellt die Frage, weshalb das Gesundheitswesen der reichen Schweiz immer unsozialer wird. So sind etwa siebzig Prozent unserer Obdachlosen Menschen mit einer psychischen Erkrankung, Leute also, die in pflegerische Obhut, nicht auf die Strasse gehörten und unter anderem da gelandet sind, weil unsere Invalidenversicherung sich um ihre Unterstützung drückt. Immer mehr Familien können sich die Krankenkassenprämien nur noch in Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Versorgung leisten (Hausarztmodelle, Telemed, HMO), und werden sie krank, so droht ihnen Verschuldung und sozialer Abstieg. Die Belastung in den Pflegeberufen ist unverantwortlich, die Fluktuation entsprechend, Situationen der Unterversorgung der Bedürftigsten häufen sich. Gleichzeitig steigen die Prämien kontinuierlich, und jedes Steuerungsinstrument, das eingeführt wird, um die Kosten zu dämpfen, treibt sie dann doch nur weiter. Könnte es sein, dass dem ein fundamentaler Denkfehler zugrunde liegt? Dieses Papier macht drei aus und formuliert entsprechende Hypothesen: 1. Immer mehr ökonomische Effizienz schafft immer mehr medizinische Ineffizienz. 2. Eine einseitig ökonomisch gedachte Priorisierung öffnet der Euthanasie Tür und Tor und schafft überdies teuren medizinischen Unsinn. 3. Die heute praktizierte Bioethik reizt die Akteure des Gesundheitswesens zu einem Egoismus an, unter dem jeder nur noch profitieren will und keiner tatsächlich spart.

Die Regulative, wie sie im Verkehr der Medizin mit der Pharmazeutischen Industrie funktionieren, spielen in ihrem Verkehr mit der Versicherungsindustrie nicht. Vielmehr gibt diese in der Schweiz immer mehr den Ton an und reizt unsere Medizin zu einem Verhalten, das die Kosten treibt und die Patientensicherheit gefährdet. Anders als etwa in Deutschland, fehlen in der Schweiz Regelungen der Medizin im Verkehr mit der Versicherungsindustrie gänzlich, was die Schweizer Bioethik in eine Rolle des Klassenschlechtesten in Europa bringt, die unserem Land mit seiner grossen humanitären Tradition nicht gerecht wird. Vor diesem Hintergrund tut ein grundlegendes Überdenken der Strukturen und Abläufe unserer Bioethik, allem voran der Arbeitsweise der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW und deren Zentraler Ethikkommission (ZEK), dringend Not. Dieses Papier geht hierzu obigen drei Thesen auf den Grund und validiert sie auf der Mikroebene der medizinischen Praxis, wo sich die methodischen Fehler der Steuerungsinstrumente unseres Gesundheitswesens in aller Deutlichkeit zeigen und wo sie die Medizin in ihren Indikations- und Behandlungsentscheiden systematisch fehlleiten. Das Papier ist ein Appell an unsere Bioethik, sich vom Gängelband der Krankenkassenökonomie zu emanzipieren und eigenständige Konzepte zu entwickeln.

Einleitung

Von Schriftstellern und Dichtern ist bekannt, dass sie mitunter eine recht pessimistische seelische Grundstimmung haben können. Das geht weit zurück. Schon Sophokles (497/496 v. Chr. bis 406/405 v. Chr.) lässt im König Ödipus seinen Chor singen: «Nie geboren zu sein, das ist – Weit das Beste – doch wenn man lebt, – Ist das Zweite, woher man kam, – Dorthin zu kehren, so schnell wie möglich.» Dieser grundlegende Pessimismus hat mit der Philosophie Arthur Schopenhauers (1788 bis 1860) eine Art Renaissance erlebt, die bis heute nachklingt. Der österreichische Schriftsteller und Aphoristiker Alfred Polgar (1873 bis 1955) hat ihn mit einem nicht ganz ernst gemeinten Aphorismus persifliert: «Nicht geboren werden ist das Beste, sagt der Weise. Aber wer hat schon das Glück? Wem passiert das schon? Unter Hunderttausenden kaum einem.» Was Polgar damit tut: Er setzt dem dichterischen Pessimismus die Strahlkraft kritischer Intelligenz entgegen, indem er die Sache zu Ende denkt und ad absurdum führt.

Was unser Gesundheitswesen betrifft, ist heute ein ähnliches Klagen zu vernehmen, wie es uns der Chor im König Ödipus entgegenraunt: Optimistische Lebensbejahung ist ja gut und recht, doch hat das nun mal seinen Preis. Wenn immer mehr Menschen immer älter werden, dann steigen die Gesundheitskosten bis zum Punkt, da sie gesellschaftlich nicht mehr tragbar sind. Das ist kein Pessimismus, wird widersprechen, wer so argumentiert, nur Pragmatismus. Wir können uns den grenzenlosen Optimismus der Medizin schlicht nicht mehr leisten. Wirklich? Wir halten dies für eine dichterische Fantasie und fragen umgekehrt: Können wir uns eine pessimistische Medizin leisten, wie sie heute immer offener vertreten wird? Was ist das überhaupt, pessimistische Medizin? Es ist eine Haltung, die Krankheiten zwar nicht begrüsst, doch hinnimmt als ein Regulativ der Natur, denn letztlich sind wir Menschen ja endlich. Ab einem gewissen Alter sollte man gewisse Krankheiten nicht mehr behandeln, argumentiert der medizinische Pessimist, das Geld wäre anderswo besser investiert. Auch den angeblichen Wahn, jede kleinste Möglichkeit einer Krankheit gleich präventiv anzugehen, prangert er an und führt ins Feld: Wie viel Geld wird da für die Prävention von Krankheiten ausgegeben, die sich dann ja doch nur mit verschwindend kleiner Wahrscheinlichkeit überhaupt je ereignen? Ethik ist, so gedacht, die Vermeidung einer Lebenslänge, die als nicht mehr bezahlbar erachtet wird. Damit kann dann auch auf einige präventive Behandlungen verzichtet werden, denn wenn die Lebenslänge durch Behandlungsverweigerung innerhalb einer Obergrenze gehalten wird, dann reicht unter Umständen die Lebenszeit gar nicht, dass diese

Krankheiten ausbrechen¹. Beides lässt sich utilitaristisch begründen: Es entsteht so im Schnitt scheinbar das grösste Wohl für die grösste Zahl.

Die Sache hat nur leider neben einem erheblichen ethischen Problem ein ganz profanes gesundheitsökonomisches, und damit sind wir weg von der Dichtung und zurück bei der Wahrheit: So mittet man zwar Durchschnittskosten ein, man senkt so aber die absoluten Kosten nicht, im Gegenteil. Das vorliegende Papier zeigt auf: Dieses Denken ist der eigentliche Grund für das Kostenwachstum, aus dem es sich rechtfertigt. Klar ist, dass es Ärztinnen und Ärzte in ihrer Arbeit am Krankenbett vor ein Dilemma stellt: Wem will ich dienen, dem Patienten oder der Gesellschaft? Wie es der Mediziner macht, er macht es falsch, und da ergeht es ihm wie eingangs zitiertem Ödipus. Nur dass dessen Dilemma ein schicksalsgegebenes ist, während das Dilemma des Arztes, wie wir es in unseren Zeiten einer ökonomisierten Medizin vorliegen haben, hausgemacht ist, und zwar von ebendieser Ökonomie. Wir stellen in diesem Papier drei Thesen auf: 1. Immer mehr ökonomische Effizienz schafft immer mehr medizinische Ineffizienz. 2. Eine einseitig ökonomisch gedachte Priorisierung öffnet der Euthanasie Tür und Tor und schafft überdies teuren medizinischen Unsinn. 3. Die heute praktizierte Bioethik reizt die Akteure des Gesundheitswesens zu einem Egoismus an, unter dem jeder nur noch profitieren will und keiner tatsächlich sparen.

Die Frage «Wollt ihr ewig leben?», die eine pessimistische Medizin stellt, ist falsch gestellt. Unsere Lebensspanne ist vorgegeben, ab einem gewissen Alter nimmt die Lebensenergie ab, und wir sterben. Es fragt sich nun aber, wie wir sterben, ob in einem jahrelangen Prozess stetigen Krankseins oder lange weitgehend gesund und dann am Ende unter Umständen schwerkrank. Es geht also darum, eine möglichst hohe Krankheitskompression am Ende des Lebens zu erreichen. Was eben nicht heisst, ewig zu leben, sondern so lange wie möglich so gesund wie möglich zu sein. Das ist ein schönes Leben, und es ist gleichzeitig auch eines mit den geringstmöglichen Gesundheitskosten für die Allgemeinheit (zur Kostendeckung tragen Gesunde zudem gut bei). Ergo sollte es das Ziel unserer Bestrebungen im Gesundheitswesen sein. Wir nennen das Konzept, das dies anstrebt, im Folgenden optimistische Medizin, im Gegensatz zur pessimistischen, die einem Irrtum unterliegt: Wer Krankheiten präventiv nicht behandelt, der verkürzt das Leben nicht, er verlängert nur den Leidensweg. Und der kostet. Wer Behandlungen am Lebensende verweigert, der reizt nicht zur gesunden Lebensführung an, er nährt nur einen fatalistischen Frust über die Medizin. Und der kostet. Wer die Akteure des Gesundheitswesens gegeneinander ausspielt, der fördert nicht den angeblich heilbringenden Wettbewerb, er zettelt vielmehr einen wirtschaftlichen Kleinkrieg unter ihnen an, in welchem jeder für sich betriebswirtschaftlich zwar sinnvoll arbeitet, woraus volkswirt-

¹ <http://surgicalneurologyint.com/surgicalint-articles/bioethics-and-why-i-hope-to-live-beyond-age-75-attaining-wisdom-a-rebuttal-to-drezeziel-emanuels-75-age-limit/>

schaftlich aber ein teurer Unsinn resultiert. Und dass wir uns den nicht mehr lange leisten können, ist vielleicht der einzige Konsens, den die Akteure unseres Gesundheitswesens teilen.

Wir richten uns mit diesem Papier an verschiedene von ihnen: an medizinische Fachpersonen ebenso wie an Medizinethiker, Gesundheitsökonom, Behörden und die Politik. Erstere werden nun einwenden: Aber das ist ja nichts Neues, optimistische Medizin, sondern einfach das Konzept, mit welchem die Medizin seit ihren Anfängen behandelt und auch heute gerne behandeln würde, liesse man sie. Das tut man aber immer weniger, angeblich, weil wir sparen müssen. Ob Wirtschaftlichkeitsverfahren, Fallpauschalen, Budgetverantwortung in Ärztenetzwerken oder Qualitätsindikatoren: der Arzt wird in seinem Indikations- und Behandlungsentscheid gelenkt und muss immer öfter so behandeln, wie er es aus medizinischen Erwägungen nicht unbedingt tun würde. Und mit jeder dieser angeblichen Kostendämpfungsmassnahmen steigen die Kosten dann doch weiter an. Wer kann diesen Irrsinn stoppen? Obwohl der Arzt letztendlich allein und final medizinisch am Krankenbett entscheidet, sind ihm die Hände gebunden. Das müssen andere Gremien leisten, namentlich die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH und die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. Letztere rät den Ärztinnen und Ärzten in ihrem Papier «Medizin und Ökonomie – wie weiter?»² aber nur fatalistisch: «Die Herausforderung – in der individuellen Behandlung, wie auch im Hinblick auf die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt – besteht darin, trotz möglicher Fehlanreize weder auf Seite der Unterversorgung noch der Überversorgung zu irren.» Dies im Sinne eines: Machen wir das Beste daraus.

Dieser Rat irritiert, denn er entspricht durchaus nicht der Rolle der SAMW. Wir wollen sie einleitend in aller Form loben: Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW hat sich seit ihrer Gründung im Jahr 1943 zu einem bedeutenden Akteur unseres Gesundheitswesens entwickelt. Ihr Beitrag als Mittlerin zwischen Wissenschaft und Medizin ebenso wie zwischen der wissenschaftlichen Medizin und der Gesellschaft ist nicht zu leugnen, ihre Leistung in der Klärung und Vereinheitlichung medizinischer Behandlungsalgorithmen durch verbindliche Richtlinien über die Grenzen von Spitälern, Regionen und Fachgesellschaften hinweg kann gar nicht genug gewürdigt werden. Ebenso ist die Rolle der SAMW als Stimme für eine allein den Patienteninteressen verpflichtete Medizin im Umgang mit der Industrie zu loben. Die entsprechenden Richtlinien³ fordern: ein Trennungsprinzip, ein Transparenzprinzip, ein Äquivalenzprinzip, ein Dokumentationsprinzip, ein Vier-Augen-Prinzip und ein Kontentrennungsprinzip. Das ist lobenswert und zeigt eine Haltung, der man nur zustimmen kann.

Was wir hier untersuchen wollen, sind hingegen die Verlautbarungen und das Verhalten der SAMW im Umgang und im Dialog mit einer anderen Industrie: der Versicherungsindustrie.

² https://www.samw.ch/dam/jcr:a119053d-0e79-4ef5-a870-421be7b19010/positionspapier_samw_medizin_oekonomie.pdf

³ https://www.samw.ch/dam/jcr:d011c71f-ae2-4a98-aaab-c51a389db4c7/richtlinien_samw_aerzteschaft_industrie.pdf

Hier können wir obiges Lob leider nicht wiederholen, und der VEMS steht mit seiner Kritik nicht allein da. Weithin regt sich Widerstand gegen eine SAMW, die dort entschieden gegen jede Einmischung das Wort erhebt und hier zu einer solchen geradezu einlädt. Eine Einladung, die gerne angenommen wird: die Krankenkassenökonomie hat inzwischen Einsitz in der SAMW. Eine Einladung, die auch erwidert wird: die SAMW hat inzwischen Einsitz in Gremien der Versicherungsindustrie, so etwa im Swiss Medical Board SMB. Man stelle sich vor, der Verband der forschenden pharmazeutischen Industrie Interpharma hätte Einsitz in der SAMW oder umgekehrt – undenkbar? Ja, und das mit gutem Grund: Diese Verschränkung ist der Wissenschaftlichkeit der SAMW nicht zuträglich. Beobachtungen werden als Studien verkauft, Vermutungen als Evidenz, das Narrativ der Versicherer als Wahrheit. Die Studie «Appropriateness of diagnostic coronary angiography as a measure of cardiac ischemia testing in non-emergency patients»⁴, welche die SAMW zusammen mit der Krankenversicherung Helsana herausgegeben hat, zeigt das exemplarisch.

In dieser Arbeit dekonstruieren wir das Narrativ der Krankenversicherer, welches man so formulieren könnte: *Die Medizinethik in der Tradition des Ärztlichen Berufsethos‘ ist zwar wünschenswert, doch nicht realistisch, eingedenk der ökonomischen Realitäten, die nun einmal Sparmassnahmen, auch Rationierung, unabwendbar machen.* Das ist einmal mehr Dichtung, nicht Wahrheit; die Sache liegt umgekehrt: Wenn die Steuerungsinstrumente unseres Gesundheitswesens ethisch vertretbar sind, dann zeigen sie auch ihre ökonomische Wirkung, und sind sie das nicht, so bleiben ihre ökonomischen Erfolge nicht nur aus, sondern verkehren sich in ihr Gegenteil. Wir sollten nicht vergessen: Die Ökonomie ist verglichen mit der Medizin eine relativ junge Wissenschaft, insbesondere als die von Ethik und Politik losgelöste Einzeldisziplin, als die sie ja erst ab der Aufklärung auftritt. Das bedeutet nicht, dass die Medizin etwa über alle Zweifel erhaben wäre, bloss weil es sie schon länger als eigenständige Disziplin gibt. Ihre Zusammenarbeit mit der Ökonomie darf sich aber nicht länger unter deren Primat gestalten, wie dies heute der Fall ist, aus Gründen des Patientenwohls so wenig wie aus volkswirtschaftlichen. Wir können uns die Folgen dieser falschen Rollenverteilung nicht mehr leisten, denn sie bringt systematisch dysfunktionale Steuerungsinstrumente hervor. Deshalb fordern wir von der Medizin und ihrem Verband, der FMH, sich kompromissloser angesichts behandlungsbedürftiger Menschen einzubringen, und von der SAMW, ihre Mittlerrolle zwischen Versicherungsindustrie, Medizin und Gesellschaft so wahrzunehmen, wie es einer Mittlerin entspricht und wie sie es im Umgang mit der Pharmazeutischen Industrie ja auch tut: mit neutralem Blick.

⁴ <http://www.docfind.ch/VEMSPeerReviewCoroSAMW.pdf>

Die Rolle der SAMW

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW versteht sich gemäss Website als «Brückenbauerin zwischen Wissenschaft und Gesellschaft». Wir verfolgen die Art und Weise, wie die SAMW diese Rolle im Umgang mit der Versicherungsindustrie und ihren GesundheitsökonomInnen wahrnimmt, seit einigen Jahren und stellen insgesamt fest, dass sich hierbei das Bild einer federführenden Kraft im Prozess einer schrittweise immer offeneren Rationierung abzeichnet. Um dies zu begründen, wollen wir eingangs in chronologischer Reihenfolge einige Papiere zusammenfassen, in welchen wir dies untersucht haben.

Rationierung, QALY und die mathematische Maschinerie⁵

Unser im Februar 2014 herausgebrachtes Papier stellt fest, dass die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW in einem Grundlagenpapier⁶ aus dem Jahr 2007 Rationierung nicht nur gutgeheissen, sondern dabei auch klammheimlich einen Paradigmenwechsel vollzogen hat: Von der im Krankenversicherungsgesetz KVG formulierten WZW-Regel, dass medizinische Behandlungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen, wurde der mittlere Begriff hin zur Nützlichkeit umformuliert. Die SAMW definiert neu: «Rationierung umfasst implizite oder explizite Mechanismen, die dazu führen, dass einer Person eine **nützliche** Leistung im Rahmen der Gesundheitsversorgung nicht zur Verfügung steht.» Ökonomen erdreisten sich also, festzulegen, ob Personen, wann und welche medizinische «nützliche» Leistung erhalten. Damit ist die Diskussion um Rationalisierung und Rationierung zu einem Wirkungsfeld ökonomischer Nutzwertanalysen geworden. Die Folge ist ein ideologisches Umpflügen gewesen, das seither fast jede Diskussion unseres Gesundheitswesens dominiert und auf die ökonomische Frage des Kosten-Nutzen-Verhältnisses reduziert.

Positionspapier zum Positionspapier «Medizin und Ökonomie – wie weiter?» der SAMW⁷

Im Herbst 2014 hat die SAMW ihr Papier «Medizin und Ökonomie – wie weiter?»⁸ herausgegeben, auf welches der VEMS im Januar 2015 mit einer Analyse reagiert hat. Die SAMW stellt dieselben Mängel fest, welche auch der VEMS sieht. Sie folgt in ihrer Logik dann aber zwei Diktaten, die sie nicht gebührend hinterfragt: dem Diktat der Effizienz und dem Diktat der Kosteneinsparung. An Ersterem ist zu bemängeln, dass es zu einer Effizienz als Selbstzweck führen kann, die wenig Mehrwert schafft oder sogar Werte vernichtet, zum Beispiel bei der Effizienz der Kriegsmaschine-

⁵ <http://docfind.ch/VEMSRationierung2014.pdf>

⁶ https://www.samw.ch/dam/jcr:69749473-4a59-4e94-8e89-04f085218449/positionspapier_samw_rationierung.pdf

⁷ <http://www.docfind.ch/VEMSPositionspapierOekonomie.pdf>

⁸ https://www.samw.ch/dam/jcr:a119053d-0e79-4ef5-a870-421be7b19010/positionspapier_samw_medizin_oekonomie.pdf

rie oder in der Medizin durch das Setzen von Anreizen, die immer effizienter immer mehr medizinischen Unsinn fördern. Eben dies ist in den letzten Jahren denn auch geschehen. Beim Diktat der Kosteneinsparung liegt der Irrtum darin, zu setzen, ein Kosten-Nutzen-Verhältnis liesse sich nur verbessern, wenn die Kosten gesenkt werden. Das ist aber auch – und dies ist das Wesen der Medizin – möglich, indem der Nutzen erhöht wird: neue Behandlungen, die Kosten einsparen, weil Patienten schneller oder überhaupt wieder in den Arbeitsmarkt eingegliedert werden, oder fortschrittliche Präventivmedizin, die Behandlungskosten der Zukunft einspart. Dies hat im Diskurs der letzten Jahre kaum Gehör gefunden – mit teuren Folgen. Die SAMW geht diese beiden grundlegenden Irrtümer, aus denen sämtliche Fehlanreize unseres Gesundheitswesens resultieren, kaum an. Das Papier «Medizin und Ökonomie – wie weiter?» ist deshalb eine herbe Enttäuschung und lässt die Mediziner im Regen stehen. Dies hat der Präsident der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, Dr. med. Jürg Schup, in einem Artikel in der *Ärztezeitung*⁹ denn auch zum Ausdruck gebracht.

Positionspapier zur verdeckten Rationierung durch Regierung, Behörden und Gremien¹⁰

Anlass zu diesem im Juni 2015 herausgegebenen Papier war eine Serie von behördlichen Entscheidungen und Weisungen von Gremien wie dem Swiss Medical Board SMB, welche nun, legitimiert durch die Verlautbarungen der SAMW, ganz klar Rationierung betrieben oder Empfehlungen herausgaben, die Rationierung bedeuten, sollten sich die Krankenkassen bei ihren Entscheidungen, was bezahlt wird und was nicht, auf sie stützen. Untersucht werden im Papier zwei Arten, dies zu tun: Limitationen und HTA-Berichte. Zu beidem zeigen wir je ein Beispiel, zu Ersterem den Limitationsentscheid des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), für die neue Generation von Arzneimitteln zur Therapie der chronischen Hepatitis C per 1. Februar 2015 eine Limitation in den frühen Stadien der Krankheit zu erlassen, zu Letzterem den HTA-Bericht des Swiss Medical Boards SMB «Statine zur Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen»¹¹. Beidem ist eine Methode gemeinsam, die gefährlich ist: Entkoppelt von der medizinischen Praxis stellen gesundheitsökonomische Hochrechnungen Sachverhalte so dar, dass ungünstige Kosten-Nutzen-Verhältnisse erscheinen, und dies auch dort, wo die klinischen Datengrundlagen medizinische Zweckmässigkeit klar belegen. Es werden hier also Fakten so verdreht, dass effektive Rationierung (Verweigerung medizinisch zweckmässiger Behandlungen) als Rationalisierung dargestellt wird (Vermeidung unnützer Behandlungen, um unnötige Kosten zu sparen). Es muss klar sein: Wenn dies Schule macht, dann kann (ausser Knochenbrüchen vielleicht) grundsätzlich jede Behandlung als unnütz dargestellt und

⁹ http://www.saez.ch/uploads/eps/fulltext_documents/issues/SAEZ-Fulltext-2014-43-de.pdf

¹⁰ <http://www.docfind.ch/VEMSPositionspapierRationierung2015.pdf>

¹¹ http://www.medical-board.ch/fileadmin/docs/public/mb/fachberichte/2014-07-21_bericht_statine_final_anpassung.pdf

mit diesem Argument ihre Zahlung verweigert werden, und sei ihre medizinische Zweckmässigkeit noch so klar belegt und noch so solid dokumentiert.

Positionspapier zum Utilitarismus im Schweizer Gesundheitswesen¹²

Obige Beobachtungen bewogen den VEMS zu einer vertieften Analyse des diesen zugrundeliegenden Irrtums: der Annahme, utilitaristische Ansätze würden im Gesundheitswesen zu tauglichen Lösungen führen oder diese unter Einbezug weiterer ethischer Konzepte und bei bedachtem Austarieren insgesamt befördern. In unserem im Mai 2016 lancierten Grundlagenpapier sind wir dem nachgegangen und stellen fest: Der Utilitarismus ist blind für das Leid des Einzelnen, und dieses ist es, worum sich die Medizin kümmert. Der Diskurs um Kostenkontrolle, Rationalisierung und Rationierung findet unter falschen Machtverhältnissen statt, indem die Krankenkassenökonomie diesen über ihre institutionelle und die aus ihr folgende ideologische Macht führt. So kann ein gewisses 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 oftmals ihre eigenen Maximen nicht nur nicht erfüllen, sondern ins Gegenteil verkehren, die utilitaristischen wie die ökonomisch-liberalen. Hier hätte die SAMW ihre Mittlerrolle, die sie aber nicht wahrnimmt, wohl, weil sie selbst dem Utilitarismus nicht kritisch genug gegenübersteht.

Positionspapier zur Kommunikation medizinischer und gesundheitspolitischer Themen¹³

Das in obigen Papieren Festgestellte ist heute im Prinzip allen Akteuren unseres Gesundheitswesens klar. Allerdings macht es den Eindruck, die SAMW habe die Kontrolle über den Diskurs verloren, den sie mit ihrem im Grundlagenpapier von 2007 durch die Hintertür installierten Paradigmenwechsel vom Primat der medizinischen Zweckmässigkeit zu jenem der ökonomischen Nützlichkeit angestossen hat. Nun haben die Krankenkassen die Kommunikationsführung übernommen und gestalten die Diskurse in die von ihnen gewünschte Richtung. Mit unseren Prämiengeldern notabene. Wie dies geschieht, haben wir in einem im November 2016 herausgebrachten Papier untersucht. Wir analysieren darin die Kommunikationsmechanismen im Schweizer Gesundheitswesen auf den drei Ebenen Mikro-, Meso- und Makroebene und stellen fest, dass vor allem auf der Mesoebene eine Umgestaltung medizinischer Begriffe und eine Einführung ökonomischer Begriffe durch die Krankenkassenökonomie zu beobachten ist. Diese Begriffe lenken die Diskurse dann entsprechend, was die Medizin vor ein Dilemma stellt: Weigert sie sich, in diesen Begriffen zu argu-

¹² <http://www.docfind.ch/VEMSPositionspapierUtilitarismus.pdf>

¹³ <http://www.docfind.ch/VEMSPositionspapierGesundheitskommunikation.pdf>

mentieren, so erscheint sie als diskursunfähig, und argumentiert sie in ihnen, so begibt sie sich damit in eine ökonomische Argumentation, wo sie nur unterliegen kann.

Fazit: die SAMW nimmt ihre Rolle nicht wahr

Wir werden in diesem Papier auch einige neue wissenschaftliche Erkenntnisse einbringen, beispielsweise das Paradox der Krankheits-Kompression, welches wir zusammen mit der Vascular Risk Foundation Varifo entwickelt haben (siehe Abschnitt *Der Priorisierungsfehler*, Seite 20). Der wesentliche Punkt unserer Kritik ist aber struktureller Natur: Die Prozesse und Strukturen der SAMW sind gar nicht solcherart ausgestaltet, dass Anregungen, die vom Rationierungs-Narrativ abweichen, Eingang in die SAMW finden. Dies auch dort, wo offensichtlich ist, dass die Werkzeuge kontraproduktiv sind. Allem voran seien hier die Wirtschaftlichkeitsverfahren genannt. Weshalb diese vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) in die Obhut der Versicherer gegeben wurden, ist schon nicht nachvollziehbar. Im Mindesten hätte dann aber die dabei zur Anwendung kommende Methode von anderen Gremien entwickelt werden müssen, und für diese Aufgabe wäre die SAMW von ihrem Selbstverständnis her geradezu prädestiniert. Das ist nicht geschehen, noch haben wir von der SAMW in all den Jahren, seit das unwissenschaftliche Verfahren der Versicherer im Einsatz ist und Ärzte in ihren Indikations- und Behandlungsentscheiden fehlerhaft, Einwände dagegen gehört. Es war die Politik, die endlich reagieren musste, indem das Parlament per Beschluss vom 26.08.2015 festhält: «Das heute verwendete Varianzanalysenmodell mit demografischen, erklärenden Variablen solle künftig von Leistungserbringern und Versicherern gemeinsam weiterentwickelt werden und unter anderem durch Morbiditätsvariablen ergänzt werden.»¹⁴ Das ist seither nicht geschehen, die Arbeitsgruppe WZW von santésuisse und FMH dreht sich im Kreis. Was wenig verwundern kann, trifft die FMH hier doch auf jenen Akteur, mit dem sie es sich im Interesse der Tarmed-Verhandlungen tunlichst nicht verscherzen will. Hier hätte die SAMW eine Verantwortung, denn das Verfahren richtet in unserem Gesundheitswesen weiterhin und weitgehend unbehindert nachhaltigen Schaden an.

Gleichermassen still ist es vonseiten der SAMW bezüglich der geheimen Bonus-Malus-Vereinbarungen in Ärztenetzwerken mit Budgetverantwortung. Wenn Ärzte mit Krankenkassen in Verträgen, von denen der Patient keine Kenntnis hat, Budgets vereinbaren, deren Überschreitung eine Busse nach sich zieht und deren Unterschreitung dem Arzt einen Bonus einführt, dann haben wir einen gefährlichen Anreiz zur Unterbehandlung gerade der Bedürftigsten. Und hört man von der Zentrale Ethikkommission (ZEK) der SAMW diesbezüglich Einwände? Man hört sie nicht. Nicht einmal der Ruf nach einer Begleitforschung, die Solches untersucht, ist zu vernehmen. Man

¹⁴ <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20153681>

begnügt sich anscheinend mit den selbstverständlich beruhigenden Befunden der hauseigenen Begleitforschung der Krankenkassen, die diese Modelle anbieten und auch weiterhin anbieten wollen. Der Antrag des VEMS auf Bildung einer Arbeitsgruppe¹⁵ zum Thema wurde von der SAMW abgelehnt, unser in einem interdisziplinären Team erarbeiteter Vorschlag für ein Regelwerk¹⁶ zu solchen Verträgen fand keine Beachtung. Hierzu muss man wissen, dass die ersten HMO in den USA, wo die Idee entstanden ist, Vereinbarungen zwischen Arbeitgebern und Ärztenetzwerken waren. Beide sind an einer möglichst guten Behandlung zu möglichst geringen Kosten interessiert, wir haben hier also eine Win-Win-Situation. Als Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und Ärztenetzwerk hingegen sind die Interessen nicht mehr unbedingt so konvergierend, und arbeitet man dann auch noch mit Incentives, wie dies in der Schweiz der Fall ist, so wird die Sache heikel. Was in den USA denn nach einer Welle der Begeisterung auch zu einer solchen der Ernüchterung und zur Schliessung einiger dieser Netzwerke geführt hat. Hier hätte die SAMW ihre Verantwortung wahrzunehmen, denn diese Netzwerke können für Patienten mit entsprechender Krankheitslast zu einem massiven Problem werden.

Man könnte diese Liste weiterführen. Zu erwähnen wäre etwa die Stille der SAMW zu den Fallpauschalen, von denen schon vor Einführung aus den Erfahrungen in Deutschland klar war, dass sie kontraproduktive Folgen haben würden, weiter die allgemeine Situation der Boni und Kickbacks und der ökonomischen Fehlanreize auf allen Ebenen unseres Gesundheitswesens. In summa: Die Art und Weise, wie sich in der Schweiz über die letzten Jahre eine Rationierungsagenda immer deutlicher durchgesetzt hat, wirft ein kritisches Bild auf die Rolle der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. Nicht primär dieser Rationierung selbst wegen, sondern der Art und Weise wegen, wie sie sich durchgesetzt hat. Denn dies ist die Art und Weise, wie sie nun betrieben wird. Dabei ist in erster Linie die Wissenschaftlichkeit zu bemängeln. Zu keinem der Steuerungsinstrumente unseres Gesundheitswesens der jüngsten Zeit gibt es eine Begleitforschung, die diesen Namen verdient.

Was wir haben, ist in aller Regel eine auf Krankenkassendaten basierte Forschung, oftmals betrieben von den krankenkasseneigenen Forschungsabteilungen, die ein eigentlicher Arm der Marketingabteilung sind. So muss ein solches Forschen bezüglich der zu untersuchenden Zusammenhänge viel zu oft mutmassen (oder will es), weil eine Forschung über klinische Zusammenhänge ohne klinische Daten nun einmal wenig wissen kann und folglich viel vermuten muss. Gewiss ist, dass die Kosten steigen und dass dafür alle möglichen Gründe gesucht werden, nur nicht die Mangelhaftigkeit der Steuerungsinstrumente. Die jüngste Antwort der SAMW darauf ist das Konzept «Choosing Wisely». Was bedeutet: Einfach mal pauschal streichen, nachdem man pauschal zu

¹⁵ <http://www.docfind.ch/VEMSBriefSAMWMC.pdf>

¹⁶ <http://www.physicianprofiling.ch/VEMSRichtlinienAerztenetzwerke.pdf>

unnötigen Behandlungen angereizt hat. Eine Giesskanne macht die andere aber nicht wett, was Ärzte und Patienten von einer SAMW erwarten, ist ein gezieltes, wissenschaftlich fundiertes Vorgehen gegen Fehlanreize und Fehlverhalten.

Anscheinend hat die SAMW den Bezug zur klinischen Medizin auf der Mikroebene aber komplett verloren. In ihren sich gerade in der Vernehmlassung befindenden Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» (zur Vernehmlassung verabschiedet am 16.11.2017)¹⁷ lesen wir unter 2.3, Ziele der Medizin, zu den ärztlichen Handlungen: «In ihrem Kerngehalt zielen sie darauf ab, das Wohl des Patienten zu fördern, indem sie sein Leben quantitativ oder qualitativ positiv beeinflussen, sowie ihm keinesfalls zu schaden.» Im Original heisst diese Maxime in der Hippokratischen Tradition: «Primum non (auch nihil) nocere, secundum cavere, tertium sanare», was übersetzt heisst: «Erstens nicht schaden, zweitens vorsichtig sein, drittens heilen.» Kann einem Gremium mit über zwanzig namhaften Persönlichkeiten tatsächlich ein so banaler Übersetzungsfehler unterlaufen? *Keinesfalls* würde auf lateinisch *nullo* heissen, und ist damit *niemals* gemeint, so würde da *numquam* stehen. *Non nocere oder nihil nocere* bedeutet aber einfach: *nicht schaden*. Fordert man vom Arzt, keinesfalls zu schaden, so bedeutete dies, dass er seine Tätigkeit aufgeben müsste, denn jede Behandlung hat Nebenwirkungen. Der Arzt nimmt einen möglichen Schaden manchmal in Kauf, was unproblematisch ist, solange der Zweck seiner Handlung die Heilung ist und der in Kauf genommene Schaden sehr unwahrscheinlich und sehr gering.

Hier fordert die SAMW etwas, was gar nicht erfüllbar ist. Damit gerät die Medizin, vergleichbar dem in unserem Rationierungspapier vom Februar 2014¹⁸ festgestellten Paradigmenwechsel vom Primat der medizinischen Zweckmässigkeit zum Primat der ökonomischen Nützlichkeit, in eine zweifelhafte Rolle und gilt nun grundsätzlich immer als verdächtig. Mit Beunruhigung nehmen wir zur Kenntnis, dass die Rationierungskräfte unseres Gesundheitswesens in einem ersten Schritt die Nützlichkeit der Medizin grundsätzlich infrage gestellt haben und nun einen Schritt weitergehen, indem sie eine grundsätzliche Schädlichkeit in den Raum stellen. Welche Auswirkungen es auf Heilungsprozesse haben kann, wenn Patienten dies auf einer Populationsebene verinnerlichen (Nocebo-Effekt¹⁹), ist unabsehbar. Klar ist: «Choosing Wisely» kann Nocebo-Effekte fördern. Eine SAMW sollte diese Effekte untersuchen, nicht fördern. Solche Initiativen treiben Keile zwischen die Akteure des Gesundheitswesens und provoziert damit auf allen Seiten Handlungen, die ethisch problematisch und ökonomisch kontraproduktiv sind. Vor dem Hintergrund des hier Dargelegten stimmt es nicht eben zuversichtlich, dass sich die FMH bei den Dokumenten ihrer Standesordnung noch immer auf die Arbeiten der SAMW stützt.

¹⁷ <https://www.samw.ch/de/Ethik/Sterben-und-Tod/Richtlinien-Sterben-Tod.html>

¹⁸ <http://docfind.ch/VEMSRationierung2014.pdf>

¹⁹ <http://science.sciencemag.org/content/358/6359/44>

Die Rolle des VEMS und unsere Thesen

Die Gründung des Vereins Ethik und Medizin Schweiz VEMS geht auf den Fall eines Oltener Arztes zurück, der von santésuisse zu Unrecht in ein Wirtschaftlichkeitsverfahren verwickelt und mit einer saftigen Busse belegt wurde. Sein Problem war, wie dies bei etlichen mit Verfahren belegten Ärzten leider noch immer der Fall ist, dass er zu viele schwerkranke Patienten hatte, deren Kosten er nicht mit einer grösseren Zahl von mehr oder weniger Bagatellfällen ausgleichen konnte. Mit anderen Worten: Sein Problem war, dass er ein verantwortungsvoller Arzt war, der seine Patienten behandelt hat, nicht seinen Index.

Schnell haben wir gemerkt, dass das Verfahren untauglich ist, doch haben wir auch festgestellt: Die Strukturen, wie sie in unserem Gesundheitswesen installiert sind, machen es beinahe unmöglich, solche Fehler zu korrigieren. Die Regulative spielen nicht. Gremien arbeiten ohne in der Wissenschaft übliche Pre-Publication-Peer-Reviews, halten sich nicht an die wissenschaftlichen Standards und erhalten qua ihre institutionelle Macht dann doch ein ungehörliches, gefährliches Gewicht. Ihre Arbeiten werden zu Grundlagen von Steuerungsentscheiden, die wegen der Mangelhaftigkeit der Grundlagen katastrophale Folgen haben können. Dies stellen wir in all unseren Dossiers fest, dagegen gehen wir seit nun gut zehn Jahren systematisch vor, und daraus haben sich drei Thesen kristallisiert:

1. **Das Effizienz-Paradox: Immer mehr ökonomische Effizienz schafft immer mehr medizinische Ineffizienz.** Weil sich die Ökonomie in den medizinischen Indikations- und Behandlungsentscheid einmischt, verschlechtert sie dessen Qualität, was dazu führt, dass a) der administrative Wasserkopf sich bläht und b) die Medizin immer mehr medizinischen Unsinn macht.
2. **Der Priorisierungsfehler: Eine einseitig ökonomisch gedachte Priorisierung öffnet der Euthanasie Tür und Tor und schafft überdies teuren medizinischen Unsinn.** Die offene oder verdeckte Rationierung setzt in der Heilung und Pflege bei den wenigen grossen Ausgabeposten an und in der Prävention bei den vielen kleinen, den niedrigen Risiken. Dies fördert bei Ersterem Ausweitungen der kleineren, tendenziell unzweckmässigen Behandlungen, während bei Letzterem grosse, vermeidbare Krankheitskosten verursacht werden.

3. **Die Ethikfalle: Die heute praktizierte Bioethik reizt die Akteure des Gesundheitswesens zu einem Egoismus an, unter dem jeder nur noch profitieren will und keiner tatsächlich sparen.** Der de facto Rationierung liegt kein konsensfähiges, in einem transparenten Prozess ausgehandeltes ethisches Konzept zugrunde. Die Folge ist eine interessengetriebene Ausgestaltung der Rationierung vonseiten Krankenkassen und ein reaktantes Verhalten vonseiten Medizin und Patienten. Beides schafft vermeidbares Leid und treibt die Kosten.

Das Effizienz-Paradox: Immer mehr ökonomische Effizienz schafft immer mehr medizinische Ineffizienz.

Ökonomische Effizienz zielt auf zweierlei: auf den sparsamen Einsatz der Mittel und auf die effiziente Ausgestaltung der Abläufe. Wenn eine Firma günstig einkauft und schlank produziert, dann kann sie ihre Produkte für die Konsumenten attraktiv und für sich selbst lukrativ anbieten und ist erfolgreich. Auch Krankenversicherungen sind Firmen. Sie dürfen zwar nicht unbegrenzt Gewinne anhäufen, doch das bedeutet nicht, dass sie Genossenschaften oder gemeinnützige Organisationen sind. Wie jeder anderen Firma auch, ist ihnen an steigenden Umsätzen und Margen gelegen. Was bedeutet: an steigenden absoluten Gesundheitskosten bei stagnierenden oder sinkenden durchschnittlichen. Das stärkste Instrument zur Steuerung der Gesundheitskosten, das die Versicherer in den Hand haben, die Wirtschaftlichkeitsverfahren, ist denn auch so ausgestaltet, dass es diesen Effekt hat: Wenn ein Überschreiten der Durchschnittskosten von 30% und mehr gegenüber der Vergleichsgruppe für den Arzt ein Verfahren nach sich zieht, dann wird er bevorzugt möglichst viele kleinere Behandlungen mit geringen Kosten machen und jene wenigen teuren bis sehr teuren meiden, die seine Durchschnittskosten treiben. Mit dem Resultat, dass sich die Durchschnittskosten insgesamt einmitten und die absoluten steigen. Die Krankenkassen arbeiten auf diese Weise also ökonomisch effizient, und ergo folgen sämtliche ihrer Ansätze zur angeblichen Senkung des Kostenwachstums im Prinzip dieser Logik.

Medizinische Effizienz hingegen hat nur ein Mittel: die effiziente Ausgestaltung der Abläufe. Der sparsame Einsatz der Mittel steht hier als Möglichkeit nicht zur Verfügung, denn dies würde bedeuten, gewissen Kranken die Heilung und Pflege zu verweigern., was dem medizinischen Grundauftrag zuwiderliefe. Um diese Kosten zu vermeiden, kann die Medizin einzig präventive Massnahmen anbieten. Ist die Krankheit aber ausgebrochen, so hat sie den Auftrag, sie zu heilen oder, ist die Heilung aussichtslos, den Patienten zu pflegen, damit er in Würde sterben kann. Die Medizin arbeitet also dann effizient, wenn sie der vorliegenden Krankheitssituation so begegnet, dass sie ihren Auftrag möglichst speditiv abwickelt, Doppenspurigkeiten vermeidet, ebenso unzweckmässige Behandlungen. Wenn die Krankheitslast heute gestiegen ist, dann hat das neben der höheren Lebenserwartung aber auch andere Gründe wie etwa die Umweltverschmutzung, den Lärm, den Stress etc. Und natürlich leisten auch unzweckmässige Behandlungen zum stetigen Kostenwachstum im Gesundheitswesen ihren Beitrag. Diese werden von den Kontrollinstanzen der Versicherer aber nicht nur kaum erkannt – sie werden sogar gefördert, und dies obendrein mit Instrumenten, die der Medizin zusätzlichen Verwaltungsaufwand bescheren. Die Medizin arbeitet

heute also im doppelten Sinn ineffizient: weil sie vermehrt unzweckmässige Eingriffe macht (kein sparsamer Einsatz der Mittel) und weil ihre Arbeit damit auch noch verkompliziert wird (keine effiziente Ausgestaltung der Abläufe).

Noch jedes Mittel der krankenkassengetriebenen Gesundheitsökonomie, das von dieser zur Vermeidung unzweckmässiger Behandlungen in der Medizin eingeführt wurde, hat das genaue Gegenteil bewirkt und den Verwaltungsaufwand gebläht, denn sie alle folgen der oben beschriebenen Logik der Wirtschaftlichkeitsverfahren. Besonders deutlich sieht man dies bei den Fallpauschalen DRG: Diese blähen den Verwaltungsaufwand der Spitäler und haben, was bereits vor ihrer Einführung klar war, zu einer Häufung unzweckmässiger Behandlungen geführt, namentlich bei jenen Eingriffen und Patienten, bei denen die Pauschale sich rechnet. Nichtsdestotrotz haben *santésuisse* und der Spezialärzte-Dachverband FMCH aber soeben einen Vertrag über Fallpauschalen im ambulanten Bereich unterzeichnet²⁰. Verena Nold, Direktorin von *santésuisse*, meint gegenüber der NZZ, dass mit den ausgehandelten Pauschalen, die leicht unter den durchschnittlichen Kosten der letzten Jahre liegen, Einsparungen für die Prämienzahler möglich sein sollten. Markus Trutmann, der FMCH-Generalsekretär, begründet das Entgegenkommen so: «Wir wollen ein freiheitliches System behalten, das ohne staatliches Diktat auskommt. Immer mehr Ärzten wird bewusst, dass wir dafür auch unseren Beitrag leisten müssen.» So viel Einigkeit macht misstrauisch. Weshalb sollte im ambulanten Bereich kostensenkend sein, was im stationären Bereich die Kosten treibt? Ist es nicht absehbar, dass die Ärzte die durch die niedrigere Pauschale eingebüsstene Verluste einfach durch eine Erhöhung der Anzahl Behandlungen wettmachen werden²¹? Könnte es sein, dass beide Akteure sich dessen sehr wohl bewusst sind, die *santésuisse* in den ambulanten Fallpauschalen aber einfach einen Weg sieht, ihren Verwaltungsaufwand auf Kosten der Ärzteschaft zu verringern, und FMCH eine Möglichkeit, sich geläutert zu zeigen, ohne Einbussen befürchten zu müssen?

Auch die Budgetmitverantwortung in Ärztenetzwerken hat letztlich einen kostentreibenden Effekt: Sie kann die Prämienreduktion der Versicherten nicht mit effizienteren Abläufen leisten, sondern erreicht sie mit einem in Geheimverträgen mit den Leistungserbringern vereinbarten Bonus-Malus-System, das dazu anreizt, teure Patienten unterzuversorgen, mit der Folge, dass diese das Modell wechseln und ausserhalb des Netzes die vorenthaltene Versorgung teurer, weil verspätet nachholen. Die Qualitätsindikatoren des Bundesamtes für Gesundheit BAG andererseits verlangen von den Spitälern möglichst hohe Fallzahlen bei möglichst kleinen Sterberaten, was diese, verbunden mit einem erhöhten Verwaltungsaufwand bei der Patientenselektion, dazu anreizt, vermehrt unzweckmässig zu behandeln, da dies a) die Fallzahl erhöht und b) bei solchen Patienten die Wahr-

²⁰ <https://www.nzz.ch/schweiz/aus-angst-vor-staatlichem-diktat-chirurgen-geben-sich-mit-fixpreisen-zufrieden-ld.1355560>

²¹ Bereits eine 5% Mengenausweitung bei Operationen mit Kosten um 6'000 Franken und rund 7'000 operativ tätigen Ärzten erhöht die jährlichen Kosten insgesamt um 225 Mio. Franken, trotz niedrigeren Durchschnittskosten, mit entsprechendem Prämienanstieg von 1%.

scheinlichkeit geringer ist, beim Eingriff zu versterben. Damit senkt sich c) die Kompetenz bei der Behandlung schwer- und schwerstkranker Patienten, womit das BAG, inspiriert von der Logik der Versicherer, Anreize zur Schaffung eigentlicher Zentren medizinischer Unzweckmässigkeit setzt.

Fazit: Alle Versuche der Gesundheitsökonomie, die Medizin dazu anzureizen, unzweckmässige Behandlungen zu vermeiden, hatten bisher den gegenteiligen Effekt. Dass sie die Abläufe der Medizin überdies mit einer Kostenverwaltungs- und Versicherungsadministration aufblähen, führt dazu, dass die stetige Verbesserung der Behandlungseffizienz der Medizin dank neuer Methoden und Technologien zunichte gemacht wird. Wie viel von einem Prämienfranken fliesst heute in die Heilung und Pflege, und wie war das vor 10, 20 Jahren? Es gibt dazu keine Zahlen, keine Studien. Wieso zieht die Gesundheitsökonomie ihre Kräfte also nicht aus dem Indikations- und Behandlungsentscheid ab und setzt sie dort ein, wo sie einen fruchtbaren Beitrag leisten könnten: in der effizienten Ausgestaltung der Abläufe? Weil das ihren Interessen zuwiderläuft. Es ist ein ökonomisches Gesetz, dass sich ein Markt immer in jenem Bereich ausweitet, in welchem der stärkste Player seine Kernkompetenz hat. Und die Kernkompetenz von Versicherungen ist nun mal die Verwaltung, nicht die Heilung und Pflege der Patientinnen und Patienten. Es ist folglich im Interesse der Krankenkassenökonomie, die administrativen Abläufe der Medizin aufzublähen und zur Kompensation der dadurch entstandenen Kosten einen sparsamen Einsatz der Mittel von dieser zu fordern. Was bedeutet: Rationierung.

Jeder durch Rationierung gesparte Franken fliesst in diesem Teufelskreis der weiteren Blähung des Verwaltungsapparats zu, womit weitere Kräfte von der Heilung und Pflege abgezogen werden und die verbleibenden Kräfte durch die weitere Förderung unzweckmässiger Behandlungen immer weniger den tatsächlich Bedürftigen zukommen. Wie gut werden Alte, Polimorbide und Behinderte heute noch versorgt? Fest steht: Wohl nie wurde so viel medizinischer Unsinn produziert und so viel Geld für die sinnlose Verwaltung dieses Unsinn ausgegeben. Die Antwort einer verantwortungsvollen Medizin darauf kann nur ein klares Nein zu jeder Form derartiger Rationierung sein. Die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften SAMW hätte den Auftrag, zwischen Gesundheitsökonomie und Medizin zu vermitteln und die Kräfte mit wissenschaftlicher Evidenz auszugleichen. Sie hat die Grundlagen, den hier beschriebenen Wahnsinn zu belegen und die Medizin im Interesse der Patientinnen und Patienten vor einer weiteren Infiltrierung durch diese destruktive Art der Gesundheitsökonomie zu bewahren. Sie hat durch den in ihrem Grundlagenpapier²² von 2007 vorgenommenen Paradigmenwechsel vom Primat der medizinischen Zweckmässigkeit zum Primat der ökonomischen Nützlichkeit diesen Prozess aber sogar angestossen und ver-

²² https://www.samw.ch/dam/jcr:69749473-4a59-4e94-8e89-04f085218449/positionspapier_samw_rationierung.pdf

folgt seitdem eine konsequente Strategie der anfangs als Rationalisierung getarnten, heute immer offener ausgesprochenen Rationierung.

Daniel Scheidegger, derzeitiger Präsident der SAMW, sagt dies in einem Interview in der NZZ vom 27.11.2017²³ so deutlich wie kein Präsident vor ihm: «... wenn ich als 69-Jähriger Leukämie bekomme, lohnt es sich nicht mehr, das Medikament anzuwenden. Leute wie ich, die ein schönes Leben hatten, sollten verzichten, damit ein Kind mit Leukämie die Chance bekommt, auch ein schönes Leben zu leben. Denn selbst wenn ich das Mittel erhalte, werde ich ja nicht 200 Jahre alt. Ich sterbe an der nächsten Krankheit – und die kommt relativ bald.» Diese selbstlose Haltung ist das Recht jedes Patienten und grundsätzlich als edle Geste zu begrüssen. Erstens ist dies aber eine individuelle Entscheidung des Patienten und kann nicht vorgeschrieben werden. Und zweitens sollte dann eben auch gewährleistet sein, dass das so eingesparte Geld tatsächlich besagtem Kind zufließt und nicht einfach in der Verwaltung versickert oder stillschweigend in die Bonikassen der Spitalmanager und Versicherer wandert.

Das oben Dargelegte lässt Letzteres vermuten, und ein Experiment im Staat Oregon (USA) aus dem Jahr 1978²⁴ stützt diesen Verdacht: Der siebenjährige Coby Howard musste sterben, weil seine Knochenmarktransplantation von Medicaid nicht abgedeckt wurde. Die Grundlage hierfür war ein Gesetz, das interindikationsvergleichende Effektivitätsanalysen anstellte und diesen entsprechend 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 allerdings 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. Das Entscheidende ist nun aber dies: Die Anzahl Eingriffe der Behandlungen, für die das Geld angeblich gespart wurde, stieg in den Folgejahren nicht an. Mit anderen Worten: Das Geld wurde anderweitig verwendet²⁵. Wofür, legt obige Herleitung nahe.

Fazit →

Bevor das Effizienz-Paradox, dass immer mehr ökonomische Effizienz immer mehr medizinische Ineffizienz schafft, nicht erkannt ist, stellt Rationierung kein kostensenkendes Instrument dar, sondern das Gegenteil: einen systematischen Kostentreiber.

²³ <https://www.nzz.ch/schweiz/das-gesundheitswesen-ist-wie-die-swissair-vor-dem-grounding-ld.1332256>

²⁴ <http://content.healthaffairs.org/content/10/2/7.full.pdf>

²⁵ http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKM_Band17_Kapitel5_K%C3%BChn.pdf

Der Priorisierungsfehler: Eine einseitig ökonomisch gedachte Priorisierung öffnet der Euthanasie Tür und Tor und schafft überdies teuren medizinischen Unsinn.

Wenn eine Firma in Schieflage gerät, dann gibt der Ökonom Gegensteuer, indem er bei den grossen Ausgabeposten den Rotstift ansetzt. Das versucht man im Gesundheitswesen mit Rationierung, und deshalb ist der Ruf nach ihr dort zu vernehmen, wo die Behandlungen sehr teuer sind und wo ihr Sinn infrage gestellt werden kann: bei den letzten Behandlungen am Lebensende. Das Problem hierbei ist einerseits die Tendenz, mit generellen Streichlisten zu arbeiten. Medizinische Entscheide werden im Gespräch von Mediziner und Patient gemeinsam gefällt. Auch ist es falsch, wenn medizinische Entscheide a posteriori beurteilt und als sinnlose Ausgabe taxiert werden. Die Medizin arbeitet im Gegensatz zur Ökonomie a priori. Was bedeutet: Sie weiss von einem Behandlungsentscheid im Vorherein niemals mit absoluter Sicherheit, dass er «sich rechnen» wird. Sie wägt den möglichen medizinischen Nutzen mit den möglichen Risiken ab und fällt, basierend auf den gegebenen Informationen, gemeinsam mit dem Patienten den Behandlungsentscheid. Dies ist der Unterschied zwischen ökonomischer und medizinischer Zweckmässigkeit²⁶.

Es muss klar sein: Die ökonomische Logik, bei den grössten Ausgabeposten den Hebel anzusetzen, bedeutet in der Medizin, dass man Patienten, die eine Behandlung brauchen, sterben lässt, wenn die Kosten der Behandlung einen bestimmten Schwellwert übersteigen. Dies ist eine Handlungsoption, die für die Medizin nicht infrage kommt, und das fordert auch niemand. Festzustellen ist aber eine Tendenz, dort Verknappung zu schaffen, wo die Behandlungen teuer sind. So ist die Palliativmedizin im Fallpauschalensystem systematisch unterfinanziert. Entsprechend knapp sind die Betten, die Patienten werden in Heime verlagert, wo sie nicht mehr unbedingt eine adäquate Pflege erhalten. Gestützt wird dies auch durch die Sterberaten des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), welche die Spitäler davon abhalten, Patienten, die versterben könnten, aufzunehmen, weil dies ihre Sterberate erhöhen könnte. Da die Höhe der Behandlungskosten aber nichts aussagt über ihre medizinische Zweckmässigkeit, führen solche Übungen letztlich nur zu Verschiebungen. Der ökonomische Ansatz, bei den grössten Ausgabeposten den Rotstift anzusetzen, ist in der Medizin der falsche. Er widerspricht medizinischer Ethik und provoziert nicht selten, rechnet man die sozialen Kosten ein, effektive Mehrkosten.

²⁶ <http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetZweckmaessigkeit.pdf>

Die Gesundheitsökonomie wäre gut beraten, anstatt der wenigen grossen die vielen kleinen Ausgabeposten genauer unter die Lupe zu nehmen, denn hier ist potenzielle medizinische Unzweckmässigkeit zu finden. Da die Instrumente, mit denen die Krankenkassenökonomie medizinische Kosten anschaut, aber alle so ausgestaltet sind, dass nur jene Leistungserbringer als auffällig dastehen, die hohe Durchschnittskosten haben, erscheinen die eigentlichen Kostentreiber gar nicht erst auf ihrem Radar. Der Glaube an statistisch eingemittete Durchschnittskosten macht die Krankenkassenökonomie blind für die tatsächlichen Verschwender und Überärzter der Medizin. Diese werden von Patientenbefragungen zusätzlich angereizt, wie sie der als Vergleichsdienst getarnte schweizweit grösste Versicherungsbroker Comparis promoviert. Wir haben Felix Schlewly von Comparis eine Studie²⁷ zugänglich gemacht, die aufzeigt: Patienten bewerten jene Ärzte am besten, die die Untersuchungen und Behandlungen machen, die sie wünschen. Damit ist klar, dass man mit Patientenbefragungen Kostentreiber im Gesundheitswesen installiert. Das sieht Herr Schlewly anders. Er schreibt uns: «Wie bei jeder Dienstleistung ist auch in der Medizin stets die Erwartungshaltung des Kunden zu klären, weil Kunden mit übertriebenen Erwartungen meistens unzufriedene Kunden sind. Und ich gehe davon aus, jeder Arzt sein Berufsethos über finanzielle und andere Fehlanreize stellen sollte. Und dann gibt es noch WZW.» So kann argumentieren, wer von aufgrund stetig steigender Prämien unzufriedenen, deshalb jährlich die Versicherung wechselnden Patienten lebt, doch nicht, wem an effektiver Kostendämpfung gelegen ist.

Sämtliche Kostenkontrollinstrumente unseres Gesundheitswesens, die Wirtschaftlichkeitsverfahren, die Fallpauschalen, die Budgetmitverantwortung in Ärztenetzwerken, die Qualitätsindikatoren des BAG, reizen, wie im vorigen Abschnitt aufgezeigt wurde, zu tendenziell medizinisch eher unzweckmässigen Behandlungen mit geringen Kosten an, ebenso zur Verweigerung teurer bis sehr teurer, aber lebenswichtiger Behandlungen. Da diese Behandlungen überdies seltener sind, beschern sie dem Leistungserbringer auch nur wenige Beschwerden unzufriedener Patienten, während die vielen mit vielleicht auch unzweckmässigen kleinen Behandlungen versorgten Patienten ihm eine überwiegende Patientenzufriedenheit garantieren. Er gilt also dann in den Augen der Versicherer und der Patienten als guter Arzt, wenn er gerade das macht, was in der Heilung und Pflege verantwortungslos ist und sinnlose Kosten verursacht: grosse Posten meiden, kleine bevorzugen.

Umgekehrt verhält es sich in der Prävention: Hier sind die vielen kleinen Ausgabeposten tendenziell medizinisch zweckmässig, während die wenigen grossen Posten oftmals eher unzweckmässig sind. Und hier nun setzt die Gesundheitsökonomie den Hebel gerade umgekehrt an: Sie macht Jagt auf die vielen kleinen bis kleinsten Ausgaben. Entgegen dem Rat, den man jedem Schulkind auf den Weg gibt, die Zähne zu putzen, um keine Löcher zu bekommen, argumentiert

²⁷ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/29181542/>

die Gilde der Gesundheitsökonomien hier so: Es müssen viel zu viele behandelt werden, wenn man bedenkt, wie wenige dann erkranken. Das ist aber eben gerade der Zweck der Prävention: Die anderen sind nicht erkrankt, *weil* sie sich präventiv behandelt haben. In Zusammenarbeit mit der Vaskular Risk Foundation Vaifo haben wir dazu einen Text²⁸ lanciert, in welchem wir das Risiko-Kompression Paradox thematisieren. Wir beziehen uns dabei auf eine Arbeit, die der Arzt James Fries bereits 1980 in einen Artikel im New England Journal of Medicine zur Krankheitskompression²⁹ publiziert hat. Unter dem Titel «Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity» umschrieb Prof. Fries die Idee, dass das Fehlen bestimmter Risikofaktoren im Alter von 40 Jahren bis ins hohe Alter messbare Effekte auf die Gesundheit hat. Er ging dabei davon aus, dass die Zeit der Jahre bei guter Gesundheit ohne diese Risikofaktoren zunimmt und dass im Erkrankungsfall die Zahl der Krankheiten niedriger ist.

Nicht wie alt wir sterben ist also entscheidend, sondern wie gesund. Folglich hat es den grössten Effekt, niedrige Risiken auf sehr niedrige Risiken zu senken. Damit wird eine optimale Kurve erreicht, indem die Krankheiten in den letzten Lebensmonaten komprimiert und deshalb unvergleichlich kostengünstiger auftreten, während bei Vernachlässigung der Prävention im niederen Risikobereich die Krankheiten über Jahre, unter Umständen schon ab fünfzig auftreten und bis zum Tod exponentiell steigende Behandlungskosten verursachen. Die Gesundheitsökonomie hat nun aber die Mittel, durch entsprechende Hochrechnungen Kosten-Nutzen-Verhältnisse so darzustellen, dass sie ökonomisch unzweckmässig erscheinen, egal, wie gut ihre medizinische Zweckmässigkeit belegt ist. Dies ist eines ihrer gefährlichsten Instrumente und ein Kostentreiber für das Gesundheitswesen von morgen.

Das Swiss Medical Board SMB zeigt exemplarisch auf, wie das geht, nachzulesen in seinem Statinbericht³⁰: Man verkürze die Dauer der Wirkung (z.B. von 10 Jahren auf 5 Jahre). Man nehme Durchschnittswerte der Wirkung aus einer randomisierten Studie und behaupte, diese Wirkung würde für alle gelten und das relative Risiko spiele keine Rolle. Man führe neue Behandlungsgrenzen ein, ab wann ein Medikament eingesetzt werden soll (bei den Statinen für AGLA 40%), damit letztlich niemand mehr behandelt werden muss, und behaupte, es gäbe eine Formel, um dies zu berechnen. Man behaupte, es zähle nur, ob die Gesamtsterblichkeit günstig beeinflusst werde. Man nehme historische Zahlen und übertrage deren Wirksamkeitsnachweis auf heute. Das BAG rechnet in derselben Art und Weise, wenn es in seiner Berechnung der Kosten für die neue Generation der Medikamente gegen Hepatitis C auf einen Anstieg um 25% kommt³¹, weil es weder die kürzere Behandlungsdauer, noch die höhere Heilungsrate, noch die Kosten bei Nichtbehand-

²⁸ <http://www.docfind.ch/VarifoNewsletterParadoxRisikoKompression.pdf>

²⁹ <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM198007173030304>

³⁰ http://www.medical-board.ch/fileadmin/docs/public/mb/fachberichte/2014-07-21_bericht_statine_final_anpassung.pdf

³¹ <https://www.tagesanzeiger.ch/wirtschaft/standard/Ein-Geschaef-fast-ohne-Konkurrenz/story/24063385>

lung – geschweige denn die sozialen Kosten – mit einrechnet. Solche aus der klinischen Praxis ausgelagerten, medizinischen Evidenz und Logik zuwiderlaufenden Berechnungen werden einzig aus dem Grund angestellt, kurzfristig Kosten einzusparen. Inzwischen kann auch niemand mehr behaupten, er sei sich der gigantischen langfristigen Mehrkosten nicht bewusst, die dadurch entstehen. Am allerwenigsten kann dies die Medizin selbst, folglich sollte die FMH sich auch klar gegen solche gefährlichen reduktionistischen Ansätze aussprechen, also gegen HTAs, wie sie heute durchgeführt werden, ebenso gegen Initiativen wie «Choosing Wisely»³². Es kann nicht sein, dass sich die Medizin zur Handlangerin einer Gesundheitsökonomie macht, die heute Präventionskosten einspart, um morgen den dadurch krank gewordenen Patientinnen und Patienten die Zahlung der Heilung zu verweigern, weil angeblich das Geld fehlt.

Fazit →

Die Rationierung sollte den Rotstift in der Heilung und Pflege bei den vielen kleinen Ausgabeposten ansetzen und in der Prävention bei den wenigen grossen. Sie macht es aber gerade umgekehrt, weshalb sie nur vermeintlich Kosten spart, während sie tatsächlich vermeidbare Mehrkosten verursacht.

³² https://www.fmh.ch/files/pdf18/Die_Position_der_FMH_Choosing_Wisely_def_d1.pdf

Die Ethik-Falle:

Die heute praktizierte Bioethik reizt die Akteure zu einem Egoismus an, unter dem jeder nur noch profitieren will und keiner tatsächlich spart.

Obige Abschnitte zeigen in aller Deutlichkeit, dass im Schweizer Gesundheitswesen seit einiger Zeit schon rationiert wird. Dass dies in einer Art und Weise geschieht, die ökonomisch kontraproduktiv ist und volkswirtschaftliche Schäden verursacht, ist die eine Sache. Auf der medizinischen Ebene ist das Ganze insofern inakzeptabel, als hierzu keine konsensfähige, in einem demokratischen Konsens erarbeitete ethische Grundlage besteht. Vielmehr agiert ein innerer Zirkel um SAMW, ihre Gremien und ihnen zugeneigte Organisationen in selbstherrlicher Art und Weise und unter dem geistigen Regime der Krankenkassenökonomie, offenbar in der Meinung, damit auf der guten Seite zu sein. Das funktioniert vielleicht in Diktaturen, in Demokratien provoziert es Reaktanz: Die Bürgerinnen und Bürger fühlen sich von diesem Ethik-Diktat ebenso um ihren Prämienfranken betrogen wie die Ärzteschaft um ihren Beruf. Sie haben nicht ein derart anspruchsvolles und anstrengendes Studium durchlaufen, um sich nun zu Handlangern einer de facto Euthanasie der Schwächsten unserer Gesellschaft degradieren zu lassen. Die Studie «The contrarian effect: how does a Choosing Wisely focused knowledge translation initiative affect emergency physician practice in a high awareness-low investigation environment?»³³ von F. Chandra et al. zeigt auf: Streichlisten führen dazu, dass der Arzt tendenziell eher mehr macht, wohl weil er dann noch mehr als sonst auf der sicheren Seite sein will. Somit haben wir mit «Choosing Wisely» einen weiteren Kostentreiber, der sich als Kostendämpfer verkauft.

Man kann nicht fatalistisch hinnehmen, dass immer mehr ökonomische Effizienz immer mehr medizinische Ineffizienz bewirkt, dass eine auf den Kopf gedrehte, medizinisch unsinnige Priorisierung so lange Gelder verschwendet, bis für die Heilung und Pflege der effektiv Bedürftigen nichts mehr übrig bleibt, und dann die Schultern hochziehen und sagen: Wollt ihr ewig leben? Das ist keine Ethik, und ganz sicher ist es nicht konsensfähig. Wenn sich unter den Versicherten heute eine gefährliche Anspruchshaltung breitmacht, dann ist das als Reaktanz auf das Gefühl zu verstehen, um den Prämienfranken betrogen worden zu sein. Wenn sich in der Ärzteschaft eine ebenso gefährliche Haltung des Profitierens breitmacht, dann ist das als Reaktanz auf das Gefühl zu verstehen, um den Beruf betrogen worden zu sein. Die SAMW, ihre Gremien und die ihr zugeneigten Organe ihrer Rationierungspolitik sollten dies endlich akzeptieren und konsensfähige Lösungen

³³ https://www.fmh.ch/files/pdf18/Die_Position_der_FMH_Choosing_Wisely_def_d1.pdf

erarbeiten, anstatt weiter der egoistischen Standespolitik der Krankenkassenökonomie zu folgen. Vor allen Dingen gilt es endlich, offenzulegen, wo rationiert wird, anstatt weiterhin Bürgern und Ärzteschaft Sand in die Augen zu streuen und eine de facto Rationierung als eine Rationalisierung zu verkaufen. Letzteres ist sie ja gerade nicht, wie oben aufgezeigt wurde, sondern das genaue Gegenteil: systematische Verschwendung.

Die reaktante Reaktion der Patienten und der Ärzteschaft ist den Krankenkassen nun aber Anlass und Berechtigung, immer deutlicher zu rationieren und immer einschneidender in den medizinischen Indikations- und Behandlungsentscheid einzugreifen. Am liebsten wäre es ihnen, wenn sie nur noch die Rechnungen jener Ärzte bezahlen müssten, die diesen ganz in ihrem Sinn fällen, und nur noch jene Versicherten versichern, die sich ihrem Diktat fügen. Das ist in den Ärztenetzwerken mit Budgetverantwortung de facto gegeben. Ihr Quasiobligatorium wurde in der Volksabstimmung vom Sommer 2012 mit 76% Nein-Stimmen deutlich abgelehnt. Die Bevölkerung hat verstanden, dass ein Gesundheitswesen unter dem Diktat der Versicherer nicht wünschenswert ist und die freie Arztwahl von zentraler Bedeutung. Zu diesem deutlichen Nein mit beigetragen hat die Thematisierung der Geheimverträge zwischen Kassen und Netzwerk und die Offenlegung eines solchen Vertrags³⁴ durch den VEMS. Nichtsdestotrotz haben sich seither aber immer mehr Versicherte in diesen Modellen versichert. Das wird von den Versicherern nun als Beweis ausgelegt, dass sie sich doch grosser Beliebtheit erfreuen würden. Tatsächlich ist es aber allein der Tatsache geschuldet, dass sich viele Versicherte ein anderes Modell gar nicht mehr leisten könnten. Das Quasiobligatorium wurde von den Versicherern also auf dem monetären Weg doch noch durchgeboxt. Und wie? Indem sie das Wirtschaftlichkeitsverfahren in der oben beschriebenen Form aufrechterhalten haben. Denn so gut sie wissen, dass dieses, wie auch all die anderen «Kostensparinstrumente» der Versicherer, die Kosten treibt, nicht senkt, wissen sie eben auch: So lange die Gesundheitskosten steigen, bestimmen sie das Geschehen.

Das Parlament hat die Unwissenschaftlichkeit und Untauglichkeit des Wirtschaftlichkeitsverfahrens erkannt und den Versicherern den Auftrag erteilt, in einer Arbeitsgruppe von santésuisse und FMH zusammen ein taugliches Verfahren zu entwickeln. Das ist nicht im Interesse der Versicherer, wie aus Obigem leicht zu erkennen ist, und so blockieren diese seit Jahren jeden Vorschlag, um mit einer Salamtaktik die Entwicklung eines Verfahrens, das die Kosten tatsächlich senkt, zu verhindern, so auch den letzten Vorschlag des VEMS aus dem Jahr 2014³⁵. Die Versicherer zeigen mit diesem Verhalten deutlich, dass sie sich nicht nur um die Ärzteschaft und ihre Patienten, sondern auch um die Politik und den Willen des Souveräns foutieren und einzig und allein an der Durchsetzung ihrer Macht interessiert sind. Damit gefährden sie nicht nur unsere, sondern auch die

³⁴ <http://physicianprofiling.ch/VisanaVertragAufsichtsbeschwerde.pdf>

³⁵ <http://physicianprofiling.ch/WZWStatistik2014.pdf>

Gesundheit unsere Volkswirtschaft, indem sie unser Gesundheitswesen zum Spekulationsobjekt machen. Dass dies auf dem Buckel der Bedürftigsten geschieht, zeigt sich heute schon. Die Versicherer geben damit also auch eine humanitäre Tradition der Schweiz preis, einzig des Profits wegen und unterstützt von der SAMW und den ihr zugewandten Gremien.

Dieses ethisch problematische Verhalten wird allseits mit ökonomischem Pragmatismus begründet. Wir hoffen, es ist uns gelungen, aufzuzeigen, dass die Krankenkassenökonomie selbst das Problem ist, als dessen Lösung sie sich verkauft. Zum Verwaltungsaufwand der Versicherer gibt es Zahlen³⁶. Sie sind aber von den Versicherern selbst herausgegeben und mit Vorsicht zu geniessen. Fakt ist: Kaum jemand hat die Ressourcen, die Buchhaltungen dieser komplexen Gebilde, an denen eine Armada von Versicherungsökonominnen strickt, zu entflechten und zu analysieren, wohin die Gelder tatsächlich fliessen. Sind in diesen angeblich rund 5% Verwaltungsaufwand auch die Aufwendungen für Werbung inbegriffen? Wie hoch sind diese überhaupt? Unter welchem Posten figurieren die 500 Millionen an jährlichen Gebühren für Versicherungsmakler, die Aufwendungen durch den Versichererwechsel von rund einer Million Versicherten jährlich, die Bezahlung der Lobbyisten in Bern, der Unterhalt der Abteilungen der hauseigenen Forschung der Versicherer und so weiter und so fort – alles mit nur gerade fünf Prozent Aufwand³⁷? Und alles wird spürbar immer mehr, nur der Verwaltungsaufwand bleibt stabil, ja er ist angeblich sogar gesunken dank der wundersamen Wirkung des Wettbewerbs?

Die Fragen bleiben offen, und es bleibt der Eindruck einer gewissen Unredlichkeit der Kassen im Umgang mit ihren Zahlen. Leichter zu durchschauen, weil nachgerade dreist ist die Lüge der Versicherer bezüglich der Einsparungen in den Ärztenetzwerken mit Budgetverantwortung. Seit die ersten solchen Netzwerke in der Schweiz erschienen sind, haben die Kassen behauptet, mit ihnen liessen sich Kosten sparen, angeblich einzig und allein durch die Verschlinkung der Abläufe. Was daran schlanker sein soll, dass man immer zuerst den Hausarzt aufsuchen muss, nicht direkt zum Spezialisten darf, bleibt indes ein Rätsel, ebenso, weshalb es effizienter sein soll, wenn man bei der Telemedizin jedes Mal einen neuen Arzt am Apparat hat, der sich jedes Mal aufs Neue ins Dossier einarbeiten muss, anstatt den Hausarzt, den man in solchen Fällen normalerweise anruft. In Deutschland jedenfalls, und das ist klüger, darf nur telemedizinisch beraten, wer den Patienten mindestens einmal persönlich gesehen hat, ebenfalls ist es dort verboten, Einsparungen anders als durch Effizienzverbesserung zu realisieren – namentlich durch unterlassene Behandlungen. Diese

³⁶ <https://www.aargauerzeitung.ch/schweiz/verwaltungskosten-das-sind-die-effizientesten-krankenkassen-128385984>

³⁷ Unter den fünf Prozent Aufwand subsumieren die Versicherer nur die Verwaltungskosten. Darin sind nicht enthalten: die Amortisationskosten; die Vertriebskosten (Verkäuferprovisionen, ...); die Kosten für die Rechnungslegung; die Aufschläge dafür, dass im Verlustfall die Versicherer den Verlust allein tragen müssen, im Gewinnfall zunächst der Staat Gewinnsteuer abverlangt, in der Regel Rückzahlungen an die Versicherten zu erfolgen haben; ... In realen Prämienkalkulationen stehen die Gewinn- und Provisionserwartungen am Anfang, hierauf werden die erwarteten Schaden-/Leistungsausgaben für das versicherte Risiko addiert. Daraus ergibt sich die Versicherungsprämie des Versicherten, diese Prämie wird als ratierliche konstante Prämie bis zum Lebensende modelliert. Ohne den Aufwand für die Deckung des versicherten Risikos wird in der Größenordnung von fünfzig Prozent Aufwand kalkuliert.

finden in den Netzwerken der Schweiz statt, weshalb die Versicherten dann eben das Modell wechseln. Eine Studie der CSS Versicherung stellt tiefe Behandlungskosten der Austretenden denn auch fest, dreht dieses Argument dann aber gerade ins Gegenteil, indem sie schliesst, diese hätten dann wohl in ein noch günstigeres Modell gewechselt, anstatt zu untersuchen, was mit ihren Gesundheitskosten nach Austritt passiert ist³⁸. Möglich, dass die Fürsorge darüber Auskunft geben könnte, sicher ist, dass eine solche Forschung nur möglich ist, wenn die Versicherer ihre Daten anonymisiert zusammenlegen und das Bundesamt für Statistik als behördliche Instanz dazu forscht.

Die Versicherer haben nie bewiesen, dass auch nur eine ihrer Massnahmen die Gesundheitskosten gesenkt hätte, und sie haben auch kein Interesse daran. Die Schweiz ist ein reiches Land, wer es sich leisten kann, wird eine für die Versicherer lukrative Zusatzversicherung abschliessen, was mit der Beschneidung des Grundkatalogs befördert wird und auch so beabsichtigt ist. Und wer nicht? Ja, das ist dann eben eine Frage der Ethik, und dafür sind die Versicherer nicht zuständig. Lassen wir sie also weiter das Marketing-Lied auf das Zwangsregime der Hausarztmodelle mit Budgetverantwortung als angebliches Erfolgsmodell der Schweiz singen und halten wir fest: Die Kassen haben kein Interesse an der Senkung der Gesundheitskosten, sehr wohl aber ein solches an der Beschneidung des Grundkatalogs, denn das reizt zum Abschluss von Zusatzversicherungen an. Eine praktizierte Form der Reduzierung des Leistungskataloges ist es, nicht mehr die Personen als Objekt der medizinischen Behandlung zu betrachten, sondern Krankheitsfälle, und das unabhängig von der Anzahl der Patienten, die diese Fälle generieren. Nun können durch die Reduzierung von Schwellenwerten für bestimmte Erkrankungssymptome die Kosten unabhängig von der klinischen Praxis auf der Mikroebene des Einzelfalls kontrolliert werden. Damit öffnet sich ein ethisch problematisches Feld.

Dieses Vorgehen schafft aber auch rechtlich problematische Grauzonen. Der Patient hat mit dem Arzt einen Vertrag, und das Objekt dieses Vertrags ist er als Patient, welchem der Vertrag eine persönliche Leistung gemäß dem Leistungskatalog der Krankenkassen zusichert. Geht ein Arzt überdies einen anderen Vertrag mit der Krankenkasse ein, wie das in den Ärztenetzwerken mit Budgetverantwortung und entsprechenden Geheimverträgen der Fall ist, so stellt Letzterer im Widerspruch zu Ersterem, insofern, als der Arzt sich darin verpflichtet, nur deliktisch zu behandeln (Objekt ist die Krankheit, nicht der Patient). Damit entfällt aber der Haftungsanspruch aus dem Behandlungsvertrag mit seinem Patienten nicht. Der Arzt, der sich einem solchen Vertrag unterordnet, riskiert also, für Behandlungsunterlassungen oder die Verweigerung einer nötigen Weiterweisung zum Spezialisten persönlich haftbar gemacht zu werden, denn diese Verantwortung trägt er, nicht die Krankenkasse. Wenn die Krankenkassen Ärztinnen und Ärzte in solche Verträge locken,

³⁸ <https://www.medinside.ch/de/post/hausarztmodelle-der-erfolg-ist-ehrer-behauptet-als-belegt>

ohne ihnen darüber Klarheit zu verschaffen, dann ist das ein problematisches Vorgehen. Dies vor allem vor dem Hintergrund, dass sie neben den Boni, die winken, ja auch über einen noch attraktiveren Lockvogel verfügen: Ärzte, die in Netzwerken mit Budgetverantwortung arbeiten, sind von den leidigen Wirtschaftlichkeitsverfahren befreit.

Halten wir fest: Der bessere Arzt wird kriminalisiert, die Patienten werden nicht adäquat behandelt, die Gesundheitskosten steigen durch die Mengenausweitung und auch durch höhere Kosten für zunächst verschobene, später aber teurere Fälle. Und dies verkaufen uns die Kassen seit Jahren als ihre Erfolge. Es ist klar: Wenn der dominierende Akteur unseres Gesundheitswesens so offensichtlich Tatsachen verdreht, so verschlagen mit Zahlen spielt und so dreist lügt, dann braucht es einen starken Gegenspieler: eine ethische Institution, die diesen Namen verdient. Die bioethischen Institute sind es nicht, oftmals sind sie über Umwege selber von der Krankenkassenökonomie finanziert. Die SAMW müsste es sein, kann es aber nicht, nicht in der heutigen Form.

Kann man aber überhaupt ethisch, kann man gerecht rationieren? Man wird, wie der VEMS vermutet, wenn man es ernsthaft versucht, feststellen, dass es gar keine Rationierung braucht. Die Schweiz ist eines der reichsten Länder der Welt, und wir befinden uns auch nicht in einem Krieg. Was unser Gesundheitswesen überhaupt erst an den Punkt gebracht hat, wo Rationierung unausweichlich scheint, ist ja gerade jene als Rationalisierung deklarierte Rationierung, die Gelder verschwendet, weil sie medizinischen Unsinn und die Blähung des Verwaltungsaufwands fördert. Eberhard Schockenhoff und Anton Losinger haben in einem Artikel in «Stimmen der Zeit»³⁹ vier Regeln als Vorschlag zur gerechten Rationierung aus christlicher Sicht vorgeschlagen. Diese lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- keine Rationierung aufgrund des sozio-ökonomischen Wertes eines Individuums, sondern nur auf medizinischer Basis und nicht aufgrund seines gesellschaftlichen Nutzens
- keine simplizistischen Rationierungsregeln aufgrund pauschaler Indikatoren wie des Alters, wenn sich daraus nicht medizinische Begründungen für den Rationierungsentscheid ergeben, zum Beispiel erhöhtes Risiko des Eingriffs
- Rationierungsentscheidungen dürfen nicht eine Belohnung oder Bestrafung für ein bestimmtes Verhalten sein.

³⁹ www.stimmen-der-zeit.de/zeitschrift/archiv/beitrag_details?k_beitrag=2265176&query_start=8&k_produkt=2268208

- Rationierungsentscheidungen sind auf der Makro- und der Mesoebene zu fällen, nicht auf der Mikroebene; dort, am Krankenbett, soll der Arzt seinem ärztlichen Berufsethos folgend allein im Interesse des Patienten entscheiden und handeln können.

Alle vier Regeln werden mit den Wirtschaftlichkeitsverfahren verletzt, mit der Budgetverantwortung in Ärztenetzwerken, mit den Fallpauschalen und mit den Qualitätsindikatoren des BAG. Folglich gehört all das verboten, und damit wäre dann nicht nur die ethische Situation geklärt, sondern auch gleich die Frage der Rationierung vom Tisch: Es braucht sie nicht, wenn wir nur endlich richtig rationalisieren im Gesundheitswesen.

Fazit →

Solange der de facto Rationierung kein konsensfähiges ethisches Konzept zugrunde liegt, ist eine interessengetriebene Ausgestaltung vonseiten der Krankenkassen und ein reaktantes Verhalten vonseiten der Medizin und der Patienten unvermeidlich.

Forderungen: Zurück zu einer Gesundheitsökonomie und einer Medizinethik, die diesen Namen verdienen.

Bei den alten Griechen waren Ethik, Ökonomie und Politik eine Trias. Es war in diesem Denken unmöglich, in der einen Disziplin zu denken, ohne die anderen beiden mit einzubeziehen. Die heillose Verstrickung der Interessen, die wir heute in unserem Gesundheitsleben haben, zeigt, dass sie vielleicht doch nicht so falsch lagen damit. Versuchen wir zum Schluss also für einmal, nicht die Ethik von der Ökonomie her zu denken, wie das heute üblich ist, sondern umgekehrt die Ökonomie von der Ethik her. Eberhard Schockenhoffs und Anton Losingers Vorschlag⁴⁰ einer ethisch vertretbaren Rationierung kommt aus einer christlichen Sicht. Er scheint uns aber im Einklang mit den ethischen Grundlagen der Medizin, und er ist auch nicht von der Kanzel aus erdacht, sondern aus der Arbeit der Caritas am Krankenbett heraus entstanden:

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

Gehen wir diese Forderungen durch und halten wir fest, was sie konkret bedeuten:

1. Keine Rationierung aufgrund des sozio-ökonomischen Wertes eines Individuums

Sogenannte Managed-Care-Modelle, also HMO-, Hausarzt- oder Telemed-Modelle, bringen eine Prämienreduktion von bis zu 25% und werden folglich neben jungen, weitgehend gesunden Versicherten und von Leuten abgeschlossen, deren Einkommenssituation sie da-

⁴⁰ www.stimmen-der-zeit.de/zeitschrift/archiv/beitrag_details?k_beitrag=2265176&query_start=8&k_produk=2268208

zu zwingt. Das sind meistens Menschen mit geringer Bildung und tendenziell niedrigerer sozialer Stellung. Da in diesen Netzwerken, so sie mit Budgetverantwortung arbeiten, Kostenobergrenzen formuliert werden, und zwar im Voraus und ohne Kenntnis der konkreten Patientensituation, wird de facto rationiert. Wir haben also eine Rationierung aufgrund des sozio-ökonomischen Werts des Individuums. Den höchsten Nutzen an diesen Modellen hätten aber gerade Versicherte mit höherer Bildung, denn sowohl der dauernde Wechsel des Medizin-Managers anstelle der bleibenden Ansprechperson des Hausarztes, als auch das Mitteilen der Beschwerden und das Verstehen des medizinischen Rats über Telemed erfordern ein gewisses Abstraktionsvermögen. Daraus resultieren Missverständnisse, die Gesundheitskosten verursachen. Sie werden dann allerdings vom Netzwerk aus den Augen verloren, wenn die von der Behandlung frustrierten Versicherten dieses verlassen.

Lösung: Der Bund erteilt den Netzwerken den Auftrag, eine Begleitforschung über ihre Effizienz zu installieren, und zwar so, dass die Kosten der darin Versicherten über die Grenze eines Versicherungsverwechsels hinweg verfolgt werden können. Daraus sind Dispositive zu erstellen, für welche Versicherten sich diese Modelle effektiv rechnen und für welche nicht. So wären etwa Netzwerke nach bestimmten Krankheiten denkbar, beispielsweise für Diabetiker. Der zentrale Einkauf und das Bündeln der Kompetenz könnten enorme Einsparungen realisieren. Die Geheimverträge dieser Netzwerke arbeiten im rechtlichen Graubereich und sollten verboten werden, damit überhaupt die Grundlage für eine faire Zusammenarbeit geschaffen ist.

2. Keine Rationierungsregeln aufgrund pauschaler Indikatoren wie des Alters

Die Wirtschaftlichkeitsverfahren begründen die Kosten eines Arztes durch die Kosten eines anderen Arztes. Zur Verfeinerung ziehen sie das Durchschnittsalter und das Geschlecht der Patienten hinzu, beides nicht medizinische Begründungsvariablen. Da das Verfahren de facto rationiert, haben wir hier also eine Rationierung aufgrund pauschaler, nicht medizinischer Variablen. Der Mechanismus des Verfahrens treibt überdies die Kosten, indem es zur Mengenausweitung medizinisch unzweckmässiger Behandlungen anreizt. Wir haben hier also ein medizinethisches Problem, das ein gesundheitsökonomisches induziert.

Lösung: Das Verfahren sollte sistiert werden. An seiner Stelle ist ein Audit-System zu installieren, wie wir es von der Schulpflege her kennen. Diese visitiert unangemeldet und erkennt eine dysfunktionale Lehrperson recht schnell. Analog dazu würde ein ärztliches Fachgremium den Hausarzt unangemeldet besuchen und Einsicht in ein paar Patientendossiers nehmen. Auffälligkeiten werden diskutiert, und kann der Arzt sie nicht begründen,

wird eine vertiefte Untersuchung eingeleitet. Bedingung für ein Funktionieren ist allerdings, dass das Fachgremium aus von den Versicherern unabhängigen Medizinern besteht und seinerseits regelmässig daraufhin supervisiert wird.

3. Rationierungsentscheidungen dürfen nicht eine Belohnung oder Bestrafung für ein bestimmtes Verhalten sein.

Die Fallpauschalen DRG setzen pro Behandlung einen Kostenrahmen. Damit reizen sie dort zur Rationierung an, wo der Kostenrahmen für das Spital nicht attraktiv ist. Dies kann von Spital zu Spital variieren, auch von Abteilung zu Abteilung. Ob damit eine Belohnung oder Bestrafung eines bestimmten Verhaltens einhergeht, wäre zu untersuchen. Sicher ist, dass, wenn wohl auch wahllos, aus anderen Kriterien priorisiert wird als aus medizinischen. Damit entsteht im Einzelfall ein medizinethisches Problem, welches insgesamt ein gesundheitsökonomisches induziert, indem so zur medizinisch unzweckmässigen Behandlung angereizt wird.

Lösung: Das Fallpauschalensystem muss abgeschafft werden. Es sollte durch ein Kontrollorgan mit interinstitutionellen Expertenaudits ersetzt werden, um den Indikationsentscheid zu überprüfen. Dieses System soll "random audits" einschliessen, damit dann statistisch einwandfreie Hochrechnungen auf Indikationsmissbräuche auf nationaler Ebene durchgeführt werden können. Die Idee solcher Audits ist in den Spitälern inzwischen auch angekommen. In der Regel wird dort aber aufgrund von Streichlisten auditiert, und dabei zeigt sich dann nicht, was erkannt werden soll. Wenn man schon weiss, was man sehen will, braucht man auch nicht hinschauen. Die Idee des BAG, sein mangelhaftes System der Qualitätsindikatoren vermittels Audits zu verfeinern, zeigt diesen Unsinn: Es sollen nur jene Spitäler und Abteilungen auditiert werden, bei welchen die Indikatoren auffällig sind. Damit ist die Situation gegeben, dass nichts mehr vor der Überprüfung fehlbaren Verhaltens schützt, als dieses fehlbare Verhalten selbst, denn wer sich eine hohe Fallzahl und eine tiefe Sterberate erschleicht, wird ja gerade nicht überprüft.

4. Rationierungsentscheidungen sind auf der Makro- und der Mesoebene zu fällen, nicht auf der Mikroebene; dort, am Krankenbett, soll der Arzt seinem ärztlichen Berufsethos folgend allein im Interesse des Patienten entscheiden und handeln können.

Allen hier aufgezeigten Fehlanreizen ist gemeinsam, dass sie von der Makroebene ausgehen (BAG) oder von der Mesoebene (Versicherer, Spitäler, Industrie) und den Indikations- und Behandlungsentscheid der medizinischen Fachkräfte auf der Mikroebene (Heilung und Pflege) durch eine interessengetriebene Ökonomisierung verstören. Das Unfaire daran ist,

dass sie sich so aus der Verantwortung ziehen und bei kontraproduktiven Effekten in medizinischer wie auch in gesundheitsökonomischer Hinsicht auf die Mediziner und Pflegenden verweisen können. Problematisch daran ist auch, dass die Makro- und die Mesoebene so den Bezug zur klinischen Realität verliert, und das ist ihren Steuerungsentscheiden mithin auch anzumerken. Dass die Folgen medizinisch so gravierend sind wie gesundheitsökonomisch, wurde hier gezeigt.

Lösung: Hier steht eine langwierige Arbeit der Entflechtung und Offenlegung der Interessen an. Es gilt, die schlimmsten Fehlanreize unseres Gesundheitswesens auf ihre Korrumpierung des Indikations- und Behandlungsentscheids hin zu überprüfen. Namentlich sollte sich die SAMW endlich dazu durchringen, gegen die geheimen Vereinbarungen der Budgetverantwortung in Ärztenetzwerken entschieden vorzugehen, ebenso gegen Bonizahlungen an Mediziner, welcher Art auch immer.

Fazit →

Wenn die ethischen Gremien unseres Gesundheitswesens, allen voran die SAMW und die ZAK, ihrem medizinischen Auftrag nachkommen, dann lösen sie damit auch ein Gutteil der gesundheitsökonomischen Probleme, und dann ist Rationierung kein Thema mehr.