

**Ein auf Ethik und Medizin basierendes Gesundheitswesen
für die Schweiz**

Prof. Dr. med. Paul R. Vogt
HerzGefässZentrum
Klinik Im Park
Zürich

Zürich, August 2009

Das Gesundheitswesen soll gerecht, funktionell und effizient sein. Es soll „ethisch“ sein und den Vorstellungen von „gut“ entsprechen. Das Primat im Gesundheitswesen besteht in den medizinischen Leistungen, welche zum Nutzen der Patienten erbracht werden. Das aktuelle Chaos in der zukünftigen Strategie für unser Gesundheitswesen basiert auf fundamentalen, krassen Fehlinterpretationen der Politik, der Ökonomie und der Gesellschaft als ganzes, welche eine adäquate Reorganisation unseres Gesundheitswesens aus Eigennutz zum Schaden aller verhindern.

George Orwell meinte: *„Wenn Freiheit überhaupt etwas bedeutet, dann das Recht, den Menschen zu sagen, was sie nicht hören wollen“*. Diese Freiheit nimmt sich dieses Manuskript.

Gutes und weniger Gutes

Die Schweiz gilt als Wirtschaftsweltmeister und als eines der wohlhabendsten Länder der Welt. An dieser Beurteilung hat auch die aktuelle Finanzkrise nichts geändert. Genauso steht unser Gesundheitswesen da: es gilt als eines der besten der Welt. Mehr noch, laut OECD (1) garantiert es eine extrem gute Qualität ohne Rationierung; (2) bietet es auf dieser Welt die beste Lösung; (3) besitzt es ein fast einmaliges Mitspracherecht der Bürger in der Gestaltung der Struktur des Gesundheitswesens; (4) sei es klar, dass andere von unserem Gesundheitswesen lernen können; (5) sichert es auch dem Benachteiligten unserer Gesellschaft die gleiche Versorgung wie den Bessergestellten.

In früheren Zeiten war die Seelsorge eine öffentliche, während die Betreuung des Körpers eine private Angelegenheit war. Inzwischen hat sich die Auffassung umgekehrt: Religion wurde zur Privatsache, während sich die medizinische Versorgung als eine öffentliche Angelegenheit etabliert hat. Nicht mehr die Unsterblichkeit der Seele, sondern das Bemühen um Langlebigkeit des Menschen steht im Mittelpunkt und ist ein sozial anerkanntes und moralisch zwingendes Bedürfnis geworden; es gibt ein „Recht auf...“, für das der Staat zu sorgen hat. Damit stellen sich Fragen nach der Lebensqualität, dem Alter der Patienten, der Priorität in der Gesundheitsversorgung, der Ressourcenverteilung, oder Fragen nach Eingriffen des Staates in das Gesundheitswesen.

Diese Fragen werden von der Basis, von jenen, die am Patienten „arbeiten“, seit langem beantwortet. Sie werden aber – nicht unverschuldet – nicht gehört. Dafür dominieren in den Medien negative Schlagzeilen: selbsternannte Experten fordern eine Industrialisierung der Medizin und loben den Fließband-Charakter dieser Industrie, unfähig, einen Lösungsansatz für die dringendsten Probleme unseres Gesundheitswesens auch nur im Ansatz formulieren zu können; Politiker mit Blick auf die Beliebtheitskala

tabuisieren die entscheidenden Fragen; Ökonomen glauben, mehr Wettbewerb würde die Probleme lösen; die Ärzteschaft widersetzt sich einer echten, sanktionierenden Qualitätskontrolle; die medizin-technische Industrie zieht Milliarden ab; branchenfremde Institutionen – „Health Consultants“, „Qualitäts-Manager“, IT-Firmen und andere, die noch nie einen Patienten gesehen haben - holen sich in zunehmendem Masse ihren Anteil vom 60-Milliarden-Kuchen. Gesund wird davon keiner.

Vorschläge, wie das Gesundheitswesen „verbessert“ werden kann, sind durch Schlagworte geprägt, welche unreflektiert nachgesagt und abgeschrieben werden. Zum Beispiel die „Rationierung“: konkrete Zahlen und Maßnahmen zu einer allfälligen „Rationierung“ gibt es weit und breit keine. Kann es nicht, denn: (1) egal wie man rationieren möchte, man kann immer nur die Spitze des Eisberges „wegrationieren“; (2) das Prinzip der Rationierung kann nicht weiter helfen, weil jede Form von Rationierung nur einen begrenzten Einspareffekt hat, weil man nicht beliebig viel rationieren kann. Oder die „Ressourcen“, die uns im Gesundheitswesen angeblich fehlen oder fehlen werden, als ob es „fehlende Ressourcen“ nur im Zusammenhang mit Gesundheit gäbe. Tatsache aber ist: keine Gesellschaft wird je genügend Ressourcen haben, ihre Bedürfnisse zu erfüllen, da in jeder Gesellschaft die Bedürfnisse die Ressourcen immer übersteigen werden – was für alle Güter gilt.

Sparen will niemand: die Industrie nicht; die Ärzteschaft nicht; die Patientin nicht und die Krankenkassen schon gar nicht. Die verbinden sich lieber mit willfährigen Politikern, die sie mit teuer vergüteten Verwaltungsrats-Mandaten zahnlos halten.

Die Gesundheit und das Gesundheitswesen

Die Gesundheit ist nicht wie alle anderen Güter variierbar und durch das eine oder andere ersetzbar. Wer ein Luxusauto fährt, kann sich vielleicht deshalb kein Boot leisten; wer sich eine große Wohnung leistet, kann sich kein Luxusauto kaufen: das eine kann das andere ersetzen. Nicht aber bei der Gesundheit. Gesundheit kann nicht ersetzt werden. Gesundheit ist ein Gut *nur für sich*. Sie ist nicht ein- oder austauschbar. Gesundheit ist ein meritorisches Gut, d.h., ein Gut, dessen Nutzen grösser ist, als es die in der freien Marktwirtschaft bestehende Nachfrage widerspiegeln kann. Diese Tatsache und die hohe Qualität unseres Gesundheitswesens, die dem Rechnung trägt, sollte all jenen, die an der Gestaltung des Gesundheitswesens mitarbeiten, Verpflichtung genug sein, die Probleme des Gesundheitswesens endlich seriös anzugehen. Die Streitereien zwischen Politik, Kassen und Ärzteschaft zeigen, dass keiner begriffen hat, dass ein funktionierendes, qualitativ hoch stehendes Gesundheitswesen, das auf einer

konsistenten ärztlichen Ethik beruht, nicht ein Berufsproblem der Ärzteschaft, sondern – man kann es nicht oft genug betonen: ein konstantes, wichtiges, öffentliches Gut darstellt.

Ist es überhaupt wahr, dass wir uns dieses Gesundheitswesen nicht mehr leisten können? Ich glaube nicht. Eher dürfte es sich um einen zeitgemäßen Irrtum handeln, dessen Unterbau die Politik zementiert und den die journalistische Katastrophen- und Mysterienindustrie als selbst tragendes Geschäft vergoldet, in welchem unzählige Agenturen für Öffentlichkeitsarbeit und staatliche Informationsabteilungen mitmischen. Eine Analyse der Ausgaben der so genannten öffentlichen Hand gibt auf alle Fälle keinen Hinweis darauf, dass sich ausgerechnet die erfolgreichste Wirtschaft der Welt ihr eigenes Gesundheitswesen nicht mehr leisten können soll. Es ist nicht einzusehen, weshalb man sich ein einmaliges Gut wie die Gesundheit angeblich nicht mehr leisten kann, wenn die monatlichen Rechnungen unserer jüngsten Handy-Benutzer - um SMS und Gewaltvideos zu versenden – an die Krankenkassen-Prämien heranreichen. Und wenn Milliarden an privaten Geldern in fragwürdige Gesundheitsmassnahmen fließen, welche von den Krankenkassen zu Recht nicht finanziert werden.

Mehr noch. Demographische Daten lassen am aktuellen Konzept eines angeblich nicht mehr finanzierbaren Gesundheitswesens zweifeln. Unsere demographische Entwicklung ist heute durch eine Zunahme des mittleren Lebensalters, Abnahme der Geburtenrate, Abnahme des Verhältnisses von Arbeitenden zu Senioren sowie eine Zunahme der 55 bis 70-Jährigen charakterisiert. Zu keiner Zeit gab es in unserer Gesellschaft so viele qualifizierte und fitte Senioren mit steigender Lebenserwartung, früherem Renteneintritt und längerer „Alters-Freizeit“. Weil dieser Verlust ökonomischer Qualität mit Immigration nicht ausgeglichen werden kann, gewinnt das ökonomische Potential der älteren Generation an Bedeutung. Auf der Tatsache der positiven Interaktion zwischen „Gesundheit“ und „Ökonomie“ lassen sich damit folgende Aussagen machen: (1) das Konzept, dass ein teures Gesundheitswesen eine Last darstellt, ist falsch; (2) in einer alternden, aber aktiven Gesellschaft, deren Ökonomie auf „human resources“ und „human capital“ beruht, sind die Kosten des Gesundheitswesens als Investition zu sehen, weil; (3) diese Ökonomie Gesundheits-intensiv und gleichzeitig Gesundheits-abhängig ist, und (4), weil Investitionen in das Gesundheitswesen einer derartigen Gesellschaft einen hohen „Return of Investment“ erzielen. Nur schon diese wenigen, an sich banalen Überlegungen zeigen, dass das derzeitige Lamentieren über ein Gesundheitswesen, das wir uns angeblich nicht mehr leisten können oder sollen, nicht der Weisheit letzter Schluss sein kann.

In diesem Zusammenhang sind aber drei Punkte wesentlich: (1) die Tatsache, dass die Prämien für viele eine immer größere Last darstellen, muss gerade auch von der Ärzteschaft zur Kenntnis genommen werden; (2) die Erfüllung aller Wünsche im Gesundheitswesen bei gleichzeitigem Einfrieren der Mittel funktioniert nicht; (3) das Einfrieren der Mittel und die moralisch, ethisch und juristisch an den Arzt formulierte Pflicht, jeden Patienten mit den besten Methoden nach bestem Wissen und Gewissen zu behandeln, sind unmoralisch, da sie unter den Bedingungen staatlich limitierter Ressourcen eine strikt unerfüllbare Pflicht postulieren.

Das Ziel des Gesundheitswesens ist nicht die Effizienz, sondern die Sorge um den Patienten. *Dabei gibt es keine Grundsätze oder Kriterien, die helfen, die Frage nach einer gerechten Gesundheitsversorgung zu klären.* Es gibt auch keine Institution, die das kann, ob Bundesrat, Nationalrätliche Gesundheitskommission, Ärzteschaft oder Santésuisse. Es gibt in einem Staat keine offizielle Stelle, keinen Verband, keine Berufsgruppe und auch keine Kommission, die entscheiden könnte, was im Gesundheitswesen noch „angeboten“ werden soll und was nicht. Die Entscheidung, wie das Gesundheitswesen strukturiert sein soll, was es wem *grundsätzlich*, was es wem *zusätzlich* und was es *gar nicht* anbieten und finanzieren soll, ist eine demokratische – eine Tatsache, welche im Konzept dieses Manuskripts ausdrücklich berücksichtigt wird.

Was muss ein ethisch fundiertes Gesundheitswesen leisten und was nicht?

- In einem guten Gesundheitswesen soll jeder eine faire Chance erhalten, die Gesundheit zu bewahren, oder sie im Falle einer Krankheit wieder zu erwerben, weil die Chance seine Lebenspläne entsprechend den jeweilig natürlichen Talenten zu realisieren, gerade in unserer Wettbewerbs- und Leistungsgesellschaft *wesentlich* von der Gesundheit und der daraus resultierenden Funktionsfähigkeit abhängig ist.
- In Mangelsituationen sollen diejenigen Patienten Vorrang haben, die aufgrund ihrer Krankheit oder Behinderung *am meisten* in ihren Möglichkeiten eingeschränkt sind, ihre normalen Lebenspläne zu verfolgen.
- Das Solidarprinzip soll Vor- und Nachteile zwischen Menschen ausgleichen, die nicht selbst verschuldet auf schicksalsbedingten Umständen beruhen.
- Das Gesundheitswesen soll es dem Kranken ermöglichen, *trotzdem* ein gutes, würdiges oder normales Leben zu führen.
- Soziale Unterschiede gibt es; wichtig ist *nicht* das Gebot der Gleichheit, sondern das Gebot der Achtung, jedermann gleichberechtigten Zugang zu unseren Gesundheitsleistungen im Sinne von Mindeststandards zu ermöglichen.

- Das Gesundheitswesen ist dazu da, größere Ungleichheiten in der Krankenversorgung zu vermeiden, wie sie in anderen Ländern existieren.
- Zu einem ethischen Gesundheitswesen gehört die „Rule of Rescue“, die sagt, dass eine lebensrettende Maßnahme nicht aus ökonomischen Gründen verweigert werden darf.
- Das Gesundheitswesen ist aber *nicht primär* dazu da, der Gesellschaft ein gutes, würdiges oder normales Leben zu ermöglichen, Ungleichheiten unter Menschen zu beseitigen oder Gleichheitsforderungen zu erfüllen.

Das Leistungsangebot des Gesundheitswesens und der zunehmende „Konsum“ dieser Angebote können in ihrer aktuellen Form nicht aufrechterhalten werden. Besser wäre es, alle Maßnahmen, die relativ häufig, aber auch sehr billig sind, aus dem Grundleistungskatalog zu entfernen, weil sich diese jeder leisten kann. Auf der anderen Seite wären alle Leistungen, welche bei maximalen Kosten einen minimalen Grenznutzen haben, erhältlich, müssten aber selbst bezahlt werden. Damit wären alle Leistungen, welche nicht im Grundleistungskatalog sind, *erhältlich*, müssten aber privat finanziert werden.

Wenn der natürliche Verlauf einer schweren Erkrankung am Lebensende nur noch ein kurzes Weiterleben erlaubt, und eine extrem teure Therapie diesen Verlauf nur um wenige Wochen verbessern kann, ist eine solidarische Finanzierung nicht gerechtfertigt. Wer auf extrem kostenintensive Medizin am Lebensende nicht verzichten mag, muss dann eben Abstriche in anderen Lebensereichen hinnehmen, was insofern logisch erscheint, als die mit Abstand höchsten Gesundheitskosten in den drei letzten Lebenswochen anfallen.

Damit stellt sich folgende Frage: ist das denjenigen, die sich mangels Ressourcen diese Leistungen nicht zusätzlich einkaufen können und sie daher definitiv nicht bekommen, ethisch und politisch zumutbar? Aus fünf Gründen „Ja“: (1) es gibt einen abgesicherten Mindeststandard auf dem Niveau der üblichen Grundversorgung, über dessen Niveau die Bürger entscheiden; (2) ist die Möglichkeit eines sinnvollen Lebens gewährleistet, so kann man bezweifeln, ob es auf eine darüber hinausgehende Verteilungsgerechtigkeit überhaupt noch ankommt; (3) wenn man feststellt, dass diese Leistungen üblicherweise zusätzlich versichert werden, müssen sie in die Grundversorgung aufgenommen werden, womit sich das Problem erledigt (4) gäbe es über diese Fragen eine informierte, öffentliche Diskussion und nicht die üblichen Tabuisierungen, wäre auch schnell ein Konsens erzielt; (5) *und*: der Wohlstandsgewinn der letzten Jahrzehnte würde es

erlauben, zunehmend breitere Schichten der Bevölkerung in die Selbstverantwortung zu entlassen.

Eine Grundversicherung, die weite Teile der Bevölkerung nach ihrem eigenen Urteil angemessen versorgt, so dass nur noch deutlich überdurchschnittlich wohlhabende Bürger eine Zusatzversicherung abschließen, erscheint ethischer, als eine Grundversicherung, die nur die am schlechtesten Gestellten versorgt, während sich der große Rest der Bevölkerung eine Zusatzversicherung leistet.

Irrtümer und Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen

Eine adäquate Reorganisation des Gesundheitswesens kann zu einem wesentlich Teil aus der Betrachtung grotesker politischer und ökonomischer Irrtümer und Fehlentwicklungen hergeleitet werden. In der Folge sollen einige Themen der öffentlichen Diskussion, welche die Gesundheitskosten beeinflussen, diskutiert werden.

„Politische Organisation“: eine adäquate politische Organisation des Gesundheitswesens ist ein ethisches Thema, da eine korrekte Ressourcenverteilung eine ethische Verpflichtung darstellt. Um in diesem Bereiche Kosten zu sparen ist die Überwindung eines übertriebenen Föderalismus eine Notwendigkeit. Der „Kantönli-Geist“ in der Spitalplanung hat in den letzten 10 Jahren keine positiven Resultate erzielt, und der Gesetzesgeber wird nicht um einen klaren Systemwechsel herumkommen. Die Kantone sind zu klein, Organisation und Administration brauchen zu viel Geld. Die Konkurrenz ist durch die Kantonsgrenzen limitiert, was die medizinische Qualität der Gesundheitsleistungen vermindert, da die Leistungserbringer im Gesundheitswesen sich medizinisch qualitativ nicht national oder international messen müssen, sondern nur im Konkurrenzkampf zum nächsten Bezirksspital stehen. Die Koppelung von Spitalplanung, Spitalfinanzierung, Defizitdeckung und Regionalpolitik muss ein Ende haben. Es ist nicht einzusehen, wieso eine freie Arzt- und Spitalwahl frei von administrativen Zwängen zu einer Kostensteigerung führen soll. Klar ist, dass das föderale System für diese mitverantwortlich ist.

„Ressourcen-Verteilung“: Von Tausend Schweizer Franken Kassenprämie werden immer weniger für eine medizinische Handlung ausgegeben, während sich angeblich unverzichtbare „Dienstleister“ im Gesundheitswesen immer schamloser aus dem Topf der Prämien bedienen. Die eigentlichen Abzocker kommen aus der IT-Branche. Die Informationstechnologie produziert eine als wichtig aufgeschwatzte Datenhalde, die niemand braucht. Der PC hat das Stethoskop verdrängt, und bereits visitiert das

Pflegepersonal den Patienten mit dem Computer, der für die Mehrzahl nichts anderes als eine überteuert eingekaufte, elektronische Schreibmaschine darstellt.

Es herrscht im wahrsten Sinne des Wortes eine eigentliche Misere gegenüber den Zwängen einer hypertrophen Technologie, die keinen einzigen Patienten besser behandelt, aber Prämiengelder in Milliardenhöhe für sich abzweigt.

Auch hier arbeiten Politiker, Industrie und FMH Hand in Hand. Die neusten Erfindungen bestehen in e-Health und Gesundheitskarte. So wird auch das finanzielle Fiasko der Einführung einer Gesundheitskarte in England - 20 Milliarden englische Pfund statt der budgetierten 6.2 Milliarden – einfach ignoriert. Kostensparende Effekte gibt es bis jetzt keine – aber die IT-Branche interessiert sich brennend! Wen wundert's!

Was finden sie denn, wenn Sie im Internet eine Klinik suchen: teure Websites und Angebote wie „Shopping und Services“; „Unterhaltung“; „Bank und Post“; „Technischer Dienst“; „Presseabteilung“; „Email-sensitive Datenverschlüsselung“; „Health-Info-Nets“; „Preisausschreiben zur Verbesserung von Arbeitsabläufen“; „Personalaussschüsse“ oder „Unternehmenskommunikation“. Dies sind keine Aufgaben des Gesundheitswesens, und davon wird kein Patient gesund. Aber es erklärt wenigstens, warum mehr als 500'000 Arbeitnehmer ihr Gehalt aus den Krankenkassenprämien beziehen.

Als Stilblüte der besonderen Art sei die Einführung eines klinikeigenen Fernsehsenders erwähnt, in welchem PR-Filme gezeigt werden, in denen hauseigenes Personal die Rolle von Patienten spielt. Die Firma, die einen solchen Schwachsinn vertreibt, sieht in den 350 Schweizer Kliniken einen lukrativen Markt – finanziert durch Krankenkassenprämien und staatliche Defizitgarantien.

Die korrekte Verteilung der Ressourcen stellt aber ein fundamentales ethisches Gebot dar. Davon sind wir weit entfernt: wir wissen nicht einmal, wie viele Milliarden wir für was ausgeben.

„Wir brauchen mehr Wettbewerb“ ist der am häufigsten zitierte Unsinn, weil „Wettbewerb“ primär ökonomisch und nicht qualitativ medizinische definiert wird. Genau das Gegenteil ist der Fall. Wettbewerb, wie ihn Ökonomen und Politiker fordern, verschlechtert die Qualität und treibt die Kosten in die Höhe. Gesundheit und Gesundheitsgüter sind keine Ware, weil: (1) nicht das „Haben eines Gesundheitsgutes“, sondern das „Fehlen eines Gesundheitsgutes“ entscheidend ist; (2) sie keine Konsumgüter sind, die man haben möchte; (3) man Gesundheitsgüter nur erwirbt, wenn es der Zufall will und man sie braucht; (4) sie notwendige Bedarfsgüter sind, für die es keine Marktfreiheit gibt; (5) von ihnen viele andere Güter abhängen, von normalen Konsumgütern aber nicht; (6) sie nicht Gegenstand unterschiedlicher Vorlieben sind; (6)

sie in ihrer Qualität nur bedingt oder überhaupt nicht beurteilt werden können; (7) sie kein akutes Vergnügen bieten; (8) und ihr Wert oftmals erst nach langer Zeit erkannt wird.

Nur schon die im Vergleich zum *Konsumgut* absolut unterschiedliche Charakteristik des *Gesundheitsgutes* zeigt, dass das Gesundheitswesen keinen konventionellen wirtschaftlichen Regeln gehorcht.

Zwei einfache Beispiele aus der hausärztlichen und der klinischen Praxis belegen dies:

Zwei gut ausgelastete Hausärzte versorgen ein Dorf. Für Rückenschmerzen verschreiben sie Gymnastik (Eigenverantwortung), selten Massage oder Kuren (passive „Wellness“). Ein dritter, neu hinzugekommener Hausarzt muss Patienten anwerben, um zu existieren, wozu er Massage und Kuren verschreibt und dadurch wettbewerbsfähig wird. Um ihre Patienten nicht zu verlieren, ziehen die beiden ersten nach. Effekt: die passive Wellness ohne Langzeiteffekt hat gesundheitsfördernde Gymnastik im Wettbewerb verdrängt. Der „Wellness-Konsument“ – hier der Patient – kann und will nicht beurteilen, was für ihn besser ist. Er nimmt das *Bequemere*, aber leider weniger gesundheitsfördernde. Fazit: das Niveau der gesundheitlichen Versorgung sinkt, die Kosten steigen.

Vergleichen sie zwei Bäcker: öffnet ein Dritter, ist einer zuviel. Schließen wird, wer das schlechteste Brot von allen backt und den schlechtesten Service bietet. Der Konsument kann urteilen, der Markt funktioniert. Im Beispiel der Hausärzte kann und will der Patient nicht urteilen. Er nimmt einfach das *Bequemere*. Erhalt und/oder Förderung von Gesundheit brauchen aber eine persönliche Investition, welche zumindest persönliche Energie verlangt.

Zur klinischen Praxis: ist in einer Gruppe von Chirurgen jeder ausgelastet, wird „operiert, was operiert werden muss“. Erhöht sich die Anzahl der Chirurgen, wird „operiert, was operiert werden kann“. Die Kosten steigen unabhängig von der operativen Qualität. Diese nimmt parallel ab, weil Komplikationen und Kosten bei Patienten produziert werden, die gar nicht hätten operiert werden müssen.

Der Patient kommt nicht zum Arzt, weil er eine Behandlung haben möchte, sondern weil er eine braucht, oder meint zu brauchen. Und genau so geht ein Bürger zur Polizei: wenn er sie braucht. Das Polizeiwesen kann berechnen, wie viele Seepolizisten, Verkehrspolizisten, Ermittler oder Kriminalbeamte pro Kopf notwendig sind. Niemand stellt 5000 Polizisten zu viel ein, um anschließend von Ihnen angesichts der hohen Kosten im Polizeiwesen „mehr Wettbewerb untereinander“ zu verlangen.

Genau das passiert im Gesundheitswesen. Ärzte arbeiten aber nicht nach dem Bäcker-, sondern dem Polizei-Prinzip. Ärzte sind, wenn sie so wollen, so etwas wie Gesundheitspolizisten.

Das hört sich wie Planwirtschaft an – und nicht wie Marktwirtschaft. Natürlich: es heißt, dass der Staat die Anzahl und die Verteilung der Spezialisten bestimmt. Das tut er im Polizeiwesen auch. *Er* muss es tun, wenn es die Verbindung der Schweizer Ärzte und Ärztinnen resp. die Fachgesellschaften nicht selbst tun. Es ist eine banale Tatsache, dass das Gesundheitswesen nur als Mix zwischen Planwirtschaft und Leistungsanreizen = Marktwirtschaft funktioniert. Der marktwirtschaftliche Teil liegt aber in einem anderen

Bereich: im Rahmen der Qualitätskontrolle beim Leistungserbringer, welche aber nicht existiert.

Das Resultat einer adäquaten Planung wäre eine flächendeckende Versorgung mit einem gesunden Mix an Spezialisten aller Fächer. Jeder Leistungserbringer sollte dabei eine Warteliste haben, weil damit ein Überangebot an unnötigen Leistungen vermieden wird und Kosten gespart werden. Die Konsequenz daraus ist eine Stärkung der günstigen Hausarzt-Medizin und nicht eine kassenärztlich-unterstützte Zerstörung derselben.

„Krankenkassen“: Bei den Krankenkassen stellt sich unmittelbar die Frage, ob wir sie als reinen „Durchlauferhitzer“ überhaupt brauchen. Effektiv treiben die Krankenkassen lediglich die Kosten in die Höhe, und es kommt nicht von ungefähr, dass Stimmberechtigte Verwaltungskosten und Krankenkassen weit vor fehlender Effizienz als die Hauptkostentreiber im Gesundheitswesen identifizieren. Es ist ein weiterer, schwerer Irrtum, zu glauben, dass die Kosten im Gesundheitswesen sinken, je nachdem wie man die Mittel nennt, die ins Gesundheitswesen fließen; oder je nachdem, wie man seine Strukturen bezeichnet: egal ob „Prämien“, „Steuern“, „Einheitskasse“, „Gesundheitsfond“, „Kopfprämie“ oder „Einkommens-abhängigen Prämien“: Terminologie senkt keine Kosten.

Die Kosten im Gesundheitswesen können nur aus vier Gründen signifikant gesenkt werden: (1) Weil die Bevölkerung im Durchschnitt gesünder geworden ist; (2) weil weniger behandelt wird; (3) weil die Krankenkassen weniger bezahlen; (4) weil Administration und hypertrophe Technologie – administrativ wie medizinisch – eingedämmt werden.

Punkt 1 ist unrealistisch. Punkt 2 kommt *im Rahmen einer adäquaten Qualitätskontrolle* einer Rationalisierung gleich, *ohne Qualitätskontrolle* einer Rationierung. Punkt 3 bewegt sich zwischen Illegalität und Unmoral, und Punkt 4 ist eine Notwendigkeit.

Ob eine Einheitskasse die Kosten verringert hätte, ist nicht sicher. Wenn man aber den Sturmlauf der Kassen gegen eine Einheitskasse beobachtet hat, ist man davon überzeugt, dass sich die Kosten mit einer Einheitskasse senken würden. Bedenklich ist nicht der Sturmlauf an sich, sondern die Art und Weise, wie er geführt worden ist. Die Unmoral der Kassenvertreter ist dabei so weit gegangen, dass im Rahmen des Abstimmungskampfes selbst die „santésuisse“ *jedes ethische Augenmass* verloren hat, hatten doch ihre Vertreter allen Ernstes behauptet, dass eine Krankenkasse nichts mit Solidarität zu tun habe, um im gleichen Atemzug Patienten mit Autos zu vergleichen. Es ist erstaunlich, wie locker so genannte „Volksvertreter“ die administrativen Kosten der Krankenkasse – immerhin 5 Milliarde Franken – als Peanuts bezeichnen – was die

meisten wahrscheinlich auch tun würden, wenn sie als Vorstandsmitglieder dieser Organisationen überbezahlte Sitzungsgelder kassieren könnten.

Ich will hier nicht weiter auf die Praktiken der Krankenkassen eingehen. Erwähnt sei lediglich, dass die heutigen Kassen die staatlichen Aufgaben in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit der privaten Gewinnstrebigkeit in den Zusatzversicherungen verknüpfen, was der Gesetzesgeber eindeutig untersagt. Das heißt nichts anderes, als dass die Krankenkassen konstant gültiges Recht verletzen. Jeder, der mit Krankenkassen zu tun hat, weiß: die Krankenkassen sind weder am Patienten, an der Qualität noch an Einsparungen interessiert, sondern nur am Geld.

Dabei fallen alle Schranken: „Müssen wir denn jeden retten?“ Oder: „Es wäre billiger gewesen, wenn der Patient an der Operation verstorben wäre...“. Oder nochmals anders: „Ein Patient, der auf der Warteliste stirbt, ist für uns besser, als wenn ihr ihn operiert...“, um nur einige Aussagen von Krankenkassen-Funktionären zu erwähnen. Es ist gerade *dieses* Verhalten, welches die Kassen als ethisch-moralisch ernst zu nehmenden Diskussionspartner im Gesundheitswesen faktisch ausschließt.

„Fallpauschalen“: die Debatte über die Einführung der Fallpauschalen wird sich in Kürze intensivieren, weshalb sie hier etwas genauer dargestellt werden sollen.

Mit der Einführung der DRG, der Fallpauschalen, zieht am Horizont die nächste Katastrophe auf. „Fallpauschale“ definiert eine bestimmte Vergütungsform von Gesundheitsleistungen. Im Gegensatz zu zeitraumbezogenen Vergütungsformen - Anzahl Tage in der Klinik - oder einer Vergütung einzelner Leistungen während einer Hospitalisation, erfolgt bei Fallpauschalen die Vergütung von medizinischen Leistungen pro Behandlungsfall. Im Fallpauschalen-System, auch Diagnosis-related Groups (DRGs) genannt, werden Patienten anhand medizinischer und demographischer Daten in Fallgruppen eingeteilt. Die Fallgruppen dienen jedoch nicht der medizinischen Unterscheidung, sondern der Differenzierung des ökonomischen Aufwandes.

DRGs wurden 1967 an der Yale-Universität entwickelt und in den USA ab 1983 im Medicare-Bereich verwendet. Die Verwaltungsorgane des deutschen Gesundheitswesens waren im Jahr 2000 durch die Politik aufgefordert, ein bereits existierendes DRG-System als Grundlage des aufzubauenden deutschen Systems auszuwählen. Die Entscheidung fiel auf das System des australischen Bundesstaates Victoria, genannt 'Australian Refined Diagnosis Related Groups' (AR-DRG), welches einen Teilbereich medizinischer Leistungen nach dem Fallpauschalen-Prinzip abrechnete. Im Dezember 2005 entschied sich die Schweiz zur Einführung eines DRG-Systems auf Grundlage des deutschen Modells. Durch den Prozess der Helvetisierung (Anpassung an die schweizerische Behandlungswirklichkeit) sollen daraus die SwissDRG entstehen.

Ich möchte hier weder auf die weitere Geschichte, noch auf die verschiedenen Varianten von DRG-Systemen eingehen, sondern, basierend auf meiner Erfahrung im deutschen Gesundheitswesen, auf die Frage eingehen, wem die Einführung der SwissDRG nützen könnte. Anders gefragt: brauchen wir in der Schweiz DRGs?

Die Antwort sei vorweggenommen: wir brauchen keine DRGs. Das DRG-System ist zutiefst unethisch und unmoralisch. DRGs nützen weder den Patienten, noch den Kliniken, im Gegenteil. Wenn sie überhaupt einen Nutzen haben, dann der Bürokratie, welche im DRG-System sinnlose und unbegrenzt ausufernde Möglichkeiten finden wird, den Papierkrieg zum Schaden unserer Patienten ins Absurde zu steigern.

„Praktische“ Alltags-Beispiele mögen diese Behauptung unterstützen:

- *Beispiel 1:* Wird ein Patient nach einem operativen Eingriff z.B., während 17 Tagen künstlich beatmet, fällt er in eine bestimmte Fallpauschalen-Kategorie, z.B., in die „23'000.- Euro-Kategorie“. Ab dem 22. Beatmungstag würde er in die „38'000.- Euro-Kategorie“ rutschen. Das ist die Summe - respektive die Leistung - welche die Klinik für 17 bzw. für 22 Tage künstliche Beatmung vergütet erhält.
Statt am 18. Tag, wird der Patient erst am 22. Tag nach der Operation von der künstlichen Beatmung entwöhnt, weil der „Klinik-Administrator“, der „Abteilungs-Ökonom“, „der Klinik-eigene Verwaltungsassistent“, oder kurz: der Klinik-eigene „DRG-Beauftragte“, unbelastet von medizinischem Wissen, auf der Visite erklären wird, dass dieser Patient aus ökonomischen Gründen erst am 22. Tag nach der Operation extubiert werden soll oder „darf“. Dabei nimmt man das Auftreten einer Lungenentzündung mit einer 30%igen Chance, dran zu versterben, aus ökonomischen Gründen in Kauf.
- *Beispiel 2:* ein kritisch kranker Patient wird von der künstlichen Beatmung entwöhnt. Sein Zustand verschlechtert sich. Es wird offensichtlich, dass er „es nicht schaffen“ wird. Aus ethischen Gründen würde man den schicksalhaften, natürlichen Verlauf abwarten und den Patienten nicht mehr an die künstliche Beatmung anschließen. Aus Gründen der DRGs ist es aber besser, den Patienten noch einmal zu beatmen und ihn an der Maschine sterben zu lassen, weil ein Patient der ohne künstliche Beatmung stirbt, weniger „einbringt“, als ein Patient, der an der künstlichen Beatmung stirbt. Der Patient wird – man muss es formulieren, wie es ist - finanziell lohnend zu Tode beatmet.
- *Beispiel 3:* ein von der Atmung her kritischer Patient an der Grenze zur künstlichen Beatmung wird aus finanziellen Gründen lieber gleich künstlich beatmet, um für den Patienten mehr Geld zu erhalten. Eine erfolgreiche, konservative Behandlung mit

Atem- und Physiotherapie, welche dem Patienten die risikoreichere künstliche, maschinelle Beatmung ersparen könnte, lohnt sich nicht. Warum auch? Weil, (1), eine künstliche Beatmung besser vergütet wird als eine optimale konservative medikamentöse und physiotherapeutische Behandlung, welche die künstliche Beatmung vermeidet; 2. weil die Zuteilung von Stellen im Intensivbereich davon abhängt, wie viele Patienten mit vielen Beatmungsstunden behandelt werden. Und: eine besondere Blüte treibt ein nach dem Chefpfleger benannter Score, der die Beatmungsstunden auf der Intensivstation jeden Tag direkt in resultierende Stellenkürzungen im Personalschlüssel umrechnet. Die entscheidende Frage auf der morgendlichen Visite also wird lauten: „Sind wir im „Range“?“.

- Beispiel 4: Nierenersatzverfahren auf einer Intensivstation, welche wegen eines Nierenversagens notwendig geworden sind, werden nach ihrer Laufzeit am Patienten über Sonderentgelte bezahlt. Je länger der Patient am Nierenersatzverfahren bleibt, desto höher sind die „Erlöse“. Ein frühzeitiger Nierenstartversuch mit dem Ziel, vom Ersatzverfahren wegzukommen, lohnt sich finanziell in keiner Weise.

- Beispiel 5: ein Patient tritt zur Operation einer Verengung der rechten Halsschlagader ein. Die allgemeine Abklärung vor der Operation ergibt zusätzlich mehrere, operationspflichtige Verengungen an den Herzkranzgefäßen. Werden beide Eingriffe – an der Halsschlagader und am Herzen - simultan in einer Narkose durchgeführt, wird nur der Aufwand für die Eintrittsdiagnose vergütet, d.h., für die Operation an der Halsschlagader.

In der DRG-Welt ist es finanziell lohnender, zunächst die Halsschlagader zu operieren und dann den Patienten – Risiko hin oder her - nach Hause zu entlassen, um ihn nach einem durch die DRG zeitlich vorgeschriebenen Intervall von 14 Tage zur Herzoperation anzubieten. Motto: medizinisch erforderliche Behandlungsabläufe werden aus finanziellen Gründen gezielt unterbrochen.

- Beispiel 6: ein 12-jähriges Mädchen wird mit Verdacht auf Blinddarm-Entzündung hospitalisiert. Entpuppt sich das Geschehen nach 36 Stunden klinischer Beobachtung als harmloser Bauchschmerz, kann das Mädchen ohne operativen Eingriff nach Hause entlassen werden. Das Problem besteht darin, dass diese sorgfältige klinische Beobachtung, welche dem Mädchen einen unnötigen operativen Eingriff erspart, in den DRGs nicht „abgebildet“ ist, sprich: die Klinik kann daran nichts verdienen. Laut DRGs ist es besser, gleich zu operieren, denn die Entfernung eines Blinddarms – ob entzündet oder nicht – ist für die Klinik finanziell lohnender. Um die möglichen

Spätfolgen einer unnötigen Operation – z.B. Verwachsungsbauch oder Sterilität – kümmern sich die DRGs nicht.

Wenn Sie diese Beispiele für konstruiert oder gesucht erachten, muss ich Sie enttäuschen. Sie entspringen und entsprechen der so genannten DRG-Welt. DRGs sind zutiefst unethisch und unmoralisch. Sie richten sich direkt gegen die Patienten und gegen die Qualität der medizinischen Leistungen. Mehr noch, sie sind ebenfalls gegen die Kliniken gerichtet, da sie die Einnahmen der Kliniken je nach Spezialität zwischen 5% bis 30% reduzieren. Dies wiederum erhöht den „Druck auf die Ärzteschaft, defizitäre und administrativ aufgeblasene Institute durch entsprechende Anpassung der Medizin und maximale Fallzahlenakkumulation zu subventionieren“.

Mehr noch, die Einführung der DRGs wird eine jetzt schon hypertrophe Administration noch vergrößern und eine sinnlose Datenakkumulation verlangen, um mit immer mehr administrativ Beschäftigten zu kontrollieren, dass die medizinischen Leistungserbringer immer weniger medizinische Leistung erbringen. Auf diese Art und Weise werden noch mehr finanzielle Mittel, welche dringend für medizinische Massnahmen am Patienten benötigt werden, in einen sinnlosen Papierkrieg umgeleitet. Noch mehr Bürokraten werden mit noch mehr Prämiegeldern noch enger kontrollieren wollen, dass im Gesundheitswesen noch weniger medizinische Leistungen erbracht werden.

In Podiums-Diskussionen mit Befürwortern von Fallpauschalen kommt auf die Frage, „für was wir die DRGs benötigen“, üblicherweise die Antwort, „dann wissen wir endlich, was die Entfernung eines Blinddarmes kostet“, als ein Argument, die DRG einzuführen. Die Gegenfrage muss lauten: was haben denn unsere jetzt schon überdimensionierten Administrationen die letzten 30 Jahre getan, dass sie angeblich immer noch nicht wissen, was eine Blinddarmoperation kostet?

Unsere ethische Verpflichtung, dem Patienten nach bestem Wissen und Gewissen zu helfen, würde uns verpflichten, der Einführung der Fallpauschalen in der Schweiz einen Riegel zu schieben. Ich werfe den Befürwortern der DRG nicht vor, dass sie genau jene morallose Art der Medizin einführen wollen, die in den vorangegangenen Beispielen aufgeführt ist. Das war auch bei der Einführung der DRG in andern Ländern bestimmt nicht das primäre Ziel. Verlust von Moral und Ethik im medizinischen Alltag sind aber die Konsequenz der Einführung der DRG, und die Befürworter der SwissDRG haben bis jetzt keine schlüssige Antwort darauf, wie sie Entstehung solcher Zustände in der DRG-Welt zum Schaden der Patienten verhindern wollen. Der Einwand, dass Missbräuche dieser Art bei „uns sicher nicht vorkommen werden“, ist realitätsfremd. Wenn nicht wir uns für unsere Patienten einsetzen, indem wir uns klar gegen diese Forderungen einer

ausufernden Administration stellen – wer dann? Finden wir keine eigenen Lösungen? Müssen wir jeden Unsinn aus dem Norden übernehmen? Von einem Gesundheitswesen, auf das sogar das berühmte „New England Journal of Medicine“ aufmerksam geworden ist?

Wenn die Medizin einen kompetitiven Charakter haben soll, um Geld zu sparen, muss die Qualität der medizinischen Handlung am Patienten auf dem Boden einer gesunden Konkurrenz gesteigert werden und nicht in der Produktion einer endlosen Bürokratie.

Die Einführung der Fallpauschalen ist auch aus anderen Gründen strikt abzulehnen: (1) weil eine gewinnorientierte, privat agierende Gruppe von Leuten alleine aufgrund eines parlamentarischen Beschlusses – wir sind aber keine parlamentarische Demokratie – unter Ausschluss einer adäquaten öffentlichen Diskussion am Bürger vorbei ein System einführen will, das jeden einzelnen Bürger in diesem Lande gerade dann ins Mark trifft, wenn er krank ist und Hilfe sucht; (2) weil die Einführung der DRG keine rechtliche Grundlage besitzt, denn der Bundesrat beschreibt im Artikel 49 des KVG, dass die Fallpauschalen „leistungsbezogen“ – und nicht Diagnose-bezogen – festgelegt werden müssen; (3) weil die DRG den gläsernen Patienten produziert, indem alle Patientendaten ohne Einschränkung über die bei den Krankenkassen angestellten Vertrauensärzten den Kassen selbst weitergegeben werden, was nach dem derzeit geltenden Datenschutzgesetz rechtswidrig ist; (4) weil hochkomplexe Patienten mit Mehrfachdiagnosen und aufwendigen Therapien sowie ältere und chronisch kranke Patienten im DRG-System gar nicht abgebildet sind, was den Verdacht nährt, dass hinter der Einführung der DRG eben doch die Absicht besteht, chronisch- und schwerkranke Patienten aus dem Gesundheitswesen „heraus zu drücken“, sind sie doch jene, welche die höchsten Kosten verursachen.

Aber auch hier: die bloße Ablehnung alternativer Finanzierungskonzepte alleine genügt nicht. Wenn schon DRG – wie dann? Eine Möglichkeit wäre jene der Rückversicherung teurer Hochrisiko-Patienten, welche hier kurz dargestellt sei: bei 320 Patienten einer Intensivstation liegt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei 8.13 Tage. Nehmen wir an, dass durchschnittlich 10 Tage durch die Fallpauschalen abgedeckt sind, kann die Klinik bei 320 Patienten 6.4 Millionen Euro erwirtschaften. Aber: es gibt drei Patienten, welche man als so genannte „Langlieger“ bezeichnet: zwei bleiben 80 Tage, einer 150 Tage hospitalisiert. Sie liegen klar außerhalb der Fallkosten. Die Klinik selbst hat für diese Mehrkosten aufzukommen und schmälert mit diesen 3 Patienten ihre Einnahmen um 828'000 Euro: der Preis, diese 3 Patienten „durchzubringen“. Finden sich unter

diesen 320 Patienten 24 Langlieger, liegt die Jahresbilanz der Klinik bei „Null“. Bei 25 Langliegern fährt die Klinik ein 1-Jahresminus von ca. 300'000 CHF ein. Also: keine Klinik wird sich solche Patienten leisten wollen. Aber es gibt sie. Man kann sie nicht ignorieren; genauso wenig kann man sie einfach sterben lassen.

Jede Klinik kann solche „Outlayers“, wie man sie nennt, nur verkraften, wenn sie diese über eine spezifische Prämie „rückversichern“ und so den ökonomischen Schaden in engen Grenzen halten kann. Die Herkunft der Rückversicherungs-Prämie ist diskutierbar: die Versicherer, die Versicherten, die Klinik selbst im Sinne eines wirtschaftlichen Risikos; die Mehrwertsteuer, oder andere Möglichkeiten.

Wie auch immer, DRG's sind nur menschlich, wenn die Ärmsten und Kränksten nicht aus dem Behandlungsraster verdrängt werden. Ohne eine solche „Anschlusslösung“ sind sie definitiv abzulehnen.

Das komplexe Kapitel der DRG soll nicht ohne einen kurzen, zusammenfassenden Blick nach Deutschland“ abgeschlossen werden, da die Erkenntnisse, Erfahrungen und Meinungen zu den ersten sechs Jahren DRG in Deutschland aktuell unter dem Titel: „Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland – Standortbestimmung und Perspektiven“ von Rau, Roeder und Hensen publiziert worden sind:

- Die „versprochene“ und auch in der Schweiz angekündigte Begleitforschung im Rahmen der der Etablierung der DRG wurde nicht durchgeführt.
- Klinische Forschung und zeitnahe Einführung von Innovationen werden in der DRG-Welt behindert.
- Eine Kostenreduktion wurde nur durch Personaleinsparungen erzielt; die Einführung der DRG hat bis heute 30'000 Pflegeplätze „gekostet“.
- Die Qualität der medizinischen Versorgung ist nachhaltig gefährdet
- Komplexe Patienten, mehrfach Verletzte und aufwendige, kombinierte Therapien sind in der DRG-Welt nicht abgebildet und müssen über ein zusätzliches System separat vergütet werden.
- Die Bürokratisierung hat ein Ausmaß angenommen, welches kaum noch zu bewältigen ist.
- Die rechtlichen Grundlagen sind derart verwirrend, dass die Anzahl hängiger Sozialgerichtsverfahren sprunghaft angestiegen ist.
- Haftungsrechtliche Konsequenzen, welche aus den speziellen Bedingungen der DRG-Welt resultieren, sind bis anhin nicht untersucht worden.
- Bestimmte fortschrittliche Medizintechniken sind im Rahmen der DRG nicht mehr finanzierbar und werden deshalb auch nicht mehr angeboten.

- Der medizinische Dienst der Krankenkassen, welcher die Codierung der Krankenhaus-eigenen DRG-Kodierer gegenkodieren muss, ist massiv aufgebläht worden und entzieht dem praktischen, medizinischen Alltag Fachkräfte aller Art in großer Zahl
- Die Krankenhausverweildauer hat kontinuierlich abgenommen. Dieser Effekt war jedoch schon vor Einführung der DRG zu beobachten.

Die negativen Aspekte der Einführung der DRG sind zahllos und übersteigen den Rahmen dieses Manuskriptes bei weitem. Die Analyse von Rau, Roeder und Hensen vermag keinen positiven Aspekt der Einführung der DRG zu entdecken. Verlierer sind Patienten und Kliniken. „Gewinner“ sind Administrationen, Bürokraten, Ökonomen, Planer und vor allem die IT-Firmen, welche ihre übersteuerten Hard- und Software-Produkte zur Erfassung der DRG in die Kliniken pressen, verpflichtende Schulungen, Codierkurse und bereits Codierrevisionskurse anbieten und im Rahmen von Lizenzgebühren in jeder Klinik pro Patient schamlos abkassieren – in Deutschland genauso wie in der Schweiz. Die IT-Firmen sind mit politischen Entscheidungsträgern verbandelt und können so über den Weg des kantonalen Subventionsabbaus bei mangelhafter Codierung Druck auf einzelne Kliniken ausüben, welche regelrecht zur Anschaffung und Unterhaltung dieser sinnlosen Maschinerie gezwungen werden können.

Die Publikation von Rau, Roeder und Hensen vermag keine positiven Perspektiven aufzuzeigen, welche in den nächsten Jahren erwartet werden könnten. Auch in der Schweiz räumen die Befürworter der SwissDRG inzwischen ein, dass die Einführung der DRG keinerlei kostensparenden Effekt erzielen wird. Die DRG entsprechen einem Medikament das keine gewünschte positive Wirkung besitzt, dafür eine Unzahl verheerender Nebenwirkungen aufweist. Niemand würde ein Medikament weder produzieren, vertreiben noch einnehmen wollen, bei welchem seine Nebenwirkungen erst nach der Einnahme sichtbar werden. Jeder nüchterne Realist mit einem gesunden Menschenverstand fragt sich, wieso der Unsinn nicht gestoppt wird.

„Eigenverantwortung“: Aus ethischer Sicht bringt die Betonung der Eigenverantwortung wenig bis nichts, (1) weil das Verursacherprinzip nicht genügend geklärt ist; (2) weil informiert sein muss, wer verantwortungsvolle Entscheidungen treffen soll; Hauptursache des unterschiedlichen Gesundheitszustandes entlang der sozialen Skala ist aber die Armut im Kindesalter, und Kinder können zu diesem Zeitpunkt nicht informiert sein; (3) weil Eigenverantwortung mit Schuldzuweisung gekoppelt ist, Schuldzuweisungen aber eine Ermittlung bedingen; während im Strafrecht dazu ein Rechtssystem mit Ermittlungsbehörden, Rechtsanwälten und Gerichten existiert, gibt es in der Medizin keine Strukturen, welche eine „Schuld“ an einem erreichten

Krankheitszustand ermitteln und bestimmen können; (4) weil die Strafe bei nachgewiesener Schuld im Rahmen der fehlenden Wahrnehmung der Eigenverantwortung der Schuld entsprechen müsste – ein ethisches Prinzip unserer Gesellschaft. Eine dem Strafrecht vergleichbare Quantifizierung einer Schuld gibt es in der Medizin aber nicht; (5) weil die Gesellschaft potentiell selbst verschuldete Krankheiten nicht aus Gerechtigkeit behandelt, sondern aus Mitgefühl; (6) weil Patienten profitieren, wenn sie vom Arzt als Patient gesehen werden; eine Diskussion um Schuldfragen teilt Patienten in „schuldig“ und nicht „nicht-schuldig“ ein: eine im Alltag vollkommen unethische Vorstellung.

Aus all diesen Gründen besitzt die Eigenverantwortung bei der Senkung der Gesundheitskosten ethisch gesehen eine marginale Bedeutung, auch wenn es klar ist, dass das Beste für jene, die gesund sein oder werden möchten, in der Ausübung eines gesunden Lebensstils besteht; und die Idee des „Rechts auf Gesundheit“ durch die individuelle moralische Verpflichtung ersetzt werden sollte, seine eigene Gesundheit im Sinne einer öffentlichen Pflicht zu bewahren.

Am einfachsten würde die Eigenverantwortung indirekt in die Diskussion des Gesundheitswesens mit einbezogen werden, indem der Konsum gesundheitsschädigender Güter entsprechend besteuert würde.

„Medizinisch-industrieller Komplex“: der Beitrag der Medizintechnik zur Kostenexplosion bleibt bei jeder Diskussion auf wundersame Art und Weise ausgespart. Tatsache ist, dass diese Industrie Milliarden aus jedem modernen Gesundheitswesen abzweigt. Die Preis- und Informationspolitik gewisser Firmen spottet jeder Beschreibung. Politiker, Kliniken, Administrationen und Mediziner zeigen sich im Rahmen ihrer Gier nach Ruhm und Ehre als willfährige Partner. Die Preise aller Produkte der Medizintechnik und auch der Pharmabranche könnten in der Schweiz ohne die geringsten Probleme um 15% gesenkt werden. Es führt hier zu weit, die Preispolitik der Industrie und insbesondere den Zusammenhang zwischen Forschung und Verdienst der Industrie zu erläutern, wenn selbst Gesundheitsdirektoren glauben, dass der weltweite Ruhm einer medizinischen Institution hauptsächlich von investierten Steuer-Millionen abhängt.

„Internationalität“: das internationale Potential des Schweizerischen Gesundheitswesens wird sträflich vernachlässigt. Unsere Uhren sind Klasse. Unsere Gesundheitsleistungen laut OECD auch. Unsere Uhren sind international begehrt, unsere Kliniken kaum. Warum gelingt es nur amerikanischen Kliniken, ihr Budget dank ausländischen Patienten mit Millionenbeträgen zu entlasten?

Vielleicht weil Geschwätz um Rationierung einfacher ist, internationale Aktivitäten aber anstrengender. Die Schweiz hat das Potential, ihrer Tradition entsprechend, in Ländern, die danach fragen, „Charity“ und „Education“ anzubieten. Die Schweizer Kliniken könnten sich umgekehrt als attraktiv genug für jene Patienten präsentieren, welche umgekehrt eine medizinische Behandlung im Ausland suchen. Das Schweizerische Gesundheitswesen ist für ausländische Patienten zu teuer und bezüglich internationaler Preise nicht konkurrenzfähig. Im Gegenteil, Schweizer Kliniken haben im Ausland den Charme von „Abzockern“.

„Ärzteschaft, FMH und Qualitätskontrolle“: Wenn ich eine qualitative medizinische Behandlung benötigen sollte, dann möchte ich diese in der Schweiz erhalten. Das möchte ich – bei allen Einschränkungen, die folgen werden – unmissverständlich festhalten. Trotzdem, die Ärzteschaft kommt weder um eine Besinnung aufs Wesentliche, noch um Reformen herum. Sie muss akzeptieren und zur Kenntnis nehmen: (1) dass Kosteneffektivität ethisch geboten ist; (2) dass die wachsende Abhängigkeit der Patienten von Ärzten und Forschern eine Beschränkung des medizinischen Handlungsspielraumes impliziert und sie muss lernen, damit zum Wohle des Patienten umzugehen; (3) dass das Ausmaß der Prämien für viele eine finanzielle Bürde darstellt; (4) Die Ärzteschaft kann nicht - wie es selbstverliebte Exponenten in den Medien tun - hemmungslos Geld und sonstige Mittel zur Forschung verlangen – im Wissen, dass im Zeitalter einer sinnlosen Publikationswut neun von zehn wissenschaftlichen Arbeiten wertlos sind; (5) *Und fundamental:* die **Ärzteschaft** muss endlich eine adäquate Qualitätskontrolle betreiben. Diese gibt es zurzeit nicht. Sie impliziert eine anonyme Kontrolle im Sinne unabhängiger Wirtschaftsprüfer und stellt, richtig durchgeführt, den *wesentlichen*, marktwirtschaftlichen Anteil im Mix „staatlich-marktwirtschaftlich“ dar, weil sie gute Leistung belohnt.

Aktuell gibt es im Schweizerischen Gesundheitswesen keine adäquate Qualitätskontrolle, allenfalls eine, welche in Anlehnung an die Misere der Fallpauschalen den administrativen Aufwand vermehrt, aber bestenfalls unbrauchbare Surrogat-Parameter statt harte Daten erhebt. Als Beispiel dazu dient die Erstellung des individuellen Dignitätsprofils der FMH, bei welchem jeder Arzt eine Weiterbildung für jene Tätigkeiten nachweisen muss, welche er ausübt. Für Aus- und Weiterbildung werden Punkte – so genannte „Credits“ – vergeben. Pro Zeiteinheit ist vorgeschrieben, wie viele Credit's erworben werden müssen, um seiner Tätigkeit nachgehen zu dürfen. Dumm ist nur, dass der Erwerb von Credit's keinerlei Kontrolle unterliegt, ja dass Credit's auch im Heimstudium am Internet erworben werden können.

Statt sich auf solche Surrogat-Parameter abzustützen, wäre es – in meinem Fach der Herz- und Gefäßchirurgie z.B. – besser, die harten Daten individuell einer wiederholten und unangemeldeten Prüfung zu unterziehen: (1) Indikation zur Behandlung; (2) Sterberate; (3) Komplikationen; (4) unnötige Wiederholungseingriffe.

Natürlich kann ein solches Schema bei der Behandlung hartnäckiger Rücken- oder Kopfschmerzen in der hausärztlichen Praxis nicht angewendet werden. Dies kann jedoch niemals als Argument dienen, solche Prüfungen gar nicht anzuwenden. Im Gegenteil: periodische, unangemeldete und unabhängige Kontrollen – in der Industrie als Wirtschaftsprüfung bekannt – lassen sich bei all jenen Disziplinen durchführen, welche eine teure, invasive Behandlung am Patienten vornehmen, die teure Nachbehandlungen erfordern und teure Komplikationen produzieren können.

Die in der Presse gelobten Kennzahlen aller Spitäler entsprechen einer nutzlosen Datenhalde. *Es sind die Resultate*, die Risiko-adjustiert evaluiert werden müssen. Die Verantwortung dazu ist den einzelnen Fachgesellschaften verbindlich zu übergeben. Wiederholt mangelhafte Leistungen müssen schließlich zu einem Berufsverbot führen können.

Es ist vollkommen sinnlos, bürokratische Monster wie „Tarmed“ und „Fallpauschalen“ zu konstruieren, weil man glaubt, alle medizinischen Leistungen unseres Gesundheitswesens – also auch den Hausarztbesuch wegen Rückenschmerzen – erfassen zu müssen. Im Gegenteil, es müssen jene Fächer und Institutionen geprüft werden, welche die größten Kosten verursachen – und das sind nicht die Hausärzte.

Im Mix des Gesundheitswesens stellt diese Art der Qualitätskontrolle den marktwirtschaftlichen Anteil dar, der den Namen „Wettbewerb“ verdient. Es ist klar, dass die korrekte Erfassung der Qualität alle im Gesundheitswesen Beteiligte betreffen muss. Man kann aber nicht bei allen gleichzeitig zu kontrollieren beginnen. Die Qualitätskontrolle soll dort beginnen, wo das Potenzial, Kosten einzusparen, am Größten ist, und das sind wiederum – siehe oben – die invasiv tätigen, teuren Spezialdisziplinen.

Eine adäquate Qualitätskontrolle ist eine ethische Pflicht. Sie wird sträflich vernachlässigt – auch und gerade von jenen, welche eine Vorreiterrolle beanspruchen und zwar im Chor mit Gesundheitsdirektionen, Regierungsräten und Regierungsrätinnen, Rektoren, Dekanen und Klinikdirektoren. Die Streiterei – gerade um die Spitzenmedizin – hat ein beschämendes Niveau erreicht. Man würde meinen, damit sei genug. Weit gefehlt:

- In der Presse wird in aller Öffentlichkeit die Vergabe eines Herzens auf eine Art diskutiert, die alle moralischen Schranken hinter sich lässt: der Direktor eines Universitätsspitals regt sich auf, dass das Spenderherz an einen „alten Patienten in

Zürich“ gegangen ist und nicht an eine junge Bernerin. Hat es sich überlegt, wen er gegen was aufrechnet? Und: wie müssen sich der transplantierte Patient und seine Angehörigen fühlen, wenn sie die Zeitung aufschlagen?

- In der Presse teilt die Evaluationsstelle einer Universitätsklinik mit, dass die Fähigkeiten als Lehrer und Arzt für die Wahl eines Chefarztes zweitrangig sei. Wichtig sei die Rolle eines Forschers. Hat sie sich überlegt, wie sich Patienten fühlen, die in dieses Universitätsspital eingewiesen werden? Sind jene zweitrangig, über die man keine interessante Publikation schreiben kann, jene, die man „bloß“ behandeln muss?

Spitzenmedizin – nie definiert - repräsentiert nicht Größe, Machtanspruch oder politische Ideologie. Spitzenmedizin besteht im Nachweis exzellenter Resultate. Diese sind heute in professionell organisierten kleinen Einheiten oftmals besser, weil sich diese nicht in administrativen Monstern, in einem Chaos von Aufträgen an Beraterfirmen, persönlichen Eitelkeiten, Eifersüchteleien und medial ausgebreiteten Streitereien verlieren. Die öffentlichen Diskussionen der letzten Zeit schaden der Ärzteschaft und den Patienten.

Die Hauptprobleme der Ärzteschaft liegen nicht nur in ihrer Uneinigkeit sowie in einer nicht existierenden Berufsgesellschaft. Die Ärzteschaft missachtet ihre Pflicht, primär für die Patienten einzustehen und dabei den Ausbau sinnloser und kostenträchtiger Prestigeprojekte wie die Einführung der Fallpauschalen oder des e-health Projektes zu bekämpfen. Mehr noch: sie ist daran beteiligt.

So tristlos das aktuelle Fazit auch ausfallen mag, aber die FMH ist nicht in der Lage, auch nur ein einziges der wahren Probleme im Gesundheitswesen zu lösen.

Was tun?

Instrument. Nur die grundlegende Reorganisation des Gesundheitswesens, die es wagt, alle diese heißen Eisen *gleichzeitig* anzugehen, kann Erfolg haben. Die Manipulation einer einzelnen Schaltgrösse – Lieblingsmuster unserer Politiker und Ökonomen – bringt nichts. Spezialisten aus allen Fachbereichen, die gewillt sind, Fakten zu verhandeln, müssen vom Bundesrat in Sinne einer interdisziplinären Arbeitsgruppe („**Rat der Gesundheitsweisen**“) mit der Reorganisation des Gesundheitswesens beauftragt werden. Alle involvierten Berufsgruppen gehören an einen Tisch. Niemand kann die Probleme des Gesundheitswesens alleine lösen. Ein „Rat der Gesundheitsweisen“ muss die Parlamentarier in allen Fragen zur Reorganisation des Gesundheitswesens ersetzen. Auch wenn kürzlich anders beschlossen, dürfen Parlamentarier nicht von Akteuren des Gesundheitswesens bezahlt werden. So ist u.a. die unheilige Allianz der Parlamentarier mit den Krankenkassen endlich zu durchbrechen. Die Reorganisation des

Gesundheitswesens benötigt unverbrauchte, unabhängige und innovative Kräfte, welche fähig und bereit sind, eingefahrene Gleise ohne Interessenkonflikt zu verlassen.

Konkrete Punkte. Nebst der adäquaten Darstellung unseres Gesundheitswesens im internationalen Vergleich, der Positionierung unseres Gesundheitswesens in unserer Gesellschaft, sowie einer kritischen Analyse des überholten Konzeptes der Gesundheitskosten als bloße Last, umfasst die Reorganisation des Gesundheitswesens unter anderen folgende konkrete Punkte:

A. Sofortige Maßnahmen:

- 1) Erhöhung des Selbstbehaltes hospitalisierter Patienten durch Auftrennung der Kosten einer Hospitalisation in Kosten für medizinische Leistungen und Hotellerie. Volle Übernahme der Verpflegungskosten während der Hospitalisation durch den Patienten, notabene das einzige, mir bekannte Instrument, welches zu einem drastischen Rückgang der Dauer der Hospitalisation führen würde. Entweder braucht es einen Maximal-Tagessatz der Hotellerie-Kosten, der unabhängig von den Behandlungskosten ist, oder die Hotellerie-Kosten dürfen einen bestimmten prozentualen Anteil der Behandlungskosten nicht übersteigen.
- 2) Senkung der Einkaufspreise im Bereiche des medizinisch-industriellen Komplexes um 15%, bzw. Durchbrechen der „Preis-Insel Schweiz“. Die Krankenkassen vergüten 15% weniger auf medizin-technische und pharmakologische Produkte. Die Leistungserbringer – der sog. „Einkauf“ jeder Klinik – verhandelt mit der Industrie. Keine kassenärztliche Bezahlung von Produkten, welche im Rahmen von Start-up oder Venture-Capital-Kompanien in den Markt gedrückt werden. Keine kassenärztliche Vergütung von Produkten, welche im Rahmen von Studien verwendet werden, die das Ziel haben eine CE-Market oder FDA-Approval zu erwerben – im Grunde aber einfach doppelt so teuer sind wie die bisherigen gleichwertigen Medikamente.
- 3) Verstärkte steuerliche Belastung bewiesener gesundheitsschädigender Produkte
- 4) Einführung einer Praxispauschale – aber nicht im Bereiche der Hausarztmedizin, sondern im Bereiche der Notfallstationen der Kliniken.
- 5) Einführung einer Rückversicherung teurer Hoch-Risiko-Patienten. Grund: Elimination des Risikos, dass ältere und kränkere Patienten wegen ihres ungünstigen „Kostenprofils“ aus der Gesundheitsversorgung herausgedrängt werden.

B. Reorganisation:

- 6) Abschaffung des „Kantönligeistes“. Freie Arzt- und Spitalwahl. Jeder Patient kann sich behandeln lassen, wo und von wem er will. Damit eliminiert sich die unnötige Bürokratie im Bereiche der Kantonsärzte, welche heute entscheiden, welcher Patient sich in welcher Klinik behandeln lassen darf.
- 7) Darstellung der wahren Kosten im Gesundheitswesen, unter Mitberücksichtigung retrospektiver Defizitdeckung öffentlicher Häuser durch Steuergelder
- 8) Festlegung des Bedarfes an Ärzten, Pflegepersonal und assoziierter Berufsgruppen an Hand der Bevölkerungszahl und Bevölkerungsdichte. Limitierung der Zahl der Ärzte in den Spezialdisziplinen; Stop der unkontrollierten Einwanderung mangelhaft ausgebildeter, sogenannter „Euro-Docs“ in die Berufe des Gesundheitswesens.
- 9) Definition des Leistungsangebotes auf demokratischer Basis
- 10) Stärkung der Hausarzt-Medizin durch einen assoziierten, Hausarzt-spezifischen Ausbildungsgang; adäquate Vergütung von Dienstzeiten besonders nachts und an Wochenenden
- 11) Sofortige Abschaffung des Globalbudgets in der medizinischen Grundversorgung, welches de facto durch die Wirtschaftlichkeitsverfahren der santésuisse existiert. Sofortige Sistierung sämtlicher Aktivitäten, welche auf einem ungenügenden Risikoausgleich beruhen, insbesondere a) DRG, b) Wirtschaftlichkeitsverfahren in der Grundversorgung (inkl. Spezialisten), c) Billigkassen, solange keine adäquaten Risikoausgleichsmodelle ausgearbeitet wurden.
- 12) Differenzierung des finanziellen Aufwandes in Kosten für medizinische Leistungen und Kosten für nicht medizinische Leistungen. Primäre Deckelung der Kosten, welche für nicht medizinische Leistungen erbracht werden. Konkret: im Rahmen einer definierten Behandlung dürfen die gesamten anfallenden administrativen Kosten nicht mehr als so und so viele Prozent betragen.
- 13) Elimination der Krankenkassen als Kostentreiber: Aufbau eines nationalen Finanzierungsprogramms

Ärzeschaft:

- 14) Stop von E-Health, Gesundheitskarte und Einführung der DRG. Diese Milliarden verschlingenden Projekte, die aus Krankenkassen-Beiträgen oder

Steuergeldern – was dasselbe ist – finanziert werden, müssen öffentlich diskutiert und zur Abstimmung vorgelegt werden.

15) Verpflichtung der Fachgesellschaften invasiver Disziplinen zur Definition oder Übernahme von Risikoevaluationen in ihren Fachgebieten (analog zum EuroScore in der Herzchirurgie)

16) Offenlegung der Verdienste und Geldflüsse bei Anwendung medizinischer Implantate zwischen Hersteller, Einkauf und Verbraucher;

17) Einführung adäquater, periodischer, unangemeldeter und schliesslich sanktionierender Qualitätskontrollen der Leistungserbringer jener Fächer, die teure und invasive Maßnahmen vornehmen, welche obligatorisch teure Nachbehandlungen nach sich ziehen und teure Komplikationen verursachen können. Ein zügig realisierbarer, erster Schritt besteht in der Überprüfung der Indikation zu teuren Eingriffen.

18) Transparenz im Bereiche von Drittmitteln und Forschungsgeldern

Schlussbemerkung

Die Reform des Gesundheitswesens entspricht angesichts der aktuellen Probleme einer Herkulesarbeit. Sie benötigt Zeit und eine intelligente, schrittweise Umsetzung einzelner Maßnahmen.

Es ist aber keine unmögliche Aufgabe, das Gesundheitswesen zu reformieren. Aber nur die *Kombination aller Massnahmen* im Sinne einer ethisch fundierten Reform, frei von Ideologie, Parteiengizänk und Partikularinteressen, kann die Kosten im Gesundheitswesen senken. Der Kompromiss als Position ist dazu kein erfolgreicher gesellschaftlicher Lebensentwurf: er ist angesichts der zu lösenden Probleme ethisch auch nicht zu verantworten. Auch wenn Demographie und medizinischer Fortschritt auf den ersten Blick einen konstanten Leistungsausbau erwarten lassen, ist die von Politikern oft gehörte Aussage, dass der Anstieg der Gesundheitskosten unausweichlich sei, inakzeptabel und als präformierte Ausrede zukünftiger Misserfolge zu werten.

Die Krise im Finanzwesen zeigt die Verheerungen einer endlos gierigen Marktwirtschaft. Die immer wieder vorgebrachte Idee, dass das Gesundheitswesen ähnlich dem Bankenwesen resp. der Privatindustrie reguliert werden könne und müsse, ist falsch. Das Gesundheitswesen funktioniert nur als Verzahnung von Planung und sanktionierender Qualitätskontrolle.

Das Manuskript wird Kritik von allen Seiten provozieren: von einem Teil der Ärzteschaft, weil sie einen Einkommensverlust fürchtet; von den Kassen, weil ich sie angegriffen habe; von Politikern, weil sie um Macht und Privilegien fürchten; von Ökonomen, weil sie, wie in der Finanzkrise, ihre Theorien zersaust sehen.

Naivität ist fehl am Platz. Das Gesundheitswesen wird nicht anhand dieses Manuskripts reorganisiert und gestaltet werden. Aber die hier vorliegende Kritik, so die Hoffnung, wird endlich eine offene und ehrliche Diskussion um die wahren Probleme im Gesundheitswesen anstoßen.

Prof. Dr. med. Paul Robert Vogt