



[www.vems.ch](http://www.vems.ch)

# Factsheet

Welchen Fragen geht der VEMS in seinen Dossiers auf den Grund und welche Resultate haben wir dabei erarbeitet?

Die Arbeit des VEMS auf einen Blick

Stand Januar 2015



## Kurzantwort

Der Vereins Ethik und Medizin Schweiz ist ein unabhängiger Think Tank und erarbeitet in interdisziplinären Teams neue Lösungsansätze für das Gesundheitswesen. Im Kern unserer Arbeit stehen drei Fragen, denen wir als wissenschaftlicher Verein mit neuen Ansätzen nachgehen: Wieso wird unser Gesundheitswesen bei immer mehr Ökonomie immer ineffizienter? Wieso wird es bei immer mehr Ethik immer amoralischer? Wieso wird es bei immer mehr Wissenschaft immer unwissenschaftlicher? Wir stellen in all unseren Dossiers eine voreingenommene, einseitig utilitaristische Betrachtungsweise und ein falsches Verständnis darüber fest, wie sich die Ökonomie in der Medizin gewinnbringend einzubringen hat. Der VEMS fordert deshalb nicht weniger, sondern mehr Ökonomie im Gesundheitswesen, aber keine reine Zahlen- und Sparökonomie, sondern eine Ökonomie der Werte, die gesellschaftliche und menschliche Werte schafft, nicht vernichtet.

## Die Arbeit in unsere Dossiers

Im Dossier WZW gehen wir der Frage nach, ob die Beurteilung der frei praktizierenden Ärzte in den Wirtschaftlichkeitsverfahren a) eine faire Beurteilung und b) zielführend ist, also zu einer effektiven Vermeidung medizinisch nicht zweckmässiger Behandlungen führt.	Wir stellen fest, dass das Verfahren nicht nur unfair ist, weil es den Arzt bestraft, der seinem Auftrag gemäss Kranke behandelt, sondern aufgrund der gleichzeitigen Belohnung des Arztes, der Gesunde unnötig behandelt, auch das Gegenteil von dem bewirkt, was es sollte: die Kosten steigen, die Qualität sinkt. Die Wirtschaftlichkeit nimmt durch die Wirtschaftlichkeitsverfahren also ab, nicht zu. Dies aufgrund gravierender statistisch-mathematischer Mängel des Verfahrens.
Im Dossier Managed Care gehen wir der Frage nach, ob Ärztenetze tatsächlich helfen, die Kosten zu senken und ob dabei die Behandlungsqualität gewährleistet ist.	Wir stellen fest, dass diese beiden Fragen miteinander verknüpft sind, denn wenn die Behandlungsqualität abnimmt, dann werden nur innerhalb des Netzes Kosten gespart, die gesamten OKP-Kosten steigen so aber, weil die Versicherten sich dann später und teurer ausserhalb des Netzes behandeln lassen müssen. Eben dies legen unser Beobachtungen nahe.
Im Dossier Public Health gehen wir der Frage nach, ob unsere Public-Health-Studien geeignet sind, die Versorgungssituation korrekt abzubilden.	Wir stellen fest, dass dies nicht der Fall ist, da unsere Public-Health-Studien den einfachsten professionellen Ansprüchen an die Wissenschaftlichkeit nicht genügen, woraus eine widersprüchliche, mitunter chaotische Planung der Ressourcen in unserem Gesundheitswesen folgt, was für den Patienten gefährliche Situationen der Unterversorgung zur Folge hat.
Im Dossier Ethical Board gehen wir der Frage nach, wie sich im Schweizer Gesundheitswesen Arbeits- und Interessengruppen zu Boards bilden und Einfluss ausüben.	Wir stellen fest, dass sich bei praktisch allen Boards ein ähnliches Vorgehen zeigt: eine Gruppe von Interessenvertretern reisst den Diskurs an sich und schafft Strukturen, in die sie die anderen Player hineinzwingt. Da solche Strukturen nur mit Geld und Macht zu schaffen sind, wird der Diskurs dann auch in diese Richtung gelenkt, was bei einem Gemeingut wie dem Gesundheitswesen problematisch ist.
Im Dossier HTA validieren wir die HTA-Berichte des SMB. Dies ist nötig aufgrund der gravierenden strukturellen Mängel dieses Boards, die wir im Dossier VEMS Ethical Board eruieren und aufbereiten haben.	Wir stellen in allen Berichten fachliche, statistisch-mathematische und methodische Mängel fest, die zu Resultaten führen, die die Sachverhalte verkehren, diese teilweise sogar in ihr Gegenteil verkehren.
Im Dossier Dysfunction Assessment gehen wir der Frage nach, wie sich ärztliche Dysfunktion bildet, wie sie sich zeigt und wie sie zu eliminieren ist.	Wir stellen fest, dass viele der Beurteilungsverfahren, die sich einseitig auf die ökonomische Dysfunktion konzentrieren, eine medizinische Dysfunktion nicht nur übersehen, sondern sogar schaffen, indem sie den Arzt beim Fällen der Indikations- und Behandlungsentscheide stören. Dies kann für seine Patienten gefährliche Situationen schaffen und ist nur durch die Installation interinstitutioneller Expertenaudits zu verhindern.
Im Dossier Level IV untersuchen wir den medizinischen Hintergrund der Situation, wie sie in Ausschaffungen im Verfahren Level IV entsteht.	Wir stellen, gestützt auf ein externes Gutachten aus London, rein medizinisch begründete Einwände gegen das Verfahren fest und überdies eine medizinethische Problematik, die über das Dossier hinausreicht, indem durch die Priorisierung politischer und ökonomischer Anliegen medizinethische Anliegen zum verhandelbaren Gut werden, was gefährlich ist.

## Den VEMS unterstützen, beim VEMS mitmachen

Wir können die Herausforderungen unseres Gesundheitswesens nur unvoreingenommen angehen, wenn wir unabhängig sind, auch finanziell. Dies garantieren unsere Gönner, Privatpersonen und gemeinnützige Organisationen, die uns ohne Eigeninteresse und Verpflichtung, allein aus Interesse an der Sache unterstützen. Wenn Sie daran interessiert sind, kontaktieren Sie [flaviankurth@gmail.com](mailto:flaviankurth@gmail.com). Mit Unabhängigkeit allein ist es allerdings noch nicht getan. Um wirklich neue Lösungsansätze zu entwickeln, müssen wir die Probleme auch unvoreingenommen angehen. Hierzu sind Denkerinnen und Denker gefragt, die out of the box denken. Wenn Sie daran interessiert sind, kontaktieren Sie [michel.romanens@gmail.com](mailto:michel.romanens@gmail.com).



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



[www.vems.ch](http://www.vems.ch)

# Factsheet

Welchen Fragen geht der VEMS im Dossier WZW auf den Grund und welche Resultate haben wir dabei erarbeitet?

Das Dossier WZW des VEMS auf einen Blick

Stand Januar 2015



## **Kurzantwort**

Im Dossier WZW gehen wir der Frage nach, ob die Beurteilung der frei praktizierenden Ärzte in den Wirtschaftlichkeitsverfahren der santésuisse a) eine faire Beurteilung und b) zielführend ist, also zu einer effektiven Vermeidung medizinisch nicht zweckmässiger Behandlungen führt. Dabei haben wir, gestützt auf mathematisch-statistische, auf gesundheitsökonomische und auf rechtliche Gutachten festgestellt, dass dieses Verfahren nicht nur unfair ist, weil es den Arzt bestraft, der seinem Auftrag gemäss Kranke behandelt, sondern aufgrund der gleichzeitigen Belohnung des Arztes, der Gesunde unnötig behandelt, auch das Gegenteil von dem bewirkt, was es sollte: die Kosten steigen, die Qualität sinkt. Die Wirtschaftlichkeit nimmt durch die Wirtschaftlichkeitsverfahren also ab, nicht zu.

## **Statistischer und mathematisch-statistischer Aspekt**

PD Dr. M. Schwenkglens (Institute of Pharmaceutical Medicine / ECPM, Universität Basel) stellt bereits in seinem VEMS-Gutachten vom Juli 2010 erhebliche Mängel der Datengrundlage fest, auf die sich das Verfahren stützt. HDoz. Dr. rer. nat. habil. Walter Warmuth von den Gesundheitsforen Leipzig untersucht in einem VEMS-Gutachten vom April 2014 die Frage der mathematisch-statistischen Güte des Verfahrens und kommt zum Schluss, dass es nicht zielführend ist. Hohe Kosten entstehen nicht bei Ärzten, die überärzten, sondern bei jenen, die teure Patienten behandeln. Es ist also falsch, Ärzte aufgrund ihrer Kosten zu beurteilen. Die Frage ist nicht, wie hoch diese sind, sondern ob die Behandlungen medizinisch zweckmässig sind. Darüber kann das Verfahren, so wie es ausgestaltet ist, nichts aussagen. Es reizt den Arzt aber an, jene wenigen Patienten, die hohe bis sehr hohe Kosten verursachen, also Kranke, nicht zu behandeln, dafür aber möglichst viele, die kleine Kosten verursachen, also weitgehend gesunde unnötig zu behandeln. Dr. med. Michel Romanens, Präsident des VEMS, hat dies in einem Papier im Rahmen seiner Arbeit für die Arbeitsgruppe WZW der FMH aufbereitet (<http://physicianprofiling.ch/WZWStatistik2014.pdf>).

## **Gesundheitsökonomischer Aspekt**

Prof. Dr. Jürgen Wasem (Lehrstuhl für Medizinmanagement Universität Duisburg-Essen) untersucht in einem VEMS-Gutachten vom Juli 2010 die gesundheitsökonomischen Aspekte des Verfahrens und kommt zum Schluss, dass es unsachgemäss ist. Ein Verfahren mit so gravierenden Mängeln in seinen mathematisch-statistischen Grundlagen kann erheblichen Schaden anrichten. Einerseits können geschickt agierende effektive Überärzter durchkommen. Andererseits werden Ärzte, die korrekt handeln, als Überärzter angezeigt, weil sie nun einmal ein Patientengut haben, das hohe Kosten verursacht. Die Art und Weise, wie das Verfahren aller berechtigter Einwände zum Trotz weitergeführt wird, schafft ein Misstrauen in der Ärzteschaft und korrumpiert diese, indem sich die Einsicht durchsetzt, es sei das Beste, sein Handeln diesem anzupassen: Weiterverweisen teurer Patienten, Senken der Durchschnittskosten durch Behandlung möglichst vieler Patienten mit möglichst geringen Kosten (Gesunde).

## **Rechtlicher Aspekt**

Die rechtliche Handhabung hat über die Jahre kleine Verfeinerungen erfahren. Nach wie vor ist es aber so, dass eine Überschreitung der Durchschnittskosten gegenüber der Vergleichsgruppe per Bundesgerichtsentscheid als Beweis für Überarztung gilt. Prof. Dr. iur. Ueli Kieser, Rechtsanwalt, Vizedirektor am Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis an der Universität St. Gallen, geht den rechtlichen Aspekten und Mängeln des Verfahrens in einem VEMS-Gutachten vom Januar 2011 nach. Es hat sich seither diesbezüglich aber nichts geändert. Die Folge ist die, dass sich schlaue Anwaltskanzleien auf die juristische «Beratung» von Ärzten spezialisiert haben, die – zu Recht oder zu Unrecht – in ein Wirtschaftlichkeitsverfahren verwickelt sind. Diese «Beratung» läuft einerseits darauf hinaus, wie man sich durch ein geschicktes Verhalten aus der Gefahrenzone bringen kann, auch wenn dieses Verhalten dem Patientenauftrag zuwiderläuft. Andererseits helfen solche Kanzleien den Ärzten dabei, mit Zahlungen von Vergleichen ihren Kopf aus der Schlinge zu bekommen. Auch viele Ärzte, die zu Unrecht in ein solches Verfahren verwickelt wurden, lenken dann zähneknirschend ein, um Schlimmeres zu vermeiden. Damit wird die Situation geschaffen, dass Unrecht Recht bekommt.



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



[www.vems.ch](http://www.vems.ch)

# Factsheet

Welchen Fragen geht der VEMS im Dossier Managed Care auf den Grund und welche Resultate haben wir dabei erarbeitet?

Das Dossier Managed Care des VEMS auf einen Blick

Stand Januar 2015



## **Kurzantwort**

Im Dossier Managed Care gehen wir der Frage nach, ob Ärztenetzwerke tatsächlich helfen, die Kosten zu senken und ob dabei die Behandlungsqualität gewährleistet ist. Diese beiden Fragen sind miteinander verknüpft, denn wenn die Behandlungsqualität abnimmt, dann werden nur innerhalb des Netzes Kosten gespart, die gesamten OKP-Kosten steigen so aber, weil die Versicherten sich dann später und teurer ausserhalb des Netzes behandeln lassen müssen. Eben dies legen unser Beobachtungen nahe.

## **Die Budgetverantwortung**

In Ärztenetzwerken mit Budgetverantwortung vereinbaren Krankenkassen mit Ärzten/Netzwerken ein Budget, das es einzuhalten gilt. Wird es überschritten, droht für Arzt/Netzwerk eine Busse, wird es unterschritten, winkt ein Bonus. Dies ist einerseits insofern problematisch, als diese Vereinbarungen in Verträgen geregelt sind, die geheim sind und in die der Versicherte und Patient keine Einsicht hat, obwohl sie ihn ja betreffen. Andererseits werden diese Budgets gesetzt, ohne dass die konkrete Patientensituation bekannt ist. Auf diese kann der Arzt dann folglich auch nicht eingehen. In manchen Netzwerken kann der Arzt sogar online jederzeit sein Budget einsehen, damit er vor einer Konsultation noch schnell schauen kann, ob er beim Patienten überhaupt eine Krankheit diagnostizieren darf, ohne sich damit in Schwierigkeiten zu bringen, oder ob er ihn trösten muss. Letzteres geschieht, und davon berichten viele Versicherte, die diese Modelle deshalb gewechselt haben. Die Folge sind Behandlungen, die dann zu spät und wesentlich teurer anfallen, unter Umständen, wenn der Versicherte aus dem Modell ausgestiegen ist. Damit würden zwar innerhalb des Modells Kosten gespart, dies schlägt sich aber in gesamthaft steigenden OKP-Kosten nieder, womit insgesamt nicht Kosten gespart, sondern verursacht würden.

## **Die Begleitforschung**

Um herauszufinden, ob und für welche Patienten sich Ärztenetzwerke mit Budgetverantwortung allenfalls lohnen, bedürfte es einer Begleitforschung. Diese können am besten die Netzwerke selber leisten. Es ginge hier darum, festzustellen, welche Versicherte aus dem Modell wieder aussteigen, und weshalb und wann. Alsdann wären die Kosten zu untersuchen, die diese Patienten nach Ausstieg aus dem Modell verursachen. So könnte gezielt eruiert werden, wo effektiv Kosten zu sparen sind und wo solche nicht gespart werden, sondern verursacht. Die Netzwerke betreiben eine solche Forschung nicht, betuern aber immer wieder, sie würden helfen, die Gesundheitsausgaben zu senken. Der VEMS hat die OKP-Kosten der Kantone mit hoher Dichte an Ärztenetzwerken mit denen mit niedriger Dichte verglichen und festgestellt, dass die Kosten in jenen Kantonen steigen, die viele Ärztenetzwerke haben. Den Gründen dafür geht aber niemand nach, weder das BAG, noch das EDI, und die Netzwerke sind nicht bereit, ihre Arbeit zu validieren.

## **Die Arbeit des VEMS**

Der VEMS hat im Dossier Managed Care zuerst die rechtliche Situation der Geheimverträge durch ein Gutachten von Prof. Dr. iur. Ueli Kieser untersuchen lassen, der zum Schluss kommt, dass hier eine erhebliche rechtliche Grauzone besteht. Dass das Anreizsystem dieser Netzwerke überdies gesundheitsökonomisch kontraproduktiv ist, stellt Prof. Dr. Mathias Binswanger in einem weiteren VEMS-Gutachten fest. Diese beiden Gutachten haben einen wichtigen Beitrag dazu geleistet, dass die Managed-Care-Vorlage vom Juni 2012 vom Volk so eindeutig abgelehnt wurde. Im August 2014 hat der VEMS beim BAG eine Aufsichtsbeschwerde gegen die Geheimverträge dieser Netze deponiert. Weder BAG noch EDI sehen einen Handlungsbedarf. Alsdann haben wir im November 2012 in einem interdisziplinären Team mit Prof. Dr. iur. Ueli Kieser (Recht), Prof. Dr. oec. Mathias Binswanger (Ökonomie), Dr. med Michel Romanens (Medizin), Prof. Dr. phil. I Hans-Peter Schreiber (Ethik) einen Vorschlag erarbeitet, wie die Verträge solcher Netzwerke zu regeln wären. Dieses Regelwerk haben wir der SAMW im Sinne eines Vorschlags zur weiteren Verwendung zugeschickt, verbunden mit dem Antrag auf Bildung einer entsprechenden Arbeitsgruppe. Die SAMW ist darauf nicht eingetreten. Wir können daraus nur schliessen, dass Ärztenetzwerke mit Budgetverantwortung von diesen Stellen als verdeckte Rationierungsmassnahme akzeptiert sind, und dagegen werden wir uns weiter einsetzen. Es kann nicht sein, dass Kosten gespart werden, indem Behandlungen, die medizinisch nötig sind, rationiert werden, ohne dass der Versicherte und Patient davon Kenntnis hat.



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

# Factsheet

Welchen Fragen geht der VEMS im Dossier Public Health auf den Grund und welche Resultate haben wir dabei erarbeitet?

Das Dossier Public Health des VEMS auf einen Blick

Stand Januar 2015



## **Kurzantwort**

Im Dossier Public Health gehen wir der Frage nach, ob unsere Public-Health-Studien geeignet sind, die Versorgungssituation korrekt abzubilden, um daraus einerseits auf allfällige Überarztung zu schliessen und andererseits gegebenenfalls auf Situationen der Unterversorgung rechtzeitig und geplant zu reagieren. Wir stellen insgesamt fest, dass dies nicht der Fall ist, da unsere Public-Health-Studien den einfachsten professionellen Ansprüchen an die Wissenschaftlichkeit nicht genügen, woraus eine widersprüchliche, mitunter chaotische Planung der Ressourcen in unserem Gesundheitswesen folgt, was gefährliche Situationen der Unterversorgung zur Folge haben kann.

## **Die Arbeit des VEMS**

Im Manifest Zweckmässigkeitsforschung (<http://www.physicianprofiling.ch/VEMSForschung2014.pdf>) vom Februar 2014 haben wir die Probleme der Schweizer Versorgungsforschung aufgezeigt und Ideen für ein Arbeiten weg von einer Mittelwertforschung hin zu einer Zweckmässigkeitsforschung skizziert. Alsdann hat der VEMS systematisch verschiedene Public-Health-Studien der Schweiz auf ihre Fehler hin untersucht und teilweise auch extern begutachten lassen. Dabei hat sich gezeigt, dass die meisten dieser Studien gleich in mehreren Punkten den Auflagen der GEP (good epidemiological practice) bezüglich Planung, Durchführung, Analyse und Beurteilung der Resultate nicht genügen. Studien aus dem Ausland, die dies tun, kommen denn mitunter auch zu diametral entgegengesetzten Schlüssen. Der grösste Mangel unserer Studien ist indes der, dass sie so ausgelegt sind, dass aus ihnen auch diese entgegengesetzten Schlüsse gezogen werden können. Wir nennen solche Studien Janusstudien und erachten ihr Missbrauchspotential als erheblich. Forschung muss, will sie einen konstruktiven Beitrag leisten, eindeutige Schlüsse ziehen und diese eindeutig begründen.

## **Das Problem der Datengrundlagen**

Die Datenbasis einer Studie bestimmt, was mit ihr überhaupt gesagt werden kann und welchen Evidenzgrad ihre Aussagen haben werden. Die Auflagen der GEP schreiben vor, die Datenbasis aufgrund des Studiendesigns zu erstellen. In unseren Pulic-Health-Studien wird aber oftmals mit Datenbasen gearbeitet, die eben gerade billig verfügbar sind, in welchen aber nicht selten wichtige, die behaupteten Sachverhalte begründende Erklärungsvariablen gar nicht erfasst sind. Oder es wurden in den Datenbanken Subgruppen gebildet, die mit unterschiedlicher Gewichtung in die Gesamtbeurteilung fallen, was zu einer komplett falschen Sichtweise auf die Sachverhalte führen kann und unter dem Begriff «Simpson Paradox» im wissenschaftlichen Diskurs als Problem erkannt ist. So entstehen dann Studien, die die behaupteten Sachverhalte schon aufgrund ihrer Datenbasis gar nicht beweisen können.

## **Das Problem des Studiendesigns**

Die Ökonomie ist eine Mittelwert-Disziplin. Sie vergleicht, errechnet Durchschnitte, wägt Kosten und Nutzen gegeneinander ab und projiziert auf das Individuum, was im Durchschnitt das bestmögliche Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweist. Die Medizin geht den umgekehrten Weg: Sie rechnet ihre Erkenntnisse aus Einzelbeobachtungen hoch auf eine Metaebene und gelangt so zu ihren Schlüssen, die dann in der Behandlung auf das Individuum projiziert und individuell angepasst werden. Diese Dichotomie zeigt sich auch in einem verschiedenen Zweckmässigkeitsbegriff (<http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetZweckmaessigkeit.pdf>). Unsere Public-Health-Studien gehen darauf nicht ein, stützen vielmehr die ökonomische Logik der medizinischen über und werden ihr damit nicht gerecht. Aus solchen Studien resultieren dann Massnahmen, die nicht nur nicht greifen, sondern teilweise gerade das Gegenteil von dem bewirken, was sie bewirken wollen und sollen.

## **Das Problem der Kommunikation der Studienresultate**

Wissenschaftliches Forschen verpflichtet sich einer transparenten Kommunikation. Nur so ist gewährleistet, dass nicht nur wissenschaftlich gearbeitet, sondern auch effektiv geforscht wird. Denn die Forschung lässt sich nur weiterbringen, wenn sie anschlussfähig ist, wenn also an ihre Studien angeknüpft werden kann. Dies ist nicht gegeben, sind die Arbeiten intransparent und widersprüchlich. In der Kommunikation gälte es, offenzulegen, was die Studie überhaupt sagen kann und mit welcher Wahrscheinlichkeit. Unsere Studien werden aber zumeist so verkauft, als handelte es sich um erwiesene Tatsachen. Dies ist unlauter, weil bereits aufgrund der Datenbasis und des Studiendesigns Evidenz gar nicht möglich.



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



# Factsheet

Welchen Fragen geht der VEMS im Dossier Ethical Board auf den Grund und welche Resultate haben wir dabei erarbeitet?

Das Dossier Ethical Board des VEMS auf einen Blick

Stand Januar 2015



## Kurzantwort

Im Dossier Ethical Board geht der VEMS der Frage nach, wie sich im Schweizer Gesundheitswesen Arbeits- und Interessengruppen zu Boards bilden und Einfluss ausüben. Dabei zeigt sich bei praktisch allen Boards ein ähnliches Vorgehen: eine Gruppe von Interessenvertretern reisst den Diskurs an sich und schafft Strukturen, in die sie die anderen Player hineinzwingt. Da solche Strukturen nur mit Geld und Macht zu schaffen sind, wird der Diskurs dann auch in diese Richtung gelenkt, was bei einem Gemeingut wie dem Gesundheitswesen problematisch ist, insbesondere in der Schweiz mit ihrem politischen System, einem teilweisen Milizsystem.

## Die drei wichtigsten Boards im Überblick

Swiss Medical Board SMB www.medical-board.ch  SwissHTA www.swisshta.ch	Die beiden Boards Swiss Medical Board und SwissHTA haben sich per 2.12.2014 zusammengeschlossen.  SwissHTA Hauptsächlich von Interpharma und santésuisse initiiert und alimentiert. In einer Reihe von Workshops wurde ein sogenanntes Konsenspapier ausgearbeitet, wie ein HTA-Prozess in der Schweiz zu gestalten sei. Bei der Ausarbeitung dieses Papiers wurden wichtige Player und kritische Gegenstimmen ausgeschlossen. Das Papier beschreibt nur Prozesse, legt also keine Methode vor. Die Empfehlungen sind folglich vage und widersprüchlich, siehe auch: <a href="http://www.physicianprofiling.ch/VEMSStellungnahmeNachhaltigeMedizinSwissHTA.pdf">http://www.physicianprofiling.ch/VEMSStellungnahmeNachhaltigeMedizinSwissHTA.pdf</a>  SMB Aus einem Projekt der Gesundheitsdirektion Zürich entstanden, heute mit Einsitz der GDK, der SAMW und der FMH. Das Methodikpapier des SMB ist mangelhaft und nicht in einem demokratischen Prozess entstanden. Die Prozesse entsprechen nicht den Gepflogenheiten wissenschaftlicher Gremien. Die Personalien, Abläufe und Strukturen sind intransparent. Ebenso – und dies ist der wichtigste Punkt – ist nicht klar, von wem und aufgrund welcher Kriterien die Themen für die HTA-Berichte vorgeschlagen werden, wie die Auswahl der beigezogenen Fachexperten geschieht und wie deren Kritik aufgenommen wird. Was fehlt, ist vor allem der Beizug von Patientenvertretern, denn das QALY-Konzept, mit dem das SMB für seine Berichte arbeitet, ist international umstritten, da ethisch problematisch.
SwissDRG	Die Kritik am Fallpauschalensystem war bei der Abstimmung zu dessen Einführung breit und aufgrund der Erfahrungen aus Deutschland begründet. Dass diese sich auch in der Schweiz wiederholt haben, liegt an den komplett falschen Anreizen, die DRG setzen, siehe hierzu auch: <a href="http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetDRG.pdf">http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetDRG.pdf</a> . In der Swiss DRG AG haben Kantone, Versicherer und Leistungserbringer Einsitz. Die Macht der Kantone und der Versicherer ist aber einseitig stärker und tonangebend. Beide haben indes Interessen, die den Patienteninteressen zuwiderlaufen, die Versicherer, weil sie hauptsächlich sparen wollen, die Kantone, weil sie ihre Spitäler auslasten wollen.
santésuisse	Das KVG schreibt vor, dass die Leistungen der frei praktizierenden Ärzte wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen. Den Auftrag, dies zu überwachen, hat das BAG an den Dachverband der Schweizer Krankenkassen santésuisse übertragen. Diese haben einseitig wirtschaftliche Interessen. Das Verfahren, mit dem die Ärzte geprüft, gerügt und gebüsst werden, ist statistisch-mathematisch mangelhaft und überdies kontraproduktiv, da es einen Anreiz setzt, Gesunde unnötig und Kranke nicht zu behandeln, siehe hierzu auch: <a href="http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetWZW.pdf">http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetWZW.pdf</a> . Mit der Beglaubigung der Auftragsvergabe durch das BAG wird das Verfahren vom Bundesgericht aber nicht weiter hinterfragt. Die Folge sind Fehlurteile und eine allgemeine Panik in der Ärzteschaft aufgrund willkürlicher Urteile.

## Die Arbeit des VEMS: ethische Boards

Bei allen drei Boards ist festzuhalten, dass die Leistungserbringer selektiv und erst im Moment beigezogen wurden, da die Strukturen bereits standen, und die Vertreter von Patienten und Behinderten gar nicht. Ebenso nicht beigezogen wurden und werden Medizinethische Institute und kirchliche Organisationen, welche der einseitig utilitaristische Betrachtungsweise dieser Boards Ethiken gegenüberstellen könnten, die besser geeignet sind, Gerechtigkeit auf der individuellen Ebene zu schaffen, und deshalb dem Auftrag, der Arbeitsweise und dem Berufsethos der Medizin besser gerecht werden. Der VEMS überwacht einerseits die Arbeit der bereits aufgestellten Boards, untersucht deren strukturelle Mängel und macht sie bekannt. Andererseits machen wir unser Anliegen, ethische Boards zu bilden, bei der Etablierung neuer Boards geltend.



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

# Factsheet

Welchen Fragen geht der VEMS im Dossier HTA auf den Grund und welche Resultate haben wir dabei erarbeitet?

Das Dossier HTA des VEMS auf einen Blick

Stand Januar 2015



## Kurzantwort

Im Dossier HTA validiert der VEMS die HTA-Berichte des Swiss Medical Boards SMB. Dies ist nötig aufgrund der gravierenden strukturellen Mängel dieses Boards, die wir im Dossier VEMS Ethical Board eruiert und aufbereitet haben. Während dort politische und politisch-ökonomische Fragen im Vordergrund stehen, konzentriert sich das Dossier HTA unter Beizug von Fachspezialisten, in deren Indikationsgebiet diese jeweils fallen, auf die HTA-Berichte an sich. Dabei haben wir fachliche, statistisch-mathematische und methodische Mängel feststellen, die zu Resultaten führen, die die Sachverhalte verkennen, diese teilweise sogar in ihr Gegenteil verkehren. Herausgeber unserer Stellungnahmen zu den HTA-Berichten ist dann wieder das VEMS Ethical Board, welches auch initiiert, welche Berichte im Dossier HTA zu validieren sind.

## Fehler der HTA-Berichte des SMB

Bericht	Fehler	mögliche Folgen
Computertomographie-Scanner in der Abklärung der koronaren Herzerkrankung	Um die in der Kardiologie übliche Abklärung durch CTs infrage zu stellen, werden die Kosten derselben falsch zu hoch und die Kosten der Radiologie falsch zu gering berechnet, was einer kompletten Verzerrung der Tatsachen entspricht.	Das Umpflügen eines in der Kardiologie bewährten Behandlungspfads schafft aufgrund einer Triagierung, die auf realiter gar nicht existierende personelle und infrastrukturelle Abläufe und Ressourcen baut, eine Behandlungsfehlleitung und ein Behandlungsvakuum, was zu gefährlichen Fehl- und Nichtbehandlungen führen kann.
Systematisches Mammographie-Screening	Performance und Genauigkeit des Screenings wurden falsch eingeschätzt, um daraus den falschen Schluss zu ziehen, seine präventive Wirkung stehe in einem ungünstigen Verhältnis zu seinen Kosten.  Die psychologische Wirkung des Screenings wird verdreht, indem behauptet wird, der Test schaffe Unsicherheit. Er schafft im Gegenteil eine Sicherheit, die sich gesundheitsfördernd auswirkt, sogar bei falsch positivem Ergebnis.	Die Verunsicherung der Patientinnen in einem so sensiblen Bereich wie dem Brustkrebs wirkt sich gerade bei den Risikopatientinnen destabilisierend aus, was einerseits den Behandlungserfolg beeinträchtigt und andererseits zu reaktantem Verhalten führen kann.
Statine zur Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen	Der hauptsächliche Fehler des Berichts ist eine falsche Risikobeurteilung. Die Frage, ab welchen Werten ein Patient als Risikopatient für Herz-Kreislauf-Krankheiten gilt, ist von verschiedenen nationalen und internationalen Gremien untersucht worden, welche Richtwerte angeben, die leicht variieren.  Das SMB hat einen Wert angenommen, der erheblich über den Werten aller internationalen Fachgesellschaften liegt, um dann für eine spezielle, in der medizinischen Praxis kaum erhebliche Patientengruppe „nachzuweisen“, dass erst ab diesem Wert eine Behandlung mit Statinen nötig ist. Daraus wurde eine allgemeine Empfehlung für alle Patientengruppen abgeleitet, was eine grobfahrlässige Verzerrung der Tatsachen darstellt und allen wissenschaftlichen Regeln widerspricht.	Da Statine aufgrund ihrer nicht unmittelbar spürbaren Wirkung eine eher schlechte Compliance haben (kooperatives Verhalten des Patienten), besteht Gefahr, dass Patienten, bei denen eine medikamentöse Behandlung eindeutig angezeigt ist und eine Nichtbehandlung tödliche Folgen haben kann, ihre Medikamente, ermutigt durch die Empfehlung des SMB, nicht mehr einnehmen.  Eine kleinere Gefahr besteht darin, dass Ärzte der Empfehlung des SMB folgen und ihre Patienten falsch beraten, was insbesondere bei Hausärzten und bei gegebenem Druck durch die Krankenkassen eine Gefahr darstellt, während Kardiologen die Grobfahrlässigkeit des SMB-Berichts nicht nur leicht erkennen können, sondern Krankenkassen gegenüber aufgrund ihres Wissensvorsprungs auch besser gegen diese falschen Empfehlungen zu argumentieren vermögen.

## Die Arbeit des VEMS: ein Argusaug

Der VEMS wird weitere Berichte des SMB (oder einer allfälligen Nachfolgeorganisation) kritisch hinterfragen und systematisch Fehler aufdecken. Diese kommunizieren wir mit Pressemitteilungen und Artikeln in Fach und Publikumsmedien, um die Sensibilität dafür zu wecken, wie gefährlich und anfällig auf Manipulation die Methoden sind, die bei der Erstellung dieser Berichte angewendet werden, allem voran das QALY-Konzept, das mit seiner Bewertung des Wertes eines Lebensjahres ein ethisch problematisches Konzept ist. Dieses gilt es mit Konzepten wie dem NNT-Konzept (number needed to treat) zu relativieren. Hauptsächlich gilt es aber, bei der Anwendung des QALY-Konzepts und bei Berechnungen mit diesem die Regeln der Wissenschaftlichkeit zu beachten. Dies geschieht in der Arbeit des SMB nach wie vor nicht.



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



[www.vems.ch](http://www.vems.ch)

# Factsheet

Welchen Fragen geht der VEMS im Dossier Dysfunction Assessment auf den Grund und welche Resultate haben wir dabei erarbeitet?

Das Dossier Dysfunction Assessment des VEMS auf einen Blick

Stand Januar 2015



## Kurzantwort

Im Dossier Dysfunction Assessment geht der VEMS der Frage nach, wie sich ärztliche Dysfunktion bildet, wie sie sich zeigt und wie sie zu eliminieren ist. Dabei stellen wir fest, dass viele der Beurteilungsverfahren, die sich einseitig auf die ökonomische Dysfunktion konzentrieren, eine medizinische Dysfunktion nicht nur übersehen, sondern sogar schaffen, indem sie den Arzt beim Fällen der Indikations- und Behandlungsscheide stören. Dies kann für seine Patienten gefährliche Situationen schaffen und ist nur durch die Installation interinstitutioneller Expertenaudits zur Überprüfung der Ärzte durch die Ärzte selbst zu verhindern.

## Formen ärztlicher Dysfunktion

Sporadische Dysfunktion	<p>Ärztliches Befinden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Krankheit</li> <li>- Übermüdung</li> <li>- Depression</li> </ul> <p>Arzt-Patientenbeziehung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antipathie</li> <li>- Euphorie</li> </ul>
Systematische Dysfunktion	<p>Ökonomischer Druck:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dysfunktionale Wirtschaftlichkeitsverfahren</li> <li>- DRG, Fallpauschalen</li> <li>- Budgetmitverantwortung, Globalbudgets</li> </ul> <p>Gesellschaftlicher Druck:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medizin wird als zu teuer beurteilt</li> <li>- Angebliches Anspruchsverhalten der Patienten</li> </ul>

## Interventionsebenen bei Dysfunktion

<p>Grauzonen-Dysfunktion</p> <p>Unter die Grauzonen-Dysfunktion fallen Indikationsentscheide, welche generell keine relevanten Konsequenzen oder Kosten im Management beinhalten, jedoch aufgrund des Potentials der hohen Prävalenz durchaus finanziell relevant sein können.</p>	<p>Häufung einmaliger Konsultationen mit anschliessender Weiterweisung an Kollegen oder Institutionen mit dem Ziel der Senkung des Kostenschnitts:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ursache: dysfunktionales Wirtschaftlichkeitsverfahren</li> <li>- Lösung: Verbesserung der Wirtschaftlichkeitsverfahren</li> <li>- Erfassung: über Einzelleistung pro Patient</li> </ul> <p>Erschöpfung des Arztes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ursachen: Krankheiten, ungünstiges Arbeitsumfeld, politisch-ökonomischer Druck</li> <li>- Lösung: Verbesserung der ärztlichen Arbeitssituation</li> <li>- Erfassung: kaum möglich - allenfalls Audits</li> </ul>
<p>Rotzonen-Dysfunktion</p> <p>Unter Rotzonen-Dysfunktion fallen Indikationsentscheide, welche eindeutig den Interessen der Patienten zuwiderlaufen.</p>	<p>Systematische Unterversorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ursachen: ökonomischer Spardruck</li> <li>- Lösung: medizinisch korrekte Indikationsstellung</li> <li>- Erfassung: Appropriateness criteria, Audits, peer review System</li> </ul> <p>Systematische Überversorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ursachen: ökonomischer Gewinndruck</li> <li>- Lösung: medizinisch korrekte Indikationsstellung</li> <li>- Erfassung: Appropriateness criteria, Audits, peer review System</li> </ul> <p>Kriminelle Handlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patiententötung</li> <li>- Sexuelle Übergriffe</li> <li>- Nötigung zu Eingriffen und Operationen</li> </ul>

## Die Arbeit des VEMS

Aus diesen beiden Tabellen geht einerseits hervor, dass ärztliche Dysfunktion viele Gesichter hat, meistens aber reduziert wird auf wirtschaftliche Dysfunktion, worunter ein Verhalten verstanden wird, das den Krankenkassen als nicht kostensparend erscheint. Andererseits zeigt die Übersicht auch, dass gefährliche Formen ärztlicher Dysfunktion so übersehen werden und dass diese teilweise gerade durch jene Instrumente und Verfahren verursacht wird, die sie bekämpfen wollen, eben weil sie sie auf die wirtschaftliche Dysfunktion reduzieren. Der VEMS arbeitet daran, in der Schweiz die Idee von peer reviews und interinstitutionellen Expertenaudits zu etablieren, wie sie iQM durchführt (<http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de>).



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



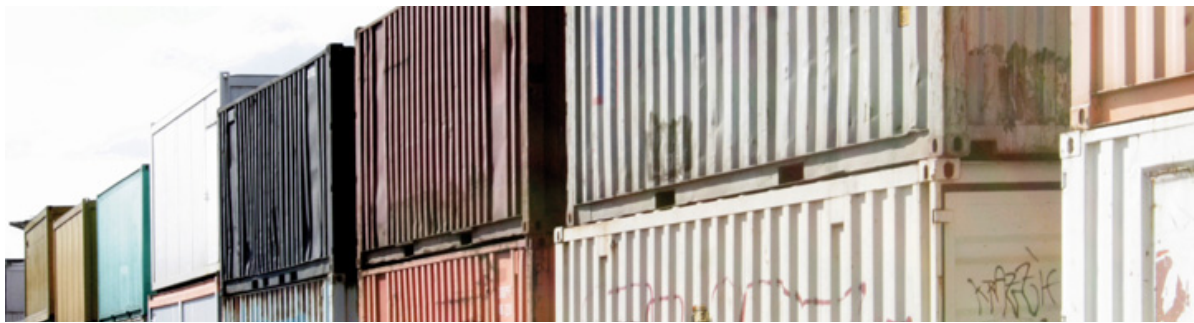
[www.vems.ch](http://www.vems.ch)

# Factsheet

Welchen Fragen geht der VEMS im Dossier Level IV auf den Grund und welche Resultate haben wir dabei erarbeitet?

Das Dossier Level IV des VEMS auf einen Blick

Stand Januar 2015



## **Kurzantwort**

Im Dossier Level IV untersuchen wir den medizinischen Hintergrund der Situation, wie sie in Ausschaffungen im Verfahren Level IV entsteht, einerseits aufgrund des Settings der Fesselung an einen Rollstuhl, andererseits dadurch, dass der Asylant vermittels eines Spuckschutzes und durch Verabreichung von Barbituraten daran gehindert wird, die die Ausschaffung begleitenden Polizisten anzuspucken. Als wissenschaftlicher Verein interessiert uns dabei die politische und die humanitäre Dimension nur insofern, als sie medizinethisch problematisch ist. Wir stellen fest, dass dies der Fall ist, dass aber auch, gestützt auf ein externes Gutachten aus London, rein medizinisch begründete Einwände gegen das Verfahren bestehen.

## **Hintergrund**

Die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften SAMW hat bestimmt, dass Ärzte die medizinische Begleitung von Ausschaffungen im Verfahren Level IV verweigern dürfen, spricht sich aber nicht dagegen aus. Wir halten das für eine opportunistische Pseudoethik. Wenn das Verfahren so zweifelhaft ist, dass Ärzte sich weigern dürfen, daran teilzunehmen, dann muss sich die SAMW als medizinethische Instanz dagegen engagieren. Auch andere Institutionen wie Amnesty International und der Weltärztebund lehnen Zwangsmassnahmen bei der Ausschaffung ja ab und halten eine aktive Teilnahme von Ärzten an solchen Prozeduren für unethisch. Anfang 2012 haben zudem einseitig der Schweizerische Evangelischen Kirchenbund (SEK) und die Schweizerische Flüchtlingshilfe (SFH) den Beobachtungsvertrag mit dem BfM für die Ausschaffungen sistiert. Trotzdem wurden Level-IV-Ausschaffungen wieder aufgenommen.

## **Medizinische Sachlage**

Wir haben Prof. Richard Sutton vom Imperial College London um eine unabhängige Zweitmeinung gebeten, allgemein und konkret zum Fall Alex Khemmas, eines Nigerianers, der am 17. März 2010 bei seiner Ausschaffung am Flughafen Kloten im Alter von 29 Jahren verstorben ist. Prof. Sutton hat als Erster in einer international wichtigen medizinischen Fachzeitschrift (Lancet, 1986) den Grundlagenartikel für den sogenannten «Tilt-Table-Test» und die daraus provozierten Herzstillstände als Folge der vasovagalen Reaktion beschrieben und in die Klinik eingeführt. Aus seinen Erkenntnissen und aus der Literatur zum Thema der Fesselung mit Immobilisierungsfolge können wir folgendes feststellen: Alex Khemma starb im Rahmen seiner Ausschaffung mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit an einem Herzstillstand als Folge der Fesselung und als Folge des Hungerstreiks und der Angst, die er erlitt. Gemäss Prof. Sutton ist allgemein zum Verfahren Level IV zu sagen, dass sowohl die Fesselung als auch die Position mit einem erhöhten Risiko für vasovagale Reaktionen verbunden ist. Zudem kann die verhinderte Flachlage zu irreversiblen Hirnschäden oder sogar zum plötzlichen Herztod führen.

## **Die Arbeit des VEMS**

Um einen Stopp des Verfahrens Level IV zu erwirken, hat der VEMS folgende Anstrengungen unternommen:

- Briefe und E-Mails an Bundesrätin Sommaruga, das BFM und deren Berater
- Durchführen eines Hearings im Bundeshaus, zusammen mit Vertretern der SP Schweiz; Anhörung des die Ausschaffungen begleitenden Anästhesisten Daniel Herschkowitz
- Koordination eines Expertenkolloquiums zur Klärung der medizinischen Sachlage, zusammen mit der Nationalen Kommission zur Verhütung von Folter NKVF
- Pressearbeit, halbseitiger Artikel im Tagesanzeiger
- Nationaler und internationaler Austausch mit anderen gemeinnützigen Organisationen zum Abgleichen der Wissensstände

Das für November 2012 geplante Kolloquium wurde zu unserer Enttäuschung von der NKVF abgesagt. Der VEMS wird sich aber weiterhin im Dossier Level IV engagieren, denn dieses zeigt eine gefährliche Tendenz: Wenn politische und ökonomische Aspekte priorisiert werden, wird die Ethik zusehends zur verhandelbaren Sache. Dies darf nicht geschehen, insbesondere nicht in einem Land wie der Schweiz mit ihrer humanitären Tradition.



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