



# Rationierung, QALY und die mathematische Maschinerie

Olten, Februar 2014

## Impressum

Autor: Flavian Kurth  
Inhaltliche Begleitung  
und Projektverantwortung: Michel Romanens

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

## **Zusammenfassung**

Die vorliegende Evaluation untersucht die Fragen, inwieweit im Schweizer Gesundheitswesen bereits heute de facto rationiert und wie zielführend Rationalisierung betrieben wird. Dabei stellen wir fünf grundsätzliche Irrtümer fest:

1. der Nützlichkeits-Zweckmässigkeitsirrtum
2. der Rationalisierungs-Irrtum
3. der Ökonomie-Irrtum
4. der Qualitäts-Irrtum
5. der Mittelwert-Irrtum

### 1. der Nützlichkeits-Zweckmässigkeitsirrtum

Wir stellen fest, dass bereits heute in vielen Bereichen unseres Gesundheitswesens verdeckt rationiert wird. Die SAMW hat Rationierung in einem Grundlagenpapier bereits 2007 nicht nur gutgeheissen, sondern dabei einen Paradigmenwechsel vom in der WZW-Regel des KVG neben Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit verankerten Beurteilungskriterium Zweckmässigkeit hin zur Nützlichkeit vollzogen. Das BAG ist diesem Paradigmenwechsel in seinem Arbeitspapier «Operationalisierung der Begriffe Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit» vom Juli 2011 gefolgt oder lässt eine dahingehende Interpretation des Zweckmässigkeitsbegriffs zumindest zu. Damit wird die Diskussion um Rationalisierung und Rationierung zu einem Wirkungsfeld für ökonomische Nutzwertanalysen. Die Medizin lässt sich mit diesem Kriterium jedoch nicht beurteilen, im Zentrum ihrer Erwägungen steht die Zweckmässigkeit. Dass diese bei der Beurteilung ärztlicher Tätigkeit heute kaum noch relevant ist, zeigen die Wirtschaftlichkeitsverfahren beispielhaft: Eine Überschreitung der vom Arzt verursachten Kosten von 30% und mehr gegenüber seiner Vergleichsgruppe gilt als Beweis für Überarztung, unabhängig davon, welche Patienten er versorgt und welche Krankheiten diese haben.

### 2. der Rationalisierungs-Irrtum

Als Folge dieser inadäquaten Beurteilung medizinischer Leistungen stellen wir eine stetige Verschlechterung der Indikationsqualität und, damit einhergehend, der Effizienz unseres Gesundheitswesens fest. Dies wiederum führt zum Ruf nach weiteren Massnahmen zur

Rationalisierung, die einerseits de facto verdeckte Rationierung betreiben und andererseits durch eine weitere Verschlechterung der Indikationsqualität die Ineffizienz weiter erhöhen. Dieser Teufelskreis höhlt das Gesundheitswesen aus, entzieht ihm Mittel, bis zum Punkt, da Rationierung unumgänglich wird.

### 3. der Ökonomie-Irrtum

Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor, die Diskussion darüber, unter welchen Bedingungen Rationierung allenfalls ethisch vertretbar sei, in die Frage zu lenken, wie ethisch korrekt und gerecht rationalisiert werden kann. Die Ökonomie hat sich bisher vor allem so im Gesundheitswesen eingebracht, dass sie den Indikationsentscheid zu beeinflussen versucht. Da sie diesen nicht beurteilen kann, richtet sie damit Schaden an – nicht nur ethischen, auch ökonomischen. Dies ist zu korrigieren und die Ökonomie dort einzusetzen, wo sie einen produktiven Beitrag zu leisten hat: in der Verbesserung von Abläufen, Prozessen und Strukturen. Hierzu unterbreiten wir Vorschläge und stellen alsdann fest, dass die FMH für diese berechtigten Forderungen in den vergangenen Jahren zu wenig eingestanden ist, wohl vor allem deshalb, weil sie die Unterwanderung und Korrumpierung des Begriffs der Zweckmässigkeit zu passiv hingenommen hat. Erfreulicherweise ist dieses Problem heute aber erkannt, was die jüngsten Entwicklungen zeigen: die klare Stellungnahme des Zentralsekretariats zur Bonifrage und das Eckwertepapier der Arbeitsgruppe WZW der FMH.

### 4. der Qualitäts-Irrtum

Mit der Einführung des Begriffs der Qualität zur Beurteilung eines Lebens ist ein weiterer Schritt zur Ökonomisierung getan – hier nicht nur der Medizin, sondern des Lebens. Wir schlagen vor, diesen aus der Industrie stammenden Begriff durch den Begriff des Wertes zu ersetzen, wobei die Frage, ob ein Leben lebenswert sei oder nicht, allein das sich in diesem Leben befindende Individuum stellen darf und niemals eine aussenstehende Person oder Instanz.

### 5. der Mittelwert-Irrtum

Die Begriffe der Zweckmässigkeit und des vom jeweiligen Individuum erfahrenen Lebenswerts entsprechen der Medizin und ihrer ärztlichen Ethik, im Gegensatz zu den heute gängigen Beurteilungskriterien Nützlichkeit und Qualität. Letztere haben sich vor allem auch

darum durchgesetzt, weil sie leicht zu extrapolieren sind und in Mittelwertvergleichen einander gegenübergestellt werden können. Um solche Mittelwertvergleichsstudien hat sich eine veritable Forschungsindustrie gebildet, die dem Gesundheitswesen deshalb grossen Schaden beibringen kann, weil die Medizin nie mit Mittelwerten arbeitet, sondern eine Wissenschaft des Einzelfalls ist. Entsprechend schlecht ist denn auch die Qualität eines Grossteils dieser Studien, erschreckend hoch jedoch ihr Einfluss auf die Ausgestaltung unseres Gesundheitswesens in eine inhumane Richtung. Ein Blick in die Verirrungen der mathematischen Maschinerie der Ideologie des Nationalsozialismus‘ zeigt, wohin der blinde Glaube an den Durchschnitt als letzte Wahrheit führen kann: zu einer von der Realität entkoppelten Betrachtung, die deshalb so verheerend ist, weil ihr Gegenstand der Mensch ist.

## Inhaltsverzeichnis

Ausgangslage	Seite	6
Beurteilungskriterien von Rationalisierung und Rationierung	Seite	8
Rationalisierung, die rationiert und weitere Rationalisierung nötig macht	Seite	10
Gerecht rationieren oder gerecht rationalisieren?	Seite	12
Kampf um die Definition der WZW-Kriterien	Seite	16
Heute klare Qualitätsstrategie der FMH	Seite	17
Falsche Rollenverteilung	Seite	18
HTA und QALY	Seite	20
Qualität – ein problematischer Begriff	Seite	21
Sonderfall Schweiz?	Seite	22
Woher kommt unser Glaube an den Mittelwert?	Seite	23
Das Mittelwert-Missverständnis	Seite	24
Mittelwertvergleiche ohne Evidenz	Seite	25
Die Meinung des Bundesrats	Seite	26
Gefahren des Mittelwertglaubens und ihre historische Dimension	Seite	27
Menschliche Medizin lohnt sich ökonomisch	Seite	28
Referenzen	Seite	30

## **Ausgangslage**

Die Medizin befindet sich heute verstärkt im Spannungsfeld zwischen dem medizinisch Angezeigten und Machbaren und den finanziellen Möglichkeiten unseres Gesundheitswesens. Konnte der Arzt früher fragen, was er noch alles für das Wohlbefinden seines Patienten tun könnte, so ist die Frage heute eher die, was er alles weglassen kann. Die Anstrengungen zur Rationalisierung der letzten Jahre vermochten den Trend der wachsenden Kosten nicht aufzuhalten, und so ist mit einiger Verspätung zu anderen Europäischen Ländern die Rationierungsdebatte nun auch in der Schweiz angekommen. Es wird immer offener darüber diskutiert, welche Leistungen zwar medizinisch sinnvoll sind, aber dennoch gestrichen werden können, weil ihr Nutzen im Verhältnis zu ihren Kosten zu gering sei. Dass die SAMW und auch die Akademien der Wissenschaften Schweiz den Standpunkt, Rationierung sei auch bei uns über kurz oder lang unausweichlich, heute unumwunden vertreten, zeigt, dass er im intellektuellen und politischen Mainstream angekommen ist.

Das Wort Rationierung hat einen unschönen Klang. In Deutschland spricht man daher von Priorisierung. Es gilt einerseits zu bestimmen, welche finanziellen Ressourcen uns unser Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen Bereichen des öffentlichen Lebens wie der Bildung, der Forschung, dem Verkehrswesen, der Armee, der Kultur, der Wissenschaft etc. wert ist. Andererseits gilt es, innerhalb des Gesundheitswesens Prioritäten zu setzen, also zu bestimmen, welche Ausgaben uns für welche Sektoren angemessen scheinen, für den stationären Sektor, für die Palliativmedizin, für Massnahmen der Prophylaxe, der Rehabilitation, der Langzeitpflege – ja bereits grundlegender: für die eigentliche Heilung und Pflege, für die Verwaltung und Planung, für den administrativen Aufwand der Krankenkassen, für die Ausbildung und die Forschung. Dies sind Entscheide, die auf der Makroebene des Gesundheitswesens durch unsere Gesundheitspolitiker und GesundheitsökonomInnen zu fällen sind; sie schaffen die Rahmenbedingungen, unter denen die Medizin sich auf der Mesoebene (Spitäler, Pflegeheime, Institutionen) und auf der Mikroebene (Arbeit am Krankenbett) ihrer Aufgabe, der Heilung und Pflege der Patienten, widmet.

Dabei befinden sich die Akteure der Makroebene im Dilemma, dass Leistungskürzungen mit ebenso wenig Begeisterung rechnen können wie Kosten-, sprich Prämien erhöhungen. In dieser Situation macht sich beliebt und erhöht seine Chancen, wiedergewählt zu werden, wer von Rationalisierung spricht, nicht von Rationierung.

Untersucht man einige der Rationalisierungsmassnahmen der letzten Jahre nun aber auf ihre Wirkung hin, zeigt sich, dass sie de facto zur Rationierung geführt haben, und zwar zu einer verdeckten:

- Ärztstopps führen zu einer Angebotsverknappung mit der Folge längerer Wartezeiten auf einen Arzttermin.
- Die Kontrolle des Leistungsumfangs durch Fallpauschalen DRG schreibt pro Fall einen Kosten- und damit einen Leistungsrahmen vor.
- Budgets innerhalb von Ärztenetzwerken sehen für den behandelnden Arzt bei Überschreitung Bussen und bei Unterschreitung Boni vor und bestimmen so den Leistungsumfang.
- Die Wirtschaftlichkeitsverfahren der santésuisse zwingen mit ihren Mittelwertvergleichen von Durchschnittskosten und Bussen bei Überschreitung von mehr als 30% gegenüber der Vergleichsgruppe den Ärzten de facto ein Globalbudget auf. Da jeder Arzt bestrebt ist, die Schwelle von 130% gegenüber der Vergleichsgruppe nicht zu überschreiten, behandelt er restriktiv und selektiv. Dadurch wird der Schnitt gedrückt, was eine von Jahr zu Jahr enger werdende Rationierung zur Folge hat.

Das Unfaire dabei ist, dass so Rationierungsentscheide von der Makro- auf die Meso- und die Mikroebene transferiert werden. Die Leistungserbringer sehen sich in der unangenehmen Lage, verdeckte Rationierung betreiben zu müssen; die Allokationsentscheide werden ihnen überantwortet, und sie fühlen sich damit zusehends überfordert und alleingelassen. Es bleibt ihnen unter diesen Bedingungen nur die Wahl, entweder gegen ihr ärztliches Berufsethos zu verstossen, das an die erste Stelle ärztlichen Handelns das Wohl des Patienten setzt, oder in Konflikt mit den Krankenkassen zu geraten und Bestrafung in Kauf zu nehmen. Nach anfänglichem Knurren und Murren haben sie sich mehrheitlich dafür entschieden, sich mit den Bedingungen so gut als möglich zu arrangieren. Dies scheint ihnen so viel Energie

abzuverlangen, dass sie kaum noch dazu kommen, diese Bedingungen infrage zu stellen. Das wollen wir im Folgenden tun.

### **Beurteilungskriterien von Rationalisierung und Rationierung**

Wenn Gesundheitspolitiker entwarnen, das Potential der Rationalisierung sei noch nicht ausgereizt, und solange dies der Fall sei, sei die Rationierung kein Thema, dann muss dies vor eingangs geschildertem Hintergrund kritisch verstanden werden. Rationierung findet sehr wohl bereits jetzt statt und wird tendenziell vermehrt stattfinden. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat bereits 2007 in einer Arbeitsgruppe innerhalb des Projekts «Zukunft Medizin Schweiz» das Papier «Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen» herausgegeben (1). Darin ist nicht nur die schon damals formulierte Forderung nach Rationierung nachzulesen, es ist in dieser Arbeit auch ein Grundproblem betreffend die Definition von Rationierung und Rationalisierung angelegt. Das Papier hält fest, eine gängige Definition von Rationierung sei, dass diese «dann vorliegt, wenn die von der Solidargemeinschaft abgedeckten Leistungen bewusst unter das Niveau des medizinisch anerkannt Notwendigen gelegt werden», um dann zu monieren: «Selbstverständlich kann dies niemand ernsthaft wollen – und damit ist jede Diskussion über Rationierung beendet, bevor sie begonnen hat». Darauf schlägt die Arbeitsgruppe – «um eine konstruktive ... Diskussion der Rationierung in der Gesundheitsversorgung zu führen» – folgende Definition vor: «Rationierung umfasst implizite oder explizite Mechanismen, die dazu führen, dass einer Person eine nützliche Leistung im Rahmen der Gesundheitsversorgung nicht zur Verfügung steht.»

Entsprechend wird Rationalisierung als Bestreben definiert, dafür zu sorgen, dass Leistungen, die unnütz sind, nicht erbracht werden, bzw. nicht zur Verfügung stehen: «Rationalisierung hingegen bezeichnet im Sinne einer Effizienzsteigerung den «Verzicht auf nutzlose Leistungen» und ist immer angezeigt». Damit ist einerseits zwar eine Definition gelungen, mit der sich zweifelsohne arbeiten lässt. Andererseits wird nun aber der Begriff der Nützlichkeit in den Diskurs eingeführt und damit derjenige des Nutzwerts. In diese Richtung hat sich der Diskurs seither entwickelt. Das BAG ist diesem Paradigmenwechsel in seinem Arbeitspapier «Operationalisierung der Begriffe Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit» (2) vom Juli 2011 gefolgt oder lässt eine dahingehende Interpretation des



Zweckmässigkeitsbegriffs zumindest zu, wenn es, U. Pfefferkorn zitierend, Zweckmässigkeit wie folgt definiert: «Die Zweckmässigkeit einer Leistung setzt zusätzlich zur Wirksamkeit deren Eignung unter Berücksichtigung von Nutzen und Schaden, deren Erforderlichkeit, Zumutbarkeit sowie die Verhältnismässigkeit des Mitteleinsatzes voraus». Damit ist die Frage von Rationalisierung und Rationierung zu einem Anwendungsgebiet von Nutzwertanalysen geworden, die Betrachtung eine einseitig ökonomisch-utilitaristische, deren Ziel der grösstmögliche Nutzen für die grösstmögliche Zahl ist – ohne offenzulegen, wer die Definitionshoheit darüber innehaben soll, was ein Nutzen ist und was nicht, was nützlich und was unnütz.

In der Medizin ist dieser Begriff grundsätzlich problematisch, denn ob eine medizinische Massnahme nützlich ist oder nicht, kann niemals mit Sicherheit gesagt werden. Keine Behandlung nützt der Heilung in jedem Fall, und ob die Heilung selbst über sich hinaus einen Nutzen verspricht, ist eine Frage, die sich die Medizin nicht stellen darf, will sie nicht ganze Patientengruppen diskriminieren. Aus gutem Grund fragt die Medizin deshalb vielmehr nach der Zweckmässigkeit einer Handlung, und dieses Kriterium sieht auch die WZW-Regel des Krankenversicherungsgesetzes KVG vor, zusammen mit der Wirksamkeit und der Wirtschaftlichkeit. Ob eine medizinische Massnahme der Heilung nützt, ist nicht immer zu beurteilen, ob sie dem Zweck der Heilung und Pflege angemessen ist, hingegen schon. Dass die Zweckmässigkeit bei der Beurteilung ärztlicher Tätigkeit heute aber kaum noch relevant ist, zeigen die Wirtschaftlichkeitsverfahren beispielhaft: Eine Überschreitung der vom Arzt verursachten Kosten von 30% und mehr gegenüber seiner Vergleichsgruppe gilt als Beweis für Überarztung, unabhängig davon, welche Patienten er versorgt und welche Krankheiten diese haben.

Arbeitet man nun aber mit dem ökonomischen und der Medizin fremden Kriterium der Nützlichkeit, so läuft die Beurteilung letztlich immer auf eine ökonomische hinaus. Der Vorteil indes ist, dass sich Nützlichkeitsanalysen extrapolieren lassen, während die Zweckmässigkeit einer medizinischen Intervention für den jeweiligen Fall zu beurteilen ist. Nur diese Beurteilung wird der Medizin aber gerecht. Die Diskussion um Rationalisierung und Rationierung krankt an dieser inadäquaten Beurteilung medizinischer Massnahmen. Was falsch beurteilt wird, das kann auch nicht effizient ausgestaltet werden. Die Folgen sind Rationalisierungsmassnahmen, die nicht nur zur verdeckten Rationierung führen, sondern überdies die Effizienz verschlechtern, also Bedarf an weiterer Rationalisierung schaffen. Wird

auf diesen Bedarf dann mit derselben Art von Rationalisierung reagiert, so haben wir einen Teufelskreis, der dazu führt, dass aufgrund einer stetig zunehmenden Ineffizienz unseres Gesundheitswesens Rationierung über kurz oder lang unumgänglich wird.

### **Rationalisierung, die rationiert und weitere Rationalisierung nötig macht**

Rationalisierungsmassnahmen haben zum Zweck, die Effizienz der Medizin zu verbessern.

Dies kann durch Straffung der Abläufe geschehen, durch Vermeiden von Doppelspurigkeiten, durch Wählen der günstigsten Behandlungsvariante, wenn diese teureren Varianten gleichwertig ist, durch Vermeiden unnötiger, weil medizinisch nicht zweckmässiger Eingriffe, aber auch durch Aushandeln besserer Preise für pharmazeutische Produkte und medizinische Geräte. Es ist klar, dass hierbei das grösste Potential bei der Vermeidung unnötiger Eingriffe liegt. Folglich konzentrieren sich die Kräfte auf diesen Bereich. Wie können die Leistungserbringer dazu gebracht werden, nur das medizinisch wirklich nötige zu machen? Und wie kann dies überprüft werden?

Obiger Paradigmenwechsel vom Zweckmässigkeits- zum Nützlichkeitsdiktat hat zu Massnahmen und Methoden geführt, denen gemeinsam ist, dass sie diese Überprüfung mangelhaft leisten und in oben geschilderter Weise kontraproduktiv sind. Drei Beispiele sollen dies aufzeigen:

- Der am 23. November 2010 veröffentlichte Pompe-Entscheid des Bundesgerichts: Anlass war eine Rückforderungsklage der Publisana Krankenkasse bei einer Patientin mit der schweren Muskelkrankheit Morbus Pompe über einen Betrag in Höhe von CHF 298'197.35. Das Bundesgericht veranschlagte die Behandlungskosten für die Grundversicherung auf jährlich CHF 500'000.-. Solch hohe Kosten, begründete es, seien im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung nicht kostengünstig, weshalb die Frage der Rationierung zu stellen sei. Der Weg der Rationalisierung wäre hier der gewesen, mit dem Hersteller des Medikaments in Preisverhandlungen zu treten, um die Behandlung zu einem vertretbaren Preis zu ermöglichen. Denn dass die Behandlung medizinisch zweckmässig ist, steht ausser Frage, ergo muss sie ermöglicht werden. Offensichtlich wurde hier aber die Nutzenfrage über die Zweckmässigkeitsfrage

gestellt, und dies führt uns in gefährliche Gefilde, indem hier zum ersten Mal in dieser unverhohlenen Art Preis und Nutzen eines Lebens verhandelt werden.

- WZW-Verfahren des Dachverbands der Schweizer Krankenkassen santésuisse: Gestützt auf die WZW-Regel des Krankenversicherungsgesetzes KVG hat die santésuisse den Auftrag, sicherzustellen, dass medizinische Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Am effektivsten wäre dies mit Stichproben von einzelnen Ärzten zu überprüfen, die in einer Vorselektion aufgrund bestimmter Parameter zur näheren Betrachtung ausgewählt würden. So wären gezielt Ärzte zu identifizieren, die nicht zweckmässige Leistungen erbracht haben, um sie zu verwarnen und im Wiederholungsfall zu büssen. In diesem Fall könnte man von einer wirkungsvollen Rationalisierungsmassnahme sprechen. Dazu ist santésuisse aber offensichtlich der falsche Partner, da von eigenen Interessen in seinem Handeln bestimmt: Ärzte werden aufgrund der Variablen Facharztgruppe, Kanton und Durchschnittsalter der Patienten in Gruppen eingeteilt, deren Kostenmittelwerte verglichen werden. Liegt ein Arzt 30% und mehr über dem Kostenschnitt seiner Vergleichsgruppe, wird er angemahnt. Die Folge davon ist, dass der Arzt jene Patienten meidet oder ungenügend versorgt, die seinen Kostenschnitt treiben. Damit wird die Rationalisierungsmassnahme WZW-Verfahren zur verdeckten Rationierung. Eine ungenaue Beurteilungsmethode führt zur Bestrafung auch vieler korrekt arbeitender Ärzte und schafft so ein Klima der Willkür, in welchem aus Angst restriktiv verschrieben – sprich rationiert wird. Da dies dann unter Umständen weit höhere Folgekosten aufgrund zu später und deshalb teurerer Behandlungen nach sich zieht, verschlechtert es überdies die Effizienz.
- Sämtliche Formen ärztlicher Globalbudgets in Netzwerken oder durch DRG: Wenn ein Netzwerk seine Kosteneinsparungen tatsächlich allein durch Rationalisierungsmassnahmen (Vermeiden von Doppelspurigkeiten, Straffen der Abläufe etc.) realisieren könnte, dann müsste es die behandelnden Ärzte nicht in Verträgen mit vereinbarten Boni bei Einhaltung und Bussen bei Überschreitung in ein Budget zwingen. Solche Verträge sind aber Usus, und damit ist klar, dass die

realisierten Einsparungen zumindest nicht allein durch Rationalisierung zustande kommen, sondern auch durch verdeckte Rationierung. Die Folgen sind auch hier Effizienzverschlechterungen durch verspätete und deshalb teurere Behandlungen. Bei den Fallpauschalen DRG ist der Sachverhalt noch stossender: Indem Spitäler in Kostenrahmen gezwungen werden, werden sie im Interesse des eigenen Überlebens genötigt, ihre Behandlungen diesen Rahmen anzupassen. Dies führt zu einem sprunghaften Anstieg nicht zweckmässiger Behandlungen wie Knie- oder Hüftoperationen, die einzig aus ökonomischen Gründen durchgeführt wurden.

### **Gerecht rationieren oder gerecht rationalisieren?**

In Grossbritannien, dessen Gesundheitswesen starke planwirtschaftliche Züge aufweist, wird auf der Makroebene offen rationiert. Kriterien legen fest, wann wer Anrecht auf welche medizinischen Massnahmen hat. Dies dürfte in der Schweiz nicht ohne weiteres machbar sein. Wer bei uns rationieren will, muss dies mit äusserster Vorsicht tun und sollte eine möglichst gerechte Rationierung anstreben. Eberhard Schockenhoff und Anton Losinger formulieren in einem Artikel in «Stimmen der Zeit» (3) vier Regeln als Vorschlag zur gerechten Rationierung aus christlicher Sicht. Diese lassen sich wie folgt zusammenfassen:

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

Berufsethos folgend allein im Interesse des Patienten entscheiden und handeln können.

Diese Punkte sind sicherlich löblich, implizieren jedoch das Paradigma der Unabwendbarkeit der Rationierung und stellen insofern ein problematisches Zugeständnis dar. Vor obigem Hintergrund darf angezweifelt werden, ob die Frage, wie eine gerechte Rationierung auszugestalten wäre, überhaupt die richtige ist. Einerseits ist sie kontraduktiv, andererseits setzt sie am falschen Punkt an: Es fragt sich doch vielmehr, wie eine gerechte Rationalisierung auszugestalten ist, denn dass Rationierung niemals gerecht sein kann, versteht sich. Selbst dort, wo sie aufgrund der tatsächlich beschränkten Mittel wirklich unumgänglich ist, bei der Zuteilung von Spenderorganen an Organempfänger, ist letztlich doch das Glück des Zufalls entscheidend, nicht ein Gerechtigkeitsprinzip. Rationalisierung hingegen kann durchaus gerecht ausgestaltet werden, und dies ist im Moment eindeutig nicht der Fall.

An erster Stelle wäre diesbezüglich zu fordern, dass Rationalisierung keine verdeckte Rationierung betreiben darf. Dies ist leichthin gesagt und kann nur wirken, wenn es konsequent zu Ende gedacht und umgesetzt wird. Was bedeutet das? Drei Beispiele:

- Hausarztmodelle mit Budgetmitverantwortung bergen aufgrund ihres Anreizsystems mit Boni und Bussen die Gefahr verdeckter Rationierung. Hier kann es mehr als in anderen Versicherungsmodellen zu gefährlicher Unterversorgung mit nicht nur monetären, sondern gesundheitlichen Folgen für die Versicherten kommen. Entsprechend sollten diese Modelle sich im Sinne des Verursacherprinzips einer Kontrolle durch Drittinstanzen (nicht durch von ihnen selbst ins Leben gerufene Qualitätslabels) stellen. Und diese Kontrollen sollten dann eben nicht Nutzwertanalysen auf der Basis von Durchschnittswerten sein. Vielmehr sollten sie die Zweckmässigkeit der medizinischen Entscheide beurteilen, was nur auf der Basis der stichprobenartigen Einzelfallbetrachtung durch medizinische Fachpersonen in Audits möglich ist. Wurden wissentlich oder fahrlässig medizinisch notwendige und zweckmässige Behandlungen und Weiterverweisungen hinausgezögert oder ganz unterbunden, so ist dieses Verhalten in jedem Fall, nicht nur im nachweislichen Schadensfall, zu büssen. Es

ist nicht verständlich, weshalb die Betreiber dieser Netzwerke nicht selber entsprechende Strukturen aufgebaut haben, wären diese Audits doch der beste Weg, Rationalisierung nicht nur glaubhaft zu machen, sondern auch effektiv zu leisten. Werden solche Stichproben hingegen verweigert, so legt sich nahe, wie gespart wird: durch verdeckte Rationierung. Diese gehört indes geahndet und gebüsst, nicht mit dem Argument der Vermeidung von unnützen Behandlungen gefördert, wie dies heute geschieht.

- Dass Fallpauschalen DRG eine Gefahr der verdeckten Rationierung bergen, war bei ihrer Einführung weitgehend bewusst und wurde mehr oder weniger eingestanden. Ebenfalls bekannt war aber auch ihr hohes Potential, die Spitäler zu unangebrachten Behandlungen anzureizen. Dies zeigten Zahlen aus Deutschland, die einen sprunghaften Anstieg unzureichender, für das Spital im betriebswirtschaftlichen Sinn aber durchaus nützlicher medizinischer Interventionen wie Blinddarm- und Knieoperationen belegten. Niemand kann davon ausgegangen sein, die Sache laufe in der Schweiz anders. Offensichtlich hat man aber den Begriff der Effizienz einseitig als Effizienz der Abläufe verstanden, die man zu verbessern glaubte. Dass dies gelungen ist, darf zumindest angezweifelt werden. Ausser Zweifel steht indes, dass die Fallpauschalen zu einer massiven Indikations- und Behandlungsineffizienz geführt haben, indem nicht zweckmässige Behandlungen sprunghaft angestiegen sind. Um dies nun zu korrigieren, sollten einerseits Behandlungen, bei denen sich das DRG-System aufgrund ihrer Komplexität eindeutig nicht eignet, aus dem System extrahiert und wieder so verrechnet werden wie vor der Einführung der Fallpauschalen. Andererseits helfen auch hier interinstitutionelle Expertenaudits, um in Stichproben die Zweckmässigkeit der Behandlungen zu prüfen und so gezielt zu fördern: durch den pädagogischen Effekt für die betroffenen Ärzte ebenso wie durch die abschreckende Wirkung, die damit für alle Ärzte nicht nur des betreffenden Spitals erzielt wird.
- Ärztstopps verknappen das Angebot. Werden sie aufgrund eines effektiven Überangebots verhängt, sind sie als Steuerungsmassnahme zur Rationalisierung

zwar insofern problematisch, als sie davon ausgehen, Gesundheitsdienstleistungen würden konsumiert wie andere Dienstleistungen, das Angebot schaffe also eine Nachfrage. Dies deckt sich kaum mit der Empirie; man behandelt seine Krankheiten, man konsumiert nicht Behandlungen. Niemand bittet seinen Arzt, auch gleich noch nicht vorhandene Krankheiten zu behandeln, da sie gerade im Angebot sind. Andererseits darf auch infrage gestellt werden, dass die Regeln des Marktes ohne weiteres spielen und der Arzt in jedem Fall auf eine schlechte Auslastung seiner Praxis mit personellen Massnahmen wie Stellenkürzungen oder im äussersten Fall der Aufgabe der Praxis reagiert. Hier ist im Einzelfall die Möglichkeit einer angebotsinduzierten Nachfrage nicht von der Hand zu weisen, und diese Fälle sollten – wie vorgeschlagen – mit Stichproben gefunden, geahndet und gebüsst werden. Aus solchen Einzelfällen aber eine allgemeine Usanz abzuleiten, ist nicht nur unfair, sondern kontraproduktiv. Es führt zu einer voreingenommenen Haltung, die empfänglich macht für Studien, die einen allgemeinen, statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Angebotsdichte und Überarztung zu beweisen behaupten. Tatsächlich sind die meisten Schweizer Public-Health-Studien reine Mittelwertvergleiche zwischen Kantonen und Regionen ohne oder unter ungenügendem Einbezug von die Unterschiede begründenden Variablen. Bilden solche reinen Hypothesen die Grundlage für das Angebot verknappende Entscheide, so besteht, ist die behauptete Überversorgung realiter nicht gegeben, die Gefahr einer Unterversorgung. Damit wird nicht mehr rationalisiert, sondern rationiert, und dies auf die unfairste Weise, indem die Rationierung jene Patienten trifft, die sich am wenigsten wehren können: Alte, Polymorbide, Behinderte. Sie bekommen dann kaum noch einen Termin beim Arzt und werden somit diskriminiert. Dem entgegenwirken kann nur eine professionelle, den wissenschaftlichen Standards gemäss GEP-Richtlinien (4) genügende Versorgungsforschung, wie sie der VEMS in seinem Dossier «Public Health» ([www.vems.ch/public-health](http://www.vems.ch/public-health)) fordert.

### **Kampf um die Definition der WZW-Kriterien**

Die Arbeitsgruppe Qualität der FMH hält dem Papier «Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen» (1) des Projekts «Zukunft Medizin Schweiz» der SAMW ein Positionspapier zur Zweckmässigkeit entgegen, welches ebenfalls 2007 in einem Artikel in der Ärztezeitung (5) vorgestellt wurde. Erfreulich daran ist, dass die Zweckmässigkeit, neben der Wirksamkeit und der Wirtschaftlichkeit das dritte Beurteilungskriterium der im KVG verankerten WZW-Regel zur Beurteilung medizinischer Leistungen, Hauptgegenstand der Betrachtung ist. Hierzu wird festgehalten: «Die Zweckmässigkeit stellt das richtige, angemessene Handeln ins Zentrum und ist daher nicht nur von der Wirksamkeit und/oder der Wirtschaftlichkeit abhängig, sondern schliesst diese ein.» Insgesamt ist es allerdings schwierig, aus dem Positionspapier eine eindeutige Position der FMH oder nur schon der Arbeitsgruppe Qualität zu erkennen. Vielmehr entsteht der Eindruck einer gewissen Uneinigkeit.

Klar und unmissverständlich hält das Papier bezüglich Zweckmässigkeit fest: «Neben den theoretischen Begriffsklärungen ist zu betonen, dass aus Sicht der Ärzteschaft das Handeln bzw. die Intervention im Mittelpunkt stehen muss. Zweckmässigkeit bezeichnet die Fähigkeit von Handlungen und Prozessen, als Mittel zur Erreichung angestrebter Ziele verwendbar zu sein. Eine Handlung ist demnach zweckmässig, wenn sie dem angestrebten Zweck entspricht, sich diesbezüglich als besonders geeignet und auch als fachlich/wissenschaftlich akzeptierte Empfehlung erweist.» Das ist ein eindeutiges Votum für die Wahrung der Rolle des Arztes und der ärztlichen Ethik. Der Text ist allerdings an anderen Stellen nicht so klar. Zwar wird eingangs richtig und auf A. Maurer verweisend festgehalten: «Unter einer zweckmässigen Massnahme wird verstanden, dass sie an den konkreten Fall angepasst ist und dass sich ein Heilerfolg erwarten lässt». Der darauf folgende, auf G. Eugster verweisende Satz führt den Begriff der Nützlichkeit dann aber in den Begriff der Zweckmässigkeit ein: «Wenn der erwartete Gesundheitsnutzen (z.B. erhöhte Lebensqualität, Verminderung der Schmerzen usw.) die erwarteten negativen Konsequenzen einer Leistung (nichtmonetärer Art, z.B. Übelkeit als Folge von Medikamenteneinnahme, andere Therapieentwicklungen, Mortalität usw.) übersteigt, kann von einer zweckmässigen Massnahme gesprochen werden».

Dies ist zwar insofern korrekt, als Zweckmässigkeit immer in einem Abwägen von Dafür und Dagegen besteht, wobei es aber eben nicht um ein Abwägen finanzieller Aspekte,



bzw. Nutzen geht. Wird Nutzen nun jedoch in diesem Sinn verstanden, so wird die Zweckmässigkeitsabwägung durch die Hintertür zu einer Abwägung der Wirtschaftlichkeit. Und in diese Richtung kann der Text der Arbeitsgruppe Qualität dann leider missverstanden werden, indem er fliegend von der Zweckmässigkeit zur Wirtschaftlichkeit überleitet: «Wenn keine alternativen Massnahmen vorhanden sind und somit auch kein Vergleich möglich ist, basiert die Wirtschaftlichkeitsentscheidung auf dem Verhältnis von Nutzen und Kosten der Behandlung». Damit werden nicht mehr die Beziehungen der drei WZW-Kriterien zueinander untersucht, sondern die drei Begriffe ineinander verschränkt, woraus der Artikel dann die Frage ableitet, ob diese Begriffe überhaupt adäquat seien: «In einer Grundsatzdiskussion sollte die Frage aufgenommen werden, ob die drei WZW-Begriffe überhaupt tauglich und/oder adäquat sind oder ob sie durch besser bzw. klarer definierte Ausdrücke ersetzt werden könnten.» Dies ist aber eben nur deshalb erforderlich, wenn die an sich klaren WZW-Kriterien verwässert werden, und dagegen hätte sich die Ärzteschaft entschiedener wehren sollen.

Die WZW-Kriterien sind zwar voneinander abhängig, dürfen sich aber nicht auseinander herleiten. Wenn eine Massnahme nicht wirksam ist, so macht es natürlich auch keinen Sinn, zu untersuchen, ob sie zweckmässig sei, ebenso, wie es unsinnig ist, von einer unwirtschaftlichen Massnahme erfahren zu wollen, ob sie zweckmässig sei; sie ist es nicht, denn sie wird dem Zweck nicht gerecht, solange sie unwirtschaftlich ist. Lässt sie sich dennoch nicht ersetzen, so ist es an der Ökonomie, Wege zu finden, ihre Wirtschaftlichkeit zu verbessern: durch eine Verbesserung der Effizienz der Leistungserbringung, durch Aushandeln besserer Preise mit der Industrie etc. In keinem Fall ist es zulässig, eine Massnahme, die eindeutig zweckmässig ist, als unzweckmässig zu taxieren, weil sie nicht wirtschaftlich ist. Dies kommt einer Einverleibung der Medizin durch die Ökonomie gleich. Das Papier der AGQ der FMH öffnet mit seiner unklaren Begriffsanalyse dafür leider Tür und Tor.

### **Heute klare Qualitätsstrategie der FMH**

Diese Unklarheit der FMH im Verständnis der zentralen Begriffe der Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen, insbesondere des Begriffs der Zweckmässigkeit, fand in den folgenden Jahren ihren Niederschlag in einer ebenso unklaren Strategie bezüglich der Qualitäts- und

Versorgungsfrage im Allgemeinen und bezüglich der WZW-Verfahren im Speziellen. Dies hat sich in jüngster Zeit allerdings geändert. Das Positionspapier der Arbeitsgruppe WZW der FMH (6) liefert einen guten Überblick über die Probleme des Verfahrens der santésuisse zur Identifikation und Bekämpfung von ärztlicher Überversorgung und führt in aller Deutlichkeit vor Augen, dass dieses nicht sachgemäss ist. Diese Position wird im ebenfalls innerhalb der Arbeitsgruppe WZW der FMH entwickelten Eckwertepapier WZW (7) verdeutlicht. Das Eckwertepapier WZW geht darüber sogar noch hinaus, indem die Beurteilung der Qualität ärztlicher Leistungen, wie sie heute gängig ist, prinzipiell infrage gestellt wird. Es sieht einen Paradigmenwechsel vor, wenn es festhält: «Der QM mit Mittelwertbeobachtungen (QMM) müssen künftig QMA, als QM basierend auf "random audits" als neues QM-Instrument entgegengestellt werden ... Anstelle der Backprojection Mittelwert → Individuum, erfolgt die Prüfung anhand zufälliger Stichproben auf der Ebene des Individuums, welche dank der „random selection“ verallgemeinert werden dürfen. Zudem erfolgt die Verallgemeinerung auf der Basis einer fachlich hochstehenden Prüfung und nicht auf häufig zu wenig fachlich nachvollziehbaren Schlussfolgerungen.»

Damit ist ein wesentlicher Schritt getan, denn solange Nützlichkeitsabwägungen die Frage nach der Zweckmässigkeit bestimmen, kommt immer ein Verfahren heraus, das sich in einem Mittelwertvergleich der Durchschnittskosten erschöpft und einer fairen, ausgewogenen Beurteilung der drei Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit Hohn spricht. Die Folge ist eine Unterwanderung des Indikationsentscheids durch ökonomische Kräfte und, damit einhergehend, eine massive Verschlechterung der Indikationsqualität. Die FMH hat dies heute erkannt, was sich auch in ihrer jüngsten Stellungnahme zu Boni und Incentives (8) klar zeigt. Worauf wir nun warten, sind dieser Einsicht entsprechende Handlungen und Interventionen.

### **Falsche Rollenverteilung**

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Debatte um Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen an einem komplett falschen Rollenverständnis krankt: Nicht so sehr die Ökonomie hat hier einen Rationalisierungsauftrag, sondern vor allem und an erster Stelle die Medizin selbst: Sie muss die Zweckmässigkeit ihrer Interventionen sicherstellen. Ist diese gegeben, so ist ein wesentlicher Beitrag zu Verbesserung der Effizienz geleistet. Die Effizienz

der Abläufe und Prozesse betreffende Massnahmen schaffen weitere Rationalisierung. Hier kann die Medizin von der Ökonomie profitieren, und hier sollte diese sich einbringen.

Die Interventionen der Ökonomie in der Medizin zielen aber weitgehend auf den Indikationsentscheid, und gerade hier kann die Ökonomie nur Schaden anrichten. Wenn sie definiert, dieser habe fortan nicht mehr nur zweckmässig zu sein, sondern in erster Linie nützlich, so lenkt sie die Beurteilung in eine Richtung, die über kurz oder lang in Rationierungsentscheide führt, welche unter dem Nützlichkeitsdiktat einer utilitaristisch-ökonomischen Betrachtung gar nicht anders sein können als ethisch problematisch. Vor diesem Hintergrund darüber zu diskutieren, in welchen Fällen und unter welchen Bedingungen Rationierung eventuell ethisch etwas weniger problematisch wäre, ist eine gefährliche Augenwischerei. Wer humanitäre Werte preisgibt, der kann nicht Bedingungen fordern, unter denen diese Preisgabe vertretbar sei. Sie ist es in keinem Fall und Rationierung in jedem Fall mit unseren humanitären Werten unvereinbar.

Dass sie ausser in Kriegs- und in ausserordentlichen Krisensituationen auch nicht nötig ist, haben wir hier aufgezeigt. Das Potential für Rationalisierung ist bei weitem nicht ausgeschöpft – noch schlimmer: Die heutigen Rationalisierungsmassnahmen betreiben nicht nur verdeckte Rationierung, sondern schaffen, indem sie den Indikationsentscheid des Arztes ökonomisch korrumpieren, eine Ineffizienz und damit weiteren Bedarf an Rationalisierung. In der Qualitätsverbesserung der Indikationsstellung liegt das grösste Sparpotenzial im Gesundheitswesen. Wenn man den Arzt qua Indikationsstellung zur verdeckten Rationierung nötigt und das Rationalisierung nennt, zerstört man dieses Potenzial. Es zu fördern heisst, den Arzt nicht nötigen auch noch Ökonom zu sein, ihn dafür aber wieder ganz Arzt sein lassen, was bedeutet: Seine Arbeit selber zu überwachen, wie dies andere Branchen auch tun.

Die Ökonomie hingegen vermag diesen Indikationsentscheid nicht adäquat zu beurteilen, weil sie hierzu nur die Schablone verwenden kann, die sie kennt: die Nützlichkeits. In welche ethischen Entgleisungen dies führt, zeigt sich bei der Einführung von HTAs und QALY exemplarisch.

## **HTAs und QALY**

Health Technology Assessments (HTAs) sollen helfen, die Effizienz medizinischer Massnahmen zu messen, um zu objektivieren, welche von ihnen weiterhin bezahlt werden sollen und welche nicht. Der VEMS beobachtet die Entwicklung von HTA in der Schweiz in einem entsprechenden Dossier ([www.vems.ch/hta](http://www.vems.ch/hta)). Wir stellen fest, dass sich in der Art und Weise, wie HTA in der Schweiz eingeführt werden, abzeichnet, dass auch hier ein grundsätzlich sinnvolles Rationalisierungsinstrument als Mittel zur verdeckten Rationierung missbraucht wird. So wie HTAs in der Schweiz angegangen werden, geht es im Wesentlichen darum, den Katalog der im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung bezahlten Leistungen zu beschneiden. Dabei werden gleich mehrere Punkte, die Eberhard Schockenhoff und Anton Losinger in ihren vier Regeln (2) für eine gerechte Rationierung formulieren, verletzt. Dies hat vor allem damit zu tun, dass in der Schweiz – anders als in anderen Ländern, die mit HTA arbeiten – innerhalb dieser Beurteilungen das QALY-Konzept zur Anwendung kommt. Was sind QALYs und wie funktionieren sie?

Gehen wir einmal davon aus, dass aus den Allokationsentscheidungen auf der Makroebene des Gesundheitswesens ein mehr oder weniger klar definierter Budgetrahmen resultiert. Der Mesoebene fällt nun die Entscheidung zu, dieses Budget möglichst gerecht zu verteilen. Können damit nicht alle Bedürfnisse befriedigt werden, muss rationiert werden. Was soll wem vorenthalten werden und mit welcher Begründung? Die gerechteste Lösung scheint es, ökonomisch gedacht, die verfügbaren Mittel dort einzusetzen, wo sie den grössten Nutzen bringen. Diesen gilt es folglich möglichst objektiv zu messen, um entsprechend zu priorisieren. Das ist die Idee des Konzeptes der QALY (quality adjusted life years), welche die Effizienz medizinischer Leistungen nach einer objektiv zu messenden Lebensqualität beurteilen wollen.

Die Schwierigkeit beim QALY-Konzept liegt in der Erfassung der Lebensqualität (LQ). Für einen Gesunden kann die Lebensqualität eines Paraplegikers den Wert  $LQ = 0,5$  erhalten, während der Gesunde selbst für sich vielleicht einen LQ-Wert von 1,0 setzen wird. Werden QALYs aufgrund standardisierter objektiver Kriterien errechnet, dann meint Lebensqualität nicht mehr das Wohlergehen, das der Patient selber empfindet, sondern den gesundheitlichen Durchschnittsnutzen, der nach den Massstäben der evidenzbasierten Medizin berechnet wird. Da sich der QALY-Wert nach der Formel « $LQ \times L$ » berechnet, wird eine QALY überdies aufgrund der Variable LQ immer eine subjektive Messgrösse darstellen.

Darin liegt eine inhärente Gefahr der Stigmatisierung von Behinderten, Alten und polymorbiden Patienten. Hier wird also pauschal rationiert, und dies nicht aufgrund medizinischer Faktoren, sondern aufgrund anderer Gegebenheiten. Denn da die QALY mit zunehmendem Alter abnimmt, wird bei medizinischen Behandlungen älterer Patienten unabhängig von der konkreten medizinischen Situation verstärkt rationiert.

### **Qualität – ein problematischer Begriff**

Der für das QALY-Konzept zentrale Begriff der Qualität ist an sich schon ein problematischer. Wer ihn einführt, setzt voraus, eine bis zu einem gewissen Grad objektive Messung des Gegenstands, auf den er ihn anwendet, sei gegeben. Dass dies für viele Gegenstände der Betrachtung nicht der Fall ist, zeigt sich beispielsweise am Versuch, die Qualität von Kunst zu beurteilen. Beurteilbar ist allenfalls die Qualität künstlerischer Fertigkeiten, die Technik, die Virtuosität. Auch die Wirkung, beobachtet aus der Distanz der Zeit, ist beurteilbar und spricht in gewisser Weise für die Qualität. Für die Beurteilung der Kunst selbst ist Qualität jedoch der falsche Begriff. Hier stellt sich vielmehr die Frage, was uns ein Kunstwerk bedeutet, was es uns wert ist. Ist dies sehr viel, so sind begeisterte Sammler auch bereit, sehr viel dafür zu bezahlen, und keine Expertenmeinung, die auf qualitative Mängel hinweist, kann sie davon abhalten. Hier zählt der Wert, nicht die Qualität, und Wert ist immer eine individuelle Grösse.

Wenn das QALY-Konzept nun zur Beurteilung des Lebens den Begriff der Qualität einführt, so folgt es damit nicht nur dem Paradigmenwechsel vom Zweckmässigkeits- zum Nützlichkeitsdiktat, sondern tut überdies einen fatalen Schritt zur Ökonomisierung nicht nur der Medizin, sondern des Lebens. Nun zählt nicht mehr, ob man das Leben lebenswert findet, sondern, ob man mit seiner Qualität zufrieden ist. Wenn die Beurteilung dieser Qualität dann auch noch von aussen und mit dem Anspruch der Objektivierbarkeit antritt, so wird dem Individuum das Recht entzogen, für sich zu bestimmen, ob ihm sein Leben lebenswert erscheint oder nicht. Dies ist ein Eingriff in Menschenwürde und Menschenrechte, der in keiner Weise akzeptabel ist und unseren humanitären Grundwerten zutiefst widerspricht. Die Entscheidung darüber, welche medizinischen Eingriffe ein Mensch zur Verlängerung seines Lebens wünscht und wann er es vorzieht, sein Leben vorzeitig und selbstbestimmt zu beenden, darf keine andere Frage ins Zentrum der Beurteilung rücken, als die Frage, ob ihm

sein Leben lebenswert erscheint. Dies ist eine Frage von Wert, nicht von Qualität, und diesen Wert kann nur das Individuum bestimmen, das sich in diesem Leben befindet.

Man kann einwenden, im Gegensatz zum Kunstwerk, dessen Preis der Liebhaber aus der eigenen Tasche zu berappen hat, wenn ihm das Werk diesen Preis denn wert ist, bezahle der Preis eines Lebens die Allgemeinheit. Und da, wie immer wieder betont wird, die Mittel nun einmal beschränkt seien, weshalb man nicht umhin komme, diese sparsam einzusetzen, scheint ein objektiveres Beurteilungskriterium als der individuelle Wert eines Lebens unabdingbar. Die Qualität ist zweifelsohne ein solches Kriterium. Der VEMS geht indes davon aus, die Mittel seien im Gesundheitswesen vor allem aufgrund von Ineffizienz und vornehmlich von einer Ineffizienz der Indikations- und Behandlungsentscheide beschränkt. Würde tatsächlich und effektiv rationalisiert, stünden die Mittel zur Verfügung, die Selbstbestimmtheit des Individuums und damit unsere humanitären Grundwerte zu respektieren, bzw. zu gewährleisten. Sollte dies auch dann nicht der Fall sein, wäre eine entsprechende Priorisierung vom Souverän zu entscheiden.

### **Sonderfall Schweiz?**

Die hier aufbereiteten Einwände sind die Gründe, weshalb das QALY-Konzept in jüngster Zeit stark unter Beschuss geraten ist. In den USA ist es seit 2010 per Gesetz verboten, Beurteilungen medizinischer Massnahmen auf dieser Basis vorzunehmen. In England, bisher das Land mit der konsequentesten Anwendung von QALY, hat die legislative Gesundheitsreform dem National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) die Anwendung von cost-per-QALY-Grenzen verboten und vorgeschlagen, solche Werte nicht mehr für Entscheidungen für oder gegen eine Behandlung zu verwenden, sondern vielmehr bei Preisverhandlungen mit der Industrie. Mit anderen Worten: als Mittel zur Rationalisierung, nicht zur Rationierung. Auch in Deutschland hat das für HTA zuständige Organ, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen IQWiG, das cost-per-QALY-Modell als methodische und ethische Grundlage abgelehnt. Viele Länder, darunter Frankreich, Spanien und Italien, haben sich für andere Methoden und Herangehensweisen entschieden.

Die Schweiz indes – Land des Roten Kreuzes notabene, Hauptsitz der UNO und zahlreicher humanitärer Organisationen – geht unbeirrt ihren Weg, und das Swiss Medical

Board SMB bezieht sich dabei ausgerechnet auf England, ein Land mit komplett anders ausgestaltetem Gesundheitswesen als die Schweiz. Dies weckt unschöne Erinnerungen: HMO- und Managed-Care-Modelle haben ihren Ursprung in den USA und waren dort vorwiegend Modelle zwischen Arbeitgebern und Ärztenetzwerken, was durchaus seinen Sinn ergibt, ist doch der Arbeitgeber nicht nur an einer günstigen, sondern vor allem an einer guten und schnellen Behandlung des Arbeitnehmers interessiert, damit dieser rasch wieder einsatzfähig ist. Angewandt auf die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Ärzten, wie dies in der Schweiz geschehen ist, wird dieses Interesse reduziert auf eine günstige Behandlung, was dann eben bedeutet, den Patienten möglichst nicht zu behandeln, um Kosten zu sparen. Das Fallpauschalen-System wurde in Kanada entwickelt, und dies nur für bestimmte Indikationen, für die diese monetäre Standardisierung sinnvoll war und ist. Ausgedehnt auf den gesamten Katalog ärztlicher Behandlungen im stationären Bereich eines Spitals, ist das System hingegen nicht tauglich und richtet, wie wir hier aufgezeigt haben, Schaden an.

Wenn wir uns nun auch bei der Einführung von HTA auf andere Länder beziehen, dann sollten diese Länder einerseits vergleichbare Bedingungen aufweisen. Andererseits muss die Frage erlaubt sein: Wieso traut sich die Schweiz nicht mehr zu? Wir sind ein Land mit weltweit einzigartigen Bedingungen. Dies schafft Voraussetzungen, Neues zu wagen, eine Pionierrolle einzunehmen. Wieso ziehen wir es vor, die Fehler anderer Länder nachzumachen, Länder, deren Gesundheitswesen nicht weniger, sondern eher noch mehr als unseres in Schwierigkeiten stecken? Und wieso wenden wir deren Konzepte dann auch noch unkritischer an als sie selbst?

### **Woher kommt unser Glaube an den Mittelwert?**

Die Schweiz ist einer der letzten Staaten, die nicht Nationalstaaten sind. Vier Sprachen und ihre Kulturen raufen sich bei uns auf engem und enger werdendem Raum zu einer Nation zusammen, die ohne den Willen zum Kompromiss nicht bestehen könnte. Dies widerspiegelt als eine Art Mikrokosmos die Situation einer globalisierten Welt, deren Völker-, Glaubens- und Meinungspluralismus jeden Tag aufs Neue zu handhaben ist, fordert und zuweilen überfordert: unsere Toleranz, ja schon unser Fassungsvermögen. In diesem unfassbaren Meer der Individuen sucht der moderne Mensch Halt im Allgemeinen, im Durchschnitt, im

Mittelwert, und so wird dieser Mittelwert zu einer tragenden Säule unserer Ideologie. Erklärungsmodelle, die mit Mittelwerten arbeiten, schenken uns das wohltuende Gefühl, die Sache zu fassen, die allgemeine Präferenz solcher Modelle lässt uns dabei glauben, das Richtige zu tun. Dass die Schweiz besonders empfänglich dafür ist und diese Modelle unreflektierter anwendet als andere Länder, könnte mit der oben beschriebenen speziellen Situation unseres Landes zu tun haben. Der Kompromiss ist quasi unsere DNA, und der Mittelwert ist die mathematische Form des Kompromisses.

### **Das Mittelwert-Missverständnis**

Die Medizin ist nun aber eine Disziplin des Einzelfalls. Medizinische Forschung geht von der Beobachtung von Einzelfällen aus und rechnet diese hoch, um daraus Erkenntnisse von einer gewissen Allgemeingültigkeit zu gewinnen. Diese Erkenntnisse ihrerseits liefern bei der Applizierung auf den Einzelfall wiederum nur einen Rahmen, innerhalb welchem der behandelnde Arzt nach seinem Ermessen entscheidet. Dieser Ermessensspielraum ist für die ärztliche Arbeit elementar, ihn auszuschöpfen und in ihm den für den jeweiligen Fall zweckmässigen Indikations- und Behandlungsentscheid zu fällen ist die eigentliche intellektuelle Leistung des Arztes. Wenn er diesen Indikationsentscheid betreffenden Empfehlungen und Vorschriften auf der Basis von Vergleichen von Mittelwerten gegenüber skeptisch ist, dann geschieht dies nicht, weil er sich der modernen Medizin verschliesst und verknöchert an alten Zöpfen festhält, sondern vielmehr, weil er weiss, dass sich Patienten nun einmal weigern, sich bei der Bildung ihrer Krankheiten und Krankheitssymptome nach dem Durchschnitt zu richten. Medizinische Forschung forscht deshalb in der oben beschriebenen Weise; sie ist aus der Behandlung heraus gewachsen und wächst so in die Weiterentwicklung der Behandlung. Und diese Weiterentwicklung zielt immer auf eine Verbesserung der Zweckmässigkeit.

Die Ökonomie hingegen fragt nach Nutzen und Nützlichkeit. Unter diesem Blick bekommt medizinisches Forschen etwas Groteskes. Wer würde schon hingehen und aus den Beobachtungen individueller Nutzen einen Rahmen dessen extrapolieren, was ein Nutzen sei, um dann für den jeweiligen Fall zu entscheiden, ob dieser Nutzen in diesem Fall auch tatsächlich ein Nutzen sei? Entweder nützt etwas oder es nützt nicht, und ob dies in einem statistisch signifikanten Mass der Fall ist, zeigt ein Mittelwertvergleich. Nützt es im Schnitt,



so ist es nützlich und kann als Handlungsmaxime von der Makro- auf die individuelle Ebene transferiert werden. Ob es im einen oder im anderen Einzelfall nicht nützt, ist dabei irrelevant. Das ist utilitaristische Logik. So lassen sich medizinische Massnahmen aber eben nicht beurteilen, denn hier ist jeder Fall ein Einzelfall. Diese Position hat die Medizin der Ökonomie bisher nicht entschieden genug entgegengehalten; zu sehr hat sie sich deren Nützlichkeitsdiktat gebeugt und damit ihre eigenen Werte untergraben. Dies ist inzwischen erkannt, und entsprechend tritt die FMH heute vermehrt auf.

### **Mittelwertvergleiche ohne Evidenz**

Dass die Ökonomie das Nützlichkeitsdiktat mit so wenig Widerstand in die Medizin einführen konnte, dürfte daran liegen, dass man sie rief, weil die Kosten aus dem Ruder zu laufen drohten. Ihre Rolle war die einer Retterin, ihr Auftreten ein Heimspiel. Und dass man beeindruckt war, als sie ihre Methoden zu entfalten begann, ist nicht von der Hand zu weisen. Endlich schien das Unfassbare fassbar, darstellbar, extrapolier- und planbar. Kaum jemand schien sich daran zu stören, dass all diese Methoden sich auf zwei Paradigmen stützen, die in der Medizin zu komplett falschen Einschätzungen der Sachverhalte führen: dem Nützlichkeitsdiktat und, darauf fussend, dem Mittelwertvergleich.

Auch dass sich diese ökonomische Beurteilung der Medizin einer Beurteilung der Nützlichkeit ihrer eigenen Methoden nicht stellte, schien nicht aufzufallen. Im Gegenteil: Die Übertragung des Mandats zur Überwachung der im KVG verankerten WZW-Regel an den Dachverband der Schweizer Krankenkassen santésuisse geschah, obwohl klar sein musste, dass santésuisse zu einer fairen Beurteilung aufgrund seiner Eigeninteressen gar nicht in der Lage sein kann. Auch die meisten Studien unserer Versorgungsforschung stützen sich auf Datenbanken der santésuisse, um ihr Studiendesign dann diesen anzupassen, anstatt, wie dies die Richtlinien der GEP (3) vorsehen, zuerst das Studiendesign zu entwickeln, um daraus folgernd die Anforderungen an die Datenbasis zu formulieren und gegebenenfalls entsprechende Datenbanken aufzubauen. Gleiches gilt für die Datengrundlagen der Qualitätsforschung des BAG. Das Resultat sind Studien und Beurteilungen, die aufgrund ihrer Datengrundlage gar nichts anderes liefern können als Hypothesen, weil erstens mit aggregierten Daten gearbeitet wird und zweitens begründende Erklärungsvariablen nicht

erfasst sind. Dennoch werden die in diesen Studien aufgrund reiner Mittelwertvergleiche festgestellten Hypothesen als Evidenz verkauft.

### **Die Meinung des Bundesrats**

Dass diese Evidenz nicht gegeben ist, hat unsere Regierung erkannt. Hierzu ist exemplarisch die Antwort des Bundesrates vom 29.11.2013 auf die Interpellation des CVP-Ständerats Pirmin Bischoff «Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Immer mehr unnötige Operationen?» vom 27.9.2013 (9) zu beachten. Auf die Frage, ob eine Korrelation bestehe zwischen der Anzahl Spezialärzte und der Anzahl Operationen in einem bestimmten Fachgebiet, hält der Bundesrat fest: «Es wurden zwar kantonale Unterschiede festgestellt, aber keine Korrelationen zwischen der Kaiserschnitttrate und der Anzahl Kliniken, die diese Leistung anbieten, nachgewiesen.» Bezüglich der Frage, welcher Anteil medizinischer Eingriffe medizinisch begründet sei, wird ebenso klar festgehalten: «Auf der alleinigen Grundlage der statistischen Angaben ist es nicht möglich, die Frage zu beantworten, ob gewisse in der Statistik erfasste Behandlungen nicht medizinisch begründet gewesen sein könnten. Die Beantwortung dieser Frage wie auch der Frage, ob notwendige Behandlungen nicht erbracht worden sein könnten, würde komplexe Analysen mit Beteiligung von Vertretern der Ärzteschaft erfordern. Der erwähnte Bericht zu den Kaiserschnitttraten zeigt auf, dass die hohe Kaiserschnitttrate in der Schweiz nicht mit einfachen Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen erklärt werden kann.» Dies ist eine unmissverständliche Stellungnahme:

- gegen die Behauptung, eine angebotsinduzierte Überversorgung sei erwiesen.
- gegen reine Mittelwertvergleichsstudien ohne oder unter ungenügendem Beizug begründender Erklärungsvariablen.
- für die Einbindung der Ärzteschaft bei der Analyse, folglich für eine Zweckmässigkeitsbeurteilung mit Audits.

## **Gefahren des Mittelwertglaubens und ihre historische Dimension**

Aus dieser Art des Forschens ohne wirklichen wissenschaftlichen Anspruch hat sich in unserem Gesundheitswesen eine Zahlenmagie entwickelt, die durchaus als Woodoo-Statistik bezeichnet werden kann und an dunkle Zeiten erinnert. Mathias Eidenbenz untersucht in seinem Buch «Blut und Boden» (10) im Kapitel «Mathematische Maschinerie» die paradigmatischen Grundlagen der Eugenik des Nationalsozialismus, welche letztlich auch die Rechtfertigung für den Massenmord an Menschen lieferten, die von solcherart definierten Durchschnittswerten und Idealen abwichen. Eidenbenz hält zum Werk von Cesare Lombroso, auf den sich Francis Galton, der geistige Vater der Eugenik, stützt, wie folgt fest: «Der Durchschnitt – und die Abweichung davon – spielte in seinem Werk die unangefochtene Rolle einer letzten Instanz zur Versicherung von Aussagen.» In einer wahren Statistik-Besessenheit verglich Galton Grössenmasse verschiedener Rassen, vermass ihre Körperteile, bildete Kategorien aufgrund von Schädelformen, Fussstellungen und anderer anatomischer Merkmale, um diese Merkmale geistigen Fähigkeiten gegenüberzustellen und daraus ableitend höhere und niedrigere Rassen zu definieren – Zusammenhänge, welche allein in seiner Zahlenmagie begründet waren und realiter nicht existierten.

Man könnte einwenden, der Vergleich unserer Gesundheitsökonomie mit den geistigen Verirrungen der mathematischen Maschinerie des Nationalsozialismus‘ sei unangebracht. Leider ist dem entgegenzuhalten, dass sich jenes Denken nicht nur in seinen Paradigmen und in seiner Realitätsferne der heutigen ökonomisch-utilitaristischen Betrachtungsweise der Medizin erschreckend ähnelt, sondern – was das Erschütternde ist – auch in seiner Wirkung. Wenn Nutzwert-Analysen unter Anwendung des QALY-Konzepts de facto den Wert eines Menschenlebens definieren, dann ist dies nichts anderes als die Neuauflage des faschistischen Paradigmas von wertem und unwertem Leben. Dass solche ökonomischen Betrachtungen und Beurteilungen medizinischer Entscheidungen und Abläufe sinnvoll erscheinen, darf nicht darüber hinwegtäuschen, wie weit von der Realität entfernt und wie unmenschlich sie sind. Das Frappierende an der Ideologie des Nationalsozialismus‘ ist ja gerade, dass sie in einer gewissen Weise durchaus logisch erscheint, dabei aber die Realität des Menschen als einzigartiges Individuum verkennt, weil sie sich in ihren Mittelwertbetrachtungen verliert, zur logischen Bestie wird, die diesen einzigartigen Menschen, dieses einzigartige Leben, das jedem von uns geschenkt wurde, mit krampfhafter

Logik erklären will, anstatt es als das zu würdigen, was es ist: ein Wunder, ein unerklärbares Geschenk.

Das Hauptproblem damals wie heute ist der Realitätsverlust, der sich mit zunehmenden Datenmengen und immer mehr Möglichkeiten, diese zu verarbeiten, zu organisieren, zu interpretieren, einstellt und zur Bildung einer von der Realität entkoppelten Datenrealität führt, die gefährlich ist. Die Berner Zeitung hat diese Probleme von «Big-Data» unlängst in einem interessanten Artikel aufgearbeitet (11).

### **Menschliche Medizin lohnt sich ökonomisch**

Wer heute eine menschlichere Medizin fordert, setzt sich der Kritik aus, ein naiver Träumer zu sein, der längst vergangenen Zeiten nachtrauert. Die Ressourcen sind nun einmal beschränkt, nicht wirtschaftlich mit ihnen umzugehen ist ethisch nicht weniger problematisch, als die Konzepte, die diese Ressourcen so nutzen, dass auch kommenden Generationen eine gesundheitliche Versorgung sicher ist: so wird argumentiert. Hält diese Argumentation einer empirischen Prüfung aber stand? Zeigt uns die Empirie nicht gerade das genaue Gegenteil: je ökonomischer die Medizin geworden ist, desto ineffizienter und teurer wurde sie. Den jüngsten Steuerungsmassnahmen unseres Gesundheitswesens ist doch gemeinsam, dass sie zu einer Verschlechterung der Effizienz der Medizin bei gleichzeitiger Ausdehnung ihrer Kosten und ihrer Verwaltung geführt haben. Wie viel eines Prämienfrankens der Krankenversicherten heute netto in die effektive Behandlung und Pflege fliesst und wie sich dieser Wert in den letzten Jahren entwickelt hat, ist eine Studie, die uns die Gesundheitsökonomie schuldet. Was Patienten indes erleben, ist, dass, bei stetig steigenden Kosten, medizinische Fachpersonen immer weniger Zeit für sie haben und immer weniger auf sie eingehen. Effizienz sieht anders aus.

Wenn eine durch die ökonomische Intervention und Untergrabung systematisch ineffizienter gemachte Medizin heute soweit zermürbt ist, dass sie ja sagt zur Rationierung, auch wenn dies ihrem ärztlichen Berufsethos widerspricht, dann tut sie damit den letzten Schritt zu ihrer Obsoleszenz. Mehr als eine Abteilung der Ökonomie, ein Departement der Politik, kann sie nun nicht mehr sein, und so kann sie ihren Patientenauftrag auch nicht mehr erfüllen. Will sie diesen wieder wahrnehmen, gilt es, ihre Werte in den Diskurs einzubringen

und entschieden gegen die Doktrin von Nützlichkeit und Mittelwertvergleich anzukämpfen, um sich als das zu positionieren, was sie ist: Anwältin der Patienten, nicht der Ökonomie.

Diese Position der Medizin ist gerade nicht, wie behauptet wird, eine ökonomiefeindliche. Vielmehr steht sie für eine Betrachtungsweise, die tatsächlich geeignet ist, die Effizienz der Medizin zu verbessern, indem wieder jenes Kriterium ins Zentrum der Beurteilung medizinischer Handlungen gerückt wird, das der Medizin gerecht wird: die Zweckmässigkeit. Diese ist nie für Mittelwertkollektive beurteilbar, nur für den Einzelfall. Ihn zu überprüfen ist keine Nebenbeschäftigung der Medizin, sondern Teil ihres Auftrags. Drückt sie sich weiterhin darum, werden auch weiterhin fachfremde Gremien medizinische Entscheide auf der Basis des Nützlichkeits- und Mittelwertdiktats beurteilen und damit die Effizienz des Indikations- und Behandlungsentscheids bis hin zum Punkt verschlechtern, da die Ressourcen tatsächlich nicht mehr für alle reichen und Rationierung unabdingbar ist.

## Referenzen

1.  
[http://www.samw.ch/dms/de/Publikationen/Positionspapiere/d\\_Rationierung.pdf](http://www.samw.ch/dms/de/Publikationen/Positionspapiere/d_Rationierung.pdf)
2.  
<http://physicianprofiling.ch/WZWBAG2011.pdf>
3.  
[www.stimmen-der-zeit.de/zeitschrift/archiv/beitrag\\_details?k\\_beitrag=2265176&query\\_start=8&k\\_produkt=2268208](http://www.stimmen-der-zeit.de/zeitschrift/archiv/beitrag_details?k_beitrag=2265176&query_start=8&k_produkt=2268208)
4.  
[http://webcast.hrsa.gov/conferences/mchb/mchepi\\_2009/communicating\\_research/Ethical\\_guidelines/IEA\\_guidelines.pdf](http://webcast.hrsa.gov/conferences/mchb/mchepi_2009/communicating_research/Ethical_guidelines/IEA_guidelines.pdf)
5.  
[http://www.fmh.ch/files/pdf8/Positionspapier\\_Zweckmaessigkeit\\_D1.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf8/Positionspapier_Zweckmaessigkeit_D1.pdf)
6.  
[http://www.fmh.ch/files/pdf9/FMH\\_WZW\\_Positionspapier\\_D1.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf9/FMH_WZW_Positionspapier_D1.pdf)
7.  
[www.physicianprofiling.ch/Eckwertepapier\\_WZW\\_2013\\_11\\_26.pdf](http://www.physicianprofiling.ch/Eckwertepapier_WZW_2013_11_26.pdf)
8.  
[http://www.fmh.ch/files/pdf14/Boni\\_-\\_die\\_Position\\_der\\_FMH\\_SAEZ\\_2013\\_51-52.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf14/Boni_-_die_Position_der_FMH_SAEZ_2013_51-52.pdf)
9.  
[http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch\\_id=20133995](http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20133995)
10.  
<http://www.physicianprofiling.ch/MathematischeMaschinerieEidenbenz1993.pdf>
11.  
<http://www.bernerzeitung.ch/leben/gesellschaft/Das-Erdoel-der-naechsten-Revolution/story/29941965>