

Welche Ökonomie ist für das Gesundheitswesen gesund?



Michel Romanens

Der nachfolgende Artikel von Dr. med. Michel Romanens ist eine Fortsetzung des Schwerpunktthemas «Medizin und Ökonomie» in der letzten Ausgabe der Synapse (1/15). Nachdem Dr. Romanens

im Newsletter des Vereins Ethik und Medizin Schweiz (VEMS) einen Beitrag zum gleichen Thema geschrieben hatte, hat ihn die Synapse-Redaktion gebeten, seine Gedanken und Positionen dazu in einem eigenen Artikel für die Synapse auszuführen, was er umgehend getan hat. Die Redaktion der Synapse dankt Dr. Romanens für den interessanten Beitrag, der damit die unumgängliche Diskussion dieses Themas um ein weiteres Kapitel weiterbringt und bereichert (die Red.).

Dass das Verhältnis zwischen Ökonomie und Medizin kein einfaches ist, weiss jeder von uns Ärztinnen und Ärzten längst nicht mehr nur theoretisch. Wir spüren tagtäglich, wie die Gesundheitsökonomie immer mehr in unsere Arbeit hineinwirkt. Dies beginnt damit, wie sie diese beurteilt, denn daraus resultieren die Anreize, die unser Handeln mitbestimmen – ein Handeln, das heute vermehrt in einem gewissen Widerspruch steht zum Patientenauftrag und zur sich daraus ergebenden ärztlichen Ethik. Ist dies unumgänglich? Müssen wir Ärztinnen und Ärzte unter den gegebenen demographischen Bedingungen nun einmal mit dem Dilemma leben, entweder dem Patientenauftrag zu genügen oder dem Gesellschaftsauftrag, der darin besteht, mit den zur Verfügung stehenden Mitteln haushälterisch umzugehen? Die SAMW vertritt in ihrem Positionspapier «Medizin und Ökonomie – wie weiter?» diese Auffassung und vertraut darauf, dass wir Mediziner, gestützt auf unsere intrinsische Motivation, hier die Balance schon finden werden. Und die Medizin versucht dies ja auch nach Kräften, zähneknirschend zwar, mit der Faust im Sack, doch tapfer. Dass dies gerade der falsche Weg ist, will ich im Folgenden aufzeigen.

Erfüllt die Gesundheitsökonomie ihren Auftrag?

Nicht nur die Medizin, auch die Ökonomie hat einen Gesellschaftsauftrag: haushälterisch mit den Ressourcen umgehen, um menschliche Werte zu schaffen. Gelingt ihr nur Ersteres, so ist sie ebenso nutzlos, wie wenn ihr nur Letzteres gelingt. Ihr Mittel bei der Erfüllung dieses Auftrags ist die Effizienz. Bezogen auf unser Gesundheitswesen bereitet das SAMW-Papier einen Katalog der zu erhaltenden Werte auf und gesteht auch ein, dass diese in Gefahr sind, verlustig zu gehen. Den Grund dafür verschweigt das Papier aber: weil die Gesundheitsökonomie die Effizienz vom Mittel zum Zweck, Werte zu schaffen, zu einem Wert an sich erklärt hat, und zwar zum wichtigsten. Nun kann sie gar nicht mehr in Frage gestellt werden, denn alleine dadurch, dass sie Effizienz schafft, bestätigt sie die Richtigkeit ihrer Dominanz über die Medizin, die nun dasteht, als vernichte sie Werte. Das Gegenteil ist richtig: Die Medizin schafft effektive Werte, die Gesundheitsökonomie nur den Scheinwert einer Effizienz, die ebendiese Werte vernichtet. Sie erfüllt ihren Gesellschaftsauftrag also nicht, hindert die Medizin aber an der Erfüllung ihres Auftrags. Dass sie dabei noch nicht einmal einen haushälterischen Umgang mit den Ressourcen leistet oder bewirkt, zeigt ein Blick auf ihre Mittel und deren Wirkung.

Ist effiziente Verschwendung Effizienz?

Die Wirtschaftlichkeitsverfahren mit ihren Mittelwertvergleichen reizen den Arzt dazu an, zur Senkung seiner Durchschnittskosten möglichst viele Patienten mit möglichst geringen Kosten (also weitgehend gesunde) zu behandeln und jene wenigen, die hohe bis sehr hohe Kosten verursachen (also kranke), möglichst nicht zu behandeln. Die Budgets in Ärztenetzwerken werden von den Modellversicherern a priori vorgegeben, ohne dass die konkrete Patientensituation bekannt ist. Was Wunder, kann der Arzt dann auch nicht auf diese eintreten, zögert Behandlungen hinaus, wo die Kosten überschritten zu werden drohen, und verursacht so Mehrkosten durch verspätete Behandlungen. Dies jedenfalls legt ein einfacher Vergleich der OKP-Kosten nahe, die in Kantonen mit überdurch-

schnittlich vielen Ärztenetzwerken eben nicht tiefer, sondern im Gegenteil relativ zunehmend höher werden. Die Gründe dafür könnte eine Begleitforschung eruieren, welche die Gesundheitsökonomie aber nicht oder nur mangelhaft und widerwillig leistet. Die Fallpauschalen als ein weiterer ökonomischer Anreiz legen a priori Kostenobergrenzen pro Fall fest und reizen die Leistungserbringer auf diese Weise dazu an, ihr Patientengut so zu bewirtschaften, dass sie Fälle, die nicht in den Kostenrahmen passen, an Heime oder an die Spitex auslagern oder erst gar nicht adäquat behandeln, was die Kosten unter Umständen treibt, nicht senkt. Die Qualitätsindikatoren des BAG mit ihren Sterberaten haben insgesamt denselben Effekt: Eingriffe werden vermehrt dort gemacht, wo ein geringes Sterberisiko besteht – also bei den eher Gesunden als bei den Kranken¹. Eine Gesundheitsökonomie, die solche Anreize setzt, erfüllt ihren Auftrag nicht. Wenn sie ihre Dominanz über die Medizin behaupten kann, dann liegt das weder daran, dass sie mit den Ressourcen haushälterisch umgeht, noch daran, dass sie Werte schafft, sondern einzig und allein daran, dass sie die Effizienz zum Wert an sich erklärt. Unter diesem Diktat verschwendet sie Ressourcen und vernichtet Werte des Gemeinguts Gesundheitswesen.

Wollen wir eine Zahlen- oder eine Werteökonomie?

Wenn die Medizin diesem Diktat folgt, dann tut sie dies mit einer Haltung, die etwas Fatalistisches hat: Das ist halt Ökonomie, da kann man nichts machen. Dabei vergessen wir: Die längste Zeit in der Geschichte des Abendlands hat ein ganz anderes Verständnis von Ökonomie geherrscht. Bei den Griechen bildeten Ökonomie, Politik und Ethik eine Trias. Es war in diesem Denken also nicht möglich, ökonomische Entscheidungen zu fällen, ohne dabei die ethischen und politischen Dimensionen mitzudenken. Mit der Entkoppelung der Ökonomie von Politik und Ethik ist diese wohl rationaler geworden, im Wesen aber das geblieben, was sie ist: eine Geisteswissenschaft. Sie arbeitet, anders als die Naturwissenschaft der Medizin, mit Annahmen und Modellen. Diese sollte sie folglich in der Rea-

lität validieren und gegebenenfalls revidieren. Tut sie dies nicht, so bekommt sie religiöse Züge. Diese zeigen sich dort, wo die Ökonomie zur Verteidigung ihrer falschen Annahmen Berechnungen und Zahlen liefert, die den Tatsachen widersprechen. Von solchem Zahlenzauber sollten wir uns nicht blenden lassen, insbesondere dann nicht, wenn die Evidenz eine ganz andere Sprache spricht. Zu welch absurden Empfehlungen eine solche Zahlenökonomie führt, die eigentlich eine entartete Ökonomie ist, zeigt exemplarisch der Statinbericht des Swiss Medical Boards SMB: Mit dem Argument der Kosteneinsparung empfiehlt dieser, Statine entgegen allen internationalen Fachempfehlungen äusserst restriktiv einzusetzen, was zu einer Häufung kardiovaskulärer Erkrankungen mit den daraus folgenden Mehrkosten führt, halten sich die Ärzte an die Empfehlung des SMB. Die mathematisch-statistischen Annahmen, auf die sich das SMB dabei stützt, sind in ihrer Komplexität zwar beeindruckend, mathematisch aber falsch². Dies hat der VEMS dem SMB bewiesen, und dies hat der für diesen Teil des fraglichen Berichts verantwortliche Autor dem VEMS gegenüber inzwischen indirekt auch zugegeben.

Welche Ökonomie ist die falsche?

Welche Ökonomie für unser Gesundheitswesen die richtige ist, kann erst herausgefunden werden, wenn wir uns eingestehen: die gegenwärtige ist es vor dem oben aufbereiteten Hintergrund gewiss nicht. Sie verschwendet Ressourcen und vernichtet Werte, was sie tun zu müssen meint, um Kosten zu sparen. Damit dies gelingt, verbessert man das Kosten-Nutzen-Verhältnis, darüber herrscht zwischen Ökonomie und Medizin ein Konsens. Die Ökonomie zielt nun aber darauf ab, dies zu erreichen, indem die Kosten bei gleichbleibendem Nutzen gesenkt werden. Dies läuft dem Wesen der Medizin diametral entgegen, denn diese will bei möglichst gleichen oder unwesentlich höheren Kosten einen wesentlich höheren Nutzen erreichen. In dieser aus der Aufarbeitung konkreter Einzelfälle resultierenden kontinuierlichen Optimierung liegen denn auch die

Fortschritte der modernen Medizin. Und dass die Erhöhung des medizinischen Nutzens insgesamt die Kosten senkt, zeigen allem voran die Errungenschaften der Präventivmedizin. Wenn die Gesundheitsökonomie nun also – wie dies im SMB-Statinbericht getan wird – gerade hier durch Kürzungen Kosten einsparen will, dann zeigt sich doch, dass sie, so wie sie heute ausgestaltet ist, im Gemeingut Gesundheitswesens Schäden anrichtet, weil sie die Medizin nicht nur verkennt, sondern sich überdies in der überlegenen Position über sie wähnt. Die Geisteswissenschaft Ökonomie hat über die Naturwissenschaft Medizin gesiegt, quasireligiöse Annahmen gelten mehr als fundiert erarbeitete Evidenz der Tatsachen. Eine aufgeklärte Gesellschaft sieht anders aus.

Welche Ökonomie ist die richtige?

Das Erdulden falscher Anreize durch eine fehlgeleitete Ökonomie widerspricht sowohl unserem Patienten- als auch unserem Gesellschaftsauftrag als Ärztinnen und Ärzte. Diese beiden Aspekte ihrer Arbeit unter einen Hut bringen, kann die Medizin nur gemeinsam mit einer Ökonomie, die Werte schafft, nicht Zahlen. Die Medizin, vertreten durch die Fachgesellschaften und die Verbände, muss von der Ökonomie ein Umdenken in diese Richtung verlangen, denn diese ist, im Gegensatz zur Medizin, den Beweis der Effizienz ihrer Methoden noch schuldig. Wenn die Ökonomie sich heute qua Politik und Behörden immer mehr in die Indikations- und Behandlungsentscheidungen der Medizin einmischt und diese mit falschen Anreizen verstört, dann hat sie dafür aber ein Argument, das leider sticht: Die Medizin weigert sich standhaft, die Qualität ihrer Arbeit selber zu überprüfen. Interinstitutionelle Audits zur Validierung und Revalidierung medizinischer Abläufe schaffen einen Bezug zur real existierenden Qualität, welchen die Zahlenökonomie nicht leisten kann. Sie helfen, die Qualität der Indikationsentscheidungen auf der Basis qualifizierter Beobachtungen zu heben, was eine Erhöhung des medizinischen Nutzens bei gleichzeitiger Senkung der Kosten durch Vermeidung unnötiger Eingriffe zur Folge hat.

Solche Audits tun also genau das, was die Ökonomie bewirken will und mit ihren falschen Anreizen in sein Gegenteil verkehrt. In diese Richtung muss sich die Medizin entwickeln – zusammen mit einer Ökonomie, die sich der Medizin annähert, nicht umgekehrt. Dies bedeutet: Sie muss einerseits bescheidener werden und aufhören, ihre Annahmen als Evidenz zu verkaufen, und andererseits diese Annahmen mit randomisierten Studien validieren. In keiner Weise ist es akzeptabel, dass aus solchen Annahmen Steuerungsmechanismen abgeleitet werden, die in die medizinische Realität hineinwirken und dort menschliches Leid verursachen. Es darf nicht sein, dass eine an oberflächlichen Gewinneffekten interessierte Börsenmentalität, die bereits in anderen Bereichen unserer Gesellschaft ihren Schaden angerichtet hat, sich unseres Gesundheitswesens bemächtigt.

Dr. med. Michel Romanens

Dr. med. Michel Romanens ist Facharzt FMH für Kardiologie u. Innere Medizin FMH. Als Präsident der Vascular Risk Foundation VARIFO (www.varifo.ch) und als Mitglied verschiedener Task Forces und Arbeitsgruppen engagiert er sich in der kardiovaskulären Primärprävention. In seiner Funktion als Präsident des Vereins Ethik und Medizin Schweiz VEMS (www.vems.ch) und als Stiftungsratspräsident der Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen untersucht er den Einfluss der Ökonomie auf das Gesundheitswesen aus medizinisch-ethischer und mathematisch-ökonomischer Sicht.

¹ Waldo S, McCabe J, O'Brien C et al. Association between public reporting of outcomes with procedural management and mortality for patients with acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2015;65:1119–26.

² Romanens M, Ackermann F, Szucs Th et al. Medical Costs per QALY of statins using the Swiss Medical Board Assumptions: observed effects in two large primary prevention cohorts from Germany and Switzerland. Oral Presentation Annual Meeting of the Swiss Society of Internal Medicine, Basel, May 2015. <http://www.varifo.ch/SIGIM15QALY.pdf>