

# Spannungsfelder zwischen Medizin, Ökonomie und Ethik

Die Medizin ist in den letzten Jahren und Jahrzehnten unter massiven (Spar-)Druck der Ökonomie geraten, was nicht nur die Ärzte, sondern auch ihre Patienten zu spüren bekommen haben. Der Ruf nach Effizienz, Rationierung und Sparmöglichkeiten

Die 12 Fragen der Synapse-Redaktion:

## Prof. Thomas Szucs



Thomas D. Szucs ist Professor für Pharmazeutische Medizin und Direktor des European Center of Pharmaceutical Medicine an der Universität Basel. Seit 2010 präsidiert er den Verwaltungsrat der Helsana Gruppe.

**«Kein Vergütungssystem ist perfekt, es gibt nur schlechte und noch schlechtere!»**

## Prof. Nikola Biller-Andorno



Prof. Dr. Nikola Biller-Andorno hat Medizin und Philosophie studiert. Seit 2005 ist sie Professorin für Biomedizinische Ethik an der Universität Zürich und Mitglied der Zentralen Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften.

**«Wir können in die Behandlung eines Einzelnen viel, aber nicht unendlich viel investieren»**

**Wie nehmen Sie den Zusammenhang zwischen Medizin, Ökonomie und Ethik heute wahr? Wer dominiert wen?**

Ich sehe kein Dominanz-Problem, sondern vielmehr ein Dilemma, in dem die heutige Medizin steckt. Sie braucht beides, Ökonomie und Ethik. Es gibt aber weder einen allgemein anerkannten methodischen Standard zur Bewertung von Leistungen noch einen allgemein anerkannten Ethikansatz. Beide Disziplinen können nur Orientierungshilfen geben, nehmen uns also die Werturteile nicht.

Meiner Ansicht nach lässt sich eine Verschiebung der Machtverhältnisse von der Medizin zur Ökonomie hin feststellen. Wirtschaftliche Erwägungen spielen bei klinischen Entscheidungen eine zunehmende Rolle. Auf der anderen Seite wäre es naiv zu denken, früher wäre das Wirtschaftliche unerheblich gewesen. Gewinnstreben ist seit jeher eine (aber auch nur eine) Facette der Medizin. Dass wir stärker auf die Kosten schauen und mehr Nutzen für das investierte Geld fordern, ist aus ethischer Sicht angesichts der knappen öffentlichen Mittel zu begrüssen – solange es nicht auf Kosten der Qualität und Fairness der Patientenversorgung geht.

**Krankenkassen können heute Therapien anordnen, die rein ökonomisch (= kostenkünstiger) begründet sind, obwohl es medizinisch besser verträgliche und sinnvollere Varianten (die möglicherweise teurer sind) gäbe. Was drückt das Ihrer Meinung nach aus?**

Die Krankenversicherer sind gesetzlich verpflichtet, Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu kontrollieren. Mit Artikel 56 KVG werden aber die Leistungserbringer, nicht die Krankenversicherer, explizit in die Pflicht genommen, ihre Leistungen auf das Mass zu beschränken, das im Interesse der Versicherten und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Aus Sicht der Krankenversicherung dürfen die Leistungen nie allein nur wirtschaftlich sein, sondern haben ebenso wirksam und zweckmässig zu sein. Ihre Aussage ist also so nicht haltbar.

Eigentlich hört man häufiger von der umgekehrten Situation: Ärzte verschreiben Medikamente, die teurer, aber nicht unbedingt wirksamer sind. Hier müssen wir aufpassen, dass klinische Entscheidungen nicht – wenngleich vielfach unbewusst – durch wirtschaftliche Interessen Dritter beeinflusst werden. Aber es mag in der Tat auch den Fall geben, dass Kassen zum Beispiel paradoxerweise einen stationären Aufenthalt bevorzugen, weil sie dafür wegen der Zuzahlung durch den Kanton weniger aufwenden müssen als für eine ambulante Behandlung, die aber für den Patienten angenehmer wäre. Diese Art von Fehlanreizen muss korrigiert werden.

**Nach welchen Kriterien entscheidet die Pharma-Industrie, ob sie ein neues Medikament lanciert? Spielt die Zahl der potentiellen Patienten eine Rolle? Oder die Rechtsprechung?**

Die Pharma-Industrie steht weltweit in einem harten Wettbewerb, ist börsenkotiert und damit natürlich gewinnorientiert. Daher spielt die potentielle Zahl der Patienten sicherlich eine Rolle, wenn viele Patienten viel Umsatz bedeuten. Aber so einfach ist die Gleichung nicht. Nehmen wir die zunehmende Personalisierung der Medizin. Da werden Medikamente für kleine Patientengruppen entwickelt.

bringt das Gesundheitssystem an die Grenzen seiner Belastbarkeit. Was ist noch vertretbar? Sind die Sparmassnahmen gleichmässig verteilt? Braucht es einen ganz neuen Blick auf die Medizin im Sinne der Würdigung ihrer Leistung und weniger auf die Kosten fokussiert? Oder ist ein neues Gesundheitsverständnis der Patienten angesagt? Was können wir uns in Zukunft noch leisten?

Die Redaktion der Synapse hat dazu 12 Fragen formuliert und sie von vier Personen beantworten lassen, die im Gesundheitswesen ganz verschiedene Bereiche und Positionen vertreten. Dr. med. Alexandra Prünke antwortet aus der Sicht der Ärzteschaft, Thomas B. Cueni aus der Perspektive der Pharma-Industrie, Thomas Szucs nimmt als Vertreter der Krankenkassen Stellung (VR Helsana) und Nikola Biller-Andorno vertritt die Sicht der Medizinethik.

### Dr. med. Alexandra Prünke



Dr. med. Alexandra Prünke ist Fachärztin für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie FMH und Mitglied der Synapse-Redaktion.

**«Rationierung bedeutet immer ein Abstreichen und Eliminieren von Bisherigem»**

Die Medizin wird immer ökonomischer. Positiv formuliert heisst das: Politiker und Bevölkerung sind kostenbewusster geworden. Das gilt auch für die Medizinalpersonen. Ethische Aspekte werden auch von der Gesellschaft her definiert, was Diskussionsbedarf und Zeit bedingt. Problematisch wird der Spardruck, wenn einerseits kaum mehr Sparmöglichkeiten vorhanden sind und es andererseits keine Eingriffsmöglichkeiten zur Korrektur des Systems mehr gibt.

Wenn kostengünstigeren Behandlungen der Vorzug gegeben wird, ist dies aus meiner Sicht Ausdruck eines Sparwillens und einer Rationierung. Gewisse medizinische Begehrlichkeiten in unserer Bevölkerung sind manchmal schwer nachvollziehbar und sollten zur Vermeidung durch vermehrte Information in Schulen und Printmedien ins Allgemeinwissen eingehen.

Das ist eine Frage, die eigentlich nur die Pharmaindustrie beantworten kann. Wahrscheinlich spielt die Zahl der potentiellen Kunden eine Rolle, aber ebenso die Rechtsprechung. Kommt dazu, dass Industriebetriebe ausschliesslich wirtschaftlich geführt werden.

### Lic. rer. pol. Thomas B. Cueni



Thomas B. Cueni ist Generalsekretär und Geschäftsführer der Interpharma, dem Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz. Er ist Mitglied im Executive Committee der EFPIA (European Federation of Pharmaceutical Industries' Associations) in Brüssel und im Council der IFPMA (International Federation of Pharmaceutical Manufacturers' Associations) in Genf. Vor seiner Tätigkeit bei Interpharma war er Auslandkorrespondent der BaZ und des «Bund» in London und anschliessend Diplomat im EDA mit Posten in Bern, Paris (Schweizerische Delegation bei der OECD) und der Schweizer Mission bei den

internationalen Organisationen in Wien. Thomas B. Cueni verfügt über einen Abschluss als lic. rer. pol. der Universität Basel sowie einen Master of Science (Politics) der London School of Economics (LSE).

**«Eine rein auf Kostenminimierung, Rationierung und Verweigerung medizinisch notwendiger Leistungen ausgerichtete Politik ist klar abzulehnen»**

Der medizinische Fortschritt hat zu einer deutlichen Verlängerung der Lebenserwartung und gleichzeitig zu einer Steigerung der Lebensqualität vieler Menschen geführt. Dieser Fortschritt ist nicht gratis zu haben und folglich spielt die Ökonomie in der Medizin eine grosse Rolle. Die Frage, was noch bezahlt werden soll und zu welchem Preis, ist objektiv nicht bestimmbar und muss von der Gesellschaft beantwortet werden. Umfragen wie der gfs-Gesundheitsmonitor zeigen, dass die Bevölkerung in der Schweiz den Zugang zum medizinischen Fortschritt und die Qualität klar höher gewichtet als die Kosten. Die Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen ist bei uns klar nicht mehrheitsfähig. Es darf nicht sein, dass die ideale medizinische Behandlung aus Kostengründen verweigert wird, das wäre unethisch.

Grundsätzlich stelle ich fest, dass die Verantwortlichen der meisten Krankenkassen patientenfreundlicher denken als die Beamten des Bundesamts für Gesundheit (BaG). Das zeigt sich insbesondere in der Erstattung von Medikamenten, die nicht oder noch nicht auf der Spezialitätenliste sind. Allerdings gibt es Ausnahmen und Fälle von sturem Beharren auf scheinbar kostengünstigeren Leistungen, obwohl die behandelnden Ärzte oder Ärztinnen für die Patienten bessere Therapien ausgewählt haben, die zu einem schlechten Ruf der Kassen insgesamt führen. Man wünscht sich dann mehr Sensibilität, im Interesse der Patienten, aber auch der Kassen, denn Qualität und Wahlfreiheit sind die wichtigsten Gründe, weshalb die Schweizer Stimmberechtigten im letzten Jahr auch einer Einheitskasse eine klare Abfuhr erteilt haben.

Entscheidend ist in erster Linie das medizinische Bedürfnis und der Fortschritt des Wissens. Dank der Entwicklung der Wissenschaft, aber auch der neu geschaffenen Anreize für die Erforschung seltener Krankheiten, haben wir in den letzten Jahren fast so etwas wie einen Pharmafrühling erlebt, denn so viele neue Medikamente wie seit 20 Jahren nicht mehr wurden zugelassen. Aber man muss schon sehen: Die Erforschung neuer Medikamente ist ein langwieriger und auch finanziell riskanter Prozess. Die Entwicklung eines neuen Medikaments dauert 10–15 Jahre, kostet enorm viel Geld und neun von zehn Wirkstoffen, die klinisch, d.h. an Patienten erprobt werden, schaffen es nicht bis zur Zulassung. Ohne die Aussicht, mit einem erfolgreich entwickelten Medikament auch Geld zu verdienen, würde keine Firma in die riskante Erforschung neuer Therapien investieren. Deshalb spielt die Zahl der potentiellen Patienten sicherlich ebenso eine Rolle wie das medizinische Bedürfnis. Von Scheininnovation oder dem Fokus auf Lifestylekrankheiten kann heute keine Rede mehr sein, denn die meisten neuen Medikamente werden heute gegen seltene Krankheiten oder Indikationen wie Krebs entwickelt.

## Prof. Thomas Szucs

Ärzte haben festgestellt, dass bestimmte Medikamente für Schwangere und Kinder fehlen. Lohnt sich deren Prüfung nicht mehr? Wird die Verantwortung dem Arzt übertragen?

Viele Medikamente sind in der Tat weder für Schwangere noch für Kinder zugelassen. Das hat damit zu tun, dass es ungleich viel schwieriger ist, neue Medikamente bei Schwangeren oder Kindern ausführlich zu testen. Und ohne entsprechende Studienresultate werden diese Medikamente für diese Populationen nicht zugelassen. Der Arzt muss in diesen Fällen nach Alternativtherapien suchen.

Welche Antworten hat die Medizin, bzw. die Pharma-Industrie, auf Patienten mit einer seltenen Krankheit, für die es keine Medikamente gibt? Und welche Antworten haben die Krankenkassen auf den Vorwurf, dass ihre Vergütungspraxis völlig willkürlich sein soll?

Den Willkürvorwurf an die Versicherer im Zusammenhang mit der Vergütung von nicht zugelassenen Medikamenten weise ich zurück. Die Versicherer – allen voran Helsana – haben einheitliche Standards entwickelt, damit die Nutzenbeurteilung im Einzelfall (wie vom Gesetzgeber gefordert) nach einheitlichen Kriterien erfolgen kann.

Mit dem Spardruck in der Medizin erhält ein Denken im Gesundheitswesen Einzug, das die Steigerung von Effizienz und die Minimierung von Kosten priorisiert. Ist das ethisch vertretbar? Kann man als Arzt effizienter und kostengünstiger arbeiten, ohne dass die Qualität der ärztlichen Arbeit darunter leidet?

Wir leben in einer Welt mit begrenzten Ressourcen. Daher ist es gerade in der Sozialversicherung unsere Pflicht, sorgsam mit ihnen umzugehen. Das ist die eigentliche ethische Pflicht! Die Medizin und ihr Umfeld wandeln sich laufend, darauf muss der Arzt sich immer wieder neu einstellen. Aber wieso soll dabei die Qualität leiden? Wir bekommen beispielsweise immer noch die meisten Arztrechnungen auf Papier, oder nehmen Sie die mangelnde elektronische Dokumentation in vielen Praxen. Wir leben doch im digitalen Zeitalter! Es gibt viel Verbesserungspotential, mit dem die Qualität der Behandlung sogar gesteigert werden kann.

Ist die absehbare (zum Teil schon realisierte) Rationierung in der Medizin ein medizinisches, ethisches oder ökonomisches Problem?

7) Rationierung gab es schon immer und wird es immer geben, auch dies ist eine Binsenweisheit. Deshalb ist es ja so wichtig, dass wir dort rationalisieren, wo es möglich ist, denn so muss viel weniger (verdeckt) rationiert werden.

## Prof. Nikola Biller-Andorno

Man hat versucht, Anreize zu setzen für die Entwicklung von Medikamenten für Schwangere und Kinder. Bei beiden Personengruppen gibt es echte ethische Konflikte, zum anderen aber auch ungerechtfertigte Tabus, die verhindern, dass die notwendigen Forschungsanstrengungen rascher auf die Beine kommen.

Wo es noch keine Therapie gibt, gibt es Forschungsbedarf. Dazu bedarf es aber zunächst einer Diagnostik. Damit gibt es bei seltenen Krankheiten gleich zwei Problemfelder: Wer soll sich dafür interessieren, Therapien für einen äusserst begrenzten Markt zu entwickeln, und warum sollte eine Kasse (und bisweilen auch die Patienten) an einer detaillierten, teuren Diagnose interessiert sein, wenn es doch keine Behandlung gibt. Die Heterogenität der Vergütungsentscheidungen der Kassen scheint in der Tat ein Problem zu sein, dass Betroffene sehr ungehalten macht. Hier braucht es entweder ein klar differenziertes, transparentes Angebot, das Patienten bei der Wahl ihrer Versicherung berücksichtigen können, oder einen runden Tisch, der auf vergleichbare Leistungspakete zielt.

Zunächst einmal ist es gut, haushälterisch mit wertvollen und begrenzten Ressourcen umzugehen. Und in der Tat gibt es auch ein beträchtliches Einsparpotential: doppelt durchgeführte bildgebende Verfahren, zum Beispiel, oder eine unzureichende Koordination von ambulanter und stationärer Versorgung. Das ist dann nicht nur teurer, sondern kann auch dem Patienten massiv schaden. Natürlich kann man es mit der Effizienz und der Kostenminimierung auch übertreiben – beispielsweise durch Einsparungen im Personalbereich oder Auslagerung wenig lukrativer Versorgungsbereiche. Damit ist dem öffentlichen Gesundheitswesen sicher nicht gedient.

Es wird immer eine Rationierung geben müssen in dem Sinne, dass die Mittel, die wir ins Gesundheitswesen investieren wollen und können, begrenzt sind. Wir können in die Behandlung eines Einzelnen viel, aber nicht unendlich viel investieren. Diese Tatsache sollten wir nicht schönreden. Dennoch sind wir in der Schweiz in der glücklichen Lage, dass die Mittel vorhanden sind, um jedem eine gute Versorgung zukommen zu lassen. Mit dieser privilegierten Situation sollten wir sehr sorgsam umgehen und sie so nachhaltig wie möglich gestalten. Dazu gehört auch, Verschwendung und ihre Ursachen (Unachtsamkeit, Interessenkonflikte etc.) zu erkennen und zu reduzieren.

## Dr. med. Alexandra Prünke

Medikamente für Schwangere wurden nie speziell getestet, weil dies unethisch und riskant ist. Medikamente für Kinder werden erst dann freigegeben, wenn genügend Erfahrungswerte bezüglich Nebenwirkungen vorliegen, die sich nach langjährigem Gebrauch durch Erwachsene feststellen lassen. Nach Jahren oder Jahrzehnten der Anwendung bei Kindern werden z.B. die Altersgrenzen von 14 auf 10 Jahre herabgesetzt. Der behandelnde und verordnende Arzt hat selbstverständlich Verantwortung mitzutragen.

Die Schulmedizin tut, was sie kann: Sie vernetzt sich international, damit Erfahrungen und erfolgreiche Behandlungsstrategien auch bei seltenen Krankheiten ausgetauscht werden können. Auch heute sind nicht alle Krankheiten heilbar. Eine gewisse Ungerechtigkeit gab und gibt es immer.  
«Und welche Antworten haben die Krankenkassen auf den Vorwurf, dass ihre Vergütungspraxis völlig willkürlich sein soll?» Verstehe diesen Vorwurf nicht, da die Vergütung der Krankenkassen über den TARMED-Leistungskatalog erfolgt.

Ärzte haben bereits früher effizient und kostengünstig gearbeitet. Je weniger Geld für das Gesundheitswesen zur Verfügung steht, desto grösser wird der Verteilungskampf. Dabei darf nicht vergessen werden, dass Sparmassnahmen auch ihre Grenzen haben. Der Arzt kann nicht willkürlich z.B. selten gebrauchte Leistungspositionen weglassen, weil seine Patienten letztendlich den Bedarf an Untersuchungen mitbestimmen. Die alternde Bevölkerung lässt keine Einsparungen zu, im Gegenteil: Sie konsumiert stets mehr medizinische Leistungen. Ein Rückfall in alte Zeiten ohne technische Geräte, Laboranalysen und mit unreinen Medikamenten wird weder von der Bevölkerung noch von Medizinalpersonen gewünscht.

Rationierung bedeutet immer ein Abstreichen und Eliminieren von Bisherigem. In der Medizin bedeutet es eventuell längeres Kranksein, längere Ungewissheit über weitere therapeutische und interventionelle Schritte, wird also sowohl medizinische wie ökonomische Auswirkungen haben.

## Lic. rer. pol. Thomas B. Cueni

Klinische Studien mit Schwangeren und Kindern sind aus ethischer Sicht speziell heikel. Das Problem ist aber erkannt, und nach den USA und der EU unternimmt nun auch die Schweiz Anstrengungen, um vermehrt Medikamente für pädiatrische Indikationen zu entwickeln. Das zeigt sich auch bereits in den Neuzulassungen.

Die Erforschung seltener Krankheiten war lange aufgrund der kleinen Patientenzahlen finanziell nicht attraktiv, ganz abgesehen von den wissenschaftlichen Herausforderungen. Umso wichtiger sind Forschungsanreize im Bereich des geistigen Eigentums – also z.B. eine Marktexklusivität für Medikamente gegen seltene Krankheiten. Eine solche Regelung kennen die USA schon seit 1983, die EU seit dem Jahr 2000. In beiden Fällen haben diese Anreize zu einer deutlichen Zunahme der Zahl der verfügbaren Orphan Drugs geführt. In den zehn Jahren vor dem Inkrafttreten des sog. Orphan Drug Acts 1983 in den USA gab es weniger als 10 solcher Präparate. In den zehn Jahren nach Inkrafttreten wurden 24 Orphan Drugs neu zugelassen. Heute sind es insgesamt weit über 400. Ähnliches gilt für die EU, wo ebenfalls mehr Medikamente zugelassen wurden seit dem Inkrafttreten dieser Regelung. Auch in der Schweiz sollen mit der laufenden Revision des Heilmittelgesetzes Anreize im Bereich des geistigen Eigentums geschaffen werden, um die Forschung gegen seltene Krankheiten zu fördern. Zurzeit sind wir da noch im Hintertreffen. Was die Vergütung betrifft, so verfügen wir in der Schweiz mit Art. 71a/b KVV über ein Vergütungsmodell, das in den allermeisten Fällen gut funktioniert. Die Pharmaindustrie arbeitet mit den Krankenkassen daran, die Situation weiter zu verbessern.

Eine rein auf Kostenminimierung, Rationierung und Verweigerung medizinisch notwendiger Leistungen ausgerichtete Politik ist klar abzulehnen und ethisch nicht vertretbar. Ich habe keinerlei Verständnis für diejenigen, die sagen, dass wir uns unser qualitativ hochstehendes Gesundheitswesen nicht mehr leisten können. Dem Ruf nach mehr Effizienz kann man sich allerdings nicht entziehen. Wer das Schweizer Gesundheitswesen kennt, weiss um Doppelspurigkeiten und Ineffizienzen, zu viel oder unnötig gemachte Tests oder auch Fehlanreize im Tarifsysteem etwa dadurch, dass ambulant mögliche Eingriffe stationär gemacht werden, weil das finanziell attraktiver ist.

Zunächst ist es ein ethisches Problem. Persönlich stehe ich dazu, dass der Zugang zu qualitativ hochstehenden Gesundheitsleistungen für alle Menschen, unabhängig von Einkommen und Vermögen, gewährleistet sein muss. Eine Zweiklassenmedizin mit Bezug auf medizinische Leistungen lehne ich entschieden ab – beim Komfort ist das etwas anders. Wichtig ist, dass nur Leistungen vergütet werden, die auch tatsächlich einen Nutzen haben. In der Schweiz weiss man aber von vielen Leistungen nicht, ob dies auch tatsächlich der Fall ist, da der Nutzen – mit Ausnahme der Medikamente – nicht systematisch überprüft wird. Hier gilt es anzusetzen und Effizienzpotential auszuschöpfen. Hinzu kommt, dass Daten über die Qualität bei Behandlungen oft nicht vorliegen oder für die Patienten nicht zugänglich sind. Nur als Beispiel: Wir haben zwar seit kurzem ein Implantateregister, doch was drin steht, weiss ich nicht. In Schweden etwa können Patienten vor einer Hüftoperation im Internet schauen, wie es um die Qualität und Komplikationen in ihrem Spital im Vergleich zu andern steht. Bei uns ist das streng geheim und nicht einmal die am Implantateregister beteiligten Spitäler haben vollen Zugriff zu den Daten. Das ist ein Unsinn! Mehr Transparenz über Qualität und Behandlungserfolg wäre dringend notwendig.

**Wie interpretieren Sie die Einführung der Fallpauschalen (DRG) in der Schweiz? Förderung des Kostenbewusstseins? Überwindung des gesundheitspolitischen Föderalismus?**

Ich begrüsse die Einführung der DRGs sehr. Sie haben in den Spitälern aber nicht nur zu mehr Kosten-, sondern gerade auch zu mehr Qualitätsbewusstsein geführt. Es werden nun in allen Spitälern Qualitätsindikatoren einheitlich erhoben. Unser ausgeprägter Gesundheitsföderalismus wird aber durch die DRGs nicht überwunden. Momentan beobachten wir eigentlich eher wieder kantonale Abschottungstendenzen.

Die Einführung der DRGs war gut gemeint: durch mehr Transparenz für mehr Kostenbewusstsein sorgen. Dem Wettbewerbselement stehe ich skeptischer gegenüber, weil ich befürchte, dass es leicht zur Rosinenpickerei führen kann. Ob die Kosten durch die DRG-Einführung ohne Qualitätsverluste zu reduzieren sind, muss sich zeigen. In jedem Fall braucht es ein gutes Monitoring, dass frühzeitig erkennen kann, ob in Gesundheitseinrichtungen Versorgungsqualität und -gerechtigkeit leiden, um mit den DRGs ökonomisch möglichst gut zu fahren.

**Was antworten Sie Kritikern der Fallpauschalen, die u.a. bemängeln, dass Nebenwirkungen nicht gemessen werden, bzw. nicht messbar sind? Dass eine aufgeblähte Administration und mangelnde Ressourcen zu «ausgebranntem» Personal, zu Kürzungen der Ausbildungskapazitäten (trotz drohendem Personalmangel) und zu epischen Austrittsberichten geführt habe?**

Kein Vergütungssystem ist perfekt, es gibt nur schlechte und noch schlechtere! Ich zähle Swiss-DRG zu den schlechten ... Alle Entwicklungen oder Fehlentwicklungen in den Spitälern auf die Fallpauschalen zurückführen zu wollen, ist dann doch mehr als einfach und trägt etwas von Ausrede in sich.

Ich glaube, es ist in der Tat wichtig, den ärztlichen und pflegerischen Blick frei zu halten von administrativen Erwägungen und ökonomischem Kalkül. Die Angehörigen von Gesundheitsberufen sollten sich in erster Linie um ihre Patienten und deren Nöte kümmern können und sich nicht fragen müssen, wie sie die Patienten bestmöglich für ihre Einrichtung nutzen können. Es ist wichtig, dass man praktizieren kann, ohne sich dauernd in einem Loyalitätskonflikt zwischen Patient und Arbeitgeber zu finden. Das führt zu moralischem Stress und letztlich dann auch zum Verlust intrinsischer Motivation und zur Resignation.

**Inwiefern spielt die Ökonomie beim Alterungs- und Sterbeprozess eine Rolle? Geraten Ihrer Meinung nach alte, kranke Menschen, die aber noch nicht sterben wollen, tatsächlich «unter Druck» der Gesellschaft, nicht länger als «Kostenfaktor» zur Last zu fallen?**

Nein, das ist falsch! Ältere Menschen werden doch bei uns nicht einfach nur als Kostenfaktor betrachtet. Viel eher gibt es immer mehr betroffene, kranke Menschen, die am Ende ihres Lebens den Kostenfaktor von Interventionen und Therapien und die zu erwartende Lebensqualität in ihre Überlegungen und Entscheide miteinbeziehen.

Die Gefahr besteht, und hat wohl auch immer bestanden. Am Lebensende ist es wichtig, die Präferenzen und Motive der Betroffenen sorgfältig zu eruieren. Mancher mag es wirklich vorziehen, keine weiteren Therapieveruche zu unternehmen, während ein anderer vielleicht primär Angst hat, eine Belastung zu sein. Hier muss die Gesellschaft deutliche Signale senden – dass betagte Menschen trotz ihrer Fragilität und Bedürftigkeit hochgeschätzte Mitglieder sind, die der Gemeinschaft Wertvolles zurückgeben können.

**Wie begründen die Krankenkassen, dass sie Sterbehilfen, obwohl günstiger und adäquater, nicht im zu erwartenden Ausmass finanzieren? Stellen sich die Krankenkassen gegen die nationale Palliative-Care-Strategie?**

Die Krankenversicherer dürfen gar nicht ein «erwartetes Ausmass» finanzieren, sondern nur tatsächlich erbrachte Leistungen. Sehen Sie momentan eine gesetzeswidrige Unterfinanzierung aus der obligatorischen Krankenpflegefinanzierung? Zur Palliative Care möchte ich nur anmerken, dass Helsana zusammen mit der Schweizerischen Akademie für medizinische Wissenschaften einen entsprechenden Lehrstuhl an der Universität Bern finanziert.

Ich habe nie verstanden, warum der Ausbau der Palliativmedizin so langsam vorangeht. Wenn immer der Ruf nach aktiver Sterbehilfe laut wird oder Bedenken bezüglich der Ausweitung des assistierten Suizids geäußert werden, sind sich alle einig, wie wichtig eine gute und leicht zugängliche palliative Versorgung ist.

**Wird immer nur das günstigste Generikum verordnet, wie vom Preisüberwacher angedacht, könnte dies zu zahlreichen Medikamentenwechseln, Unsicherheiten, Fehlern und Unverträglichkeitsreaktionen mit möglicherweise gravierenden Folgen führen. Wer sollte hierfür die Verantwortung übernehmen: der Preisüberwacher? Die Politik? Die Krankenkassen? Die Pharmaindustrie?**

Auf Anfang 2006 wurde eine differenzierte Selbstbehaltsregel zu Gunsten der Generika eingeführt. Hat sich dadurch die Versorgungssicherheit der Patienten verschlechtert? Neue Vorschläge müssen wir gemeinsam diskutieren. Wir dürfen nicht sofort den Teufel an die Wand malen. Nur über diesen Diskurs erhalten wir uns ein gutes und bezahlbares Gesundheitswesen.

Naja – den Punkt, dass man gute Gründe braucht, um etwas Teureres aber nicht Besseres zu verordnen, kann man schlecht entkräften. Aber es mag im Einzelfall Argumente geben, von der Grundregel abzuweichen.

## Dr. med. Alexandra Prünke

Die anfänglich bei der DRG-Einführung gefürchtete Kostensteigerung ist unseres Wissens nach ausgeblieben, ebenso jedoch die Angleichung der öffentlichen an private Spitäler, denn Universitätskliniken arbeiten mit viel höheren Fallpauschalen. Durch die Fallpauschalen wird das Kostenbewusstsein nicht beeinflusst, ebensowenig der Föderalismus. Der aktuelle Kostenschub wird durch den starken Ausbau der ambulanten Angebote der Spitäler bedingt. Diese wiederum müssen schauen, dass sie rentabel sind, und weichen auf ambulante Leistungen aus.

Fallpauschalen dienen immer zur besseren Berechnung der nötigen Finanzierung, während Nebenwirkungen anderswo vermerkt und gemessen werden (längere Krankheitsdauer, also weniger Produktivität, höhere Medikamentenkosten, Reoperationen usw.). Eine aufgeblähte Administration kann auch Folge einer Unsicherheit sein und Ausdruck einer zerstreuten, oft abgelenkten Gesellschaft. Nicht nur in der Medizin ist eine Zunahme an Bürokratie festzustellen.

Ich hoffe doch sehr, dass die Ökonomie beim Alterungs- und Sterbeprozess keine Rolle spielt. Auch kranke und behinderte Menschen verspüren Lebensfreude und sehen einen Sinn in ihrem Leben.

Ob Sterbehospize günstiger und adäquater arbeiten als die Hauspflege, sei dahingestellt. Unsere überalterte Gesellschaft sollte nicht nur Luxusartikel und Ferien finanzieren können, sondern auch Massnahmen und Einrichtungen bei Krankheit, Unfall und Sterbebegleitung. Die Krankenkassen stemmen sich nicht generell gegen Palliative-Care-Strategien, obwohl diese zum Teil mit höheren Kosten verbunden sind.

Derjenige, welcher eine medikamentöse Therapie verschreibt, muss auch die Verantwortung übernehmen. Es ist eine Tatsache, dass Generika weniger wirksam sein können, was aber sowohl von der Politik als auch vom Preisüberwacher ignoriert oder ungern öffentlich gesagt wird. In welcher Grössenordnung allerdings die verminderte Wirksamkeit eines Generikums ausfällt, ist kaum überprüfbar und deshalb auch wissenschaftlich schlecht nachzuweisen.

## Lic. rer. pol. Thomas B. Cueni

Die Einführung der neuen Spitalfinanzierung mit den Fallpauschalen war ein richtiger Entscheid. Sie hat das Potential, zu einer Effizienzsteigerung und damit zur Förderung des Kostenbewusstseins zu führen. Aber noch ist es zu früh, um die wirklichen Effekte dieser Reform zu sehen. Mit der neuen Spitalfinanzierung wurde der gesundheitspolitische Föderalismus aber keineswegs überwunden: Die Diskussionen um eine monistische Spitalfinanzierung, die seit langem geführt werden, machen deutlich, dass die Mehrfachrolle der Kantone als Planer, (Mit-)Eigentümer, Regulator und Betreiber von Spitalern nach wie vor eine starke ist. Dies führt zu den bekannten Fehlanreizen zwischen dem ambulanten und dem stationären Spitalbereich und hier gilt es, Lösungen zu finden, damit diese beseitigt werden. Wichtig ist, dass die Finanzierung sich nicht nachteilig auf Innovationen auswirkt.

Einerseits habe ich dafür Verständnis, denn die Verlagerung der Mittel im Gesundheitswesen von Medizinalpersonen zu Ökonomen und Bürokraten ist (leider) eine Tatsache. Andererseits ist es zu früh für eine wirkliche Bilanz, denn die Notwendigkeit von Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen ist unbestritten, und diesbezüglich bedeutet die Einführung der Fallpauschalen einen Schritt nach vorne. Mit dem Sachleistungsprinzip und den Tagespauschalen fehlte halt schon der Anreiz, Leistungen effizient zu erbringen.

Hoffentlich nicht. Sterben gehört zu unserem Leben, und der Entscheid darüber, wie man seine letzten Lebensmonate verbringen will, darf keinem ökonomischen oder gesellschaftlichen Druck ausgesetzt sein. Zugang zu lebensverlängernden Therapien gehören ebenso dazu wie der Ausbau der Palliativmedizin und die Bedeutung des Gesprächs über Nutzen und Belastung (Nebenwirkungen/Lebensqualität) von Therapieoptionen zwischen Patient und/oder Angehörigen einerseits und Arzt oder Ärztin andererseits.

–

Ein solches Festbetragssystem, wie es der Preisüberwacher vorgeschlagen hat, wäre nicht im Sinne der Patientinnen und Patienten und der Qualität im Gesundheitswesen. Und es wäre bestimmt auch nicht billiger als heute: Die zahlreichen Medikamentenwechsel könnten zu Komplikationen führen, die wiederum weitere Behandlungen nötig machen und damit Mehrkosten verursachen. Damit würde das Ziel des Preisüberwachers, nämlich die Gesundheitskosten zu senken, völlig verfehlt. Schon heute verfügen wir mit dem differenzierten Selbstbehalt über eine Regelung, die den Anreiz bietet, das jeweils billigste Präparat zu wählen, die aber nicht zur Anwendung kommt, wenn aus medizinischen Gründen das teurere Präparat verschrieben wird. Letzteres ist zentral, da es die Behandlungsqualität sicherstellt. Eine Billigstmedizin lehne ich entschieden ab.