

durch den überproportionalen Anstieg der Prämien, die zunehmend vor allem den Mittelstand belasten. Dieser Anstieg ist nicht zuletzt durch die stetige Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich bedingt, dies hauptsächlich aufgrund des medizinischen Fortschritts und der Einführung von SwissDRG. Der Druck auf die Hospitalisationszeiten führt dazu, dass unser Ärztenachwuchs gar keine Zeit und Musse mehr hat, sich mit dem Patienten zu befassen, sondern mittels Konsilien und technischer Untersuchungen Diagnose und Therapie in immer kürzerer Zeit erzwingen muss. Der bereits vorhandene und zunehmende Ärztemangel mit einer quantitativ und qualitativ völlig ungenügenden Selektion (Numerus clausus) verstärkt den Druck auf die Ärzteschaft.

Trotz der Kritik an der zunehmenden ökonomischen Dominanz im Gesundheitswesen dürfen wir nicht vergessen, dass der Arztberuf noch immer ein guter und privilegierter ist, und dass unsere tägliche Arbeit mit unseren Patientinnen und Patienten letztendlich die Basis unseres Gesundheitswesens bildet. Aber wir müssen vielleicht stärker als bisher auch Verantwortung (vor allem: den Lead) übernehmen und dafür sorgen, dass das Primat der Medizin in unseren Händen bleibt und nicht von «der Ökonomie» übernommen wird. Es ist höchste Zeit, uns von der ewigen Kostendiskussion zu verabschieden und uns hin zu einer Diskussion über den – auch volkswirtschaftlichen! – Nutzen der Medizin zu entwickeln.

Die vorliegende Ausgabe der Synapse versucht, einige der aktuellen Entwicklungen kritisch zu beleuchten. Ich wünsche Ihnen viel Vergnügen beim Lesen. Mit herzlichen, kollegialen Grüssen

Dr. Tobias Eichenberger
Präsident Ärztesgesellschaft Baselland

«Solidarität muss nicht unbedingt absolute Gleichbehandlung bedeuten»

Prof. Dr. Nikola Biller-Andorno, geb. 1971, hat Medizin und Philosophie studiert. Seit 2005 ist sie Professorin für Biomedizinische Ethik an der Universität Zürich und Mitglied der Zentralen Ethik-Kommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Synapse-Redaktor Bernhard Stricker hat ihr ein paar Fragen zur Ökonomisierung der Medizin und zum Verhältnis zwischen Ethik und Ökonomie gestellt.

Sind Ethik und Ökonomie im Gesundheitswesen grundsätzlich vereinbar – oder ein unauflösbarer Zielkonflikt?

Beiden, Ethik und Ökonomie, geht es grundsätzlich um die Frage, wie man das Gesundheitswesen so gestalten kann, dass eine Versorgung von hoher Qualität resultiert, die all denjenigen zur Verfügung steht, die ihrer bedürfen und die zudem finanziell auch auf längere Sicht leistbar ist. Die Ökonomie ist meiner Wahrnehmung nach primär mit der Kosteneffizienz befasst, wobei jedoch die Relevanz von Gerechtigkeitsfragen und Patientenpräferenzen durchaus gewürdigt wird. Die Ethik befasst sich vor allem mit der Beschreibung und Analyse normativer Konflikte – zum Beispiel, wenn günstigere Kosten zulasten des Zugangs bestimmter Bevölkerungsgruppen gehen. Auch prozedurale Fragen spielen eine wichtige Rolle; etwa wer in bestimmten Entscheidungen, zum Beispiel bezüglich der Allokation von Mitteln im Gesundheitswesen, einzubeziehen ist und in welcher Weise.

In dem von Ihnen herausgegebenen Buch¹ «DRG und Ethik» heisst es u.a., dass die Ökonomie zur neuen Leitdisziplin in der Gesundheitsversorgung geworden ist. Wie konnte es soweit kommen? Ste-

hen heute die Ärzte und Ärztinnen unter dem Diktat der Ökonomen?

Aus meiner Perspektive – und ich stehe mit dieser Beobachtung nicht allein – hat es in den letzten Jahrzehnten in der Tat einen Wandel gegeben. Während früher die Ärztliche Direktion eines Spitals klar die Leitung innehatte, spielen heute in der Direktion professionelle Verwaltung, Management und Ökonomie eine grosse Rolle. Das mag damit zusammenhängen, dass in früheren Zeiten der Ressourceneinsatz in der Medizin noch unbekümmerter war. Heutzutage ist uns deutlicher bewusst, dass für die Gesundheitsversorgung verausgabte öffentliche Gelder an anderen Stellen fehlen und das System so angelegt sein muss, dass wir es auch noch in einigen Jahrzehnten aufrechterhalten können.

Weiter heisst es in Ihrem Buch «... dass in der Schweiz heute eine Praxis der impliziten oder unregelmässigen Rationierung am Krankenbett besteht, gilt als empirisch belegt.» Wie lässt sich das vereinbaren mit dem Solidaritätsprinzip? Können wir das Ideal der Gleichbehandlung aller Menschen in der Gesundheitsversorgung überhaupt noch aufrechterhalten?

Solidarität muss nicht unbedingt absolute Gleichbehandlung bedeuten, sondern es geht um die Hinwendung zu Menschen in (relativer) Not. Welchen Anspruch jeder einzelne von uns auf Gesundheitsleistungen hat und welche Unterschiede im Zugang zum Gesundheitswesen vertretbar sind, ist auch innerhalb der Ethik umstritten. Wir akzeptieren, dass manche ein Auto fahren, in dem sie bei einem Unfall besser geschützt sind als andere; wir akzeptieren, dass manche weniger gesundheitlichen Belastungen am Arbeitsplatz

¹ *Gesundheitsökonomie 4: Verina Wild/Eliane Pfister/Nicola Biller-Andorno (Hrsg.), DRG und Ethik. Ethische Auswirkungen von ökonomischen Steuerungselementen im Gesundheitswesen. 2011. 235 Seiten, CHF 38.–, EMH Schweiz. Ärzteverlag, Basel.*

ausgesetzt sind als andere, wir überlassen viele zahnärztliche Leistungen und Sehhilfen dem individuellen Geldbeutel – von Gleichheit in Gesundheitsbelangen zu sprechen ist von daher illusorisch. Da Gesundheit jedoch eine so wichtige Grundlage für unsere Teilhabe an der Gesellschaft ist, ist es richtig, dass wir ein besonderes Augenmerk auf Formen der Benachteiligung und Diskriminierung haben.

Wer sind die «Gewinner» und wer die «Verlierer» bei einer medizinischen Rationierung am Krankenbett?

Bei einer Rationierung am Krankenbett, bei der der Arzt im Einzelfall über das Vorenthalten medizinisch angebrachter Massnahmen aus Kostengründen entscheidet, werden in der Regel diejenigen verlieren, die keine Lobby haben, die auf die Barrikaden geht – Angehörige, Mitglieder einer Selbsthilfegruppe etc. Darüber hinaus werden je nach Anreizstruktur unterschiedliche Patientengruppen betroffen sein. «Verlierer» können aber auch die Ärztinnen und Ärzte sein, wenn ihnen aufgebürdet wird, auf Kosten ihres Vertrauensverhältnisses zum Patienten Ressourcen zu sparen. Rationierung lässt sich nur rechtfertigen, wenn die Effizienzreserven ausgeschöpft sind. Häufig lässt sich aber durchaus sparen, ohne die Versorgungsqualität zu beeinträchtigen. Wenn die gesparten Mittel in andere öffentliche Zwecke fliessen, gewinnen wir alle.

Gemäss Krankenversicherungsgesetz (Art. 56 KVG) und der dazugehörigen Verordnung (Art. 76 KVV) sind die Krankenkassen beauftragt, Wirtschaftlichkeitsverfahren bei Ärztinnen und Ärzten durchzuführen, um zu kontrollieren, ob die WZW-Kriterien eingehalten werden. Können die Ärzte heute unter diesem wirtschaftlichen Druck der Krankenkassen überhaupt noch garantieren, dass das Wohl der Patienten nicht eingeschränkt wird? (Dass die Patienten die nötigen Leistungen erhalten?)

Dass solidarisch finanzierte medizinische Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen, ist nachvollziehbar. Dass angesichts der Versu-

chung einer Mengenausweitung, etwa in einem System der Einzelleistungsvergütung, eine gewisse Kontrolle mit Blick auf etwaigen Missbrauch stattfindet, ebenso. Problematisch wird es, wenn Ärzte durch administrative Vorgaben so eingeschränkt bzw. zeitlich belastet werden, dass ihr Engagement in der Patientenversorgung darunter leidet.

Gibt es seitens der Patientinnen und Patienten ein Recht auf Gesundheitsversorgung? Oder ein Recht auf eine maximal mögliche Medizin?

Sicher gibt es ein Recht auf Gesundheitsversorgung. Dieses Recht stösst an eine Grenze, wo die finanzielle Machbarkeit nicht mehr gegeben ist; der Bezugspunkt ist dabei nicht der Einzelfall, sondern das Gesamt vergleichbarer Fälle, denen der gleiche Anspruch zugestanden werden müsste – diese Argumentation hat sich das Bundesgericht im Myozym-Urteil 2010 zu eigen gemacht. Eine weitere Grenze besteht dort, wo Gesundheitsleistungen für das Individuum nicht mehr sinnvoll, sondern vergeblich – «futile» in der englischen Fachterminologie – wären.

Mit der Ökonomisierung der Medizin hält ein Denken Einzug, das Steigerung von Effizienz und Minimierung von Kosten im Gesundheitswesen priorisiert. Was kann die Medizin tun, damit ihre positiven Leistungen wieder stärker gewichtet bzw. gewürdigt werden? Was müsste die Medizin tun, um das Primat über die Ökonomie zurückzuerobern?

Es ist wichtig, dass die Medizin im Zuge eines verstärkten Fokus auf ökonomische Fragen nicht gerade diejenigen verliert, die genuin am Wohle ihrer Patienten interessiert sind und nicht ertragen können, wenn sie zu viele Kompromisse in der Qualität ihrer Arbeit schliessen müssen. Von daher ist es wichtig, dass moralische Konflikte, die von Ärztinnen und Ärzten im Spannungsfeld von Qualität, Kosteneffizienz und fairem Zugang erlebt werden, klar artikuliert und in die gesundheitspolitische Diskussion eingebracht werden. Unsere IDoC-Studie zu den Implikationen von DRGs für Patientenversorgung

und professionelle Praxis versucht hierzu einen Beitrag zu leisten.

In welchem Verhältnis stehen Qualität und Ökonomie in der Medizin?

Bis zu einem gewissen Grad kann man sicher die Effizienz erhöhen und Kosten sparen, ohne die Qualität zu verringern. Manchmal mag ein stringenteres Management auch durchaus mit Verbesserungen in beiden Bereichen einhergehen. Wichtig ist jedoch, eventuelle Qualitätseinbussen im Rahmen von Sparmassnahmen mittels eines kontinuierlichen Monitorings zu erfassen und mit Blick auf ihre Vertretbarkeit zu thematisieren.

Kann der «Gesundheitsmarkt» mit andern Märkten verglichen werden?

Gesundheit ist ein sehr spezielles Gut. Sie stellt eine wichtige Grundlage dafür dar, dass wir Chancen wahrnehmen können. Die Zuwendung zu einem kranken Menschen ist ein grundlegendes und unbedingt bewahrenswertes Merkmal einer humanen Gesellschaft.

Wie beurteilen Sie die Einführung der Fallpauschalen in der Schweiz: Stärkt DRG eher die Ökonomie oder die Ethik? Welche erste Zwischenbilanz ziehen Sie ein halbes Jahr nach der Einführung?

Ziel muss sein, dass Ökonomie und Ethik nicht auseinanderlaufen. Ohne finanzielle Leistbarkeit und Nachhaltigkeit laufen alle moralischen Ansprüche an Qualität und fairen Zugang ins Leere. Dabei ist es aber wichtig, dass ökonomische Anreize nicht von einer bedürfnis- und patientenorientierten Gesundheitsversorgung wegführen. Die DRGs bergen sicher Risiken, wie die Selektion «attraktiver» Patienten oder das Fallsplitting. Deshalb ist von entscheidender Bedeutung, wie in den einzelnen Spitälern mit den DRGs umgegangen wird und ob klar ist, dass die Ausrichtung am Patientenwohl weiterhin gültig ist.

Siehe auch:
www.uzh.ch/ibme/forschung/drg.html