



Jahrgang 74 / Heft 1 / 2017

Gastherausgeber
Thomas D. Szucs

Medizin und Ökonomie

Medizin und Ökonomie – Freunde oder Feinde

Der Trend: Smarter Medicine

Medizin und Ökonomie ist kein Widerspruch

Effizienz im Spital – Selbstverständlichkeit, Realität und Herausforderung

Gute Lebens- und Sterbequalität – Versorgung und Versorgungslücken von Palliative Care in der Schweiz

Ausrichtung der Pflege auf neue Anforderungen

Innovatives Leistungsmanagement

Das richtige Mass an Medizin zum richtigen Zeitpunkt

Innovation, aber wie?

Und was ist mit dem Patienten?

Therapeutische Umschau

 **hogrefe**

Inhalt

Editorial	Medizin und Ökonomie <i>Thomas D. Szcus</i>	775
Übersichtsarbeiten	Medizin und Ökonomie – Freunde oder Feinde? <i>Urs Brügger</i>	777
	Der Trend: Smarter Medicine <i>Jean-Michel Gaspoz</i>	786
	Medizin und Ökonomie widersprechen sich nicht – Managed Care macht es vor <i>Felix Huber</i>	791
	Im Krankenhaus: Effizienz im Spital – Selbstverständlichkeit, Realität und Herausforderung <i>Werner F. Kübler</i>	796
	Gute Lebens- und Sterbensqualität – Versorgung und Versorgungslücken von Palliative Care in der Schweiz <i>Tanja Krones, Settimio Monteverde</i>	805
	Die Ausrichtung der Pflege auf neue Anforderungen <i>Sabine Hahn</i>	813
	Innovatives Leistungsmanagement führt zu mehr Professionalität, Effizienz und Kundennutzen <i>Olaf Schäfer und Denise A. Camenisch</i>	819
	Versorgungsforschung: das richtige Mass an Medizin, zum richtigen Zeitpunkt für den richtigen Patienten <i>Thomas Rosemann, Stefan Neuner, Leander Muheim</i>	827
	Innovation ja, aber wie? <i>Fabian Vaucher</i>	832
	Und was ist mit dem Patienten? <i>Babette Sigg</i>	838

Therapeutische Umschau

Ihr Artikel wurde in einer Zeitschrift des Hogrefe Verlages veröffentlicht. Wir freuen uns, diesen e-Sonderdruck der veröffentlichten Verlagsfassung für den persönlichen Gebrauch der Autoren, zur Weiterleitung an die Koautoren sowie zur Verwendung auf individuelle Nachfrage für private Zwecke und als Teil eines Forschungsantrages oder im Rahmen einer Abschluss- oder Doktorarbeit zur Verfügung zu stellen.

Sofern Sie Ihren Artikel auf einer persönlichen oder institutionellen Webseite, in einem institutionellen oder disziplinären Repository oder in wissenschaftlichen Netzwerken (scholarly communication networks, SCNs) hinterlegen möchten, verwenden Sie bitte die eingereichte Manuskriptfassung (vor peer review) oder die akzeptierte Manuskriptfassung (nach peer review) entsprechend den Richtlinien der Publikationsfreigabe für Ihren Artikel sowie den Nutzungsrichtlinien für Hogrefe-Zeitschriftenartikel (<http://hgf.io/nutzungsrichtlinien>).

Übersichtsarbeit



Medizin und Ökonomie – Freunde oder Feinde?

Urs Brügger

Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, ZHAW

Zusammenfassung: Das Gesundheitswesen boomt. Allerdings neigt das Schweizer Gesundheitssystem zu Überversorgung und Verschwendung. Gleichzeitig besteht in gewissen Gebieten Unterversorgung. Für beide Fehlentwicklungen wird gerne die „Ökonomisierung“ verantwortlich gemacht. Einerseits ist von falschen Anreizen und Kommerzialisierung die Rede, andererseits von übermässigem Sparen und Rationierung.

Gesundheit ist keine Ware, wie jede andere. Sie ist eines der wichtigsten Güter überhaupt. Es gibt gute ökonomische Gründe, warum das Gesundheitswesen nicht dem freien Markt überlassen wird. Damit das System auch ohne Marktmechanismus funktioniert, braucht es ökonomische Hilfskonstrukte, wie gesundheitsökonomische Evaluationsstudien und Tarife. Welche medizinischen Leistungen vergütet werden und wie hoch diese Vergütungen sind, ist von grosser Bedeutung. Leider haben diese Instrumente auch unerwünschte Nebenwirkungen.

Medizinische Leistungen sollen sich primär an medizinischer Notwendigkeit ausrichten und nicht an wirtschaftlichen Interessen. „Indikationsqualität“ ist eine entscheidende Voraussetzung, um eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung zu vermeiden. In einem zweiten Schritt ist es die Aufgabe der Leistungserbringer wirksame Leistungen effizient zu erbringen. Aus diesem Grund haben Ansätze wie „Lean Management“, welche in anderen Industrien längst erfolgreich eingesetzt werden, Eingang ins Gesundheitswesen gefunden.

„Value“ im Gesundheitswesen entsteht erst, wenn Patienten die richtige Versorgung erhalten und diese zudem auf effiziente Art und Weise erbracht wird. Erst dann sind die Kriterien „Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit“ erfüllt, die das Krankenversicherungsgesetz für die Vergütung von Leistungen vorschreibt. Das ist sowohl im Interesse der Patienten und der Gesellschaft als auch im Sinne der Medizin und Ökonomie.

Medicine and economy – friends or foes?

Abstract: The healthcare sector is booming. In many areas the Swiss health system tends to provide excessive medical care and, thus, generates overuse and waste. In others however, medical care is insufficient. „Economisation“ is often blamed for both misdevelopments. People talk about false incentives and commodification, but they also talk about excessive savings and rationing.

Health is not a commodity like any other. It is, beyond any doubt, one of the most important goods. There are good economic reasons why health care is not left to the free market. In order for the system to work without a market mechanism, economic tools, such as health-economic evaluations and tariffs are needed. It is of great importance which medical services are reimbursed and how high the reimbursement is. Unfortunately, these tools have also undesirable side effects.

Medical services should primarily focus on the medical necessity, not on economic interests. „Indication quality“ is an essential condition to avoid excessive, insufficient or inappropriate medical care. Secondly, the care providers must offer efficient services. This is why approaches such as „lean management“, which have long been used in other industries, have found their way into the healthcare sector.

„Value“ is only created in the healthcare sector if patients receive the appropriate medical care, and if the medical care, and if those services are provided in an efficient way. Only then the criteria of „effectiveness, appropriateness and cost-effectiveness“, stipulated by the Health Insurance law for the reimbursement of services are fulfilled. This is in the interest of both patients and society as well as in the spirit of medicine and economics.

Einführung

Das Verhältnis zwischen Medizin und Ökonomie ist kein einfaches. Immer wieder beklagen sich Mediziner über die „Ökonomisierung“ ihres Fachgebiets. Dieser Begriff impliziert, dass Ökonomie ein störender Eindringling in die Medizin ist und dass es die gute alte Zeit gab, in der Medizin

frei von ökonomischen Zwängen war. Nun, ganz so einfach ist die Sache nicht. Sobald für medizinische Leistungen, wie bspw. Arztkonsultationen, Spitalaufenthalte oder Medikamente, Geld fliesst, ist die Medizin ökonomisiert. Die Frage ist, wie das geschieht und was die Konsequenzen sind.

Ein ökonomischer Blick auf das Schweizer Gesundheitswesen zeigt, dass es sich um „Big Business“ und einen

äusserst dynamischen Wachstumsmarkt handelt [1]. Das jährliche Wachstum betrug über die letzten 100 Jahre mehr oder weniger konstant rund 4 % [2]. Konjunkturelle Entwicklung und bedeutende Veränderungen im Gesundheitswesen, wie etwa der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 1996, vermochten an diesem Wachstum nichts zu ändern. Im Jahr 2017 dürfte das Marktvolumen des Gesundheitswesens in der Schweiz bei rund CHF 80 Mrd, respektive 12 % des Bruttoinlandprodukts liegen. Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft ist enorm. Weit über 500'000 Personen sind darin beschäftigt, und diese Zahl wird weiter zunehmen. Gleichzeitig belasten die steigenden Gesundheitskosten sowohl private als auch öffentliche Haushalte immer mehr.

Das Credo lautet: Die Medizin sollte primär dem Wohl des Patienten dienen. Der „Eid des Hippokrates“ verlangt, dass der Arzt dem Patienten nur Dinge verordnet, die ihm nützen und die ihn vor Schaden und Unrecht bewahren. Die Kritik an der Ökonomisierung der Medizin bezieht sich im Grunde genommen auf ein Abweichen von diesem Ziel, wobei es sowohl um ein Zuwenig als auch ein Zuviel an Interventionen im Vergleich zum hippokratischen Ideal gehen kann. Es sind insbesondere Probleme von „Underuse“ oder „Overuse“ in der Gesundheitsversorgung, welche der Ökonomisierung der Medizin zugeschrieben werden [3]. Ist die Ökonomie als Wissenschaft hier ein Problem oder kann sie zum besseren Verständnis oder gar zur Lösung des Problems beitragen?

Ökonomie im Gesundheitswesen

Ökonomie hat mit Medizin unterschiedliche Berührungspunkte. Im Folgenden wird auf vier relevante Teilgebiete der Ökonomie, respektive ökonomischer Anwendungen im Gesundheitswesen, eingegangen: erstens auf die ökonomische Subdisziplin, die sich selber „Gesundheitsökonomie“ nennt; zweitens auf ökonomische Evaluationen und die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von medizinischen Leistungen; drittens auf Vergütungssysteme für medizinische Leistungen; und viertens auf betriebswirtschaftliches Denken und Handeln, wie den Einsatz von Managementprinzipien bei Leistungserbringern im Gesundheitswesen.

Gesundheitsökonomie

Ökonomie ist im Allgemeinen die Wissenschaft vom rationalen Umgang mit knappen Ressourcen. Für jede Volkswirtschaft stellen sich verschiedene zentrale Fragen. Welche Güter und Dienstleistungen sollen produziert werden? Mit welchen Ressourcen (Arbeit, Kapital, Boden) soll produziert werden? Wer soll diese Güter und Dienstleistungen

erhalten? Ökonomen sehen den Markt als effizienteste Lösung für das „Allokationsproblem“. Eine besondere Rolle kommt dabei den Preisen zu, die sich aufgrund von Angebot und Nachfrage frei bilden und dadurch für die Akteure zu einem Signal für relative Knappheit werden. Für das optimale Funktionieren eines Marktes sind allerdings eine Reihe von Voraussetzungen erforderlich, die in der Realität oft nicht gegeben sind. Seit geraumer Zeit schon befassen sich Ökonomen mit der Thematik des „Marktversagens“. Dieses tritt dann auf, wenn Märkte nicht so funktionieren, wie sie gemäss ökonomischem Modell eigentlich sollten.

Kenneth Arrow, Ökonom und Nobelpreisträger, gilt als einer der Begründer der Gesundheitsökonomie. Im Jahre 1963 hat er den Artikel „Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care“ veröffentlicht [4]. In diesem wegweisenden Papier legt der Autor dar, weshalb der Markt für Gesundheitsleistungen nicht mit anderen Märkten zu vergleichen ist. Im Zentrum seiner Argumentation steht die Unsicherheit. Unsicher ist, ob und wann ein Mensch erkrankt. Unsicher ist auch der Verlauf einer Krankheit. Der Krankheitsverlauf kann zur Heilung, zu bleibenden Beeinträchtigungen (und damit beispielsweise zum Verlust der Erwerbs- und somit der Einkommensfähigkeit) oder gar zum Tod führen. Unsicher ist nicht zuletzt auch der Behandlungserfolg einer medizinischen Intervention.

Der Arzt spielt im Gesundheitswesen eine Schlüsselrolle: er stellt die Diagnose und schlägt medizinische Interventionen vor. Arrow beschreibt sehr eindrücklich Merkmale des typischen Arztes und was von ihm erwartet wird. Aufgrund der Unsicherheit und der Tatsache, dass eine ärztliche Dienstleistung in dieser individuellen Situation nicht vorher getestet werden kann, spielt das Vertrauen in der Arzt-Patientenbeziehung eine übergeordnete Rolle. Der Patient (auch der mündige) hat in der Regel keine andere Wahl als seinem Arzt zu vertrauen. Demzufolge kommt der ärztlichen Empfehlung faktisch Entscheidungscharakter zu.

In einer Situation der Unsicherheit wird Information zu einem ausschlaggebenden Faktor. Das ökonomische Marktmodell setzt jedoch voraus, dass die Akteure vollständig und gleichmässig informiert sind. Beides ist im Gesundheitswesen nicht der Fall. Diese Informationsasymmetrie behindert das optimale Funktionieren des Gesundheitsmarkts. Der Arzt weiss (in der Regel)¹ mehr als der Patient. Arrow beschreibt dies so:

„Further, there is a special quality to the uncertainty; it is very different on the two sides of the transaction. Because medical knowledge is so complicated, the information possessed by the physician as to the consequences and possibilities of treatment is necessarily very much greater than that of the patient, or at least so it is believed by both parties. Further, both parties are aware of this informational inequality, and their relation is colored by this knowledge.“[4]

Informationsasymmetrien sind auch andernorts anzutreffen. Im Gesundheitswesen ist die ungleiche Wissens-

¹ Das trifft bei seltenen chronischen Krankheiten häufig nicht zu, da manche Patienten und ihre Angehörigen über die Jahre zu Experten für diese Krankheit werden und oft mehr darüber wissen, als die behandelnden Ärzte.

verteilung zwischen Anbieter und Konsument besonders offensichtlich. Arrows Überlegungen prägten die Entwicklung der „Principal-Agent-Theorie“ in der Ökonomie massgeblich. Dabei geht es um die Frage, ob ein Agent (der Arzt) im Sinne und im besten Interesse des Principals (der Patient) handelt. Die Frage ist nun, ob der Arzt als Anbieter medizinischer Leistungen in erster Linie die Interessen der Patienten verfolgt oder eigene, bspw. ökonomische Interessen. Oftmals ist die Rede von einer angebotsinduzierten Nachfrage: Der Arzt betreibt und verordnet übermässige Diagnostik und Therapie, da der Patient dies nicht beurteilen kann. Wie stark diese angebotsinduzierte Nachfrage tatsächlich ausgeprägt ist, bleibt bis heute aus wissenschaftlicher Sicht umstritten [5]. Fest steht: Regionen mit hoher Ärztedichte nehmen mehr medizinische Leistungen in Anspruch und generieren höhere Kosten im Vergleich zu Regionen mit tieferer Ärztedichte. Ob Regionen mit hoher Ärztedichte übertersorgt und Regionen mit tiefer Ärztedichte unterversorgt sind, ist schwer zu sagen. Nichtsdestotrotz haben starke regionale Unterschiede bei Behandlungsmustern gezeigt, dass die medizinische Versorgung nicht überall optimal sein kann und andere Faktoren einen Einfluss auf die Wahl von Diagnostik und Therapie haben.

Wieso hat die Schweiz die weltweit höchste Eingriffsrate bei Hüftgelenkersatz [6]? Weil die Schweiz ein reiches Land ist und sich eine gute Versorgung leisten kann? Oder weil hierzulande zu viel und zu rasch operiert wird? Vermutlich beides. Genau weiss es jedoch niemand. In der Schweiz ist bekannt, dass die Wahrscheinlichkeit eines elektiven Eingriffs nicht ausschliesslich vom Gesundheitszustand abhängig ist. Auch der Wohnort und der Versicherungsstatus haben einen Einfluss. Hinzu kommt, dass bei Zusatzversicherten gewisse Eingriffe deutlich häufiger stationär statt ambulant durchgeführt werden. Derartige Unterschiede können nicht medizinisch begründet sein.

Der Tessiner Gesundheitsökonom Domenighetti konnte bereits in den 1980er Jahren zeigen, dass Frauen aus Regionen mit hoher Dichte an Gynäkologen eher eine Hysterektomie (Entfernung der Gebärmutter) durchführen lassen als Frauen aus Regionen mit tiefer Gynäkologendichte [7]. Zudem spielen der sozioökonomische Status, der Versicherungsstatus sowie das Geschlecht des Arztes ebenfalls eine wichtige Rolle. So hatten beispielsweise Ehefrauen von Anwälten eine unterdurchschnittliche Hysterektomie-Prävalenz. Gynäkologinnen operierten weniger häufig als ihre männlichen Kollegen [8]. Ökonomen haben mit derartigen Studien schon sehr früh darauf hingewiesen, welche problematischen Einflüsse nicht-medizinische Faktoren auf die medizinische Versorgung haben können.

Insgesamt ist das Schweizer Gesundheitssystem so ausgestaltet, dass es eher zu Über- als zu Unterversorgung neigt. Zwischen den Kantonen existieren grosse Kostenunterschiede. Kosten sind das Produkt aus Menge und Preis und so stellt sich die Frage, ob diese regionalen Unterschiede und die Kostensteigerungen über die Zeit durch Preise oder Mengen getrieben sind. Neuere Untersuchungen haben klar gezeigt, dass Mengenunterschiede regio-

nale Unterschiede erklären. Die Mengenausweitung erklärt auch die Kostensteigerungen über die Zeit [9].

Ein weiterer kostentreibender Faktor ist der sog. Moral Hazard. Arrow hat in seinem Artikel auch für die Versicherungsökonomie bahnbrechende Arbeit geleistet, als er dieses Konzept in die ökonomische Theorie einführte [4]. Sobald Menschen Versicherungsschutz geniessen, besteht ein Anreiz sich „riskanter“ zu verhalten. Ist eine Person versichert, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit eines Schadens (ex ante Moral Hazard). Aber auch die Schadenshöhe ist durch den Versicherungsschutz negativ beeinflusst (ex post Moral Hazard). Das alles gilt für jegliche Versicherungen, Kranken- und Unfallversicherungen inklusive. In praktisch allen Industrieländern sind Menschen gegen Kostenfolgen einer Krankheit geschützt, entweder durch eine obligatorische Krankenversicherung oder durch ein staatliches Gesundheitssystem. Die Höhe der Behandlungskosten (ex post Moral Hazard) wird dadurch für den Patienten quasi irrelevant, da die Kosten nicht selbst getragen werden müssen.

In den 1970er Jahren haben Ökonomen den Zusammenhang zwischen Kostenbeteiligung und Konsum von medizinischen Leistungen untersucht. Das „Rand Health Insurance Experiment“ hat gezeigt, dass eine Kostenbeteiligung in der Krankenversicherung die Nachfrage nach medizinischen Leistungen senkt. Franchise und Selbstbehalt, wie sie die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) in der Schweiz kennt, sind eine Folge dieser ökonomischen Erkenntnisse. Seit jenem Experiment gibt es allerdings eine grosse Unsicherheit darüber, ob die Kostenbeteiligung den „Overuse“ medizinischer Leistungen einschränkt oder den Verzicht auf nützliche Leistungen herbeiführt. Befürchtungen wurden laut, dass hohe Kostenbeteiligung für Personen mit tiefem Einkommen und für chronisch Kranke zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen kann [10].

Diese Frage konnte in den USA im Zuge der Einführung von Obamacare weiter untersucht werden. Im Jahr 2008 wurden in Oregon in einer Lotterie 10'000 Medicare Versicherungen an Arme ohne Krankenversicherung vergeben. Der Konsum von medizinischen Leistungen und der Gesundheitszustand von Personen mit Versicherung wurde in einer randomisiert-kontrollierten Studie mit solchen verglichen, welche zwar an der Lotterie teilnahmen, aber keine Versicherung erhielten. Die Studie ergab, dass die Versicherung nach zwei Jahren zu keiner statistisch signifikanten Verbesserung des gemessenen Gesundheits-Outcomes führte. Hingegen kam es zu einer erhöhten Nutzung von Gesundheitsleistungen, einer höheren Rate von Diabetes-Erkennung und -Management, einer niedrigeren Rate an Depressionen sowie geringerer finanziellen Belastungen [11]. Über den Zeitraum von zwei Jahren konnten Wissenschaftler nicht eindeutig bestätigen, dass Versicherungsdeckung bei ärmeren Menschen zu einem eindeutig besseren Gesundheitszustand führt. Auch nach diesem Experiment lässt sich nicht abschliessend sagen, ob Kostenbeteiligungen per Saldo nützlich oder schädlich sind. Das lässt die Ver-

mutung zu, dass es auf die konkrete Ausgestaltung eines solchen Instruments ankommt.

Als Zwischenfazit lässt sich festhalten: Es gibt gute ökonomische Gründe, weshalb die Gesundheitsversorgung in weiten Teilen nicht als freier Markt organisiert wird. Neben der Begründung, dass Märkte für medizinische Leistungen „nicht richtig funktionieren“, gibt es noch einen zweiten Grund, weshalb der Staat in den Gesundheitsmarkt eingreift. Gesundheit ist ein besonderes Gut. Gesundheit ist die Voraussetzung für andere Aktivitäten: für Arbeit, Freizeit, Sport oder soziale Aktivitäten. Seit Bismarck, der 1883 in Deutschland die erste staatliche Krankenversicherung einführte, ist Gesundheit in allen Industrieländern zu einer staatlichen Angelegenheit geworden. Die Schweiz wie auch andere Industrieländer verfolgen drei wichtige Ziele: erstens eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung; zweitens einen guten Zugang und drittens eine nachhaltige Finanzierung.

Die Wirkungsevaluation des KVG kam wenig überraschend zum Schluss, dass in der Schweiz die beiden ersten Ziele (Qualität und Solidarität) gut realisiert werden konnten. Das Ziel der Wirtschaftlichkeit wurde jedoch verfehlt [12].

Der fehlende Marktmechanismus in der Gesundheitsversorgung hat demzufolge Vor- und Nachteile. Die solidarische Finanzierung führt dazu, dass der Zugang zu Gesundheitsleistungen unabhängig von den ökonomischen Möglichkeiten für alle Patienten gegeben ist. Der Nachteil ist jedoch, dass der Patient im Moment des Konsums nichts für die Leistungen bezahlt und Kosten-Nutzen-Überlegungen, wie sie auf Märkten durch Konsumenten stattfinden, für den Patienten wegfallen. Die Problematik von „Overuse“ beispielsweise steht in direktem Zusammenhang mit diesem Konsumentenverhalten. Die Kostenfolgen eines „Schadens“ können dank der Versicherung auf die Allgemeinheit abgewälzt werden. Es können sich auch keine wirklichen Preise bilden und dadurch fehlen Signal- und Anreizwirkungen weitestgehend.

In der Gesundheitsökonomie werden ökonomische Theorien und Konzepte auf das Gesundheitswesen angewendet, um so die Medizin aus ökonomischer Perspektive besser verstehen und erklären zu können. Ökonomische Überlegungen zeigen, dass Einschränkungen des Gesundheitsmarktes sinnvoll sind. Die Konsequenz davon ist jedoch ein Bedarf an ökonomischen Instrumenten, die den fehlenden Markt ersetzen.

Wichtige Beispiele für solche Instrumente sind gesundheitsökonomische Evaluationen und Tarife, ökonomische Hilfskonstrukte sozusagen. Sie setzen am fehlenden Markt und bei den fehlenden Preisen an. Diese praktischen ökonomischen Anwendungen haben direkte Konsequenzen auf den medizinischen Alltag.

Gesundheitsökonomische Evaluationen und die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von medizinischen Leistungen

Eine wichtige Frage lautet: Was kommt in den Leistungskatalog und zu welchem Preis? Das Krankenversiche-

rungsgesetz schreibt in Artikel 32 vor, dass alle durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) finanzierten Leistungen „wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich“ sein müssen. Das letzte dieser so genannten WZW-Kriterien ist ein ökonomisches und bedeutet, dass das Kosten-/Nutzenverhältnis von medizinischen Leistungen angemessen sein muss. Schon die Botschaft zum KVG aus dem Jahr 1991 hält dies fest; das bedeutet aber nicht, „dass kostspielige Massnahmen von der Leistungspflicht ausgenommen sind“ [13]. Wirtschaftlich bedeutet nicht kostengünstig. Es geht vielmehr um „Value for Money“ und nicht per se um tiefe Kosten [14].

Im Bereich des OKP-Leistungskatalogs werden die WZW-Kriterien und damit auch das Kosten-/Nutzenverhältnis in einem sogenannten HTA-Prozess überprüft. HTA steht für „Health Technology Assessment“ und bezeichnet das systematische Zusammentragen der besten verfügbaren Evidenz. Diese dient als Entscheidungsgrundlage für Vergütungsentscheide im Gesundheitssystem. In der Schweiz geschieht dies ausnahmslos für neue Medikamente. Analysen, Mittel und Gegenstände müssen pro Produkttyp auf die WZW-Kriterien überprüft werden. Bei ärztlichen Leistungen (Diagnostik und Therapie) wird angenommen, dass diese grundsätzlich wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Das sogenannte „Vertrauensprinzip“ zeigt, welche Sonderstellung Ärzte im Schweizerischen Gesundheitswesen innehaben. Ärztliche Leistungen werden nur in einem HTA-Prozess überprüft, wenn sie als umstritten gelten.

In der Schweiz führt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) den Auslandspreisvergleich (APV) und den therapeutischen Quervergleich (TQV) für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Medikamenten durch. Der APV umfasst einen Preisvergleich von neun europäischen Ländern. Beim TQV wird der Patientennutzen eines neuen Medikaments mit anderen bisher vergüteten Medikamenten verglichen. Die Erkenntnisse daraus ergeben die Verhandlungsgrundlage zwischen BAG und der Herstellerfirma. Das BAG verlangt von den Herstellerfirmen hingegen keine gesundheitsökonomische Evidenz, die in Ländern wie England, Schweden, Niederlande, Kanada oder Australien zwingend vorgeschrieben sind. Diese sogenannten „Cost-Utility Studies“ beschreiben und quantifizieren das Kosten-/Nutzenverhältnis. Dabei werden Mehrkosten und Mehrnutzen einer neuen medizinischen Leistung (z.B. eines neuen Medikaments) mit dem bisherigen „Standard of Care“ verglichen. Als Resultat wird dann ermittelt, wie viel ein zusätzlich gewonnenes qualitätsbereinigtes Lebensjahr (QALY) kostet. Solche Studien dienen in vielen Ländern als wichtige Informationsquelle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit.

Das Wirtschaftlichkeitskriterium und die Verwendung solcher gesundheitsökonomischen Evaluationsstudien führen immer wieder zu grossen Diskussionen über Ethik im Gesundheitswesen. Wirtschaftlichkeit bedeutet, dass Rationierung aufgrund ökonomischer Kriterien möglich ist, auch in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem. Rationierung wird in diesem Zusammenhang oft als unethisch bezeichnet. Unsere Ressourcen sind aber be-

grenzt. Ausgaben für eine medizinische Leistung gehen immer auf Kosten einer anderen Leistung, schlimmstenfalls für ein nützliches Gut. Es geht also um „Opportunitätskosten“. Ökonomen ziehen deshalb die Begriffe „Priorisierung“ oder „Ressourcenallokation“ dem Begriff „Rationierung“ vor. Die Forderung nach Verzicht auf Rationierung bedeutet letztlich nichts anderes, als dass sämtliche Gesundheitsleistungen bezahlt werden, unabhängig von ihrem Kosten-Nutzen-Verhältnis und unabhängig von den Opportunitätskosten für die Gesellschaft. Dem entgegengesetzt lässt sich argumentieren, dass in einem solidarisch finanzierten System eine derartige Forderung nicht legitim ist, da die Ressourcen nicht unendlich sind.

Exemplarisch dafür ist das wegweisende „Myozyme-Urteil“ des Bundesgerichts aus dem Jahr 2010. Dabei ging es um ein Medikament für die seltene Stoffwechselkrankheit „Morbus Pompe“, bei welchem sehr hohe Kosten (rund CHF 500'000 pro Jahr) einem vergleichsweise bescheidenen Nutzen gegenüberstehen. Dieses Medikament war zu jenem Zeitpunkt noch nicht auf der Spezialitätenliste der vergütungspflichtigen Medikamente aufgeführt, weshalb die Krankenversicherung der klagenden Patientin die weitere Zahlung nach einem halben Jahr verweigerte, und zwar mit der Begründung der mangelnden Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 32 KVG. Das Bundesgericht gab der Krankenversicherung schliesslich recht und argumentierte, dass der therapeutische Nutzen stets im Verhältnis zum Preis zu beurteilen sei: „Je höher der Nutzen ist, desto höhere Kosten sind gerechtfertigt“ [15].

Ausserdem argumentierte das Bundesgericht mit der Knappheit und Rechtsgleichheit. Im Urteil schreibt es:

„Würde bei der Beschwerdegegnerin ein solcher Aufwand betrieben, wäre im Lichte der Rechtsgleichheit (...) kein Grund ersichtlich, allen anderen Patienten in vergleichbarer Lage einen gleichen Aufwand zu verweigern. Dadurch entstünden jährliche Kosten von rund 90 Mrd. Franken. Das ist rund das 1,6-Fache der gesamten Kosten des Gesundheitswesens (...) oder etwas mehr als 17 % des gesamten Bruttoinlandprodukts der Schweiz (...). Die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist offensichtlich nicht in der Lage, für die Linderung eines einzigen Beschwerdebildes einen derartigen Aufwand zu bezahlen. Ist der Aufwand nicht verallgemeinerungsfähig, so kann er aus Gründen der Rechtsgleichheit auch im Einzelfall nicht erbracht werden.“ [15]

Und dann an anderer Stelle:

„Wo staatlich administrierte Güter nicht unbegrenzt zur Verfügung stehen, ist eine möglichst rechtsgleiche Verteilung anzustreben; es soll vermieden werden, dass die einen alles oder sehr viel und die anderen nichts oder fast nichts erhalten.“ [15]

Auch wenn diese Argumentation aufgrund der fragwürdigen hypothetischen Verallgemeinerung gewisse Schwächen hat, wird das Urteil von namhaften Juristen als „Jahrzehnteentscheid“ bezeichnet [16]. Bemerkenswert ist, dass das Bundesgericht sehr heikle Fragen aufgenommen hat, welche die Politik bisher vermied. Dabei geht es letztlich um den Kern des ökonomischen Denkens: Da Knappheit existiert, muss haushälterisch mit den Ressourcen umgegangen werden.

Obwohl in der Schweiz für die Beurteilung der Vergütungspflicht bei neuen Medikamenten die Einreichung gesundheitsökonomischer Evaluationsstudien nicht zwingend verlangt wird, spielen sie indirekt über APV und TQV ins Schweizerische System hinein. Pharmakonzerne agieren global, ihr Pricing orientiert sich am globalen Markt. Gewisse Länder wie England wenden festgelegte Schwellenwerte an. Das führt dazu, dass Preise entsprechend darauf ausgerichtet werden. Pharmafirmen nennen dies „Value based pricing“ und das geht prinzipiell in die von Ökonomen empfohlene Richtung, nämlich bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis zu achten.

Doch die jüngere Vergangenheit hat gezeigt, dass auch dieser Ansatz in gewissen Fällen zu grossen Problemen für die Gesundheitssysteme führen kann. Entsprechend der Logik des Value based pricing wurden nämlich die Preise für die neuen hoch wirksamen Hepatitis C Medikamente von den Pharmafirmen festgesetzt. Der Preis wurde von der Pharmafirma in der Schweiz zunächst auf rund CHF 60'000 pro Behandlung angesetzt. Da jedoch die Prävalenz von Hepatitis C in der Schweiz mit ungefähr 1 % vergleichsweise hoch ist, wurde die finanzielle Tragbarkeit für das System, der sogenannte „Budget Impact“, zum Problem. In der Schweiz reagierte das Bundesamt für Gesundheit mit einer Entsprechenden „Limitatio“: Die Vergütungspflicht ist auf Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung beschränkt. Damit versuchte das BAG, die Menge und somit den Budget Impact zu begrenzen. Dieser Entscheid warf grosse ethische Fragen auf.

Die hohen Preise geben nicht nur in der Schweiz zu reden, auch andere Länder reagierten [18]. Die neuen Hepatitis-C-Medikamente entfachten eine Wertediskussion über Patientennutzen und Medikamentenpreise, die bis heute nicht abgeschlossen ist. Das amerikanische Institute for Clinical and Economic Review schlägt einen vielversprechenden Lösungsansatz vor. Es definiert zwei Arten von „Value“. Einerseits Value für den Patienten („care value“). Dieser Wert entspricht dem Kosten-Nutzen-Verhältnis. Andererseits Value für das Gesundheitssystem („health-system value“). Dieser Wert bezieht sich auf die Erschwinglichkeit („affordability“). In diesem Ansatz werden Kosten-Nutzen-Verhältnisse und Budget Impact gleichermaßen berücksichtigt [19].

In der Schweiz beabsichtigt der Bundesrat mit dem Programm „Gesundheit 2020“ das HTA als eine von 36 Massnahmen zu stärken [20]. Dabei geht es um die Überprüfung des Leistungskatalogs nach WZW-Kriterien. Es sollen nicht nur neu hinzukommende Leistungen überprüft werden, sondern auch bestehende, idealerweise in regelmässigen Abständen. Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von medizinischen Leistungen ist somit immer ein wichtiges Element. Nur werden die bisher dafür zur Verfügung stehenden ökonomischen Evaluationsmethoden, Kosten-Wirksamkeits-Analyse und Budget-Impact-Analysen, nicht systematisch angewandt. Diese Methoden haben nämlich auch Schwächen. Speziell das QALY-Konzept wirft zahlreiche methodische und ethi-

sche Fragen auf [21]. Die Einsicht, dass Ressourcen im Gesundheitswesen limitiert sind, fällt nebst Leistungserbringern, auch Politikern und der Schweizer Bevölkerung schwer. Da Rationierung letztlich unvermeidlich ist, braucht es deshalb klare Prozesse sowie Methoden und Kriterien – auch ökonomische – für ein faires und transparentes Vorgehen.

Vergütungssysteme

Gesundheitsleistungen sind grösstenteils dem Marktprinzip entzogen. Preise als Signal für Knappheit entfallen. Damit verliert ein wichtiger Steuerungs- und Koordinationsmechanismus seine Wirkung, denn Preise müssen im Gesundheitswesen zu einem grossen Teil durch Tarife ersetzt werden. Tarife werden in der Schweiz auf verschiedene Art und Weise festgelegt: im Bereich Medikamente durch den Bund; im Bereich der Spital- und Arzttarife durch Verhandlungen zwischen Vertragsparteien (z. B. Spital- und Arzttarife); oder im Falle, dass sich die Parteien nicht einig werden durch kantonale Behörden.

Tarife setzen Anreize, ebenso wie Preise. Der Unterschied ist, dass sie nicht durch das Spiel von Angebot und Nachfrage bestimmt sind und deshalb „falsche Signale“ geben können. Tarifsysteme neigen deshalb dazu, Anreize zu „Overuse“ oder „Underuse“ zu setzen. Das perfekte Tarifsystem gibt es nicht, denn es gibt dafür widersprüchliche Anforderungen. Geruso und McGuire nennen das „Fit“ und „Power“ [22]. Fit beschreibt wie gut ein Tarifsystem die effektiven Kosten abbildet. Power beschreibt wie stark die Vergütung steigt, wenn der Leistungserbringer Mehrkosten generiert. Ein gutes Tarifsystem hätte idealerweise beide Eigenschaften, dass einerseits Kosten möglichst gut abgebildet sind (=Fit) und dass andererseits Mehrkosten nicht einfach an den Kostenträger überwält werden können (=Power).

Existierende Vergütungssysteme haben entweder einen hohen Fit mit geringer Power oder umgekehrt. Systeme mit Einzelleistungsvergütung („fee for service“) sind ein Beispiel für einen hohen Fit, aber wenig Power. Sie bilden zusätzliche Kosten relativ gut ab, haben jedoch Anreize zu viele Leistungen zu generieren. Mehrkosten können überwält werden. Es entsteht ein Anreiz zur Überversorgung. Ein Capitation System, bei dem der Leistungserbringer aufgrund der Morbidität der Versicherten eine fixe Vorabentschädigung erhält, hat eine sehr hohe Power aber einen geringen Fit. Mehrkosten für zusätzliche Leistungen werden in diesem Vergütungssystem nicht abgegolten. Es entsteht ein Anreiz zur Unterversorgung.

Deshalb versucht man Vergütungssysteme einzusetzen, die einen Kompromiss zwischen den beiden Eigenschaften Fit und Power darstellen. Das Fallpauschalensystem DRG ist ein solcher Kompromiss. Jeder Fall wird zusätzlich abgegolten (hoher Fit und geringe Power). Zusätzliche Leistungen für einen bestimmten Fall werden aber nicht separat abgegolten (hohe Power und geringer Fit). Das System wurde als lernendes System eingeführt. Die Fallgewichte werden jährlich auf Basis effektiver Kosten neu berechnet und so aktuell gehalten.

Das Fallpauschalensystem ist nicht perfekt und der Aufwand ist beachtlich. Doch die Befürchtungen, dass Fallpauschalen zu einer Verschlechterung der Behandlungsqualität führen, haben sich nicht bestätigt. Auch die mehrjährige Erfahrung mit Fallpauschalen im Ausland konnten keine negativen Auswirkungen auf die Behandlungsqualität nachweisen. Allerdings führte deren Einführung auch nicht zur erhofften Kostendämpfung [23].

Fest steht: Vergütungssysteme haben einen wesentlichen Einfluss auf die Erbringung von medizinischen Leistungen und somit auf Qualität und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens. Welches das beste Tarif- oder Vergütungssystem ist, bleibt umstritten. Aktuelle Beispiele aus der Schweiz sind die bisher gescheiterte Einführung eines revidierten Vergütungssystems für ambulante ärztliche Leistungen (Tarmed) und die hitzig geführten Diskussionen um die Einführung eines neuen Systems für die stationäre Psychiatrie (Tarpsy). Diese Erfahrungen haben gezeigt, wie schwierig es ist, solche Systeme auszugestalten, die im Sinne der Ziele des Gesundheitssystems wirken und zudem auf genügend Akzeptanz bei den Akteuren stossen.

Auch international gibt es verschiedene Versuche, neue Vergütungssysteme zu entwickeln, die zieldienlichere Anreize haben. Grosse Hoffnungen hegen sogenannte „Pay for performance“ Systeme. Diese sollen Leistungserbringer für die Erreichung bestimmter Qualitätsziele und nicht für erbrachte Leistungen belohnen. Solche Systeme sind aus ökonomischer Sicht auf den ersten Blick vielversprechend und sie wurden in verschiedenen Ländern bereits eingesetzt. Allerdings ist auch darüber in der Zwischenzeit Ernüchterung eingekehrt [24].

Aufgrund ihrer zentralen Funktion in solidarisch finanzierten Gesundheitssystemen lohnt es sich, weiterhin an der Entwicklung neuer Vergütungssysteme zu arbeiten, diese in der Praxis zu testen sowie deren Auswirkung auf Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zugangsgerechtigkeit genau zu evaluieren.

Betriebswirtschaftliches Denken und Handeln

Die Fallpauschalen wurden per Anfang 2012 im Zuge der „neuen Spitalfinanzierung“ in der Schweiz eingeführt. Eines der Ziele der neuen Spitalfinanzierung war es, den Wettbewerb zwischen den Spitälern zu stärken. Der Spitalmarkt in der Schweiz hat sich damit verändert. Auch öffentliche Spitälern begannen sich als wirtschaftliche Betriebe auszurichten. Die öffentliche Hand darf die Defizite ihrer Spitälern nicht mehr decken. Somit verhindert die neue Regelung, dass der Wettbewerb zwischen öffentlichen und privaten Spitälern verzerrt wird. Alle Spitälern sind nun gezwungen, profitabel zu sein. Dabei reicht es nicht, nur den laufenden Betrieb zu finanzieren. Auch die hohen Investitionen in Gebäude und Geräte müssen über eine entsprechende Rendite erwirtschaftet werden [25].

Grundsätzlich gibt es zwei Möglichkeiten, die Rentabilität eines Spitals zu steigern. Einerseits kann das Spital seine Kosten senken und andererseits den Umsatz erhöhen. In der Regel verfolgen Spitälern beide Strategien.

Um Reputationsschäden vorzubeugen, vermeiden Spitäler Kosten durch Qualitätseinbussen zu senken. Der vielversprechendste Weg ist jener über eine Verbesserung der Prozesse. Wer die gleichen Resultate mit weniger Kosten erzielen kann, steigert seinen Gewinn und hat einen Vorteil im Wettbewerb. Das „Lean Management“ hat in der Industrie Schule gemacht und findet seit einigen Jahren auch unter die Schweizer Spitäler Anwendung [26]. Spitäler eliminieren und verbessern Prozesse und Prozessschritte, die für den Kunden oder Patienten keinen genügenden Mehrwert generieren. Im Gegensatz zum klassischen und häufig kritisierten Ansatz des „Scientific Management“ von Frederick Taylor sollen hier die Mitarbeitenden selber in die Verbesserung der Prozesse involviert werden. Im Lean-Ansatz gilt die Mitarbeitenden-Zufriedenheit als wichtiger Faktor für Produktivität und Qualität.

Vor der Einführung der Fallpauschalen befürchteten Experten, dass sich der Anreiz zur Kostensenkung und vor allem auch zur Senkung der Aufenthaltsdauern in Spitälern negativ auf die Behandlungsqualität auswirken könnte. Eine Senkung der Aufenthaltsdauer ist heute Realität. Dennoch bleibt unklar, ob das Fallpauschalen-System oder der technologische Fortschritt in der Medizin für diesen Trend verantwortlich ist. Fest steht: die befürchteten Qualitätsprobleme haben sich nicht eingestellt [23].

Andere Untersuchungen hingegen zeigen, dass mit Einführung der Fallpauschalen die Spitäler versuchen ihre Fallzahlen zu erhöhen, um den Umsatz zu steigern. Spitäler bemühen sich heute mehr um die Akquisition von Patienten als früher. Das „Zuweisermanagement“ ist wichtiger geworden. Ausserdem realisieren Spitäler, dass die Patientenzufriedenheit wichtig ist. Qualität ist heute weit mehr als nur der Behandlungserfolg [28].

Diese Entwicklungen haben zur Folge, dass effizientere Prozesse und bewussteres Kostenmanagement einen Beitrag zur effizienteren besseren Nutzung der Ressourcen leisten, ohne die Qualität zu gefährden. Allerdings löst der verstärkte Wettbewerb um Patienten massive Investitionen aus, insbesondere in Bereich der Spitalimmobilien und Spitzentechnologie, was mit problematischen Überkapazitäten einhergehen kann [29]. Die Betriebswirtschaftslehre zeigt, dass solche Investitionen aufgrund der damit verbundenen Fixkosten umso rentabler werden, je besser sie ausgelastet sind. Es droht ein Konflikt zwischen einer betriebswirtschaftlichen und einer medizinischen, respektive volkswirtschaftlichen Logik.

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat in ihrem Positionspapier „Medizin und Ökonomie – wie weiter?“ auf dieses Konfliktpotenzial hingewiesen:

„Konflikte können ebenso auf der Managementebene auftreten, wenn betriebswirtschaftliche Interessen mit volkswirtschaftlichen Zielen kollidieren. So mag zum Beispiel ein stationärer Aufenthalt für das Gesundheitswesen teurer (und für den Patienten belastender und risikoreicher) sein, aber für das Spital lukrativer. Andererseits gibt es auch Patienten-

gruppen, die im jetzigen DRG-System unterfinanziert sind (z.B. demenzkranke, polymorbide Menschen) und deren Hospitalisation damit gerne vermieden bzw. unter ungebührlichen Qualitätseinbussen verkürzt wird“ [3].

Die effiziente Erstellung medizinischer Leistungen alleine reichen für eine gute medizinische Versorgung nicht aus. Eine wichtige Frage lautet: welche Leistungen sind überhaupt notwendig? Peter Drucker, der berühmte Pionier der modernen Managementlehre, hat die Begriffe Effektivität von Effizienz unterschieden. Er schreibt:

„It is fundamentally the confusion between effectiveness and efficiency that stands between doing the right things and doing things right. There is surely nothing quite so useless as doing with great efficiency what should not be done at all“ [30].

Für die Effektivität („doing the right things“) beschränken sich Ärzte und Health Professionals auf das Notwendige. Das Management widmet sich der Effizienz („doing the things right“). Diese Aufteilung der beiden Funktionen war auch Robert Fetter, dem Erfinder der DRGs, ein Anliegen. Mit den DRGs wollte er ein Management-Instrument schaffen, das mit den DRG Kategorien eigentliche „Produktdefinitionen“ schafft. Diese sollten näher am medizinischen Verständnis sein als früher verwendete Management-Kenngrößen, wie Anzahl Operationen oder Pflage tage [31]. Erst später wurden die DRGs dann als Finanzierungsinstrumente eingesetzt.

Medizin und Ökonomie arbeitet idealerweise mit dem Ziel Hand in Hand, eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, die für alle zugänglich und nachhaltig finanzierbar ist. Von diesem Ziel sind wir hingegen noch weit entfernt.

Schlussfolgerungen

Die moderne Gesellschaft profitiert vom Gesundheitswesen. Es ist ein wachsender Sektor, der für unsere Volkswirtschaft und für die Wohlfahrt der Menschen einen bedeutenden Beitrag leistet. Allerdings neigt ein Gesundheitssystem wie das unsere zu Überversorgung und Verschwendung. Das heisst nicht, dass nicht auch gleichzeitig Gebiete (und zwar regional und fachspezifisch verstanden) von Unterversorgung bestehen können.

Gesundheit ist keine Ware wie jede andere. Sie ist eines der wichtigsten Güter überhaupt. Es gibt gute ökonomische Gründe, warum das Gesundheitswesen nicht dem freien Markt überlassen wird. Damit das System funktioniert, braucht es ökonomische Hilfskonstrukte, wie gesundheitsökonomische Evaluationsstudien und Tarife. Welche medizinischen Leistungen vergütet werden und wie hoch deren Kosten sind, ist von grosser Bedeutung.

Solche Hilfskonstrukte auch unerwünschte Nebenwirkungen. Sowohl gesundheitsökonomische Evaluationen als auch Tarifsysteme sind noch verbesserungsfähig, sowohl was deren Methodik als auch deren Einsatz betrifft. Es muss für die Weiterentwicklung des Systems, für die Implemen-

tierung und für sorgfältige Evaluation ausreichend Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Zudem braucht es dazu den politischen Willen, diese in Richtung einer nachhaltigen Medizin weiterzuentwickeln und zu verbessern [32].

Medizinische Leistungen sollen sich primär an medizinischer Notwendigkeit ausrichten und nicht an wirtschaftlichen Interessen. „Indikationsqualität“ spielt dabei eine grosse Rolle. Hier geht es um die Frage, ob eine medizinische Intervention angemessen und notwendig ist. Im Zentrum steht also die Effektivität. Neben dem „doing the right things“ ist dann ein „doing the things right“ ein entscheidender zweiter Schritt. Effizienz gehört ebenso dazu. Indikationsqualität bedeutet, das Richtige für den richtigen Patienten im richtigen Setting zu tun und das effizient. Um eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung zu vermeiden, ist die Indikationsqualität eine entscheidende Voraussetzung, auch für eine erfolgreiche Umsetzung der WZW-Kriterien. Die Indikationsqualität ist somit der Schlüssel zu Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

„Die korrekte Indikationsstellung gehört zu den vorrangigen ärztlichen Aufgaben“, sagt die Schweizerische Ärztesellschaft FMH [33]. Doch den Ärzten bei Problemen die Schuld zu zuschieben, greift zu kurz. Der ökonomische Druck und die finanziellen (Fehl-) Anreize sind vielfach zu stark. Ebenso befürchten Ärzte juristische Konsequenzen. Erforderlich sind deshalb bessere finanzielle Anreize, mehr Versorgungsforschung und ein offener Dialog über die Indikationsqualität. Letztlich sind auch gewisse Kontrollen unumgänglich.

Weiter sind auch „weiche“ Faktoren entscheidend. Wie der Ökonom Arrow zeigt, ist das Vertrauen zwischen Arzt und Patienten besonders wichtig. Patienten erwarten ein Verhalten von ihrem Arzt, das sich auf den Behandlungserfolg auswirkt [4].

Wenn die Ökonomisierung eine übermässige Kommerzialisierung mit sich bringt, ist das Berufsethos des Arztes in Gefahr. Ökonomische Instrumente sollten die ärztliche Identität und Kultur unterstützen und nicht unterwandern. Patienten wünschen sich nebst Vertrauen auch den Einbezug ökonomischer Überlegungen bei ihrer Behandlung. Patienten möchten über Leistungen mit zweifelhaftem Nutzen oder fraglichem Kosten-Nutzen Verhältnis informiert werden. „Value“ bedeutet Gesundheits-Outcomes pro Geldeinheit. Die konsequente Umsetzung der WZW-Kriterien ist im Interesse der Patienten und der Gesellschaft. Es ist der Schlüssel zu einer nachhaltigen Medizin.

Ivan Illich, der grosse Kritiker der modernen Gesundheitsversorgung, hat auf die Gefahren der Medikalisierung hingewiesen [34]. Damit meint er, dass immer mehr Lebensbereiche, die vorher ausserhalb der Medizin standen, der Medizin unterworfen werden. Medikalisierung ist insofern auch das Ergebnis einer problematischen Ökonomisierung der Medizin. Die Medizin hat sich zu einem gigantischen Geschäftsfeld entwickelt, geprägt von Profit- und Umsatzstreben. Illich betont, dass der Mensch letztlich Schmerz, Krankheit und Tod ausgeliefert ist. Diesen Kampf wird er immer verlieren, egal wie viel Geld er dafür ausgibt.

Literatur

1. Oberender P, Hebborn A, Zerth J (2010) Wachstumsmarkt Gesundheit. UTB GmbH.
2. Beck, Konstantin (2016) Wie entwickeln sich die Kosten, wenn wir uns weiter durchwursteln?
3. SAMW (2014) Medizin und Ökonomie – wie weiter? <http://www.samw.ch/de/Publikationen/Positionspapiere.html>. Accessed 20 Dec 2016.
4. Arrow KJ (1963) Uncertainty and the welfare economics of medical care. *J Health Polit Policy Law* 26: 851 – 883.
5. Breyer F, Zweifel P, Kifmann M (2012) Gesundheitsökonomik. Springer-Verlag.
6. OECD (2015) Health at a Glance 2015 – OECD Indicators. <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>. Accessed 21 Jan 2016.
7. Domenighetti G, Luraschi P, Casabianca A, Pedrinis E, Spinelli A (1984) [Prevalence of hysterectomy and cancer of the uterus in the population of Tessin canton]. *Soz Präventivmed* 29: 178 – 179.
8. Domenighetti G, Casabianca A (1997) Rate of hysterectomy is lower among female doctors and lawyers' wives. *BMJ* 314: 1417.
9. Schleiniger R (2014) Health care cost in Switzerland: Quantity- or price-driven? *Health Policy* 117: 83 – 89.
10. Cherner ME, Newhouse JP (2008) What does the RAND Health Insurance Experiment tell us about the impact of patient cost sharing on health outcomes? *Am J Manag Care* 14: 412 – 414.
11. Baicker K, Taubman SL, Allen HL, Bernstein M, Gruber JH, Newhouse JP, Schneider EC, Wright BJ, Zaslavsky AM, Finkelstein AN (2013) The Oregon Experiment – Effects of Medicaid on Clinical Outcomes. *N Engl J Med* 368: 1713 – 1722.
12. Greppi S, Strüwe W, Rossel R (1998) Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens: Bericht des Bundesamtes für Statistik zuhanden des Bundesamtes für Sozialversicherung, erstellt im Rahmen der Wirkunsanalyse KVG. EDMZ, Bern.
13. Bundesrat (1991) Bundesamt für Gesundheit – Botschaften des Bundesrates. <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/13058/?lang=de>. Accessed 31 Mar 2016.
14. Porter ME (2010) What Is Value in Health Care? *N Engl J Med* 363: 2477 – 2481.
15. Bundesgericht (2010) 136 V 395 (“Myozyme Entscheid”). http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?lang=de&zoom=&type=show_document&highlight_docid=atf%3A%2F%2F136-V-395%3Ade. Accessed 2 Jan 2017.
16. Poledna T, Tschopp M (2011) Der Myozyme-Entscheid des Bundesgerichts: Ethik, Rationierung und Grenzen der Finanzierung des Gesundheitssystems – ein Meilenstein für die Rechtsprechung und das Gesundheitsrecht. In: Jusletter. <http://Jusletter.ch>. Accessed 2 Jan 2017.
17. Vernaz N, Girardin F, Goossens N, Brügger U, Riguzzi M, Perrier A, Negro F (2016) Drug Pricing Evolution in Hepatitis C. *PLoS ONE*. doi: 10.1371/journal.pone.0157098.
18. McCarthy M (2015) Hepatitis C drug maker puts profit ahead of patients, US Senate report charges. *BMJ* 351: h6573.
19. Tice JA, Chahal HS, Ollendorf DA (2015) Comparative Clinical Effectiveness and Value of Novel Interferon-Free Combination Therapy for Hepatitis C Genotype 1: Summary of California Technology Assessment Forum Report. *JAMA Intern Med* 175: 1559 – 1560.
20. Bundesamt für Gesundheit (2015) Gesundheit 2020 – Eine umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=de>. Accessed 7 Aug 2015.
21. Schöffski O, Graf von der Schulenburg J-M (eds) (2012) Gesundheitsökonomische Evaluationen. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg.
22. Geruso M, McGuire TG (2016) Tradeoffs in the design of health plan payment systems: Fit, power and balance. *J Health Econ* 47:1 – 19.
23. Brügger, U. (2010) Impact of DRGs: Introducing a DRG reimbursement system (A literature review). SGGP, Muri b. Bern.

24. Milstein R, Schreyoegg J (2016) Pay for performance in the inpatient sector: A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries. *Health Policy* 120: 1125–1140.
25. Sautter K (2015) Wie profitabel muss ein Spital sein? – Die EBITDA-Marge als Kenngrösse zur langfristigen Finanzierung von Betrieb und Investitionen in öffentlichen und privaten Spitalern. SGGP, Muri.
26. Angerer A (2015) Die Lean-Philosophie in der Praxis. Daniel Walk. Hrsg Lean Hosp. Krankenh. Zuk.
27. Angerer A, Brand T, Hollenstein E (2016) Neue Ordnung schaffen: Lean Transformation in der Praxis am Beispiel des Inselspitals Bern. *Krankenhaus Technik + Management*, 12. 18–20. *Krankenh. Tech. Manag.* 12:
28. Royal College of Physicians (2013) Future Hospital Commission. In: RCP Lond. <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/future-hospital-commission>. Accessed 8 Jan 2017.
29. PricewaterhouseCoopers (2016) Spitalbauten und ihre Zukunft. In: PwC. <http://www.pwc.ch/de/branchen/gesundheitswesen.html>. Accessed 8 Jan 2017.
30. Drucker PF (1963) Managing for Business Effectiveness. In: *Harv. Bus. Rev.* <https://hbr.org/1963/05/managing-for-business-effectiveness>. Accessed 8 Jan 2017.
31. Fetter RB (1991) Diagnosis Related Groups: Understanding Hospital Performance. *Interfaces* 21: 6–26.
32. SAMW (2012) Nachhaltige Medizin – Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. <http://www.samw.ch/de/Publikationen/Positionspapiere.html>. Accessed 24 Mar 2016.
33. Kraft, Esther, Hersperger, Martina, Herren, Daniel (2012) Diagnose und Indikation als Schlüsseldimensionen der Qualität. *SAEZ* 93: 1485–1489.
34. Illich I (2007) Die Nemesis der Medizin: Die Kritik der Medikalisierung des Lebens. C.H.Beck.

Prof. Dr. Urs Brügger

ZHAW School of Management and Law
 Gertrudstrasse 15
 8401 Winterthur
urs.bruegger@zhaw.ch
