

Kostentreiber im Schweizer Gesundheitswesen

Kommentar zu einer Studie von Prof. Tilman Slembeck ¹

von Andreas Manz

Die publizierte Studie von Prof. Slembeck unter dem interessanten Titel „Kostentreiber im Schweizer Gesundheitswesen“ ist geeignet, auf einige Probleme einzugehen, die der Ökonomisierung des Kostendiskurses im Gesundheitswesen anhaften.

1. Qualität der ökonomischen Überlegungen

Als Arzt und Laie in ökonomischen Fragen, aber trotzdem geschult in der Analyse wissenschaftlicher Texte, bin ich über die Qualität der vorgebrachten ökonomischen Überlegungen Prof. Slembecks frustriert. Er reiht relativ triviale ökonomische Grund-Aussagen von Mengen, Preis, Anreiz und Angebot nebeneinander und ich erfahre keine fundierteren Analysen. Offensichtliche Widersprüche stehen beispielsweise wie folgt nebeneinander: Prof. Slembeck behauptet, dass die Gesundheit zunehmend ein Konsumgut sei, dass die erhöhte Verfügbarkeit und die wirtschaftliche Entwicklung wesentliche kostentreibende Faktoren für eine gesteigerte Nachfrage sei. Dazu im Widerspruch steht seine Feststellung, dass vor allem die Zunahme der Gesundheitsausgaben im letzten Lebensjahr auffallend sei. Im letzten Lebensjahr sind wohl die wenigen Menschen mit dem Konsum und mit ihrer wirtschaftlichen Situation beschäftigt. Ist man einmal schwer krank, beschäftigen einen ganz andere Existenzfragen, wirtschaftliche Dynamik tritt deutlich in den Hintergrund. Das Problem der statistischen Analyse hierbei liegt darin, dass man erst im Nachhinein weiss, welches das letzte Lebensjahr gewesen ist und dass sowohl Patient wie Angehörige hoffen, dass dies noch nicht angebrochen sei. Dass es hierbei manchmal zu einer Nachfrage medizinischer Leistungen kommt, die nicht unbedingt krankheitsentscheidend sind, ist verständlich und gehört zu den psychologischen Implikationen von Krankheit und Tod. Ich muss gestehen, dass ich mit den vorgebrachten ökonomischen Argumenten wenig anfangen kann und auch der Meinung bin, dass hier nur sehr unwesentlich eine wirklich bestehende Problematik im Gesundheitswesen umschrieben wird. Flugs behauptet denn auch Prof. Slembeck, dass die Steigerung der Gesundheitskosten auf bestehende Fehlreize zurückzuführen sei und formuliert dann andere Regulative, ohne natürlich den Beweis antreten zu müssen, dass diese Anreize man in zehn Jahren nicht ebenfalls als Fehlreize bezeichnet, weil die Kosten des Gesundheitswesens weiter gestiegen sind. Die Argumentation ist also recht trivial: Weil die Gesundheitskosten steigen, ist das System falsch. Eine weitere Argumentationsebene muss nicht erbracht und schon gar nicht bewiesen werden. Es kann munter drauflos spekuliert und behauptet werden, das, was einem logisch scheint, wird als erwiesen hingestellt.

¹ Die Studie wurde im E-Mail Flasch der Santésuisse vom 18.12.2006 publiziert, meinen Kommentar hatte ich ganz für mich persönlich verfasst.

Die daraus abgeleitete Neuformulierung der sinnvollen Anreize sind auch wenig durchdacht und logisch begründet. Das Bonus-/Malus-System und eine erhöhte Selbstbeteiligung der Patienten verschiebt einfach das Risiko zurück zum Kranken resp. zum Versicherten. Die integrierten Versicherungsmodelle und die Fallpauschalen verschieben das Risiko zu den Leistungserbringern. Die Absicht ist klar. Die Versicherungen oder allenfalls auch die öffentliche Hand wollen aus dem Solidaritätssystem aussteigen und in ein ökonomisch gesteuertes, finanziell optimierbares Finanzsystem wechseln. Das ist aber nicht der Grundgedanke unserer Solidaritätsgemeinschaft. Dieser Begriff fehlt denn auch vollkommen in den ökonomischen Überlegungen, obwohl der Solidaritätsgedanke der grundlegende der wichtigste Pfeiler darstellt, auf den unser Sozialversicherungssystem aufgebaut ist. Ich erlaube mir genauso freihändig zu behaupten, dass das System nur über die Solidaritätsmechanismen funktionieren kann.

2. Gefahren der ökonomischen Überlegungen

Die Kranken sind auf die Solidarität der Gesunden angewiesen, die öffentliche Hand, die Versicherungen und die Prämienzahler sind darauf angewiesen, dass verantwortlich handelnde so genannte ‚Leistungserbringer‘ die Sache im Vordergrund sehen und nicht den eigenen Profit. Ich behaupte auch, dass den meisten Ärzten, Spitälern, Spitexorganisationen etc. dies bewusst ist und auch ihr ureigenstes Anliegen ihrer Tätigkeit ist. Ich behaupte, dass es eine Unterstellung von Prof. Slembeck ist, die Leistungserbringer würden ihren Informationsvorsprung zur sachfremden Profitoptimierung nutzen. Die wesentlichen Träger des Gesundheitssystems haben einen Beruf gewählt, der hochautonom und mit hoher Verantwortlichkeit durchsetzt ist. Die meisten Personen, die in diesem Beruf tätig sind, sind dies aus diesem Grund. Bezweifelt man ihre umfassende Verantwortlichkeit und baut man nicht auf diese auf, bricht das System in sich zusammen. Mit Kontrollen und mit der Behauptung, die Leistungserbringer würden in erster Linie nach eigenen Profitüberlegungen handeln, gefährdet man das hohe ethische Bewusstsein eben dieser Leistungsträger, die sich um die Krankheit ihrer Patienten annehmen wollen.

Prof. Slembeck führt hierbei einen unüberbrückbaren Widerspruch in seine Überlegungen ein. Er weiss auf der einen Seite, dass die Leistungserbringer nur dann eine gute Arbeit machen, wenn sie die Sache – Gesundheit, Krankheit, Leiden und Tod – differenziert und sachkundig vor Augen haben, wenn ihr Engagement auf diese Sache ausgerichtet ist und Eigennutz im Hintergrund, der eigene finanzielle Profit im Hintergrund ihrer Motivation ist. Nur Ärzte, die mit dieser Verantwortung umgehen können, können dem Patienten auch wirklich helfen. Der Widerspruch liegt nun darin, dass Slembeck die Leistungsfähigkeit und damit die Kostenstruktur des Gesundheitswesens optimieren will, dass er aber andererseits sich nicht um die wesentlichen Merkmale dieser zu optimierenden Sache kümmert. So muss er in die Irre gehen und genau das Gegenteil davon erreichen, was er anstrebt. Die Vorhaltung von ‚Falschen Anreizen‘, die Unterstellung vom Streben nach dem eigenen finanziellen Profit, der Zwang der Leistungserbringer, sich nach wirtschaftlichen Kriterien zu verhalten, die grossflächigen Rechtfertigungs- und Kontrollinstanzen – das alles schwächt die Ethik des sachbezogenen ver-

antwortungsvollen Handelnden. Ärzte werden so immer mehr finanzielle Überlegungen in ihrem Denken berücksichtigen, sie lernen, mit den administrativen Hürden, mit der Berichtssprache an die Vertrauensärzte, mit den neuen Anreizen umzugehen – sie denken aber immer weniger an den Patienten und die Behandlung dessen Leidens. Es gibt aber nichts Ueffizienteres als ein Gesundheitssystem, das mehr an Anreize, Berichte und Ökonomie denken muss, als sich mit der Krankheit befassen zu können.

Gesetzt der Fall, Prof. Slembeck leidet unter starken Schmerzen und seine Krankheit ist nicht banaler Natur. Ich hoffe für ihn, dass er in einem solchen Moment all seine ökonomischen Überlegungen vergessen kann und davon ausgehen darf, dass die ihm entgegentretenden Ärzte sich für ihn und seine Krankheit interessieren und nicht an ihr Portemonnaie und an ökonomischen Anreize denken, der durch seinen Fall ausgelöst werden könnte. Nimmt nämlich Prof. Slembeck all das an, was er in seiner Studie als Wirklichkeit sieht, dann geht es ihm vermutlich in seinem Leiden schlecht. Er wird kein Vertrauen in das Spital oder den behandelnden Arzt haben können, weil er ja seinen Fall als deren Profit ansieht. Damit will gesagt sein, dass Prof. Slembeck nur dann sich beruhigt in die Abhängigkeit eines Spitals begeben kann, wenn er davon ausgehen kann, dass das Spital ihm helfen will und nur das im Visier hat. Er muss erwarten können, dass die finanziellen Folgen seines Krankseins nur sehr weit hinten Motivation der an ihm verübten Handlungen sind.