



Meinungsfragen wieder zu
Wissensfragen machen

Lehren aus der Coronavirus-Pandemie

Die Pandemie hat dreierlei bewusst gemacht:

- Im Gesundheitswesen wird nicht immer auf der Basis von Fakten entschieden, sondern oftmals – vielleicht öfter – auch auf der Basis von Meinungen.
- Dies kann zu groben Fehleinschätzungen führen, die unter Umständen katastrophale Folgen haben.
- Die Meinungen sind hier aber nur schwer von Fakten zu trennen, denn sie werden als Zahlen, in der Form von Studien und Hochrechnungen eingebracht.

Wissensfragen werden systematisch zu Meinungsfragen gemacht

Hinter Meinungen stehen Interessen, und letztlich geht es um Geld und Macht. Auch dies hat die Pandemie vor Augen geführt: Vordergründig wurde über wissenschaftliche Fragen diskutiert, effektiv ging und geht es aber um Geld.

Dass im Sommer 2020 zu früh gelockert wurde, ist auch gesundheitsökonomischen Hochrechnungen geschuldet, welche das Kosten-Nutzen-Verhältnis des Lockdowns verzerrt dargestellt haben. Sie kamen daher wie Fakten, waren aber Meinungen, verpackt als Wissenschaft.

Möglich ist dies, weil gesundheitsökonomische Modelle den Eindruck erwecken, sie seien naturwissenschaftlichen Modellen gleichzusetzen, während sie in Wahrheit grosse methodische Mängel haben, hypothetisch sind und anfällig auf Manipulation.

Gesundheitsökonomische Modelle halten einer kritischen Prüfung nicht stand

Der VEMS hat sich in den 15 Jahren seines Bestehens eine Expertise erarbeitet, die statistisch-mathematischen Modelle der Gesundheitsökonomie daraufhin zu überprüfen, ob sie klinisch-medizinische Realität abbilden. Sie erfüllen die Kriterien nicht:

- **Objektivität:** Verschiedene Betrachter können mit denselben Modellen und Daten auf komplett andere Schlüsse kommen.
- **Reliabilität:** Dieselben Wissenschaftler können mit denselben Modellen und Daten auf verschiedene Schlüsse kommen, je nach dem, für wen sie gerade arbeiten.
- **Validität:** Es wird behauptet, Sachverhalte zu untersuchen, die mit den gewählten Modellen und den zur Verfügung stehenden Daten nicht zu untersuchen sind.

Eine hypothetische, manipulationsanfällige Gesundheitsökonomie braucht Regulative

Die Gesundheitsökonomie führt Kosteneffektivitäts-Kontrollen durch. Bereiche wie medizinische Therapie, Spitalperformance und ärztliche Wirtschaftlichkeit werden bewertet. Die verwendeten Methoden basieren aber grundlegend mehr auf Annahmen als auf Fakten.

Die Schlussfolgerungen der Gesundheitsökonomie behaupten häufig sogar das Gegenteil von Tatsachen. Effiziente Therapien werden ineffizient, effiziente Spitäler werden ineffizient, effiziente Ärztinnen und Ärzte werden ineffizient.

Das ist deshalb gefährlich, weil die Regulative in unserem Gesundheitswesen nicht spielen und Hypothesen der Ökonomie zu wenig auf klinisch-medizinische Realität hin validiert werden.

Grobe Mängel und komplette Fehlannahmen

Die 15 jährige Forschung des VEMS deckt auf, dass lebensrettende Prävention fälschlicherweise als zu teuer, effiziente Spitäler fälschlicherweise als ineffizient und wirtschaftlich arbeitende Ärztinnen und Ärzte mit Rückforderungen wegen Überarztung konfrontiert werden.

Die Problemzonen der Gesundheitsökonomie betreffend Regressionsmodelle, fehlende erklärende Daten und Proxys zur Wirtschaftlichkeit, Monetarisierung des statistischen Wertes des Lebens mit 8'500 Fr., falsche Diskontierung von Effekten, Auslassen von Qualitätsdaten (DNS = do not resuscitate) mit Verfälschung von Mortalitätsdaten, um nur einige Problemzonen zu nennen.

Mangelhafte Modelle führen zu Fehleinschätzungen, die katastrophale Folgen haben können

Die Berechnungen der Gesundheitsökonomie (Medizinalprodukte Klasse I) führen zu falschem Labeling medizinischer Tätigkeit und konfliktieren damit mit dem Medizinalproduktegesetz.

Falsches Labeling führt zu fehlerhafter Allokation von Ressourcen und damit zu einer Expansion der Mortalität und Morbidität mit steigenden Kosten im Versorgungs- und Overheadbereich.

Wir sehen dies an drei Beispielen sehr deutlich.

Drei Beispiele katastrophaler Fehleinschätzungen

- Wir haben die Chance, Hepatitis C zu besiegen, verpasst, weil das BAG das Kosten-Nutzen-Verhältnis der neuen Therapie falsch berechnet hat und auf dieser Basis die Entscheidung gefällt, die Babyboomer nicht zu screenen.
- Wir haben eine Zunahme von Herzinfarkten und Hirnschlägen, weil eine falsche Hochrechnung des Swiss Medical Boards das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Statinen falsch berechnet hat und empfohlen, primärmedizinisch Statine nicht einzusetzen.
- Wir können unser Gesundheitswesen heute nur noch dank Ärztinnen und Ärzten aus dem Ausland aufrechterhalten, weil unsere Public-Health-Studien die Frage des medizinischen Bedarfs voreingenommen angegangen sind und diesen deshalb massiv unterschätzt haben.

Meinungsfragen wieder zu Wissensfragen machen, um die Diskurse zu versachlichen

Die Situation unseres Gesundheitswesens wird sich absehbar weiter anspannen. Die Pandemie hat uns in aller Deutlichkeit gezeigt, dass wir uns Probleme einhandeln, wenn wir die Herausforderungen so angehen, wie wir dies jetzt tun.

Der VEMS will einen Paradigmenwechsel anregen:

- Gesundheitsökonomische Modelle sind auf ihre Zweckmässigkeit und ihre gesellschaftlichen Implikationen hin zu prüfen.
- Die Medizinethik als Vermittlerin von Medizin und Ökonomie muss sich mathematisch-statistisches Basiswissen aneignen, diese Modelle zu prüfen, bevor sie operativ sind und volksgesundheitliche und volkswirtschaftliche Schäden anrichten.
- Unsere Behörden sollten die Kontrolle über die Grundlagen ihrer Entscheide aus den Händen der Versicherer nehmen.

Häufige Fragen – und wie man anders fragen könnte

Wenn man sich immer wieder mehr oder weniger dieselben Fragen stellt, immer wieder mehr oder weniger dieselben Antworten erhält und die Probleme damit doch nicht löst, dann kann es helfen, anders zu fragen.

Wir stellen drei grundlegende Fragen grundlegend anders.

The background consists of several overlapping sticky notes in various colors (pink, orange, yellow, light blue) scattered on a wooden surface. Each sticky note has a large, hand-drawn black question mark on it.

Wie gefragt wird,
wie der VEMS fragt
und weshalb.

Wie können wir möglichst viel Mehrwert für möglichst viele schaffen?

Wie können wir die wenigen Kranken möglichst gerecht behandeln?



Problematik

Der utilitaristische Ansatz, möglichst viel Mehrwert für möglichst viele zu schaffen (Maximierungsregel), ist im Gesundheitswesen der falsche.

Hier geht es vielmehr darum, dass die vielen Gesunden den wenigen helfen, die das Pech haben, auf Heilung und Pflege angewiesen zu sein.

John Rawls Theorie der Gerechtigkeit hat das richtige Kriterium: Je weniger Glück, Lebensqualität, Präferenz Erfüllung ein Mensch hat, desto mehr Hilfe soll ihm zukommen (prioritaristischer Ansatz).



Situation in der Schweiz

Eine Umfrage des VEMS bei den wichtigsten Ethikinstitutionen der Schweiz hat gezeigt: Niemand bekennt sich offen zum Utilitarismus im Gesundheitswesen, alle sehen die Probleme und betonen, diese Ansätze seien jeweils mit anderen Moralkonzepten auszutarieren.

Die meisten Steuerungsinstrumente unseres Gesundheitswesens haben aber sehr wohl einen utilitaristischen Ansatz.

Dies liegt allein schon an den mathematisch-statistischen Modellen, deren Einschätzungen die Grundlagen dieser Entscheidungen sind: Viele von ihnen rechnen mit dem Konzept der qualitätsbereinigten Lebensjahre, dem QALY-Konzept.

Das ideologische Problem mit QALYs

QALY-Berechnungen als Entscheidungsgrundlage von Behandlungen sind problematisch:

- Der zu erwartende Einfluss einer Behandlung auf die Lebensqualität ist spekulativ.
- Die Beurteilung der Lebensqualität Kranker aus der Sicht von Gesunden ist paternalistisch und sagt mehr über die (falschen) Vorstellung von diesen Krankheiten aus als über die Kranken selbst.
- Die Beurteilung von Einbussen der Lebensqualität durch die Kranken selbst liefert verzerrte Ergebnisse, denn die neue Situation wird später adaptiert.
- Da die QALY mit zunehmendem Alter abnimmt, werden alte Menschen diskriminiert.
- Da Beeinträchtigungen wie Demenz oder eine körperliche oder geistige Behinderung die QALY mindern, werden diese Menschen diskriminiert.

Wie können wir die Medizin dazu bewegen, sparsam zu sein?

Two piggy banks, one yellow and one pink, are shown on a blue and white checkered surface. The yellow piggy bank is on the left and the pink one is on the right. Both have a slot for coins on their backs.

Wie können wir die Ökonomie dazu bewegen, Mehrwert zu schaffen?

Problematik

Die Gesundheitsökonomie will dafür sorgen, dass eine Medizin, die immer komplexer wird und immer mehr kann, unser Gesundheitswesen nicht unbezahlbar macht.

Fakt ist: Die grösstenteils von der Gesundheitsökonomie verursachten Verwaltungskosten sind von 1970 bis 2009 um 3'000% gestiegen, die Kosten für Heilung und Pflege trotz den grossen medizinischen Fortschritten um keine 100%.

Es ist heute dringend nötig, die Verwaltungskosten abzubauen, damit der Medizin wieder mehr Zeit und Geld für die Heilung und Pflege ihrer Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht.



Situation in der Schweiz

Die Ärzteschaft und ihr Verband, die FMH, haben das Problem der überbordenden Verwaltung erkannt, der VSAO versucht, ihm mit seinem Projekt «Medizin statt Bürokratie» beizukommen.

Die stärksten Kräfte unseres Gesundheitswesens sind aber ökonomische: die Pharmaindustrie und die Versicherungsindustrie. Die Pharmaindustrie steht stark unter Beobachtung, obwohl sie mit weniger als 10% Kosten grosse Mehrwerte schafft.

Die Versicherungsindustrie hingegen wird kaum hinterfragt; sie kostet aber nicht nur ihre selbstdeklarierten Verwaltungskosten: Sie dominiert praktisch sämtliche gesundheitsökonomischen Betrachtungen und gestaltet diese dahingehend aus, dass Abbau der Medizin und Ausbau der Verwaltung plausibilisiert wird.

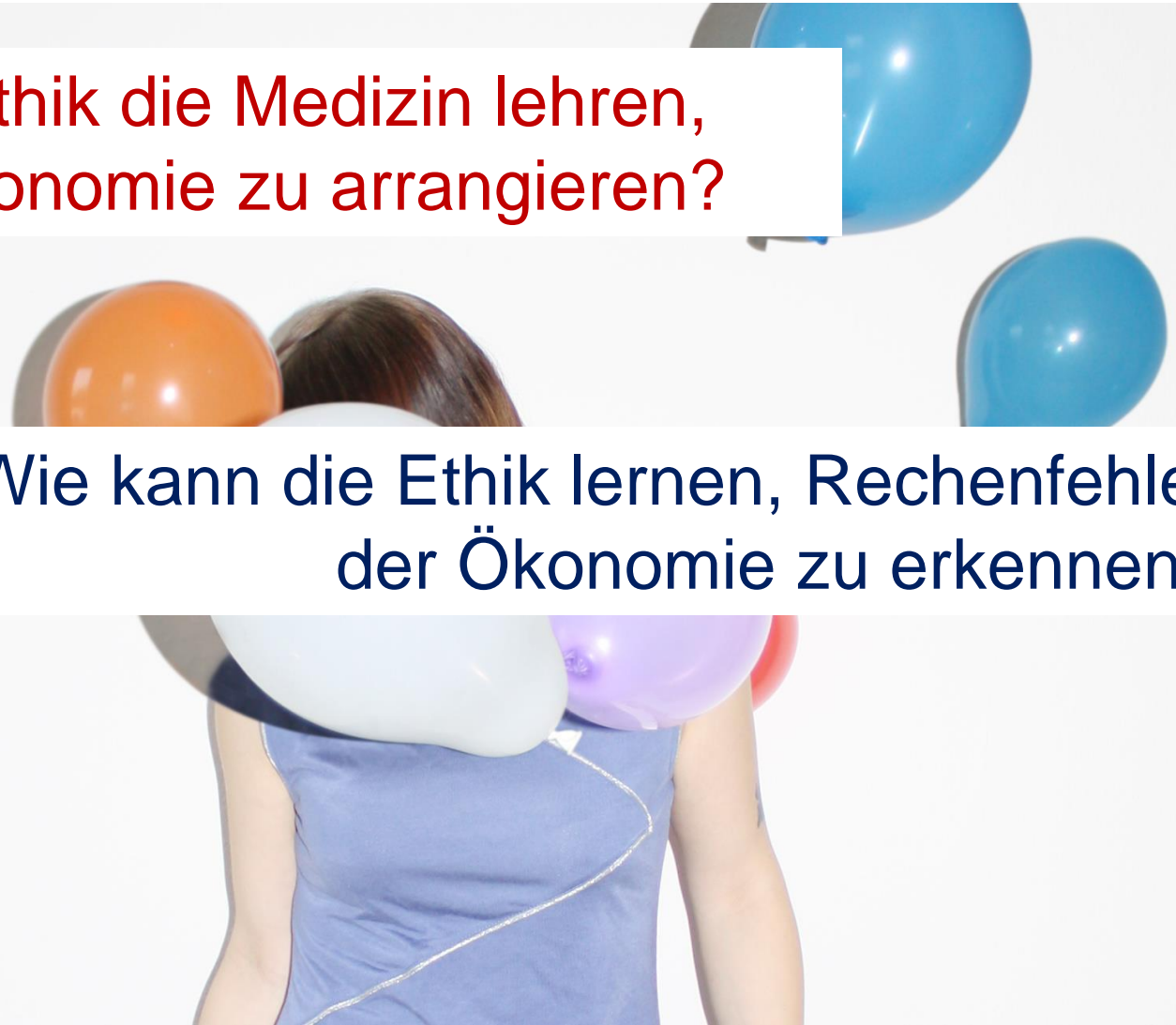
Das Problem der Dominanz der Versicherer

Die Betrachtung unseres Gesundheitswesens unter der Lupe der Versicherer ist problematisch:

- Die Kompetenz des stärksten Marktteilnehmers bestimmt die Marktausrichtung (Tendenz weg von Heilung und Pflege hin zu deren Verwaltung).
- Gesundheitsrelevante Daten der Gesellschaft sind in Privatbesitz.
- Auch Studien privater und öffentlicher Institute werden mit Krankenkassendaten erstellt; die Daten sind vorselektiert, aggregiert oder gar unbrauchbar (fehlende begründende Variablen), die Ergebnisse in der Folge verzerrt oder grob falsch.
- Gesundheitsökonomische Betrachtung wird reduziert auf Versicherer-Betrachtung; soziale Aspekte fehlen, ganze Patientengruppen erscheinen nicht auf dem Radar.
- Die Kompetenz unserer Behörden verkümmert; unsere Versicherungsgerichte können heute nicht mehr eigene Wirtschaftlichkeitsbeurteilungen erstellen.

Wie kann die Ethik die Medizin lehren,
sich mit der Ökonomie zu arrangieren?

Wie kann die Ethik lernen, Rechenfehler
der Ökonomie zu erkennen?



Problematik

Im in den letzten Jahren immer deutlicher spürbaren Konflikt von Medizin und Ökonomie will die Medizinethik eine vermittelnde Rolle einnehmen.

Eine Vermittlung kann aber nur gelingen, wenn beide Seiten angehört werden, und das wird die Medizin immer weniger. Das wirkmächtigste Narrativ medizinethischer Beurteilungen ist vielmehr das einer Medizin, die sich auf Kosten der Allgemeinheit bereichere, weshalb rund ein Drittel aller Behandlungen unnötig seien.

Diese Zahl ist gemäss BAG falsch. Sie wurde, wie viele der diesbezüglich herumgereichten Zahlen, von Gesundheitsökonominnen und -ökonomern mit ihren Partikularinteressen «errechnet», und die Ethik hat diese Zahlen ungeprüft übernommen, sich davon skandalisieren lassen und daraus falsche Schlüsse gezogen.

Situation in der Schweiz

Die SAMW als wirkmächtigste medizinethische Institution fährt spätestens seit ihrem Papier «Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen» aus dem Jahr 2007 auch offen einen Rationierungskurs. Diesem sind in der Folge mehr oder weniger alle unsere Ethikinstitute gefolgt.

In ihrer Angst vor überbordenden Gesundheitskosten hat die SAMW zugelassen, dass sich die Haltung einer medizinfeindlichen Voreingenommenheit durchsetzen konnte, die problematisch für den sozialen Frieden ist und schädlich für die Wissenschaftlichkeit.

Gesundheitsökonomische Modelle und Kalkulationen werden in der Regel ungeprüft durchgewunken und der Presse beliebt gemacht – solange sie nur immer die Voreingenommenheit bestätigen, die Medizin sei zu teuer, bringe zu wenig Nutzen und gefährde zu oft und zur persönlichen Bereicherung die Patientensicherheit.

Das Kompetenzproblem der Ethik

Die fehlende gesundheitsökonomische und mathematisch-statistische Kompetenz der Medizinethik ist problematisch:

- Wenn die Ethik technisch nicht versteht, dass ein ökonomisches Modell ganze Patientengruppen diskriminiert, dann beteiligt sie sich an der Diskriminierung.
- Wenn die Ethik nicht sieht, dass der Wert eines Menschenlebens mit einem Betrag monetarisiert wird, der menschenverachtend tief ist, dann handelt sie auch so.
- Wenn die Ethik durchwinkt, dass ein ökonomisches Modell Ärztinnen und Ärzte dafür bestraft, bestimmte Patientengruppen zu behandeln, dann ist sie verantwortlich für deren Leid, für deren Tod und für die Ungerechtigkeit, die ihnen widerfährt.
- Wenn die Ethik ökonomische Modelle promoviert, die Ärztinnen und Ärzte für die Nichtbehandlung belohnen (Budgetverantwortung), dann fördert sie Ungerechtigkeit, anstatt sie zu verhindern.